

КОРРЕКЦИОННАЯ

ПЕДАГОГИКА



***Коррекционная работа
по социальной реабилитации
детей с ограниченными
возможностями здоровья***

Саратовский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского

САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Н.Г. Чернышевского

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО И СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Кафедра коррекционной педагогики

Ю.В. Селиванова, Е.Б. Щетинина

**Коррекционная работа
по социальной реабилитации детей
с ограниченными возможностями здоровья
(курс лекций)**

Учебно-методическое пособие

Саратов
2012

Рецензенты:

Шипова Лариса Валентиновна – доцент, кандидат психологических наук

Суслова Ольга Ивановна – доцент, кандидат педагогических наук

Ю.В. Селиванова, Е.Б. Щетинина Коррекционная работа по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья (курс лекций): Учебно-методическое пособие. - Саратов, 2012. -118 с.

В учебно-методическом пособии раскрывается понятие социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Представлены основные виды и технологии социальной реабилитации, система оказания реабилитационных услуг семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии. Пособие предназначено для студентов очной и заочной форм обучения, обучающихся по специальностям «Олигофренопедагогика», а также по программе подготовки бакалавров и магистров по направлению 40.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование».

**Рекомендовано к печати кафедрой коррекционной педагогики
СГУ им. Н.Г. Чернышевского**

Издано в авторской редакции

УДК 152 26
ББК 88.837 я7

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1. Понятие о реабилитации: основы, цель, задачи, виды и направления.	6
1.1. Теоретические аспекты понятия «реабилитация».	6
1.2. Цель, задачи и основы реабилитации	7
1.3. Медицинская реабилитация	9
1.4. Физическая реабилитация	10
1.5. Психологическая реабилитация	12
1.6. Технические, правовые, социальные, экономические аспекты реабилитации	14
1.7. Технические, правовые, социальные, экономические аспекты реабилитации	17
1.8. Этапы реабилитации	18
1.9. Основные принципы реабилитации	20
1.10. Специфические особенности реабилитации инвалидов различных нозологических групп	21
Глава 2. Социальная реабилитация детей с нарушениями развития	25
2.1. Категории детей, нуждающихся в социальной реабилитации	25
2.2. Понятие «социальная реабилитация» и «социально-реабилитационная деятельность»	27
2.3. Основные принципы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья	31
2.4. Основные направления социально-реабилитационной деятельности	33
Глава 3. Развитие концепции социальной реабилитации.	39
3.1. Довоенный период развития концепции социальной реабилитации	39
3.2. Послевоенный период развития концепции социальной реабилитации	40
3.3. Современный период развития концепции социальной реабилитации	42
Глава 4. Основы технологии социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья	48
4.1. Сущность технологии социальной реабилитации	48
4.2. Структурно-функциональная модель отделения социальной реабилитации	50
4.3. Описание технологии работы по социальной реабилитации. Первичные консультации специалистов	54
4.4. Адаптационное обучение человека с ограниченными возможностями здоровья и его семьи	59
4.5. Социально-средовое обучение	65

Глава 5. Оказание образовательных и реабилитационных услуг детям с ограниченными возможностями здоровья в Саратовской области	71
5.1. Положение детей-инвалидов в Саратовской области	71
5.2. Организация обучения детей с ограниченными возможностями в г.Саратове и области	73
5.3.Структура и система работы областного реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями	76
5.4.Из опыта работы молодежной общественной организации инвалидов "Специальный Олимпийский комитет Саратовской области"	80
Глава 6. Работа с семьей ребенка, нуждающегося в социальной реабилитации.	84
6.1. Жизненный цикл семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья	84
6.2. Проблемы семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии	88
6.3. Специфика социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья	97
6.4. Тактики социальной работы с родителями	102
Список литературы	108
Приложение	109

ГЛАВА 1.

ПОНЯТИЕ О РЕАБИЛИТАЦИИ: ОСНОВЫ, ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ, ВИДЫ И НАПРАВЛЕНИЯ

- 1.1 *Теоретические аспекты понятия «реабилитация»*
- 1.2 *Цель, задачи и основы реабилитации*
- 1.3 *Медицинская реабилитация*
- 1.4 *Физическая реабилитация*
- 1.5 *Психологическая реабилитация*
- 1.6 *Профессиональный аспект реабилитации*
- 1.7 *Технические, правовые, социальные, экономические аспекты реабилитации*
- 1.8 *Этапы реабилитации*
- 1.9 *Основные принципы реабилитации*
- 1.10 *Специфические особенности реабилитации инвалидов различных нозологических групп.*

1.1. Теоретические аспекты понятия «реабилитация»

Термин «реабилитация» используется с давних пор в юридической практике применительно к лицам, восстановленным в правах, и происходит от латинского слова *reabilitacio* (восстановление). В медицине - это комплекс медицинских, педагогических, профессиональных и юридических мер, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов.¹

Несмотря на широкое использование этого термина в медицинской науке и практике, в отношении сущности реабилитации, а также ее целей и задач до настоящего времени нет единой точки зрения. В одних странах под реабилитацией понимают только восстановление здоровья, в других - это понятие относится и к восстановлению трудоспособности, в третьих - к оказанию материальной помощи пострадавшим и т.д.

Во втором отчете Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения по реабилитации (1969 г.) ею названо *сочетание и скоординированное применение медицинских, социальных, просветительных и профессиональных мероприятий, включающих обучение или переобучение инвалидов, для достижения реабилитантами по возможности наиболее высокого уровня функциональной активности.*

В резолюции IX Сессии министров здравоохранения бывших социалистических стран реабилитация определена как система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

¹ БМЭ, т. 22, 1984, с.71

Итак, реабилитация значительно шире, чем восстановление здоровья. Она является важным достижением современной науки, призванной не только вернуть здоровье больным и инвалидам, но и сохранить их профессиональную трудоспособность.

В медицине понятие «реабилитация» впервые было применено официально к больным туберкулезом, когда в 1946 г. в Вашингтоне был проведен конгресс по реабилитации этих больных. Принято считать, что реабилитация восходит к годам Первой мировой войны, когда в Великобритании были созданы ортопедические госпитали для лечения инвалидов войны. В этих госпиталях широко применялась трудотерапия, проводившаяся под руководством квалифицированных рабочих. Опыт этих госпиталей был использован и в нашей стране в ортопедических и психиатрических лечебных учреждениях. Затем стала развиваться и медицинская педагогика, которая оказала большое влияние на становление реабилитации не только психических больных, но и соматических.

Однако корни трудотерапии, как важной составной части реабилитации, уходят в далекое прошлое. Об этом, в частности, свидетельствуют древние рукописи об использовании лечения трудом (трудотерапия) в монастырях. По велению Петра I на Каменном острове в Санкт-Петербурге были созданы отделения для выздоравливающих матросов, где активно применялась трудотерапия.

Применение труда с лечебной целью в психиатрии относится к концу XVIII в. (Пинель, Тьюк и др.). В России в начале XIX в. организованный труд для лечения психических больных первыми применили И.Ф. Рюль и В.Ф. Саблер. Интенсивно развивали трудовую терапию как средство лечения хронических психических больных Н.Н. Баженов, В.И. Яковенко и др.

Принципы восстановительного лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями были разработаны в СССР в тридцатые годы нынешнего столетия (Г.Ф. Ланг). Не случайно видный американский кардиолог Рааб обращал в 1968 г. внимание на то, что ежегодно 5 миллионов американцев вынуждены были выезжать за пределы США в зарубежные центры здоровья, в то время как в СССР были тысячи санаториев и курортов — важных этапов реабилитации.

1.2. Цель, задачи и основы реабилитации

Целью реабилитации является оздоровление больного (инвалида) и оказание ему помощи в восстановлении или развитии профессиональных навыков с учетом специфики перенесенной им травмы или болезни.

Варианты реабилитации:

- адаптация реабилитанта на прежнем рабочем месте;
- реадаптация — работа на новом рабочем месте с измененными условиями труда, но на том же предприятии;

- работа на новом месте в соответствии с приобретенной новой квалификацией, близкой к прежней специальности, но отличающейся пониженной нагрузкой;

- при невозможности реализации вышеизложенных пунктов полная переквалификация с последующим трудоустройством на том же предприятии;

- переквалификация в реабилитационном центре с подысканием работы по новой специальности.

Основные задачи реабилитации:

- ускорение выздоровления;

- улучшение исходов травмы (болезни), в том числе профилактика осложнений;

- направленность всех реабилитационных мероприятий на сохранение жизни больного;

- предупреждение инвалидности или смягчение ее проявлений;

- возвращение человека к активной жизни, трудовой и профессиональной деятельности;

- возвращение в общество профессиональных кадров;

- значительный экономический эффект для общества - вклад кадров, возвращенных в строй, плюс устранение затрат.

Таким образом, основные задачи реабилитации заключаются в том, чтобы сделать больного или инвалида способным к жизни в обществе, создать соответствующие предпосылки для вовлечения его в общественный трудовой процесс, исходя из того, что трудовая деятельность является не только необходимым социальным условием полноценного существования человека, но и подчас решающим фактором излечения

Основы реабилитации:

• *биологические* — свойства организма человека адаптироваться к новым условиям в результате компенсаторно-восстановительных процессов;

• *психические* - стремление человека к полезности для общества, которое выражается в производственной (профессиональной) деятельности и в социально-экономических отношениях;

• *морально-этические* - принцип высокого гуманизма, моральный эффект для общества;

• *научно-медицинские* - разработка, апробация и внедрение современных достижений медицинской науки и практики в области восстановительного и заместительного лечения;

• *социально-экономические* - полезность для общества, обусловленная профессиональными знаниями, жизненным и производственным опытом, а также экономический эффект реабилитации, значительно перекрывающий необходимые материальные затраты для ее осуществления. Так, по данным медиков США, при некоторых заболеваниях каждый вложенный в реабилитацию доллар возвращается 35 долларами. По

некоторым данным, 80% больных, перенесших инфаркт миокарда, после реабилитации приступили к трудовой деятельности.

Реабилитация достигается сочетанным применением реабилитационных мероприятий: медицинских, психологических, физических, педагогических, социальных, трудовых, технических и правовых, составляющих единый комплекс.

1.3. Медицинская реабилитация

Основные направления медицинской реабилитации:

- ранняя диагностика болезни (травмы);
- своевременная госпитализация;
- полноценное лабораторно-инструментальное обследование;
- раннее комплексное лечение (режим, диета, медикаменты и др.);
- контроль за динамикой болезненного процесса и эффективностью лечения;
- определение прогноза течения болезни;
- диспансерное наблюдение за больными после выписки из стационара с проведением лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий.

Таким образом, своевременное и полноценное лечение имеет решающее значение в эффективности реабилитационных мероприятий. Следовательно, лечение и реабилитация - это неразрывные части единого процесса. В связи со сказанным следует напомнить об одном неверном положении, высказанном Г. Раском, который назвал реабилитацию третьей фазой лечения. Речь шла о том, что реабилитация следует после острой фазы болезни и фазы выздоровления. Это положение неверно, так как реабилитационные мероприятия следует начинать как можно раньше, разумеется, с учетом состояния больного.

Итак, медицинские мероприятия (медицинская реабилитация) объединяют лечебные меры, направленные на восстановление здоровья. Их следует начинать тотчас по выявлении заболевания и проводить комплексно с использованием всех средств, способствующих развитию компенсаторных процессов и приспособительных реакций организма. Медицинские мероприятия в большинстве случаев проводятся на всех этапах реабилитации и нередко надолго сохраняются в плане диспансерного обслуживания.

В СССР была создана стройная *система реабилитации больных и инвалидов*, включающая в себя:

- создание в амбулаторно-поликлиническом звене ряда кабинетов восстановительного лечения (физиотерапии, психотерапии, лечебной физкультуры и др.), объединенных в единый комплекс отделений восстановительного лечения. При многих из них были организованы группы

здоровья, которые, кроме реабилитационного, имеют и профилактическое предназначение;

- в стационарном звене были созданы как самостоятельные реабилитационные отделения, так и специализированные больницы восстановительного лечения для реабилитации определенных контингентов больных. К их числу относятся организованные в послевоенные годы госпитали для восстановительного лечения раненых и инвалидов Великой Отечественной войны. В системе поэтапной реабилитации лиц, перенесших инфаркт миокарда, большое значение принадлежало 24-дневному бесплатному лечению в специально созданных для этой цели санаториях;

- широкая сеть домов отдыха, санаториев, в том числе специализированных;

- создание профильных специализированных центров реабилитации (всесоюзные, республиканские), главным образом на базе головных (по проблеме) научно-исследовательских институтов.

1.4. Физическая реабилитация

Физический аспект реабилитации включает в себя все вопросы, относящиеся к применению физических факторов в восстановительном лечении больных. Сюда относятся лечебная гимнастика и другие элементы лечебной физкультуры, интенсивные тренировки, санаторно-курортное лечение и др. Физический аспект является частью медицинской реабилитации и предусматривает мероприятия по восстановлению трудоспособности больных путем применения лечебной физкультуры и проведения нарастающих по интенсивности физических тренировок.

Основное предназначение использования физических факторов - всемерное повышение физической работоспособности больных, инвалидов, лимитированной по болезни или инвалидности.

В отличие от медикаментозных средств использование физических факторов оказывает более широкое воздействие на центральную нервную и сердечно-сосудистую системы, обмен веществ и газообмен в легких.

Механизмы положительного воздействия физических нагрузок:

- благоприятное влияние на регуляторные системы, что обеспечивает адаптационные процессы и выздоровление;

- нормализация нарушенных функций различных органов;

- становление, улучшение деятельности компенсаторно-приспособительных механизмов;

- тренировка мышц, в том числе сердечной;

- нормализация обмена веществ;

- улучшение пищеварения, нормализующее влияние на желчеотделение и функцию кишечника;

- укрепление защитной функции иммунной системы организма;

- психологический эффект, благотворное влияние на эмоциональную сферу человека;

- улучшение течения болезни, сокращение сроков лечения.

Пренебрежительное отношение к физическому аспекту реабилитации в прошлом приводило к весьма неблагоприятным последствиям: более затяжному периоду течения болезненного процесса и увеличению частоты осложнений. В результате неоправданно затягивались сроки постельного режима, стационарного лечения и нетрудоспособности больных. Следовательно, увеличивались и экономические затраты. Значительная часть больных была не в состоянии в течение первого года болезни вернуться к трудовой деятельности. У больных развивался страх активных движений, а также другие соматические расстройства, что значительно ухудшало эффективность проводимого лечения.

Более раннее и широкое применение физических факторов при комплексной реабилитации больных, например, при наличии инфаркта миокарда, улучшает течение болезни, предупреждает развитие ряда осложнений, сокращает сроки стационарного лечения и временной нетрудоспособности и предупреждает развитие инвалидности у большинства больных.

Применение физических факторов имеет ту особенность, что они эффективны только при адекватном назначении. Неадекватная физическая нагрузка не только бесполезна, но и может вызвать серьезные последствия. В настоящее время существуют точные и надежные методы определения индивидуального темпа, объема физических нагрузок, гарантирующих их эффективность и безопасность. Эти методы позволяют осуществлять контрольную функцию, т.е. получение точной объективной информации о реакции больных на расширение режима двигательной активности и введение новых элементов лечебной физкультуры. «Суть человеческого естества - в движении. Полный покой означает смерть» (Б. Паскаль)

Некоторые методологические аспекты применения физических нагрузок:

а) Физические нагрузки — часть медицинской реабилитации, составная часть комплекса реабилитационных мероприятий. Одна физкультура без правильного питания, здорового образа жизни, полноценного отдыха, без отказа от алкоголя и курения не может обеспечить хорошее здоровье.

б) Физическую реабилитацию следует начинать как можно раньше. Говоря о стратегии физического воспитания и развития человека, следует помнить о необходимости преемственности осуществляемых мер на протяжении всех периодов индивидуальной жизни человека. Решать проблему физического воспитания и физического развития населения необходимо с дошкольного возраста, а затем в школах, училищах, институтах, на предприятиях и т.д.

в) Перед тем как приступить к физическим тренировкам, необходимо пройти серьезное медицинское обследование с использованием различных нагрузок. Ясно, что определение вида и интенсивности физической нагрузки и контроль над ее эффективностью должен взять на себя специалист этого дела — врач. Врач, давая советы, должен учитывать не только фактическое состояние здоровья человека, но и степень его физической подготовленности, тренированности.

г) Во всякий труд нужно входить постепенно. Не следует сразу перенапрягать свои усилия, а необходимо, входя в работу, развивать свои усилия постепенно.

д) Необходим контроль за эффективностью использования физических нагрузок. Оценка эффекта или, напротив сигнал к отмене или изменению характера и режима физических нагрузок.

е) Оптимальный выбор вида, темпа, интенсивности и продолжительности физических нагрузок с учетом состояния здоровья, индивидуальных особенностей организма и уровня его тренированности.

Повышение физической работоспособности с помощью лечебных и физических факторов не является самоцелью. Высокая физическая работоспособность зависит от хорошего состояния здоровья и является необходимым условием сохранения профессиональной активности.

Таким образом, существует тесная связь между медицинским, физическим и профессиональным аспектами реабилитации. Применение физических факторов способствует сокращению сроков лечения, т.е. уменьшению экономических затрат на реабилитацию. Установлено благоприятное воздействие физических факторов на психологическое состояние больных. Следовательно, физический аспект реабилитации связан с другими реабилитационными аспектами — экономическим и психологическим.

1.5. Психологическая реабилитация

Цель психологической (в некоторых источниках - психической) реабилитации — преодоление отрицательных реакций со стороны психики у больных и инвалидов, возникающих в связи с болезнью или инвалидностью. Конечной целью любых реабилитационных программ является восстановление личностного и социального статуса больного (инвалида). Для достижения этой цели необходим *комплексный интегральный подход* к больному человеку (инвалиду) с учетом не только клинко-биологических закономерностей болезни, но и психосоциальных факторов, особенностей окружающей его среды.

Психологический аспект реабилитации имеет у многих больных и инвалидов не меньшее значение, чем физический. Так, например, почти в половине случаев психические изменения и психические факторы являются основной причиной, препятствующей возвращению человека к труду.

Это вызвано, прежде всего, тем, что течение болезни часто сопровождается психическими нарушениями. Депрессия, «уход в болезнь», страх перед физическим напряжением, уверенность в том, что возвращение на работу может причинить вред, — все эти психические изменения могут свести на нет усилия врача и методиста по лечебной физкультуре, стать непреодолимым препятствием для восстановления трудоспособности и решения вопросов трудоустройства.

Однако и при нормальном психическом состоянии особенности личности больного (инвалида), ее установка, характер психологической реакции на болезнь (инвалидность) существенным образом влияют на отношение к врачебным рекомендациям и во многом определяют уровень социальной активности после болезни или инвалидности.

В свою очередь, психические нарушения оказывают неблагоприятное воздействие на течение основного заболевания, нарушают функционирование различных органов.

Психологические мероприятия (психологическая реабилитация) неразрывно связаны с медицинскими, так как содействуют еще в период лечения психологической подготовке больного (пострадавшего) к необходимой адаптации, реадaptации или переквалификации при неполном восстановлении его профессиональных навыков.

Психологическая реабилитация имеет большое значение при подготовке больного к хирургическому вмешательству для вселения в него веры в способность после операции продолжить трудовую деятельность и восстановить свою социальную полноценность.

Психопрофилактика и психотерапия облегчают реабилитацию на последующих этапах. Психологическая подготовка пострадавшего более эффективна, если ею занимается специалист — врач-психотерапевт,

Важнейшие задачи психической реабилитации — всемерное ускорение нормального процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни (инвалидности) жизненной ситуации, профилактика и лечение развивающихся болезненных психических нарушений.

Решение этих задач возможно только на основе глубокого изучения всего диапазона психических изменений в динамике на всех этапах заболевания, природы этих изменений, анализа «внутренней картины» болезни, включая динамику доминирующих переживаний, исследование социально-психологических факторов, определяющих психическое состояние больного (инвалида) в разные сроки от начала болезни.

Основные психологические факторы, определяющие психическое состояние больных (инвалидов):

- характер динамики основного болезненного процесса;
- длительность постельного режима и сроков пребывания в стационаре;
- характер инвалидности;
- психогенное влияние медицинского персонала, семьи, других больных или инвалидов, друзей, родственников;

начало возвращения к трудовой деятельности.

Учет этих факторов и устранение тех из них, которые оказывают отрицательное воздействие, могут оказаться действенным средством психогигиены и психопрофилактики.

Основные методы психической реабилитации:

различные психотерапевтические воздействия (аутотренинг, гипноз и др.);

психогигиена;

психопрофилактика;

в некоторых случаях — лекарственные препараты психотропного действия;

благожелательная обстановка в семье и коллективе;

эстетотерапия;

физические тренировки;

лечение трудом (трудотерапия).

Трудовая деятельность имеет важное значение для сохранения и укрепления психики больного (инвалида). Так, изучались показатели психического состояния неработающих и работающих инвалидов, у которых до инфаркта миокарда психические нарушения не выявлялись. Разница оказалась разительной. Если среди неработающих инвалидов число лиц с психическими нарушениями составило 90,5%, то среди работающих инвалидов - лишь 13,3%.

Большое значение в психической реабилитации имеет благожелательная обстановка в семье и коллективе, в том числе и юмор, живительные свойства которого всегда высоко ценились.

К сожалению, недостаточно внимания уделяется состоянию психического здоровья населения. Довольно часто можно встретить людей, которые непростительно мало заботятся о своем психическом здоровье, а то и вовсе не думают о нем. Только халатностью можно объяснить отсутствие режима в работе и отдыхе, безрассудное отношение к своему свободному времени и злоупотреблению вредными привычками. Разве не халатность это по отношению к своему здоровью и к здоровью окружающих, когда мы повышаем голос, сердимся и ругаемся? К сожалению, основные истины психогигиены далеко не так популярны, как правила сохранения физического здоровья. С одной стороны, люди меньше знакомы с условиями сохранения психического здоровья, с другой - не придают значения тому, что им известно. Все это может привести к развитию психических расстройств.

1.6. Профессиональный аспект реабилитации

Первоначально реабилитация отождествлялась с восстановлением трудоспособности, которая, в свою очередь, является критерием эффективности реабилитации. Профессиональный аспект реабилитации

шире. Это не просто восстановление трудоспособности, а восстановление профессиональной деятельности. Профессиональный аспект реабилитации следует рассматривать с точки зрения не только восстановления утраченной трудоспособности, но и дальнейшей профилактики возможного ее снижения.

Успешное восстановление и сохранение трудоспособности является производным многих факторов: правильной экспертизы трудоспособности, систематической вторичной профилактики, а также выполнения программы, направленной на повышение физической и психической толерантности больных (инвалидов).

В докладе экспертов ВОЗ указывается, что «целью восстановления трудоспособности является не только стремление вернуть больного к прежнему состоянию, но и развить его физические и психические функции до оптимального уровня. Это означает вернуть больному самостоятельность в повседневной жизни, вернуть его к прежней работе или, если это возможно, подготовить больного к выполнению другой работы с полным рабочим днем, соответствующим его физическим возможностям, или подготовить к работе с неполным рабочим днем, или к работе в специальном учреждении для инвалидов».

В решении этих важнейших задач принимают участие специалисты профессиональной гигиены, физиологии и психологии труда, трудового обучения и воспитания, трудового законодательства и др.

Трудовые мероприятия (профессиональная реабилитация) заключаются в подготовке инвалидов к трудовой деятельности. Они должны начинаться как можно раньше и проводиться параллельно с медицинскими, психологическими и другими реабилитационными мероприятиями. Еще до получения определенных производственных навыков или переквалификации инвалид (больной) должен быть профессионально ориентирован в основных специальностях и знать требования к избираемой им профессии. Трудовая (профессиональная) реабилитация завершается трудовым устройством инвалидов.

В соответствии с требованиями, предъявляемыми к трудоспособности и трудоустройству, *профессия должна:*

- не усугублять тяжести общего состояния инвалида (больного);
- способствовать наибольшим проявлениям способностей инвалида (больного);
- обеспечить инвалиду (больному) максимальное удовлетворение;
- соблюдать принцип соответствия физической работоспособности инвалида (больного) уровню энергозатрат при данной профессиональной деятельности.

Трудотерапия, несомненно, способствует восстановлению физической работоспособности, оказывая и благоприятное психологическое воздействие на инвалида (больного). Не случайно говорится, что «безделье ускоряет наступление старости, труд продлевает пашу молодость».

А. П. Чехов писал: «Надо поставить свою жизнь в такие условия, чтобы труд был необходим. Без труда не может быть чистой и радостной жизни».

Трудотерапия меняет отношения инвалидов с другими людьми, т.е. улучшает его социальную реабилитацию. Различают функциональную трудовую терапию, направленную на восстановление нарушенных функций организма в связи с болезнью, и производственную, подготавливающую больного (инвалида) к трудовой деятельности и помогающую восстановить профессиональные возможности инвалида (больного).

М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев (1966) выделяют несколько сторон лечебного воздействия труда: стимуляция жизненных процессов и повышение сопротивляемости организма; отвлечение от болезненных переживаний; укрепление интеллектуально-волевых качеств в соответствии с условиями и требованиями реальности; повышение психического тонуса инвалида (больного); освобождение его от чувства своей неполноценности и ущербности; восстановление связи инвалида (больного) с коллективом. Деятельный образ жизни является одним из средств, стимулирующих умственное и физическое развитие человека. В процессе трудовой деятельности происходит формирование полноценной личности. Бездеятельный образ жизни ведет к слабости, снижению уровня жизненных функций организма.

Труд должен доставлять радость, не быть обременительным, не приводить к утомлению, соответствовать физическим возможностям организма. При выполнении любой работы высокая работоспособность достигается не сразу. Для этого требуется определенное время, так называемый период вработываемости. Поэтому во всякий труд надо входить постепенно, как бы набирая темпы. Стремительное начало в работе приводит к преждевременному утомлению. Постоянный труд положительно влияет на организм человека в любом возрасте.

Вот только некоторые мудрые изречения:

«Праздность более утомляет, чем труд» (П. Вовернарт);

«Нет ничего более невыносимого, чем безделье» (Ч. Дарвин);

«Труд — наилучшее лекарство, нравственное и эстетическое» (Анатоль Франс);

«Отдых после умственного труда нисколько не состоит в том, чтобы ничего не делать, а в том, чтобы переменить дело. Труд физический является не только приятным, но и полезным отдыхом после труда умственного» (К.Д. Ушинский).

Трудотерапия — важный фактор в системе реабилитационных мероприятий. Ведь часто из-за соматических и психических расстройств человек надолго отрывается от любимой работы и коллектива, начинает забывать ранее приобретенные трудовые навыки. При хронических заболеваниях именно безделье, отрыв от систематической работы являются главными факторами, которые вызывают инертность, безразличие, пассивность, отход от друзей. Задачей и целью трудотерапии являются не

дать больному (инвалиду) возможность впасть в безделье, восстановить его активное отношение к труду и вновь создать начинающие утрачиваться стереотипы трудовой деятельности с их комплексом социальных связей. Целесообразная работа в коллективе помогает найти обратный путь в коллектив и общество. Активный и разнообразный режим дня способствует еще и тому, что тускнеют и становятся менее актуальными мотивы, определяющие, поведение больного (инвалида), то есть болезненные переживания и явления.

Великий отечественный педагог К.Д. Ушинский писал: «Материальные плоды трудов составляют человеческое достояние, но только внутренняя, духовная, животворная сила труда служит источником человеческого достоинства, а вместе с тем и нравственности, и счастья».

1.7. Технические, правовые, социальные, экономические аспекты реабилитации

Технические мероприятия (техническая реабилитация) предусматривают применение достижений научно-технического прогресса для восстановления функциональной полноценности организма инвалида (больного) и для включения его в общественно полезный труд. Практически технические средства широко используются на всех этапах восстановительного процесса. Особенно велика роль их при повреждениях опорно-двигательного аппарата (протезирование, различные средства передвижения ит. п.).

Правовые мероприятия реализуют гарантии, обусловленные Конституцией России. Наряду с этим инвалидам обеспечены дополнительные гарантии, например, нуждающимся в облегченных условиях труда предоставляется работа в соответствии с трудовой рекомендацией ВТЭК.

Социальный аспект реабилитации — это часть единого целого, каким является комплексный процесс реабилитации, и его следует, конечно, рассматривать во взаимодействии с другими аспектами реабилитации. Медицинская, профессиональная и техническая реабилитация, вместе взятые, обеспечивают социальную реабилитацию больного (пострадавшего), восстановление его нормальных отношений в обществе, в первую очередь в сфере труда. В результате преодолевается связанное с инвалидностью чувство социальной неполноценности, устраняется сосредоточение инвалидов всего внимания на своем увечье или болезни, он обретает веру в собственные силы.

Социальный аспект реабилитации предусматривает изучение влияния социальных условий на болезнь (травму), выявление механизмов их действия, что дает возможность устранить причины, мешающие эффективно восстановлению личности обществе. В социальный аспект реабилитации входят многие вопросы: влияние социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, на эффективность лечебных и

реабилитационных мероприятий, социальное обеспечение инвалидов, наличие свободных трудовых мест, вопросы трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношения больного (инвалида) и общества и т. д.

Социальный аспект реабилитации предусматривает и применение социальных методов воздействия на больного (инвалида) для успешного восстановления личности, как социальной категории, путем организации соответствующего образа жизни, устранения воздействия социальных факторов, мешающих успешной реабилитации, восстановлению или усилению социальных связей. В решении задач социальной реабилитации особенно велика роль государства.

Экономический аспект реабилитации. Эффективная реабилитация, как это уже установлено, по отношению ко многим болезням и травмам снижает расходы государства на лечение и социальное обеспечение за счет сокращения сроков лечения, предотвращения нетрудоспособности, уменьшения размеров и количества пособий по инвалидности, сохранения опытных квалифицированных профессиональных кадров.

Так, например, японцы давно уже выяснили, как полезны для производства хорошая физическая подготовленность и здоровье рабочих. На предприятиях организованы перерывы для физических упражнений. В свободное от работы время рабочие посещают оздоровительные центры. Учитывая такое внимание к физической подготовленности рабочих, нетрудно понять, почему производительность труда в Японии самая высокая в мире.

В настоящее время специальные оздоровительные программы применяются и на предприятиях США. С 1979 по 1982 г. в такие программы было вложено около 2 млрд. долларов. Эти программы используются для повышения тонуса людей в рабочее время. Но оказалось, что эти мероприятия также улучшают и отношение к работе, уменьшают текучесть кадров, снижают расходы на нетрудоспособность и страховые выплаты. После введения оздоровительной программы в компании «Пруденчшэл» уровень временной нетрудоспособности упал на 59%, что за год дало 248000 долларов прибыли.

1.8. Этапы реабилитации

Всемирная организация здравоохранения предложила следующую классификацию фаз реабилитации:

- а) больничная фаза, начинающаяся с момента поступления больного (пострадавшего) в стационар;
- б) фаза выздоровления (реабилитационные мероприятия выполняются в центрах реабилитации, поликлиниках, санаториях);
- в) фаза поддерживающая, которая длится всю жизнь и проводится при длительном диспансерном наблюдении.

В рамках каждой из этих фаз решаются в том или ином объеме задачи каждого вида реабилитации. Эффективность всей системы реабилитации больных определяется тем, насколько успешно будут решаться задачи каждой из фаз реабилитации. При этом от того, какие задачи ставятся перед каждой из фаз реабилитации, зависят продолжительность фазы и ее организационная структура.

Целью больничной (стационарной) фазы реабилитации является восстановление физического и психологического состояния здоровья настолько, чтобы человек был подготовлен к проведению второй фазы реабилитации.

По завершению больничной фазы реабилитации больной оказывается подготовлен к выполнению программы фазы реабилитации - фазы выздоровления. Выполнение этой программы оптимально осуществлять в специализированных реабилитационных отделениях местных санаториев, являющихся по своим задачам и оснащенности загородными реабилитационными центрами. Эта фаза реабилитации является, по существу, рубежом между периодом, когда человек находится в статусе больного и возвращением его в семью, к активной деятельности. Основная цель второй фазы реабилитации - подготовить больного к активной жизни - возвращению в семью, к рациональной перестройке жизненного уклада, изменению некоторых привычек, к систематическому проведению профилактических мероприятий, включая вторичную профилактику. Задачи физического, физиологического и других аспектов реабилитации решаются в этой фазе на новом, по сравнению с больничным этапом, уровне.

По завершении фазы выздоровления больной вступает в третью (поддерживающую) фазу реабилитации, целью которой является поддержание достигнутого уровня физической работоспособности с некоторым ее увеличением у ряда больных, завершение психологической реабилитации уже в условиях возобновления его социальной жизни и предупреждение прогрессирования заболевания. Решение всех задач третьей фазы реабилитации возможно только при отработке организационной структуры ее в условиях районной поликлиники.

Во второй и третьей фазах реабилитации следует энергично проводить мероприятия вторичной профилактики, которая включает в себя борьбу с первичными факторами риска, играющими роль в возникновении данного заболевания. Основная задача вторичной профилактики - предупреждение прогрессирования заболевания, его рецидивов и развития осложнений. Составными частями вторичной профилактики являются: лечебная физкультура, лечебное питание, физиотерапевтические процедуры, медикаментозное лечение и др.

Единая система борьбы с хроническими заболеваниями должна быть построена по типу последовательности и преемственности этапов: первичная профилактика — распознавание болезней, лечение их — реабилитация - вторичная профилактика. Эффективность реабилитационных и

профилактических мероприятий обусловлена тесным контактом (преемственностью) врачей больницы, реабилитационного центра, поликлиники, санатория. Практика показала, что использование реабилитационных мероприятий наиболее эффективно тогда, когда они проводятся в системе диспансерного наблюдения.

Государственные структуры должны субсидировать научные исследования по созданию новых высокоэффективных реабилитационных программ, материально-техническую базу, обеспечивающую проведение реабилитационных мероприятий, систему наблюдения.

1.9. Основные принципы реабилитации

К их числу относятся:

а) Реабилитация больных (инвалидов) — это многоплановый, неразрывный процесс — единый комплекс лечебных, реабилитационных, профилактических и оздоровительных мероприятий. Реабилитация находится в органической связи с профилактикой заболеваний и составляет с нею единое целое. Действительно, в случае угрозы инвалидности реабилитационные мероприятия, применяющиеся в комплексе с лечебными, являются профилактикой инвалидности, а при ее наличии — становятся первым этапом борьбы с нею. Данный принцип отражает единство лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Во-первых, ранняя диагностика заболеваний, выявление начальных форм заболеваний, лежащих в основе диспансеризации, являются основой наиболее эффективных реабилитационных мероприятий. Во-вторых, учет и динамическое наблюдение за лицами с хроническими заболеваниями или последствиями травм — важное условие для решения задач реабилитации.

б) Необходимость использования комплекса различных реабилитационных мероприятий с участием медицинских работников, психологов, педагогов, специалистов физической культуры, юристов и др.

в) В зависимости от объема и сложности задач, решаемых реабилитацией, от условий, возможностей и индивидуальных показаний для ее проведения могут быть использованы разные системы реабилитации, различающиеся между собой количеством этапов реабилитации и длительностью лечения.

г) Реабилитация предполагает использование единых методических и организационных подходов к решению таких вопросов, как установление степени нарушений функций органов и систем организма, определение трудоспособности и трудового прогноза, разработка плана восстановительных мероприятий.

д) Как можно раннее начало реабилитационных мероприятий, которые должны быть неотъемлемой частью лечебных мероприятий, органически их дополнять.

е) Выбор реабилитационных мероприятий, которые наиболее эффективны и обеспечивают скорейшее выздоровление пострадавшего и возвращение его в коллектив, к основному общественно полезному труду. Разумеется, что выбор осуществляется с учетом состояния больного (инвалида), характеристики и тяжести болезненного процесса и переносимости того или иного реабилитационного воздействия.

ж) Реабилитационные мероприятия должны осуществляться непрерывно, последовательно и преемственно.

з) Важным условием эффективности реабилитации больных (инвалидов) является её индивидуальность. В реализации этого положения решающая роль принадлежит врачебно-трудоустройственной экспертизе, во время которой устанавливается степень функциональной недостаточности и трудоспособности. В зависимости от состояния больного (инвалида) в динамике вносятся соответствующие коррективы в объем реабилитационных мероприятий. *Реабилитация, если речь идет об инвалиде, рассматривается как непрерывающийся процесс, так как он нуждается в постоянном медицинском наблюдении и социальной защите.*

и) При составлении плана реабилитационных мероприятий следует учитывать индивидуальные особенности личности реабилитируемого и течения у него болезненного процесса, в том числе его психосоциальные, биологические особенности и связи с трудовым коллективом, возраст, образовательный ценз, специальность, семейно-бытовую обстановку.

к) Планируя реабилитационные мероприятия, необходимо соблюдать соответствующие санитарно-гигиенические рекомендации, особенно при проведении трудотерапии и профессиональной подготовки, требования по охране труда, санитарно-эпидемиологические нормы и условия лечебно-профилактической помощи.

1.10. Специфические особенности реабилитации инвалидов различных нозологических групп

По данным ООН, в мире каждый десятый житель планеты - инвалид. В энциклопедическом словаре реабилитация инвалидов рассматривается как «комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов». Как видно из этого определения, в понятие «реабилитации» входят: функциональное восстановление или компенсация того, что нельзя восстановить, приспособление к повседневной жизни и приобщение к трудовому процессу больного или инвалида.

Патологические процессы, развивающиеся в результате болезни, с одной стороны, нарушают целостность и естественность функционирования организма, а с другой — вызывают у инвалида комплексы психологической неполноценности, характеризующиеся тревогой, потерей уверенности в

себе, пассивностью, изолированностью или, наоборот, эгоцентризмом, агрессивностью, а подчас и антисоциальными установками.

Создание оптимальных условий для жизнедеятельности, восстановления утраченного контакта с окружающим миром, успешного лечения и последующих коррекций, психолого-педагогической реабилитации, социально-трудовой адаптации и интеграции этих людей в общество - первостепенная государственная задача.

В декларации ООН о правах инвалидов (1975 г.) говорится: «Инвалиды имеют все права на уважение их человеческого достоинства, на образование, профессиональную подготовку, восстановление трудоспособности, на максимальное проявление своих возможностей и способностей, на ускорение процесса их социальной интеграции».

Любая патология, которая привела человека к инвалидности, независимо от вызвавшей ее причины и нозологической формы непременно отражается на двигательной функции. Малоподвижность инвалида приводит к гипокинезии и гиподинамии, проявляющиеся целым рядом негативных последствий: снижение функциональных возможностей и работоспособности, нарушение социальных связей и условий самореализации, потеря бытовой и экономической независимости, что, в свою очередь, вызывает стойкий эмоциональный стресс. Поэтому борьба с гипокинезией - это избавление от ряда негативных изменений всех органов, это профилактика ряда заболеваний, это также становление адаптации инвалидов к жизни и профессиональной деятельности.

Привлечение инвалидов к занятиям физкультурой и спортом - наиболее целесообразное реабилитационное мероприятие. Активная физическая культура — это средства, приемы и методы физического воспитания для формирования у инвалидов и лиц с ограниченными функциональными возможностями жизненно и профессионально необходимых двигательных умений и навыков, развития и совершенствования физических, психических, функциональных и волевых качеств и способностей, позволяющих им обрести самостоятельность, бытовую и психологическую независимость, совершенствоваться в профессиональной деятельности, уметь отдыхать.

Помимо основных принципов реабилитации при проведении реабилитационных мероприятий у инвалидов необходимо соблюдать принцип партнерства — включение самого инвалида и членов его семьи в лечебно-восстановительный процесс, привлечение их к участию в восстановлении тех или иных функций и социальных связей.

К числу наиболее распространенных врожденных пороков развития относятся: умственная отсталость, дефекты зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата, причем эти пороки развития нередко сочетаются.

Особенности реабилитации детей с умственной отсталостью

Распространенность этого порока развития в разных странах достигает 1—3%. Принято считать, что до 75% всех случаев умственной

отсталости обусловлено генетическими факторами. Эти лица нуждаются в специальных методах воспитания и обучения. Очевидно, что характер реабилитационных мероприятий зависит от глубины умственного недоразвития. Так, лица с относительно не глубоким интеллектуальным недоразвитием могут обучаться по специальной школьной программе и получить доступные профессиональные навыки. В то же время у лиц с глубокой умственной отсталостью невозможны ни школьное обучение, ни профессиональная ориентация. По данным ряда исследователей, занятия физической культурой способствуют улучшению психического развития детей и инвалидов.

Особенности реабилитации при дефектах зрения и слуха

Свыше 40 млн. человек во всем мире оцениваются юридически как слепые (незрячие), и каждый год теряют зрение еще миллион человек. Ведущая роль в происхождении врожденных дефектов зрения и слуха принадлежит генетическим факторам. Степень выраженности дефекта зрения или слуха имеет большое значение для возникновения вторичных нарушений развития ребенка (расстройства нервно-психического развития). При небольшом дефекте слуха - тугоухости существует возможность нарушения самостоятельного овладения речью, а полная глухота при отсутствии специального обучения обычно приводит к немоте.

При слепоте и глухоте задерживается развитие навыков общения, нарушаются формирование предметных представлений (из-за отсутствия контакта, общения) и развитие эмоциональной сферы. Оба вида нарушений требуют соответствующей коррекции. Общие закономерности дефектов зрения и слуха: недоразвитие способностей к приему, переработке, хранению информации и недостаточность словесного опосредования. В результате возникает тенденция к определенному замедлению темпа развития мышления, в частности процессов обобщения и отвлечения. К числу мероприятий коррекции при дефектах зрения и слуха основная роль принадлежит стимуляции развития остаточного слуха и зрения.

У слепых часто имеет место гипокинезия (гиподинамия), поэтому попятно большое значение адаптивной физической культуры. Обучение слепых детей и их родителей проводится на специальных курсах обучения по программам: академической (получить образование); профессиональной (помочь слепым подготовиться к трудовой деятельности); самосовершенствование (изучение для внутреннего удовлетворения и радости).

Особенности реабилитации при дефектах нижних конечностей

Из всех нуждающихся в профессиональной реабилитации 70% - лица с дефектами опорно-двигательного аппарата.

Реабилитация лиц с дефектами опорно-двигательного аппарата не должна ограничиваться только медицинскими и физическими реабилитационными мероприятиями, но также должна включать коррекцию нервно-психических расстройств, которые, в свою очередь, могут отразиться на

формировании интеллектуального развития. У этих индивидов нередко отмечается склонность к невротическим расстройствам. Причинами этих расстройств являются: двигательная недостаточность и гиперопека при воспитании. Система коррекционного воспитания и обучения, формирующая у инвалида чувство своей нужности, полезности в известной степени препятствует возникновению личностных качеств, связанных с ощущением своей физической неполноценности. Этому способствуют, в частности, социальные программы (системы) воспитания и обучения. Потеря нижней конечности (конечностей) приводит к снижению трудоспособности и двигательной активности (гипокинезия, гиподинамия), нарушениям обмена веществ и функционального состояния центральной нервной системы, является серьезной психологической травмой и стрессорным фактором. Гипокинезия и расстройства обмена углеводов и липидов (повышение содержания холестерина в крови). Наиболее выраженные нарушения отмечаются со стороны аппаратов кровообращения и дыхания (снижение сократительной функции сердца, тенденция к повышению артериального давления и др.). Следовательно, у этой группы инвалидов имеется высокая угроза развития таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца. Адаптивная физическая культура способствует формированию нового функционального состояния (специальной системы адаптации), характеризующегося приспособлением к дефекту, компенсацией нарушенных функций внутренних органов, нормализацией обмена веществ, психической и эмоциональной деятельностью, предупреждением развития различных заболеваний.

Эффективность физических тренировок обусловлена структурой движений, последовательностью, регулярностью, частотой и продолжительностью занятий, интенсивностью выполнения физических упражнений, индивидуальным подходом к выбору их, оптимальным режимом отдыха.

Вопросы и задания:

1. *Определите цели и задачи реабилитации.*
2. *Раскройте задачи и содержание медицинской реабилитации.*
3. *Раскройте задачи и содержание физической реабилитации.*
4. *Опишите задачи и содержание психологической реабилитации.*
5. *Охарактеризуйте содержание профессиональной реабилитации.*
6. *Дайте характеристику этапам реабилитации.*
7. *Опишите основные принципы реабилитации.*
8. *Раскройте особенности реабилитации инвалидов различных групп.*

ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

2.1. Категории детей, нуждающихся в социальной реабилитации

2.2. Понятие социальной реабилитации

2.3. Понятие «социально-реабилитационная деятельность»

2.4. Основные принципы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья

2.5. Основные направления социально-реабилитационной деятельности

2.1. Категории детей, нуждающихся в социальной реабилитации

В настоящее время 4,5 % детей, проживающих в России, относятся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья и нуждаются в специальном (коррекционном) образовании, отвечающем их особым образовательным потребностям. К ним относят: детей с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие); с нарушением зрения (слепые, слабовидящие); с тяжелыми нарушениями речи (логопаты); с нарушением интеллектуального развития (умственно отсталые, дети с задержкой психического развития); с комплексным нарушением психического развития (слепоглухонемые, слепые умственно отсталые дети и др.); с нарушением функций опорно-двигательного аппарата; детей с психопатическими формами поведения и др.

Кроме того, существует большая группа детей, которые посещают массовые общеобразовательные школы, дошкольные учреждения, но под влиянием неблагоприятно складывающихся социальных условий и, прежде всего, межличностных отношений, испытывают психологический дискомфорт, который по мере взросления ребенка усиливается и превращается в травмирующий фактор. Таким детям необходима специальная помощь для нормальной адаптации в среде сверстников. К этой категории относятся, прежде всего, педагогически запущенные дети. В каждой школе их не менее 10—15 %. Задержка психического развития у них вызвана не соматической патологией, а дефицитом внимания со стороны взрослых на этапах дошкольного детства и младшего школьного возраста. Эти дети, наряду с детьми, имеющими задержки психического развития по причине патогенных воздействий в различные периоды жизни, обучаясь в общеобразовательной школе, попадают в число учащихся с отклонениями в поведении и неуспевающих.

К числу детей с проблемами в развитии относят также и тех, у кого нарушены функции в познавательной сфере (внимание, память); детей с заторможенными, замедленными реакциями; детей с теми или иными физическими дефектами, которые не вызывают стойких нарушений психических функций.

Согласно Международной номенклатуре нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МНН), «**под ограничением жизнедеятельности** понимается любое ограничение или отсутствие способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста».

Большинство детей, имеющих стойкие функциональные нарушения, это дети-инвалиды. **Инвалидность**, в соответствии с принятой классификацией, трактуется как **социальная недостаточность, происходящая вследствие нарушения здоровья, сопровождающегося стойким расстройством функций организма и приводящим к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты**.

Исходя из принятого законодательства, в *месячный срок* после признания ребенка инвалидом специалистами учреждения, проводившими медико-социальную экспертизу, разрабатывается *индивидуальная программа его комплексной реабилитации*. Данная программа представляет собой перечень мероприятий, направленных на восстановление способностей ребенка-инвалида к бытовой, возрастно-средовой и учебной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, уровнем притязаний и т. д. В ней намечаются объемы, сроки их проведения, исполнители. При составлении программы учитывается также прогнозируемый уровень соматического состояния, психофизиологической выносливости, социального статуса ребенка и реальные возможности семьи, в которой он находится.

Индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида реализуется в форме последовательной цепи реабилитационных циклов, каждый из которых включает в себя этап комплексной медико-социальной экспертизы и этап собственной реабилитации, т. е. набора мероприятий по поддержанию медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации, определенного возрастными и личностными особенностями ребенка и текущим уровнем тяжести ограничений его жизнедеятельности. Названная программа считается выполненной, если достигнута полная социальная адаптация субъекта — бывший ребенок-инвалид, став взрослым, создал свою семью и интегрировался в общество, или же специалистами государственной службы медико-социальной экспертизы установлено, что весь имеющийся у ребенка реабилитационный потенциал полностью исчерпан.

В тоже время следует отметить, что хотя в правовом поле и в сфере социальной защиты России общепринятым является термин **инвалид**, но в последнее время в отечественных правовых документах также встречается термин **лицо с ограниченными возможностями здоровья**.

Также можно встретить термин, предложенный еще в конце 70-х гг. английскими специалистами: «**дети (лица) с особыми образовательными потребностями**».

В связи с этим, надо отметить, что о *недостатке, отклонении в развитии можно говорить там и тогда, где и когда возникает несоответствие возможностей данного человека (в том числе и ребенка) общепринятым социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения, т. е. когда налицо ограничение социальных возможностей.* Поэтому мы пользуемся такими терминами, **как лица с ограниченными возможностями** (жизнедеятельности); применительно к обучающимся — **лица с особыми образовательными потребностями**, так как ограничение возможностей участия человека с отклонениями в развитии в традиционном образовательном процессе вызывает у него особые потребности в специализированной педагогической помощи, позволяющей преодолевать эти ограничения, затруднения.

В современной юридической и социальной сфере за рубежом все шире используется термин **лица с ограниченной трудоспособностью** (вместо термина «инвалиды»). Это понятие позволяет рассматривать данную категорию лиц именно как нуждающихся в различного рода социальной помощи, юридической защите, являющихся в то же время в определенной степени трудоспособной и равноправной частью социума. Термин «инвалид» кроме медицинского диагноза (недееспособен) несет в себе негативный социальный смысл. За рубежом термин «инвалид» применяется исключительно к лицам с тяжелыми физическими нарушениями и в основном в узкопрофессиональном (медицинском) контексте.²

2.2. Понятие «социальная реабилитация» и «социально-реабилитационная деятельность»

Согласно определению Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), **«реабилитация** — это применение целого комплекса мер медицинского, социального, образовательного и профессионального характера с целью подготовки или переподготовки индивидуума до наивысшего уровня его функциональных способностей». Это определение адекватно тому, которое принято и в англоязычной педагогике. В то же время в других странах (франкоязычные, испаноязычные) чаще используется термин **реадаптация**.

Термин «реабилитация» является производным от термина **«абилитация»**. Применительно к детям раннего возраста с отклонениями в развитии целесообразно применять термин абилитация (от лат. *habilis* - быть способным к чему-либо), так как в отношении раннего возраста речь может

² Назарова Н. М. Специальная педагогика: / Под ред. Н.М.Назаровой.- М.,2008. С.14.

идти не о *возвращении* способности к чему-либо, утраченной в результате травмы, болезни и пр., а о *первоначальном ее формировании*.³

Комплексная реабилитация ребенка-инвалида, понимается как «процесс и система медицинских, психологических, педагогических и социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма». Ее цель определяется как «восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация».

Задачи реабилитации детей-инвалидов решаются в основном в системе специальных учебных заведений или реабилитационных учреждений, предназначенных для проведения медико-социальной реабилитации, где организация учебного процесса и процесса реабилитации определяются особенностями их аномального развития. К основным типам реабилитационных учреждений относятся: реабилитационно-экспертные, реабилитационно-образовательные, реабилитационно-производственные, реабилитационно-медицинские и реабилитационно-социальные учреждения.

Процесс реабилитации в реабилитационных учреждениях осуществляется в соответствии с реабилитационными программами, разработанными на основе государственных реабилитационных стандартов.

По мнению Е.И. Холостовой, «реабилитация - это процесс, включающий в себя меры и мероприятия медицинского, профессионального и социального характера. Целью разнообразных реабилитационных мероприятий является интегрирование инвалидов с недостатком интеллектуального развития в общество».⁴

Социальная реабилитация - это наиболее ёмкая и многогранная область реабилитации. Социальная реабилитация получила в последние годы широкое признание. Этому способствовали развивающаяся теоретико-методологическая база, с одной стороны, и подготовка высокопрофессиональных специалистов по социальной работе, реализующиеся научные положения - с другой. Социальная реабилитация инвалидов важна не только сама по себе. Она важна как средство интеграции инвалидов в социум, как механизм создания равных возможностей инвалидам, для того, чтобы быть социально востребованными.

Социальная реабилитация - это комплекс программ и действий, направленных на восстановление социальных функций человека, его социального и психологического статуса в обществе.

³ Там же.

⁴ Холостова Е. И., Дементьева Н. Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. - 4-е изд. - М., 2006. С. 21.

По мнению О.С. Андреевой, социальная реабилитация может рассматриваться как:

- комплекс мер, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, на улучшение его здоровья, дееспособности;

- процесс, направленный на изменение социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам

О.В.Трошин, Е.В.Жулина, В.А.Кудрявцев рассматривают социальную адаптацию в данном контексте как:

- аллопластическую – за счет изменений внешней среды, приведение ее в соответствие с возможностями и потребностями;

- аутопластическую – изменение личности (умений, навыков, в целях, оптимального приспособления к внешнему окружению;

- альтернативно-средовую – помещение индивида в среду, оптимально, благоприятную для него.⁵

Л.И. Акатов понятие «социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья» рассматривает в различных его вариантах: как процесс, как конечный результат и как деятельность. Социальная реабилитация как процесс представляет собой динамическую систему, в ходе которой осуществляется последовательная реализация постоянно возникающих в ходе взаимодействия с ребенком тактических задач на пути к достижению стратегической цели — восстановления его социального статуса, формирования устойчивой к травмирующим ситуациям личности, способной успешно интегрироваться в общество. Процесс социальной реабилитации осуществляется под руководством специалиста в этой области, протекает, как и педагогический процесс, в специально организованных условиях, в ходе которых используются различные формы, методы и специальные средства воздействия на ребенка.⁶

Социальная реабилитация как конечный результат — это достижение ее конечных целей, когда человек, имеющий ограниченные возможности здоровья, после прохождения комплексной реабилитации в соответствующих реабилитационных учреждениях, вливается в социально-экономическую жизнь общества и не ощущает своей неполноценности.

Социальная реабилитация как деятельность относится в равной мере как к личности специалиста, являющейся ее организатором, так и к личности ребенка, включенного в социально-реабилитационный процесс, который выступает в нем как субъект деятельности и общения. Социально-реабилитационная деятельность — это целенаправленная активность специалиста по социальной реабилитации и ребенка с ограниченными возможностями здоровья в целях подготовки последнего к продуктивной и полноценной социальной жизни посредством специальным образом

⁵ Трошин О.В., Жулина Е.В., Кудрявцев В.А. Основы социальной реабилитации и профориентации. М., 2005. С.21.

⁶ Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2003. С.8.

организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий. Названный вид деятельности требует от специалиста по социальной реабилитации глубоких профессиональных знаний, высоких морально-нравственных качеств, уверенности в том, что ребенок,отягощенный дефектом развития, может стать полноценной личностью.

Понятие «социально-реабилитационная деятельность»

Если на начальных возрастных этапах на восприятие социальных воздействий негативно влияет первичный дефект, то в дальнейшем, если не проводится его коррекция, ведущую роль начинают играть вторичные отклонения, которые препятствуют социальной адаптации ребенка, порождая педагогическую запущенность, расстройства эмоционально-волевой сферы, личностные нарушения. Чтобы не допустить такого развития событий, ребенка, имеющего тот или иной дефект, необходимо своевременно включить в социально-реабилитационный процесс, так как вторичные нарушения требуют не медицинского вмешательства, а соответствующих социальных воздействий. Такую помощь могут оказать *специалисты по социальной реабилитации*, профессиональная деятельность которых — социально-реабилитационная деятельность — вызвана необходимостью более эффективной подготовки детей, имеющих отклонения в развитии, к жизни в условиях противоречивого современного мира.

Социально-реабилитационная деятельность, как и любой другой вид деятельности, имеет свои качественные характеристики. Наиболее общие из них: целенаправленность, опосредованность, субъективность, интенсивность, динамичность, эффективность.

Целенаправленность социально-реабилитационной деятельности проявляется в том, что процесс социальной реабилитации строится с учетом четко очерченной цели, осознания того, какими личностными и психическими качествами должен обладать ребенок на завершающем этапе.

Специфика опосредованности социально-реабилитационной деятельности состоит в том, что социально-реабилитационные воздействия оказывают влияние на ребенка с ограниченными возможностями не прямо, а косвенно — в результате социальной обусловленности социально-реабилитационной деятельности, ее связи со значениями, фиксированными в понятиях языка, нормах морали, ценностях. Социально-реабилитационное воздействие будет иметь эффект лишь в том случае, если оно будет осмыслено на уровне сознания и будет принято индивидом как свое собственное.

Субъективность социально-реабилитационной деятельности выражается в проявлениях индивидуальности как специалиста по социальной реабилитации, так и ребенка, включенного в социально-реабилитационный процесс. Ее качественные характеристики будут определяться активностью его участников, наличием прошлого опыта,

установками, эмоциями, целями и мотивами, особенностями межличностных отношений, а также уровнем профессиональной компетентности специалиста по социальной реабилитации.

Интенсивность социально-реабилитационного процесса обусловлена наличием у каждого специалиста по социальной реабилитации индивидуального стиля деятельности. Его наличие позволяет каждому из них при наличии разных особенностей нервной системы, разной структуры способностей, характера добиваться определенной эффективности при использовании разных способов и средств воздействия.

Динамичность социально-реабилитационной деятельности определяется поступательным движением в реализации текущих задач в работе с ребенком. Для социально-реабилитационного процесса важно добиваться хотя бы маленьких, но положительных сдвигов в психике. Динамические изменения социально-реабилитационного процесса в этом случае могут привести к более существенным положительным изменениям в развитии личности в целом.

Эффективность социально-реабилитационной деятельности проявляется в соотношении достигнутого результата к максимально достижимому или заранее запланированному результату. Определить ее можно только в том случае, если будут четко выделены качественные критерии измерения результатов. В числе основных показателей определения эффективности социально-реабилитационной деятельности могут быть взяты сравнимые изменения в уровне развития личности ребенка, достигнутого за соответствующий период, и его способность к адаптации и интеграции в социальную и экономическую жизнь с учетом реабилитационного потенциала.

2.3. Основные принципы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья

Принципы — это основные, исходные положения какой-либо теории, руководящие идеи, основные правила поведения, действия. В социально-реабилитационной практике принципы отражают основные требования, предъявляемые к социально-реабилитационной деятельности и определяющие ее организацию, содержание, формы и методы реабилитационных воздействий. В социально-реабилитационной деятельности можно выделить следующие основные принципы: гуманистической направленности социально-реабилитационного процесса; единства диагностики и коррекции; нормативности развития; опоры на ведущую деятельность; обучения деятельности; развития; овладения культурой; опоры на положительные и сильные стороны личности ребенка; психологической комфортности.

Принцип гуманистической направленности социально-реабилитационного процесса предполагает необходимость сочетания целей

общества и личности. Реализация этого принципа требует подчинения всего социально-реабилитационного процесса формированию личности ребенка, ориентированной на отношения достоинства. В такой культуре ведущей ценностью является ценность личности человека. Именно культура достоинства создает лучшие условия для выхода из социальных катаклизмов, потому что ребенок, воспитанный в культуре достоинства, как подчеркивал Л.С. Выготский, «приспособлен к социальной динамике, а не к социальной статике».

Принцип единства диагностики и коррекции отражает целостность оказания помощи ребенку в условиях социально-реабилитационного процесса. Его суть в том, что, во-первых, началу собственно социально-реабилитационных воздействий обязательно должен предшествовать этап комплексного диагностического обследования ребенка, на основе которого составляется первичное заключение об уровне его развития, и формулируются цели и задачи коррекционно-развивающей работы. Во-вторых, реализация плана социально-реабилитационных мероприятий требует постоянного контроля динамики изменений личности, ее поведения, деятельности, эмоциональных состояний, чувств и переживаний. Такой контроль позволяет вносить необходимые коррективы в программу социальной реабилитации, вовремя изменять и дополнять методы и средства воздействия.

Принцип нормативности развития ребенка. Нормативность развития понимается как последовательность сменяющих друг друга возрастных этапов в онтогенезе. Каждый возрастной этап в жизни человека характеризуется своей социальной ситуацией, динамикой развития, психическими новообразованиями, ведущей деятельностью. Реализация названного принципа предполагает обязательный учет особенностей возрастного развития ребенка и происходящих изменений на всех этапах процесса социальной реабилитации. Наряду с понятием «возрастная норма» в социально-реабилитационной практике широко используется понятие «индивидуальная норма», что позволяет вносить коррективы в программу социальной реабилитации с учетом индивидуальных особенностей ребенка, специфики и тяжести дефекта и самостоятельного пути развития.

Принцип опоры на ведущую деятельность. Процесс социальной реабилитации на разных возрастных этапах ребенка должен соответствовать ведущей деятельности, характерной для каждого возрастного этапа (игра, учение, общение) и психологическим возможностям и ограничениям, связанным с возрастными особенностями (самооценка, самосознание и др.)

Принцип обучения деятельности предполагает активизацию детей с целью овладения детьми различными видами деятельности, начиная от простейших предметно-практических действий до сложных действий в познавательной сфере. У детей должны быть сформированы умения контроля и самоконтроля, оценки и самооценки. Ребенок должен уметь

самостоятельно ставить цели и организовывать свою деятельность для ее достижения.

Принцип развития предполагает выделение не только ведущего дефекта, но и вторичных нарушений, оценку причин их возникновения и прогнозирования последствий, ориентирует на целостное развитие личности ребенка, ее готовность к дальнейшему самосовершенствованию. Процесс социальной реабилитации должен быть нацелен на то, чтобы каждому ребенку были созданы такие условия, в которых он мог бы максимально реализовать не только свой интеллект, способности, активность, а, прежде всего, личность.

Принцип овладения культурой. Культура — это способность человека ориентироваться в мире и действовать в соответствии с результатами такой ориентации и с интересами и ожиданиями других людей. Использование данного принципа в процессе социальной реабилитации состоит в том, что ребенок, включаясь в систему предлагаемых форм воздействия, осваивает нормативные способы действий в окружающем мире и социальной среде.

Принцип опоры на положительные и сильные стороны личности ребенка. У каждого ребенка, даже если у него имеются значительные проблемы в развитии, есть стремление к нравственному самосовершенствованию. Это стремление можно и погасить, если с ним обращаться с помощью упреков и нотаций, и усилить, если взрослый вовремя заметит даже малейшие положительные изменения в поведении или деятельности ребенка. Если ребенок, овладевая новыми формами поведения и деятельности, добивается положительных результатов, он переживает радость, что укрепляет уверенность в своих силах, стремление к дальнейшему росту.

Принцип психологической комфортности предполагает создание в социально-реабилитационном процессе доверительной, раскованной, стимулирующей активность ребенка атмосферы, с опорой на внутренние мотивы и, в частности, на мотивацию успешности.

2.4. Основные направления социально-реабилитационной деятельности

Главная задача всех лиц, работающих с ребенком, состоит в том, чтобы обеспечить положительные изменения в развитии его как личности. Но для этого необходимы не разовые и не односторонние меры, а комплексный, системный подход, предполагающий учет как внешних, так и внутренних факторов, воздействующих на личность. Вот почему деятельность специалиста по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья должна быть многоплановой и включать в себя все основные направления социально-реабилитационного процесса.

Такими направлениями, на наш взгляд, являются: организаторская деятельность; деятельность по диагностике психического и личностного развития ребенка; развивающая и коррекционная работа; консультирование и просвещение детей, родителей и специалистов, занимающихся с детьми; деятельность по охране здоровья и безопасной жизнедеятельности и социально-диспетчерская работа.

1. Организаторская деятельность — это деятельность, направленная на достижение определенной цели или целей. Она пронизывает все сферы жизни человека и необходима там, где возникает потребность управлять людьми или организовывать себя на выполнение конкретных задач. Данное направление связано со всеми другими направлениями социально-реабилитационной деятельности и выступает как необходимая, обязательная их составляющая.

Организаторская деятельность является реализацией на практике задач социальной реабилитации и условием более целенаправленного и реального проектирования своей деятельности. По существу, каждое действие специалиста по социальной реабилитации носит организаторский характер.

В структуре организации социально-реабилитационной деятельности можно условно выделить два аспекта: подготовительный (конструктивный) и организационный.

Подготовительный аспект. Включает деятельность, связанную с проектированием, планированием процесса социальной реабилитации, определением его содержания, целей и задач; условий, содержания и форм проведения коррекционных и развивающих занятий; участия детей в игровой, трудовой, обслуживающей деятельности, варианты организации межличностных отношений и т. п. Готовясь к встрече с детьми, специалист по социальной реабилитации подбирает методики и технологии взаимодействия с ними, подготавливает соответствующее оборудование, продумывает последовательность собственных действий, а также действий каждого конкретного ребенка и группы в целом.

Организационный аспект. Специалист по социальной реабилитации реализует на практике цели и задачи социальной реабилитации. К числу основных организаторских действий, используемых в работе с людьми, относят: просьбы, советы, пожелания, указания, замечания, требования. Наиболее часто применяемой формой побуждения детей в социально-реабилитационном процессе является педагогическое требование, в котором задаются формы деятельности и которое направлено на формирование у детей стремления к достижению цели реабилитации определенными средствами и способами. Чрезвычайно завышенная и заниженная (либеральная) оценки в одинаковой мере пагубно влияют на конечные результаты. В случаях завышения требований у детей нарастает психическое напряжение, нежелание выполнять ту или иную деятельность.

Когда же требования занижены, то у них теряются внешние опоры организации собственной деятельности.

2. Диагностика психического и личностного развития ребенка. Цель диагностики - выяснение с помощью психодиагностических средств сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки ее актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачей обследования. Предметом психологического диагноза является установление особенностей развития ребенка, как в норме, так и в патологии. Основными этапами психодиагностического обследования являются: сбор данных; обработка и их интерпретация; вынесение решения — установление психологического диагноза и определение на его основе прогноза развития.

Психологическая диагностика — неотъемлемая часть процесса социальной реабилитации. Ее результаты необходимы для:

- составления социально-психологического портрета ребенка, имеющего ограниченные возможности (психологического диагноза);
- выяснения сильных и слабых сторон в его развитии как личности;
- определения содержания и форм социально-реабилитационной работы, выбора средств и форм психологической коррекции и личностного развития ребенка;
- установления обратной связи, сигнализирующей об изменениях в психическом и личностном развитии на разных этапах процесса социальной реабилитации.

Диагноз неразрывно связан с прогнозом. Согласно Л.С. Выготскому, содержание прогноза и диагноза совпадают, но прогноз строится на умении настолько понять внутреннюю логику самодвижения процесса развития, что на основе прошлого и настоящего намечают путь дальнейшего развития. Прогноз рекомендуется разбивать на отдельные периоды и прибегать к длительным повторным наблюдениям.

Практическая психодиагностика предполагает наличие у специалиста по социальной реабилитации психологических знаний, определенных навыков изучения ребенка, интуиции, богатейшего клинического и житейского опыта. От него требуется соблюдение свода правил применения психодиагностических средств, основанных на знании свойств измеряемых переменных и измеряющих инструментов, на знании этических и профессиональных норм психодиагностического обследования.

3. Развивающая и коррекционная деятельность. Данное направление является центральным в социально-реабилитационной работе с детьми и подростками. Исходными его данными являются результаты психодиагностического обследования. Содержание, формы и методы развивающей и коррекционной работы должны обеспечивать целостное воздействие на личность ребенка или подростка. Развивающая работа традиционно ориентирована на развитие познавательной, эмоциональной, волевой и социальной сфер личности. Ее содержание вытекает из целей и

задач социальной реабилитации и определяется рабочей программой и индивидуальным планом коррекции и развития личности каждого ребенка. Реализация этой программы осуществляется путем включения ребенка в различные формы общения и деятельности. Это могут быть: специальным образом организованная с учетом развивающего эффекта игровая, обслуживающая, трудовая деятельность, учебная, специальные развивающие занятия, на которых решаются задачи, например, формирования навыков общения, сотрудничества или конкурентного поведения, навыков понимания чувств и переживаний других людей, самооценки и самоанализа своего поведения и многие другие. В процессе такого взаимодействия у детей постепенно развивается не только интеллектуальная сфера, но и расширяется опыт социальных отношений, приобретается определенный духовный и эмоциональный опыт.

Психокоррекционная работа ориентирована на решение конкретных проблем, связанных с вторичными нарушениями в развитии ребенка. Основным ее инструментарием являются коррекционные методики и технологии, которые позволяют моделировать ситуации, в которых наиболее полно задействуются сферы личности ребенка, нуждающиеся в исправлении. Психокоррекционная работа осуществляется в двух формах: индивидуальной и групповой. Выбор названных форм и подбор коррекционных методик определяется конкретными задачами, поставленными перед каждым ребенком.

4. Психолого-педагогическое просвещение и консультирование детей и подростков, родителей и сотрудников, участвующих в обслуживании детей с ограниченными возможностями. Главной задачей на этом этапе является приобретение детьми и подростками определенных знаний и навыков, которые призваны помочь им успешно взаимодействовать с другими людьми, повысить мотивацию жизнедеятельности, активность. Чтобы знания, навыки и умения, передаваемые и прививаемые ребенку, активно включались в процесс личностного развития, необходимо серьезно подходить к отбору содержания доступного и интересного ребенку, а также к выбору форм его подачи. Основным условием здесь выступают учет индивидуальных и возрастных особенностей детей, уровень их реального развития, готовность к усвоению тех или иных знаний. Наиболее эффективными формами для ребенка можно считать те, которые являются для него доступными, привлекательными, актуально значимыми.

Консультирование - еще один вид практической работы специалиста по социальной реабилитации. Консультирование рассчитано на работу с детьми старшего возраста - подростками и старшими школьниками. Консультирование, как правило, - индивидуальный вид работы и организуется в большинстве случаев по запросу детей и по результатам психодиагностического обследования. Оно может иметь различное содержание, касаться многих проблем развития и личностного

самоопределения подростка или юноши, взаимодействия с другими людьми, взаимоотношения полов и т. п.

В функции специалиста по социальной реабилитации входит не только просвещение и консультирование детей и подростков, но и родителей, а также сотрудников, занимающихся социальной реабилитацией детей, является важным условием налаживания отношений и совместного сотрудничества, выяснения точек соприкосновения в решении задач социальной реабилитации.

5. Деятельность по охране здоровья и безопасной жизнедеятельности.

Охрана здоровья ребенка — важнейшая задача всех реабилитационных мероприятий. Специалист по социальной реабилитации должен знать закономерности возникновения, течения и исход болезни как базовой предпосылки при определении и разработке основных подходов социальной реабилитации ребенка. Чтобы грамотно организовать социально-реабилитационный процесс, важно учитывать особенности защитно-приспособительных реакций и перестройки динамического стереотипа организма в процессе выздоровления и их влияние на процесс реабилитации. Нужно ясно осознавать и предвидеть как внутренние, так и внешние факторы, обуславливающие жизнедеятельность организма, знать основные принципы и подходы формирования безбарьерной атравматической окружающей среды для детей с ограниченными возможностями здоровья по признаку аномалии.

Важно также добиться, чтобы ребенок осознал, что результаты его выздоровления и развития находятся в прямой зависимости от полноценной жизни и многих других факторов: питания, состояния окружающей среды, наличия вредных привычек, психогигиенических навыков, физической тренированности организма.

Оздоровительная работа. В ее задачу входит развитие и укрепление физических сил и возможностей ребенка.

6. Социально - диспетчерская деятельность. Цель — получение детьми, их родителями и коллегами от специалиста по социальной реабилитации социальной и психологической помощи, во-первых, выходящей за рамки его функциональных обязанностей, а, во-вторых — за рамки его компетенции. В этих целях он должен обладать банком данных о службах и специалистах, которые смогли бы оказать реальную помощь ребенку. Причем, специалист по социальной реабилитации не только дает консультацию, но и сам организует это взаимодействие.

В рамках социально-диспетчерского направления предполагается решение следующих задач:

- определение характера проблемы и возможностей ее решения;
- поиск службы или специалиста, способного оказать ребенку помощь;
- подготовка необходимой сопроводительной документации;
- отслеживание результатов взаимодействия ребенка со специалистом;

-осуществление психологической поддержки ребенку во время его взаимодействия со специалистом;

-контроль за организацией помощи ребенку в условиях образовательного учреждения.

Итак, мы рассмотрели основные подходы к организации социально-реабилитационной работы, выделили основные ее направления. Следует иметь в виду, что процесс социальной реабилитации определяется, прежде всего, компетентностью специалиста по социальной реабилитации. Знание рассмотренных подходов поможет ему стать профессионально грамотным и четко представлять круг своих обязанностей.

Специалист по социальной реабилитации - это организатор жизни и деятельности детей с ограниченными возможностями в процессе социальной реабилитации. Его задача состоит в том, чтобы рационально *определять все виды социально-реабилитационного процесса*: диагностическую, коррекционную, развивающую, образовательную, пропагандистско-консультативную деятельность, деятельность по самообразованию и саморазвитию и др., которые были бы не только адекватными целям и задачам социальной реабилитации, но и целесообразными с точки зрения удовлетворения потребностей ребенка.

Важно, чтобы в ходе осуществления различных мероприятий у него зародилась жизненная цель — *перспектива самого ребенка*, которая в процессе социальной реабилитации *должна быть осознана и понята*. Вся последующая социально-реабилитационная деятельность во многом будет зависеть от умения взрослых использовать жизненную перспективу ребенка, личные стимулы, приводящие в движение его внутренние силы и индивидуальные способности.

Вопросы и задания:

1. Дайте краткую характеристику категориям детей, нуждающимся в социальной реабилитации.

2. Раскройте понятия «ограничение жизнедеятельности», «инвалидность», «лица с ограниченными возможностями здоровья», «лица с особыми образовательными потребностями».

3. Как различные ученые трактуют понятия «реабилитация», «реадаптация», «абилитация», «социальная реабилитация».

4. Охарактеризуйте понятие социально-реабилитационная деятельность.

5. Назовите основные принципы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

2.5. Перечислите основные направления социально-реабилитационной деятельности.

ГЛАВА 3. РАЗВИТИЕ КОНЦЕПЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

3.1. Довоенный период развития концепции социальной реабилитации

3.2. Послевоенный период развития концепции социальной реабилитации

3.3. Современный период развития концепции социальной реабилитации

3.1. Довоенный период развития концепции социальной реабилитации

Концепция социальной реабилитации человека с ограниченными возможностями, распространенная до середины XX в. как за рубежом, так и в нашей стране, сформировалась в конце XIX — начале XX в. под влиянием философии ценности (В.Штерн, А. Мессер, Г. Риккерт). В ее основе лежала идея о социальной полезности человека. Согласно ей школа обязана воспитать активного и социально полезного члена общества. Ребенок с ограниченными возможностями не исключался из этого правила — ему надлежало также вырасти полезным членом общества, чтобы своим трудом обеспечивать собственное существование. В этом контексте ценность специального образования виделась только как приобщение к общественно полезному производительному труду через коррекцию и компенсацию дефекта с тем, чтобы инвалид не был для общества обузой. Общество корректировало, подстраивало под свои правила и законы человека с ограниченными возможностями, заранее объявив его неполноценным. Встречного процесса, направленного на приспособление общества к особым нуждам таких людей, не было. Открытым поэтому оставался вопрос и о тех, кто в силу тяжести своего недостатка ни при каких условиях не мог стать полезным членом общества. Будучи вполне гуманной и прогрессивной для своего времени, рассматриваемая концепция была значительно дискредитирована в странах Западной Европы и США, где в 20-е гг. XX столетия эта концепция была «усилена» идеями расовой биологии, расовой гигиены, социал-дарвинизма. Уже после Первой мировой войны за рубежом становятся популярными взгляды о бесполезности поддержки лиц с ограниченными возможностями и отклонениями в физическом и психическом развитии, о необходимости достижения биологической «чистоты» расы путем стерилизации лиц, являющихся носителями опасных или нежелательных для общества дефектов умственного, физического или психического развития. Были приняты законы о принудительной стерилизации в ряде стран: США, Канаде, Дании, Швейцарии, позднее — в Германии.

Особый вклад в практическую реализацию этих идей сделали те страны, в которых к власти пришел фашизм. Национал-социалисты обеспечили идеологическое обоснование необходимости физического уничтожения «социально бесполезных», «неполноценных» людей. Они развернули широкую кампанию по «очищению» рейха, а заодно и

воспитанию подрастающего поколения в духе разработанной ими идеологии.

Одновременно с разжиганием социальной вражды шло планомерное уничтожение людей, которые попадали при «новом порядке» в категорию социально бесполезных: глубоко умственно отсталых, тяжелых инвалидов, стариков — инвалидов труда, лиц, страдающих туберкулезом, эпилепсией и др. Преследованиям подверглись педагоги-дефектологи, многие из которых погибли в концлагерях или вынуждены были эмигрировать. Историки специальной педагогики свидетельствуют, что в послевоенной Германии систему специального образования нужно было возрождать с нулевой отметки.

3.2 Послевоенный период развития концепции социальной реабилитации

В советской специальной педагогике (дефектологии) концепция социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями как воспитание полезных членов общества удачно соединилась с концептуальными основаниями советской педагогики о воспитании социально полезных и активных строителей социализма и коммунизма. Эта концепция в нашей стране, к счастью, не выродилась в то чудовищное попрание прав человека, которое имело место в странах, где к власти пришел фашизм. Однако приоритет интересов общества над интересами личности, многие десятилетия существовавший в нашей стране, фактически узаконивал статус социальной «малоценности», «граждан второго сорта» применительно к людям с ограниченными возможностями. *Именно поэтому многие десятилетия в нашей стране существует ограничительно-покровительственная (патерналистская) позиция общества и государства по отношению к этой категории населения.*

Ребенок с отклонениями в развитии и его родители встречаются с патерналистской позицией общества сразу же при включении в сферу образования, где реально и сегодня существуют преимущественно закрытые, интернатного типа, образовательные учреждения. Характер образования, не способствующий достижению высокого уровня социальной адаптированности, ограниченные возможности приобретения престижных в обществе и конкурентоспособных на рынке труда профессий и получения высокого уровня профессиональной квалификации, слабая правовая защищенность, ставшее правилом в обществе приучение к низкому качеству жизни (мизерность пенсий и невозможность получения высокооплачиваемой работы) — все это приводит людей с ограниченными возможностями к воспроизведению культуры бедности, к их стойкой маргинализации, т.е. к вынужденному сужению возможности участия в социальной жизни: в выборе, принятии и реализации доступных социальных ролей, выполнении социокультурных функций, получении

необходимой социальной и культурной информации, в различного рода стандартных взаимодействиях внутри социума.

Социальные ограничения, порожденные дефектами здоровья, носят комплексный характер и поэтому особенно трудно поддаются компенсации. В первую очередь можно говорить о физическом ограничении, или изоляции инвалида, - это обусловлено либо физическими, либо сенсорными, либо интеллектуально-психическими недостатками, которые мешают ему самостоятельно передвигаться и/или ориентироваться в пространстве.

Второй барьер - это трудовая сегрегация, или изоляция, инвалида: из-за своей патологии индивид с ограниченными возможностями имеет крайне узкий доступ к рабочим местам или не имеет его вовсе. В ряде случаев инвалид абсолютно не способен к трудовой деятельности, даже самой простой. Однако в других ситуациях инвалидам представляются (или оказываются доступны) рабочие места, требующие низкой квалификации, предусматривающие монотонный, стереотипный труд и невысокую заработную плату.

Третьим барьером в жизни инвалидов выступает малообеспеченность, которая является следствием социально-трудовых ограничений: эти люди вынуждены существовать либо на невысокую заработную плату, либо на пособие (которое тоже не может быть достаточным для обеспечения достойного уровня жизни индивида).

Важным и труднопреодолимым барьером для инвалида является пространственно-средовой. Даже в тех случаях, когда лицо с физическими ограничениями имеет средства передвижения (протез, кресло-коляска, специально оборудованный автомобиль), сама организация жилой среды и транспорта не является пока дружественной к инвалиду.

Вероятно, для всех типов инвалидов важное препятствие представляет информационный барьер, который имеет двусторонний характер. Инвалиды затруднены в получении информации, как общего плана, так и имеющей непосредственное значение для них (исчерпывающие сведения о своих функциональных нарушениях, о мерах государственной поддержки инвалидов, о социальных ресурсах их поддержки). Дефицит информации или ее недостаточная насыщенность могут при вести к необратимому угасанию интеллектуальных способностей таких лиц.

Эмоциональный барьер также является двусторонним, то есть он может складываться из непродуктивных эмоциональных реакций окружающих по поводу инвалида - любопытства, насмешки, неловкости, чувства вины, гиперопеки, страха и т. д. - и фрустрирующих эмоций инвалида: жалость к себе, недоброжелательство по отношению к окружающим, ожидание гиперопеки, стремление обвинить кого-то в своем дефекте, стремление к изоляции и т. д. Подобный комплекс является ретардирующим, т. е. затрудняющим социальные контакты в процессе взаимоотношений инвалида и его социальной среды.

Наконец, комплексный характер имеет коммуникативный барьер, который обусловлен кумуляцией действия всех вышеперечисленных ограничений, деформирующих личность человека. Расстройство общения, одна из наиболее трудных социальных проблем инвалидов, является следствием и физических ограничений, и эмоциональной защитной самоизоляции, и выпадения из трудового коллектива, и дефицита привычной информации.

Сущность и содержание социальной реабилитации в значительной мере зависит от того, как понимают инвалидность ведущие субъекты этого процесса, из каких идейно-методических оснований исходят. Господствовавшая прежде медицинская модель инвалидности исходила из ведущей роли медицины в лечении дефекта, рассматривая инвалида как пациента. Реабилитация, таким образом, рассматривается исключительно с одной стороны — со стороны восстановления трудовых возможностей. В этой связи в общественном сознании понятия «инвалидность» и «нетрудоспособность» воспринимаются как равнозначные и взаимозаменяющие термины. Необходимость опровержения такого подхода привела к появлению в научном обороте и распространению в литературе, наряду с медицинской моделью инвалидности, такого понятия, как «социальная модель инвалидности».

Послевоенный период зарубежной жизни и мирового общественного развития (вторая половина XX столетия) характеризуется подъемом демократического и национально-освободительного движения. Колоссальные человеческие жертвы и попрание прав и свобод человека в период Второй мировой войны показали человечеству ту пропасть, в которой оно может оказаться, если не примет для себя как высшую ценность, как цель и смысл существования общества самого человека — его жизнь и благополучие, его нужды и потребности. Именно поэтому, начиная с 1948 г. (год принятия «Всеобщей декларации прав человека») мировое сообщество начинает строить свою жизнь в соответствии с международными правовыми актами гуманистического характера.

3.3. Современный период развития концепции социальной реабилитации

В 1978 году Гербен Делонг (Новый английский медицинский центр, Бостон) сформулировал три теоретических суждения, которые были положены в основу идеологии движения за независимую жизнь и впоследствии стали основными элементами при создании служб в структуре центров независимой жизни.

Суверенитет потребителя. Человек, имеющий инвалидность, - основной потребитель социальных служб и является главным защитником своих интересов. Он должен быть допущен к прямому участию в решении социальных проблем, связанных с инвалидностью.

Самоопределение. Люди, имеющие инвалидность, должны в первую очередь опираться на свои способности и умения, для того чтобы добиться прав и привилегий, на которые они претендуют.

Политические и экономические права. Люди, имеющие инвалидность, должны получить право участвовать в политической и экономической жизни общества.

Смысловым центром нового взгляда на социальную реабилитацию человека с ограниченными возможностями в этом контексте является идея достижения его максимальной самостоятельности и независимости (концепция независимого образа жизни) в условиях приоритета интересов личности над интересами общества через гарантированное соблюдение прав и свобод каждого, вне зависимости от того, может ли этот человек приносить пользу обществу или нет, может ли он участвовать в общественно полезном труде или нет. Под независимой жизнью понимается не только материальная независимость, но и отсутствие зависимости от посторонних при передвижении, общении, в социальной жизни, в быту и повседневной жизни, т.е. независимость в широком смысле. Право на независимую жизнь человека с ограниченными возможностями должно быть законодательно закреплено и экономически обеспечено. Лица с любыми недостатками в физической, интеллектуальной или психической сфере имеют право на материальное обеспечение и удовлетворительный жизненный уровень; право на жизнь в таких условиях и в такой среде, которые бы мало отличались от условий обычной жизни его сверстников и в которых человек с ограниченными возможностями чувствует себя комфортно; право на защиту от эксплуатации, злоупотреблений и унижительного обращения; право на меры (в том числе и на образование), предназначенные для того, чтобы дать возможность приобрести как можно большую самостоятельность; право на то, чтобы их особые нужды принимались во внимание на всех стадиях экономического и социального планирования.

Таким образом, общественно полезный труд и социальная полезность человека - далеко не главные и единственные цели современной концепции социальной реабилитации. Главное - это ликвидация социально-экономического и нравственно-этического притеснения, маргинализации человека с ограниченными возможностями со стороны здорового большинства общества, его социальных институтов, его общественного сознания. Современная концепция социальной реабилитации человека с ограниченными возможностями справедливо предполагает, что «должен меняться не только человек с ограниченными возможностями, но и общество, которое должно изъять негативные установки, ступени и узкие двери, а также рутинные правила, помочь людям бороться с недугами, а не со специалистами, и предоставить для всех людей равные возможности полноценного участия во всех сферах жизни и видах социальной активности. При этом люди с ограниченными возможностями должны быть

интегрированы в общество на их собственных условиях, а не приспособлены к правилам мира здоровых людей».

Понятно, что для достижения статуса общества действительно равных возможностей обществу придется затрачивать больше ресурсов на лиц с ограниченными возможностями жизнедеятельности и здоровья с тем, чтобы возможности обычных людей и имеющих отклонения в развитии действительно стали равными.

В соответствии со Стандартными правилами обеспечения равных возможностей для инвалидов (Генеральная Ассамблея ООН, 1993) наиболее перспективным способом решения социокультурных проблем лиц с ограниченными возможностями является их интеграция в общество. Специальный педагог, начиная работу с ребенком с первых дней его жизни, закладывает тот фундамент социокультурного включения, на котором впоследствии будет строиться стиль и образ жизни данного человека. Педагогу необходимо учитывать специфические (пол, возраст, социальное происхождение) и типологические особенности (особенности определенной группы лиц, имеющих одно и то же нарушение развития) интеграции различных категорий лиц с ограниченными возможностями и возможности преодоления психолого-педагогическими способами проблем социокультурного включения каждого ребенка.

Современный процесс социокультурного включения и адаптирования лиц с ограниченными возможностями принимает в качестве основополагающей идею независимого образа жизни. Она позволяет выявить социокультурное содержание жизнедеятельности различных категорий лиц с отклонениями в развитии и определить систему педагогических и социокультурных мер, направленных на преодоление существующих проблем социальной и культурной интеграции лиц с ограниченными возможностями. У детей формируются необходимые базовые навыки в сфере жизнеобеспечения и самообслуживания, социализации, коммуникации и рекреации. Их развитие будет продолжено в условиях взрослой жизни; на их основе будет формироваться независимый образ жизни.

Жизнеобеспечение предполагает деятельное участие человека с ограниченной трудоспособностью в общественном производстве, в сфере услуг или интеллектуального труда, а также в ведении домашнего хозяйства, самообслуживании, в финансовых отношениях. В условиях рыночных отношений возможность участия лиц с ограниченной трудоспособностью в производственной сфере затрудняется от них требуется высокая конкурентоспособность на рынке труда, предполагающая наличие высокой профессиональной квалификации, мобильности. При несоответствии таким условиям человеку с ограниченной трудоспособностью трудно рассчитывать на занятость и материальную обеспеченность. Знание социальной жизни и адаптированность в ней, наличие необходимого уровня образования являются важным условием для

ведения финансовых отношений. Как показывают исследования социологов, значительная часть лиц с ограниченной трудоспособностью не считает собственный труд средством материального обеспечения жизни, занимая иждивенческую позицию. Это является результатом социального воспитания начинающегося еще в школе, ориентированного только на стереотипы социальной помощи: пенсионное обеспечение, благотворительность, заниженную социальную оценку человека с ограниченными возможностями.

Социализация - это процесс и результат освоения человеком знаний и навыков общественной жизни, выработка общепринятых стереотипов поведения, освоение ценностных ориентаций, принятых в данном обществе, которые позволяют полноценно участвовать в различных ситуациях общественного взаимодействия.

Важным условием полноценной социализации и социальной жизни является освоение навыков социального общения - коммуникации.

Лица с ограниченными возможностями испытывают значительные затруднения и в социализации, и в формировании навыков социальной коммуникации, так как для них доступ к различного рода источникам информации ограничен по ряду причин: наличие коммуникативных ограничений и барьеров, ограничение мобильности, недостаточность навыков межличностного взаимодействия, а также неприятие и ограничение общения с этими людьми большинством социума.

Как отмечают социологи и психологи, физическое или психическое нарушение становится центральным пунктом в формировании и становлении личности, ядром личностных переживаний, что также отрицательно влияет на процесс социализации и развитие навыков социального общения.

Человек с ограниченной трудоспособностью, как и любой другой, должен быть подготовлен не только к продуктивной жизни и трудовой деятельности, но и к умелому восстановлению жизненных сил и здоровья, частично утраченных в повседневной трудовой деятельности, т.е. *к умению организовать свой отдых, свое свободное время — рекреацию.*

Для лиц с ограниченными возможностями существует ряд объективных ограничений возможностей участия в различных общедоступных формах досуговой деятельности вследствие ограниченных возможностей передвижения, иных физических возможностей, ограниченных возможностей восприятия, социального и ситуационного адаптирования и др. Однако это не означает полной их изоляции от участия в общедоступных формах досуговой деятельности. Специальная педагогика в структуре воспитательной работы предусматривает включение, приучение и посильное участие детей и подростков с отклонениями в развитии в рекреационных мероприятиях общего назначения, а также интерес и привычку участвовать в различных формах специально организованной досуговой деятельности, учитывающей ограничения их возможностей.

Специальные формы досуговой деятельности, хотя и являются вынужденно сегрегационными, тем не менее способствуют развитию социальных навыков в рамках своей субкультуры, личностному развитию, приучают к активному и целесообразному проведению досуга (спорт, танцы, экскурсии, декоративно-прикладное искусство и ремесло, клубы по интересам и др.), продолжают процесс коррекции и компенсации отклонений в развитии средствами культуры, искусства, спорта, активной досуговой деятельности, ремесел. Начало формирования специальных рекреационных навыков и установок закладывается с первых дней пребывания ребенка в системе специального образования.

Опираясь на принцип нормальности, который рассматривает человека с ограниченными возможностями здоровья личностью, имеющей потенциальные способности к участию во всех аспектах жизни общества, к успешному взаимодействию и партнерству, внесению уникального вклада в общественное и культурное достояние государства, можно добиться существенных успехов. Примером может послужить жизнь Э. Робертса – родоначальника движения за гражданские права инвалидов в Америке, одного из основоположников концепции независимой жизни, первого директора Центра независимой жизни, который после перенесенного полиомиелита, остался полностью бездвижимым. Другой пример - Президенту США Рузвельту, инвалиду с проблемами опорно-двигательного аппарата, на протяжении ряда лет физический дефект не препятствовал осуществлять функции управления государством. В России и за ее пределами широко известны общественные и научные успехи В. Дикуля, С. Федорова, подвиги Н. Островского, А. Маресьева и других.

Отечественная система специального образования постепенно осваивает новую для нее концепцию социальной реабилитации человека с ограниченными возможностями, центром которой являются сам человек, его особые образовательные и иные специальные потребности, его права и интересы. Как отмечает А.Г. Асмолов, наше общество находится в начале длинного пути - перехода от культуры полезности к культуре достоинства. В отличие от культуры полезности, где «урезается время, отводимое на детство, старость не обладает ценностью, а образованию отводится роль социального пасынка, которого терпят постольку, поскольку приходится тратить время на выучку подготовку человека к исполнению полезных служебных функций» в культуре, основанной на отношении достоинства, «ведущей ценностью является ценность личности человека независимо от того, можно ли что-либо получить от этой личности для выполнения того или иного дела или нет. В культуре достоинства дети, старики и люди с отклонениями в развитии священны и находятся под охраной общественного милосердия».

Очевидно, что независимость людей с инвалидностью – понятие скорее психологическое, чем физическое. Для независимости необходима безбарьерная среда, технические приспособления, услуги персонального

ассистента, которого инвалид нанимает и оценивает качество его работы самостоятельно. Однако понятно, что человек с инвалидностью, не желающий мириться со своим физическим недугом, социальной недостаточностью, мобилизуя компенсаторные способности организма, личностные амбиции, в состоянии приобрести достойный социально-культурный статус посредством коммуникативной деятельности и участия в жизнедеятельности общества на условиях партнерства. Не случайно девизом многих фестивалей служит выражение «*Смотри на меня, как на равного*», ставший одним из принципов жизнедеятельности многих инвалидов.

Однако идеи интеграции в общество людей с ограниченными возможностями в настоящее время еще не стали основной целью реабилитационного процесса, поскольку даже самые «продвинутые» специалисты и представители науки не идут дальше реабилитационных целей, которые лишь частично решают личностные проблемы социальной жизни инвалидов.

Вопросы и задания:

1. *Какие изменения претерпела концепция социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями на протяжении XX в.?*

2. *Что такое патернализм и в чем он проявляется применительно к социокультурной интеграции лиц с ограниченными возможностями жизнедеятельности?*

3. *Раскройте смысл идеи независимой жизни для лиц с ограниченными возможностями жизнедеятельности.*

4. *Каковы задачи специальной педагогики в подготовке ребенка с особыми образовательными потребностями к социокультурной интеграции? Что может сделать для этого массовая система образования?*

ГЛАВА 4.

ОСНОВЫ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

4.1 Сущность технологии социальной реабилитации

4.2 Структурно-функциональная модель отделения социальной реабилитации

4.3 Описание технологии работы по социальной реабилитации. Первичные консультации специалистов

4.4 Адаптационное обучение человека с ограниченными возможностями здоровья и его семьи

4.5 Социально-средовое обучение

4.1. Сущность технологии социальной реабилитации

Реабилитация детей с ограниченными возможностями является стратегической основой социальной политики в отношении инвалидов в Российской Федерации. Она рассматривается как система и процесс восстановления нарушенных связей индивидуума и общества, способов взаимодействия инвалида и социума.

Принятый в 1995 г. Закон Российской Федерации “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации” впервые продекларировал необходимость создания и развития государственной службы медико-социальной экспертизы и государственной службы реабилитации инвалидов. В последующие годы во исполнение указанного федерального закона Минтрудом России был подготовлен ряд нормативных и методических документов, регламентирующих организацию и деятельность государственной службы реабилитации инвалидов. В настоящее время по данным Министерства труда и социального развития РФ за 2010 г. в России насчитывается 598 учреждений и отделений реабилитации для взрослых и детей различного профиля.

Реабилитационные учреждения являются основным звеном государственной службы реабилитации инвалидов, детей с ограниченными возможностями. Они осуществляют процесс реабилитации инвалидов в соответствии с реабилитационными программами. Одной из программ является программа социальной реабилитации, направленная на восстановление способностей к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Реабилитационное учреждение, предоставляющее услуги по социальной реабилитации инвалидов, должно обеспечивать их высокое качество, удовлетворяющее потребности клиента учреждения и соответствующее реабилитационным стандартам. Основными качествами, влияющими на предоставление услуг реабилитационного учреждения, являются: наличие и состояние нормативной документации (положения или Устава об учреждении, руководств, правил, инструкций, методик; документации на оборудование, приборы и аппаратуру); условия размещения учреждения; укомплектованность учреждения специалистами и

их квалификация; табельное и дополнительное техническое оснащение (оборудование, приборы, аппаратура); состояние информации об учреждении, порядке и правилах предоставления им услуг; наличие системы контроля за деятельностью учреждения из вне и внутри.

Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями представляет собой систему и процесс восстановления способностей к самостоятельной общественной и семейно - бытовой деятельности. Социальная реабилитация включает социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию.

Социально-бытовая адаптация - это система и процесс определения оптимальных режимов общественной и семейно-бытовой деятельности инвалидов в конкретных социально-средовых условиях и приспособления к ним инвалидов.

Социально-средовая ориентация - система и процесс определения структуры наиболее развитых функций инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно - общественной деятельности.

Перечень основных мероприятий в области социальной реабилитации инвалидов определен “Примерным положением об индивидуальной программе реабилитации инвалида” (утвержденным Постановлением Министерства труда и социального развития РФ от 14 декабря 1995 г. № 14).

Мероприятия по социально-бытовой адаптации включают:

- информирование и консультирование детей с ограниченными возможностями и их семей;
- “адаптационное” обучение детей с ограниченными возможностями и их семей;
- обучение ребенка: персональному уходу (самообслуживанию); персональной сохранности; овладению социальными навыками;
- обеспечение техническими средствами реабилитации и обучение пользованию ими;
- адаптацию жилья к потребностям ребенка с ограниченными возможностями.

Мероприятия по социально-средовой ориентации включают:

- социально-психологическую реабилитацию (психологическое консультирование, психодиагностику и обследование личности инвалида, психологическую коррекцию, психотерапевтическую помощь, психопрофилактическую и психогигиеническую работу, психологические тренинги, привлечение инвалидов к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения, экстренную (по телефону) психологическую и медико-психологическую помощь);
- обучение:
- общению;
- социальной независимости;

- навыкам проведения отдыха, досуга, занятиями физкультурой и спортом.

- оказание помощи в решении личных проблем;

- социально-психологический патронаж семьи.

Мероприятия (услуги) по социальной реабилитации реализуются отделением социальной реабилитации, входящим в виде структурного подразделения в реабилитационное учреждение (различного типа и вида).

Технология работы отделения социальной реабилитации является одним из видов социальных технологий. При этом под социальными технологиями подразумевается совокупность приемов, методов и воздействий, которые необходимо применять для достижения поставленных целей в процессе социального развития, для решения тех или иных социальных проблем. Технологию социальной реабилитации можно определить как способы осуществления деятельности по социальной реабилитации на основе ее рационального расчленения на процедуры и операции с их последующей координацией и синхронизацией и выбора оптимальных средств, методов их выполнения.

4.2. Структурно-функциональная модель отделения социальной реабилитации

Отделение социальной реабилитации инвалидов организуется для проведения социальной реабилитации инвалидов с различными заболеваниями и физическими дефектами в составе различных учреждений медицинского, образовательного и социального профилей.

Отделение социальной реабилитации инвалидов, детей с ограниченными возможностями организуется в виде структурного подразделения:

- центра комплексной реабилитации;

- больницы восстановительного лечения;

- учебного заведения для детей с ограниченными возможностями;

- дома-интерната;

- центра социального обслуживания;

- иного учреждения медицинского, профессионального, социального профиля и предназначается для реализации мероприятий по социальной реабилитации.

Отделение социальной реабилитации осуществляет комплексную систему мероприятий по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями для устранения или компенсации с помощью различных социальных мер и технических средств ограничений в обеспечении их жизнедеятельности и интеграции в общество.

Основными задачами Отделения являются:

- конкретизация потребности детей с ограниченными возможностями в различных видах социальной помощи;

- конкретизация услуг и технических средств, предоставляемых Отделением в рамках Индивидуальной программы реабилитации;
- реализация индивидуальных программ реабилитации.

В соответствии с этими задачами на Отделение возлагаются следующие функции:

- уточнение программы социальной реабилитации с учетом оптимального набора средств и методик, имеющих в распоряжении специалистов Отделения;

- освоение и внедрение в практику работы отделения новых современных методов и средств социальной реабилитации, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта в области медико-социальной реабилитации;

- оказание консультативной и организационно-методической помощи по вопросам социальной реабилитации, соответствующим кабинетам в районе действия отделения;

- взаимодействие с другими учреждениями, принимающими участие в медико-социальной реабилитации;

- осуществление мероприятий по повышению квалификации работников отделения по вопросам медико-социальной реабилитации.

В состав Отделения социальной реабилитации включаются (рекомендуются) **кабинеты:** специалиста по реабилитации (врача, прошедшего курсы повышения квалификации по вопросам медико-социальной реабилитации), специалиста по социальной работе, психолога, социально-бытовой адаптации (кабинет адаптационного обучения; учебный класс для социально-бытовой адаптации; кабинеты, в которых размещены жилой модуль, оснащенный техническими средствами реабилитации; кабинет архитектора; кабинет техника по техническим средствам реабилитации; пункт проката и мелкого ремонта технических средств; складские помещения для технических средств реабилитации); социально-средовой ориентации (учебный класс для социально-средовой ориентации, кабинеты для индивидуальной и групповой психотерапии, кабинет юриста, кабинеты социокультурной реабилитации, актовый зал, музыкальная гостиная, библиотека, видеотека, спортивный зал).

На профильные кабинеты возлагаются следующие функции:

Кабинет специалиста по реабилитации – осуществление контроля за состоянием здоровья и мероприятий по восстановлению нарушенных функций, коррекция и контроль за реализацией индивидуальной программы реабилитации.

Кабинеты социально-средовой ориентации – определение наиболее развитых функций инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно-общественной деятельности; проведение социально-психологического тестирования; определение потребности инвалида в различных видах социальной помощи; осуществление социально-психологической и психологической реабилитации, в том числе

проведение: психотерапевтических мероприятий (снижение уровня тревожности, формирование адекватной самооценки, снятие некоторых психологических симптомов и др.), психологической коррекции (тренировка социальных навыков, коррекция неадекватных профессиональных намерений, обучение процессу учебы и др.); психологического консультирования по личностными и эмоциональным проблемам; осуществление психологической помощи семье ребенка; социокультурная реабилитация инвалида; реабилитация инвалида методами физической культуры и спорта; предоставление реабилитационных услуг с целью обеспечения социальной независимости и социального общения, решения личных проблем; юридическая и правовая помощь.

Кабинет социально-бытовой адаптации – оценка возможности независимой жизнедеятельности и социально-средовая диагностика, включающая оценку нуждаемости и тестирование для обеспечения техническими средствами реабилитации, проведение социально-бытовой диагностики, определение потребности и обучение навыкам семейной-бытовой деятельности в конкретных социально-бытовых условиях и приспособление к ним ребенка с ограниченными возможностями, обучение жизненным навыкам, включающим персональный уход (внешний вид, гигиена, одежда, диета, забота о здоровье, уход за зубами и др.) и персональную сохранность (безопасность в доме – пользование газом, электричеством, ванной, лекарствами и т.д.); обучение социальным навыкам, включающим элементы социального поведения (посещение магазинов, посещение предприятий общественного питания, распоряжение деньгами, пользование транспортом и др.), обучение навыкам самостоятельного проживания – подготовка к независимому образу жизни (обучение пользованию бытовыми приборами), выработка навыков независимого образа жизни с помощью упражнений и технических приспособлений, подбор инвалиду технических средств реабилитации, разработка индивидуальных решений вопросов адаптации к инвалиду жилищно-коммунальных условий).

Руководство Отделением осуществляется заведующим, назначаемым и увольняемым руководителем учреждения в установленном порядке.

Отделение в своей деятельности осуществляет непосредственную связь и тесные контакты со специалистами других подразделений учреждения, осуществляющих обслуживание инвалидов, а также с учреждениями, осуществляющими социальную реабилитацию инвалидов.

Порядок направления детей с ограниченными возможностями в отделение и организация их реабилитации:

- реабилитация инвалидов проводится только при их желании;
- направление инвалида в Отделение осуществляется руководителями бюро МСЭ, а также другими органами и учреждениями, формирующими или реализующими индивидуальную программу реабилитации;

- при направлении представляется следующая документация: заявление инвалида о его согласии пройти курс реабилитации, карта индивидуальной программы реабилитации установленного образца;
- сроки реабилитации инвалидов в Отделении устанавливаются индивидуально.

Общими противопоказаниями к направлению инвалидов в Отделение являются:

- все заболевания в острой стадии и хронические заболевания в стадии обострения и декомпенсации;
- злокачественные новообразования в активной фазе;
- кахексия любого происхождения;
- обширные тропические язвы и пролежни;
- гнойно-некротические заболевания;
- острые инфекционные и венерические заболевания до окончания срока изоляции.

Права и обязанности инвалидов, проходящих реабилитацию:

- инвалид имеет право отказаться от того или иного вида, формы, объема, сроков проведения реабилитационных мероприятий, а также от реализации реабилитационной программы в целом. Отказ инвалида должен быть формально зарегистрирован и являться основанием для прекращения реабилитации в Отделении; за несовершеннолетнего ребенка это могут сделать его родители, опекуны или попечители.

- при согласии инвалида на проведение реабилитации он обязан представлять специалистам Отделения достоверную и исчерпывающую информацию (в пределах своих возможностей). необходимую для разработки, организации и проведения реабилитации, а также выполнять предписанные реабилитационной программой действия.

Реабилитационное учреждение должно предоставлять информацию о своей деятельности. Вместе с тем следует отметить, что состояние информации о реабилитационном учреждении и правилах предоставления им реабилитационных услуг должно соответствовать требованиям Федерального закона РФ “О защите прав потребителя”. Реабилитационное учреждение доводит до сведения клиентов информацию о наименовании учреждения, о предоставляемых им услугах любым способом, предусмотренным законодательством РФ.

Информация об услугах, в соответствии с законом “О защите прав потребителя”, обязательно должна содержать:

- перечень основных услуг, предоставляемых реабилитационным учреждением;
- наименованием стандартов, требованиям которых должны соответствовать услуги;
- цену и условия предоставления услуг;
- гарантийные обязательства учреждения - исполнителя услуг;

-правила и условия эффективного и безопасного использования услуг.

Учреждение и отделение социальной реабилитации должны размещаться в специально предназначенном здании или помещениях. Помещения должны быть обеспечены всеми видами коммунально-бытового обслуживания и оснащены телефоном, они должны отвечать требованиям санитарно-гигиенических норм и правил безопасности труда, а также обеспечивать доступность среды жизнедеятельности в соответствии с потребностями инвалидов.

4.3. Описание технологии работы по социальной реабилитации. Первичные консультации специалистов

1. Первичный прием в регистратуре.

Первоначально человек, имеющий на руках индивидуальную программу реабилитации, обращается в регистратуру реабилитационного учреждения, имеющего отделение социальной реабилитации. Инвалиду рекомендуется обратиться в Отделение в течение 14 дней с момента разработки **ИПР (индивидуальной программы реабилитации)** в бюро МСЭ. В регистратуре медицинская сестра проверяет наличие необходимых документов (паспорта, ИПР, медицинской амбулаторной карты, выписок из истории болезни в случае стационарного лечения, консультативных заключений и др.); проводит регистрацию инвалида, включая: оформление на него регистрационной карты, амбулаторной карты реабилитации; вводит с помощью компьютера ИПР в базу данных с присвоением инвалиду идентификационного номера; дает направление к специалисту по реабилитации, психологу, специалисту по социальной работе с указанием даты и времени посещения, фамилии специалиста и номера кабинета; перечня необходимых для приема документов.

2. Первичная консультация инвалида специалистом по реабилитации

Специалист по реабилитации (врач) работает в кабинете совместно с медицинской сестрой.

При проведении первичного приема врач и медицинская сестра знакомятся с человеком и предоставляют ему следующую информацию:

- об ИПР (цель и задачи ИПР, законодательно-нормативная база, права и обязанности человека, его семьи, опекуна или попечителя);

- о реабилитационном учреждении и отделении социальной реабилитации (структура, задачи, функции, часы работы, перечень реабилитационных услуг и др.);

- о характеристиках услуги, области ее предоставления, доступности и затратах времени на ее предоставление; условиях ее предоставления, стоимости (для полностью или частично оплачиваемой услуги);

- о возможности оценки качества реабилитационной услуги со стороны инвалида (своевременность предоставления услуги, ее полнота, эффективность);

- о взаимосвязи между предложенной услугой и реальными потребностями инвалида;

- о порядке, этапах и сроках реабилитации у данного клиента (порядок и этапы проведения реабилитационной диагностики, формирование реабилитационного маршрута, реализация индивидуальной программы социальной реабилитации инвалида; оценка эффективности проведения мероприятий).

Медицинская сестра заполняет в амбулаторной карте реабилитации инвалида отдельные пункты в следующих разделах:

- медико-экспертные данные (блок 2), пункт о группе и причинах инвалидности, длительности и динамике инвалидности; анамнезе жизни;

- профессионально-трудовые данные (блок 3);

- материальное и семейное положение (блок 4) (см. приложение 5.).

Специалист по реабилитации изучает ИПР, выданную бюро МСЭ, а также медицинские документы (выписки из истории болезни, амбулаторную карту, консультативные заключения), проводит клинический осмотр больного.

Врач заполняет в амбулаторной карте реабилитации следующие разделы:

- клинико-функциональный диагноз, включая клиническую (нозологическую) форму основного и сопутствующего заболеваний, осложнения, стадию патологического процесса, характер и степень нарушения функций организма, клинический прогноз (блок 2);

- характер и степень ограничений жизнедеятельности (блок 2);

- анамнез болезни и реабилитации (блок 2);

- данные, конкретизирующие способность инвалида выполнять различные виды жизнедеятельности, нарушение которых компенсируется социальной реабилитацией.

При необходимости врач проводит тестирование способности инвалида к самообслуживанию (способность действовать пальцами, кистью, тянуть и толкать предмет, передвигать предметы, удерживать предметы, а также способность ходить, преодолевать препятствия, подниматься по лестнице и др.).

По окончании первичной консультации специалист по реабилитации должен:

- заполнить разделы в амбулаторной карте реабилитации, касающиеся клинико-функциональной и социальной диагностики;

- конкретизировать потребность инвалида в услугах и технических средствах, представляемых отделением;

- отметить в реабилитационном маршруте инвалида мероприятия по социальной реабилитации, в которых нуждается инвалид;

- включить ребенка (в зависимости от вида патологии и ограничений жизнедеятельности) в ту или иную группу для адаптационного обучения;
- сделать заключение об отсутствии противопоказаний со стороны здоровья человека для проведения мероприятий по социальной реабилитации.

В процессе реабилитации врач осуществляет: информирование и консультирование, адаптационное обучение человека и его семьи, контроль за состоянием здоровья инвалида в процессе реабилитации, участвует (совместно со специалистом по социальной реабилитации и психологом) в социально-бытовой и социально-средовой реабилитации инвалида, оценивает ее эффективность.

3. Первичная консультация специалиста по социальной работе.

Специалист по социальной работе знакомится с ребенком, изучает ИПР, амбулаторную карту реабилитации, затем проводит реабилитационную диагностику, заполняя в амбулаторной карте реабилитации социально-средовые данные.

При проведении социально-средовой диагностики специалист по социальной работе изучает участие ребенка во всех обычных общественных взаимоотношениях (семья, друзья, соседи и коллеги) общение с окружающими, возможность пользования телефоном, телевизором, радио, компьютером, возможность чтения книг, журналов и др.; ролевое положение инвалида в семье, межличностные отношения вне дома; соблюдение инвалидом морально-этических, социально-правовых, санитарно-гигиенических норм; возможность инвалида заниматься культурой, физкультурой, спортом, туризмом и др.

При проведении социально-бытовой диагностики специалист по социальной реабилитации изучает семейное положение ребенка, психологический климат в семье, социально-экономическое положение инвалида, его жизненные установки, благоустроенность жилья, наличие вспомогательных приспособлений для самообслуживания, способность ребенка выполнять обычные житейские процедуры, в том числе такие действия, как уборка квартиры, ручная стирка, выжимание и глажка белья, возможность встать с постели, лечь в постель, одеться и раздеться, умыться, принять ванну, принять пищу, пользоваться туалетом или судном, ухаживать за зубами, стричь волосы, ногти, брить бороду и усы, готовить пищу, передвигаться по дому и вне дома и др.; способность инвалида обеспечивать персональную сохранность (пользоваться газовыми и электрическими домашними приборами, спичками, кранами, лекарствами и др.); способность вести независимое существование (посещать магазины, предприятия бытового обслуживания, совершать покупки, обращаться с деньгами).

В том случае, если в ИПР указаны мероприятия по адаптации жилья инвалида и его обеспечению техническими средствами специалист по

социальной работе планирует (вместе с человеком) дату его социального обследования на дому.

Специалист по социальной реабилитации, проводя социальное обследование человека на дому, должен осуществлять:

- оценку социально-бытовых условий;
- оценку способности самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

По окончании первичной консультации специалист по социальной работе должен:

- заполнить раздел о социальной диагностике и потребности в реабилитации в амбулаторной карте реабилитации;
- отметить в реабилитационном маршруте те мероприятия по социальной реабилитации, которые будут выполняться с помощью специалиста по социальной работе;
- отметить в реабилитационном маршруте дату обследования на дому.

В процессе реабилитации специалист по социальной работе участвует в адаптационном обучении; проводит мероприятия по подбору технических средств реабилитации и обучение пользованию ими; руководит мероприятиями по обучению самообслуживанию, социальной независимости, социальному общению, передвижению, ориентации.

4. Первичная консультация психолога.

Первичный прием человека осуществляется медицинским психологом. Основной задачей первичного приема является формулирование целей психологической реабилитации в соответствии с его психологическим статусом и разработка конкретного плана реабилитационных мероприятий (психологическая часть реабилитационного маршрута). Осуществление данной задачи производится с помощью проведения экспертно-реабилитационной психодиагностики высших психических функций, особенностей эмоционально-волевой сферы, личностных характеристик человека и его социально-психологического статуса, имеющих непосредственное отношение к социальной реабилитации.

Психологическая диагностика в рамках задач социальной реабилитации включает:

- оценку уровня интеллектуального развития;
- оценку высших психических функций (внимание, восприятие, память, мышление);
- в случае локальных поражений головного мозга - диагностику высших корковых функций – праксис, гнозис, письмо, счет, чтение;
- оценку эмоционально-волевой сферы (эмоциональная стабильность, способность формирования и удержания волевых усилий);

- диагностику личностных особенностей (самооценка, ценностные ориентации, особенности мотивационной сферы, наиболее часто используемые механизмы психологической защиты, круг интересов, уровень притязаний, внутренняя картина болезни);

- оценку микросоциальной сферы личности: социально-психологического климата в семье, особенностей системы отношений в семье и других социальных группах, в которые включен инвалид.

При наличии в ИПР данных психологического обследования психолога бюро МСЭ (эмоциональная устойчивость, уровень притязаний, уровень и структура кругозора) психолог отделения социальной реабилитации может использовать уже имеющиеся данные, проводя психодиагностические процедуры, требующиеся для уточнения психологического статуса.

В процессе психологической диагностики психолог определяет не только степень нарушения психических функций и особенностей личности, но также реабилитационный потенциал инвалида, а также личностную готовность больного к получению психологической помощи, или, иначе говоря, мотивацию на социально-психологическую реабилитацию.

По данным психодиагностического обследования психолог составляет заключение, в котором описывается характер выявленных нарушений, мотивацию на реабилитацию, а также формулируются конкретные задачи психологической помощи больному в рамках социальной реабилитации. Задачи могут иметь формулировки типа: "...развить, сформировать навыки общения", "...сгладить неврозоподобную симптоматику", "...снизить напряженность эмоциональных отношений в семье" и т. п. Таким образом, задачи психологической реабилитации будут указывать, какие именно "психологические механизмы" будут восстанавливаться для достижения социальной интеграции.

По окончании первичной консультации психолог должен:

- заполнить в амбулаторной карте реабилитации раздел психологической диагностики и потребности в психологической реабилитации;

- отметить в реабилитационном маршруте ребенка мероприятия по психологической реабилитации (психологическое консультирование, психокоррекция, социально-психологический патронаж семьи, психопрофилактическая и психогигиеническая работа, психотерапия, привлечение клиентов к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения); количество отведенных часов; даты начала и окончания реабилитационных мероприятий; даты контрольных психодиагностических обследований (оценка промежуточных итогов психологической реабилитации).

Психологом могут осуществляться следующие реабилитационные мероприятия: социально-психологическое и психологическое консультирование, психологическая коррекция, социально-

психологический патронаж, психопрофилактическая и психогигиеническая работа, психологический тренинг, привлечение к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения.

В случае выявления у больного глубоких эмоциональных и личностных нарушений (неврозоподобная симптоматика, негативная картина мира, отрицательный “Я-образ”, симптомы депрессии, тревоги и др.) психолог рекомендует больному пройти консультацию у психотерапевта.

При выявлении в психологическом статусе больного нарушений, выходящих за рамки компетенции психолога отделения социальной реабилитации, больному рекомендуется обращение к другим специалистам: врачу-психиатру, логопеду и др.

На протяжении всего процесса психологической реабилитации психолог осуществляет отслеживание динамики психического состояния больного, улучшение которого будет свидетельствовать об эффективности психологической реабилитации. По данным контрольных психодиагностических обследований также составляются заключения.

4.4. Адаптационное обучение человека с ограниченными возможностями здоровья и его семьи

Врач-специалист по реабилитации, специалист по социальной работе и психолог осуществляют адаптационное обучение. С адаптационного обучения начинается социальная реабилитация.

Адаптационное обучение ребенка проводится в форме занятий (лекций) в течение 7 - 10 дней. Программа обучения включает вопросы: об особенностях течения заболевания, мероприятиях по изменению образа жизни, диеты, величины физических и психических нагрузок; о возникающих в результате нарушения здоровья ограничениях жизнедеятельности, связанных с ними социально-психологических, физиологических и экономических проблемах; видах и формах социально-бытовой помощи, методах ухода, видах технических средств реабилитации и особенностях их эксплуатации; видах реабилитационных учреждений, их местоположении и спектре оказываемых ими услуг, и т.д. Группы адаптационного обучения формируются по нозологическому принципу.

Обучение самообслуживанию, передвижению.

Обучение самообслуживанию осуществляется социальным работником. Обучение проводится в учебной комнате (классе), имеющей соответствующее оснащение (столы, кресла, учебную доску, экран, оверхет, видеомагнитофон, телевизор, компьютер, технические средства реабилитации), а также книги, картинки (криптограммы).

Группы, а также методические приемы их обучения, формируются в зависимости от вида функциональных нарушений, например, для обучения

детей с нарушением интеллекта используются криптограммы, а для инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата – технические средства реабилитации. Для обучения социальным навыкам могут применяться вспомогательные средства (программы обучения личным навыкам, способности выполнять бытовую деятельность и др.).

Для обучения навыкам самообслуживания может использоваться жилой модуль, оснащенный техническими средствами реабилитации.

Сроки обучения для инвалида индивидуальны.

Обеспечение техническими средствами реабилитации.

Обеспечение техническими средствами реабилитации включает;

- подбор модели технического средства с учетом ИПР;
- обучение человека (если нужно – членов его семьи) навыкам пользования техническим средством;
- мелкий ремонт и сервисное обслуживание технического средства.

Обеспечение техническими средствами реабилитации осуществляет специалист по социальной работе, социальный работник, техник по техническим средствам реабилитации. При необходимости (в сложных случаях) привлекается врач-специалист по реабилитации.

В отделении социальной реабилитации должны быть помещения, оснащенные техническими средствами реабилитации, так называемый “жилой модуль”, содержащий прихожую, жилую комнату, спальню, кухню, туалетную комнату с ванной, комнату средств передвижения.

Прихожая должна быть оборудована мебелью и вешалками, доступными для человека, пользующегося креслом-коляской, различными приспособлениями для одевания и раздевания (рожками для обуви и приспособлениями для снятия ботинок, держателями одежды, крюками для одевания и раздевания и др.)

Жилая комната должна иметь домашние принадлежности и приспособления для дома и домашнего хозяйства (стол, функциональные кресла, в том числе кресла для больных артродезом; кресла и сиденья со специальным механизмом, помогающим вставать с кресла или садиться в кресло, в том числе “катапультные” кресла и сиденья; кресла-шезлонги и кресло-диваны; специальную мебель для сиденья; упоры (подставки) для ног и опоры стопы, культы; чертежные и рисовальные столы), а также в ней может быть оборудован уголок для работы на компьютере (стол для компьютера, компьютер с периферией, в том числе вводные и выходные блоки и принадлежности компьютеров, пишущих машинок, и калькуляторов, например, блоки распознавания речи, специальные клавиатуры и системы управления для инвалидов с поражением опорно-двигательной системы; принтеры больших знаков или шрифта Брайля; приспособления для переключивания бумаги, держатели рукописи; опоры предплечья, специальное программное обеспечение и др.).

Таким образом, обобщая вышеизложенное можно сказать, что уголок может быть оборудован двумя вариантами рабочего места на компьютере –

для человека с патологией зрения и с патологией опорно-двигательного аппарата.

В жилой комнате могут быть представлены: телевизор с увеличенным изображением, аппараты для записи и воспроизведения (“говорящая книга”), телефон с Брайлевским вводом и выходом и др.

Также может быть представлена сурдотехника: телевизор с декодером “телетекста”, с системой скрытого субтитрирования телевизионных программ, громкоговорящие телефоны, телефоны с текстовым вводом и выходом данных и др.

В жилой комнате должно быть оборудовано “учебное” рабочее место для инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата, отвечающее требованиям эргономики, письменный стол с изменяющейся поверхностью с комплектом приспособлений для чтения и письма; регулируемый стул; вспомогательные средства для рисования и письма (ручки, карандаши, кисточки, устройства для переворачивания листов, подставки для книг и держалки для книг и др.). Для слабовидящих и слепых должны быть представлены сигнатурные направляющие устройства и сигнатурные штампы, рамки для письма, приборы для письма по Брайлю, калькуляторы с крупной печатью, голосовым выводом, тактильные средства для математики, счетные доски и др.

В жилой комнате должны быть продемонстрированы специальные открыватели и закрыватели дверей, окон, занавесок, жалюзи; специальные замки, дверные сигнализаторы для предупреждения слепых о наличии открытой двери и др. Дизайн жилой комнаты, расположение в ней мебели и предметов должны соответствовать принципам эстетики и эргономики, наглядно демонстрируя доступность жилья для инвалида.

Спальня должна быть меблирована функциональной кроватью, кроватным подъемником, кроватным и прикроватным столом, кроватными поручнями и поручнями для самоподнимания, веревочными лестницами, колесами и ремнями для подъема инвалида, кресло-коляской с санитарно-техническим оснащением, подкладным судном, противопролежневым матрасом, покрывалом, подушкой. В спальне могут демонстрироваться средства для одевания и раздевания (вспомогательные средства для одевания носков и колготок, держатели одежды и др.).

Кухня должна быть оснащена кухонной мебелью, доступной для инвалида на кресло-коляске. На кухне должны быть:

- вспомогательные средства для приготовления пищи и напитков (средства для взвешивания и измерения, резки, рубки, чистки продуктов, бытовые электрические машины, средства для варки и жарки);
- вспомогательные средства для ведения домашнего хозяйства (совки, щетки, губки, пылесосы, вакуумные очистители, половые швабры и др.);
- вспомогательные средства для открывания бутылок, банок, для захвата и удержания, держатели щеток, “хваталки”;

- вспомогательные средства для помощи при еде и питье (термосы, дозаторы сахара, специальные ножевые изделия, специальные кружки и стаканы, чашки и блюдца, подносы для бутербродов, нажимные резак и др.).

В туалетной комнате должны быть:

- вспомогательные средства для отправления естественных надобностей (кресло-стульчаки с колесиками, туалетные сиденья-возвышения с откидными или фиксирующими приспособлениями, самоподнимающиеся туалетные сиденья, туалетные подлокотники и спинки, коробка-дозаторы туалетной бумаги и др.);

- вспомогательные средства для умывания, купания, принятия душа (кресла и табуреты для душа, противоскользкие маты для ванны, душевые маты; мочалки, губки и щетки с рукояткой, мыльные дозаторы, средства для обсыхания тела и др.);

- поручни;

- специальные сиденья для ванны;

- подъемник для ванной;

- специальная раковина и регулируемое зеркало, которыми может пользоваться инвалид на кресло-коляске и др.

В отдельной комнате должны быть представлены технические средства для передвижения:

- трости для ходьбы, в т.ч. белые трости для слепых;

- трости трехопорные (триподы), четырехопорные (квадриподы), пятиопорные;

- костыли (локтевые, с опорой на предплечья, подмышечные);

- ледоступы;

- рамы для ходьбы (ходунки);

-прогулочные, комнатные кресло-коляски, кресло-коляски с электроприводом;

- приспособления для кресло-колясок и др.

В том случае, когда отделение социальной реабилитации является специализированным (для инвалидов по зрению или слуху), жилой модуль должен иметь более широкий спектр тифлосредств или сурдосредств.

Весь жилой модуль должен быть действующим, в нем должно проводиться информирование и консультирование по техническим средствам реабилитации, их подбор, обучение пользованию. В зависимости от сложности нарушенных функций и имеющихся ограничений жизнедеятельности для обеспечения инвалида техническим средством требуется от 1-2 до 10 и более посещений. Обучение инвалида предусматривает, что специалист по социальной работе и социальный работник разъясняют и показывают приемы пользования техническим средством, помогают инвалиду в его тренировке, отработке навыков и умений. Техник по техническим средствам помогает инвалиду в освоении

сложных технических средств и осуществляет их подгонку к потребностям нуждающегося, а в случае необходимости – и мелкий ремонт.

Организация жизни в быту.

Обслуживание на дому может выявить необходимость организации жизни инвалида в быту, включая архитектурно-планировочное решение проблемы адаптации помещения к потребностям инвалида. Оно может включать перепланировку жилых помещений и санитарно-гигиенических помещений с заменой раковин, унитаза, душа, ванны или их переоборудование; переоборудование газовой (электро)-плиты; установку дополнительной сигнализации (в т.ч. домофона); снятие порогов; расширение дверных проемов; установку поручней; установку пандусов и др. Организацию этой работы осуществляет специалист по социальной работе и архитектор. Для ее реализации отделение взаимодействует с муниципальными службами и органами социальной защиты.

Психологическая реабилитация.

Психологическая реабилитация инвалида проводится психологом и психотерапевтом, включая психологическое консультирование, психокоррекцию, социально-психологический патронаж семьи, психопрофилактическую и психогигиеническую работу, психологический тренинг, привлечение инвалидов к участию в группах поддержки, клубах общения.

Психологическое консультирование должно обеспечить оказание клиентам квалифицированной помощи в правильном понимании и налаживании межличностных взаимоотношений, связанных со способами предупреждения и преодоления семейных конфликтов, с методикой семейного воспитания, с формированием семейных и супружеских отношений в молодых семьях и созданием в них благоприятного микроклимата и др.

Социально-психологическое консультирование должно на основе полученной от клиента информации и обсуждения с ним возникших у него социально-психологических проблем помочь ему раскрыть и мобилизовать свои внутренние ресурсы и решить его проблемы.

Психодиагностика и обследование личности должны по результатам определения и анализа психического состояния и индивидуальных особенностей личности клиента, влияющих на отклонение в его поведении и взаимоотношениях с окружающими людьми, дать необходимую информацию для составления прогноза и разработки рекомендаций по проведению коррекционных мероприятий.

Психокоррекция, как активное психологическое воздействие, должно обеспечить преодоление или ослабление отклонений в развитии, эмоциональном состоянии и поведении клиентов (неблагоприятных форм эмоционального реагирования и стереотипов поведения отдельных лиц,

конфликтных отношений родителей с детьми, нарушений общения у детей или искажения в их психическом развитии и т.д.) для приведения указанных показателей в соответствие с возрастными нормами и требованиями социальной среды.

Социально-психологический патронаж должен на основе систематического наблюдения за клиентами обеспечить своевременное выявление ситуаций психического дискомфорта, личностного (внутриличностного) или межличностного конфликта и других ситуаций, могущих усугубить трудную жизненную ситуацию клиента, и оказание им необходимой в данный момент социально-психологической помощи.

Психопрофилактическая работа представляет собой комплекс мероприятий, направленных на приобретение клиентом психологических знаний, формирование у него общей психологической культуры, своевременное предупреждение возможных психологических нарушений.

Психогигиеническая работа является комплексом мероприятий, направленных на создание условий для полноценного психологического функционирования личности (устранение или снижение факторов психологического дискомфорта на рабочем месте, в семье и других социальных группах, в которые включен инвалид).

Психологические тренинги, как активное психологическое воздействие, должны обеспечивать снятие последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, прививать социально ценные нормы поведения людям, преодолевающим асоциальные формы жизнедеятельности, формировать личностные предпосылки для адаптации к изменяющимся условиям. Психологический тренинг может также включать когнитивный тренинг психических функций (память, внимание), в задачи которого входит “тренировка” психических функций посредством определенного рода нагрузок.

Привлечение инвалидов к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения должно обеспечивать оказание им помощи в выходе из состояния дискомфорта (если оно есть), поддержании и укреплении психического здоровья, повышении стрессоустойчивости, уровня психологической культуры, в первую очередь в сфере межличностных отношений и общения.

Для проведения индивидуальных и семейных форм работы по социально-психологической помощи требуется небольшое помещение, оснащенное соответствующей мебелью и осветительными приборами, магнитофоном, другими необходимыми материалами.

В кабинете групповой психотерапии проводятся групповые формы психотерапевтической работы, коммуникативный и другие виды социально-психологического тренинга, тренинг познавательных и др. функций, влияющих на социально-психологическую компетентность, аутотренинг, групповые психотерапевтические занятия с лицами, страдающими наркоманией.

Это должно быть значительное помещение, оснащенное легко передвижаемой мебелью, магнитофоном, другими необходимыми пособиями и предметами, используемыми в психологической работе. В случае проведения видеотренинга необходимо наличие видеокамеры, видеомагнитофона. Групповая психотерапия, как правило, проводится раз в неделю в течение 4 месяцев. Индивидуальная психотерапия может включать цикл посещений инвалидом психотерапевта (ориентировочно, один раз в неделю в течение 5 недель с длительностью сеанса 50 минут).

4.5. Социально-средовое обучение

Социально-средовое обучение проводится социальным работником, специалистом по социальной работе, психологом. Оно включает обучение социальному общению, социальной независимости и социализацию.

Обучение общению.

Программы обучения общению должны быть построены в зависимости от вида инвалидизирующей патологии, характера и степени функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности. Обучение может включать занятия, групповые тренировки и игры. Занятия раскрывают правила общения в различных социальных структурах (на работе, дома, в учебном заведении, в общественных учреждениях и предприятиях и т.д.), а тренировки и игры моделируют различные жизненные ситуации (посещение друзей, дискотеки, кафе, прачечной и т.д.). Для этих целей могут использоваться учебные программы, социально ориентированные на развитие способностей и навыков общения в стандартных социокультурных ситуациях.

Обучение общению включает обучение инвалида пользованию техническими средствами коммуникации, информации и сигнализации, в том числе:

- оптическими средствами (лупы, бинокли и телескопы, расширители поля зрения, призматические очки и др.);
- телефонами (телефоны с текстовым вводом-выходом, в том числе телефоны с Брайлеровским текстом, громкоговорящие телефоны, индикаторы набора телефонного номера, головные телефоны); внутренними разговорными устройствами;
- средствами связи “лицом к лицу” (наборы и шаблоны букв и символов, генераторы голоса, головные усилители индивидуального пользования, слуховые трубки и др.);
- слуховыми средствами (слуховые средства ушные, заушные, вмонтированные в оправу очков, нательные; тактильные, т.е. трансформирующие звуки в вибрацию; слуховые средства с имплантантом и др.);
- средствами сигнализации (звуковой информатор (“электронная сиделка”), системы подачи сигнала тревоги и др.).

Обучение общению предусматривает также снятие коммуникативных барьеров, возникающих вследствие ограничения возможности передвижения, слабой доступности объектов среды жизнедеятельности, средств массовой информации, учреждений культуры. Поэтому в программу обучения общению входят занятия, представляющие информацию об имеющихся в районе проживания объектах инфраструктуры, отвечающих требованиям безбарьерной пространственной среды, а также о транспортной службе. При необходимости, совместно со специалистами по социально-бытовой адаптации решаются вопросы обеспечения инвалида техническими средствами для передвижения. В процессе обучения инвалида могут быть решены вопросы его интеграции в межличностные коммуникативные структуры (группы общения в рамках ассоциаций инвалидов, клубы, службы знакомств и др.).

Включение человека в сеть массовой коммуникации может быть обеспечено путем предоставления ему информации о социальной литературе (для слепых, слабовидящих), специальных библиотеках (для инвалидов всех категорий, для инвалидов по зрению, по слуху).

Обучение социальной независимости

Обучение социальной независимости направлено на формирование навыков самостоятельного проживания (распоряжаться деньгами, пользоваться гражданскими правами, участвовать в общественной деятельности и др.). Обучение включает занятия и тренировки. Для обучения используются специальные технические средства (программы тренировки потребительских навыков, обращению с деньгами; программы обучения мерам безопасности, временным навыкам, тренинг с уличными знаками и др.).

Социализация

Социализация – процесс освоения социально значимых норм, ценностей, стереотипов поведения, их корректировка при освоении различных форм социального взаимодействия. Под социализацией также понимается освоение знаний, навыков, стереотипов поведения, ценностных ориентаций, нормативов, обеспечивающих их полноценное участие в общепринятых формах социального взаимодействия.

Обучение предусматривает предоставление помощи в компенсации психологических изменений (когда врожденный или приобретенный дефект занимает центральное место в формировании и становлении личности), в формировании положительных установок на развитие других способностей инвалида, что будет компенсировать инвалидность. Обучение должно быть направлено на овладение стандартными схемами поведения и взаимодействия, на освоение инвалидом окружения и полноценного существования в нем. Обучение должно включать адаптационные консультирование и организацию социального участия человека, оно должно подготовить инвалида к адекватным ответам на требование окружения и активным воздействиям на него.

Процесс социализации имеет свои особенности в зависимости от вида инвалидизирующей патологии, пола и возраста инвалида, особенностей его социального положения.

Так, например, у детей с нарушением интеллекта известную степень самостоятельности можно достичь с помощью интенсивного развития поведенческих навыков, заучивания и использования ими стереотипных наборов действия, необходимых в стандартных жизненных ситуациях. Специальный тренинг таких инвалидов должен обеспечить восприятие ими окружающего общества и реакцию на него в виде стереотипных для культуры представлений и действий.

Социализация людей, ставших инвалидами в зрелом возрасте (26-60 лет), требует переоценки ранее приобретенного опыта; освоения навыков и представлений, необходимых в связи с нарушением состояния здоровья и ограничением жизнедеятельности; формированием новых механизмов жизнеобеспечения, социализации, коммуникации.

У юношей и девушек в возрасте 16-25 лет наличие ограничения жизнедеятельности может усугубить трудности жизнеобеспечения и общения, имеющиеся в этом возрасте, что может вызвать изменение личности, ее социальную изоляцию и привести к асоциальному поведению. Программа социализации этого возраста должны быть направлены в сторону преодоления имеющихся ограничений жизнедеятельности, на поиск путей реализации собственных возможностей.

Для пожилых инвалидов (в возрасте старше 60 лет) программа социализации должны предусматривать набор социальных ролей и варианты культурных форм активности.

Социально-экономическое положение (образование, квалификация, семья, экономическое положение, уровень урбанизации местности, где проживает инвалид, и др.) играет важную роль в его социализации. Неблагоприятное социально-экономическое положение нередко приводит к тому, что человек остается без квалифицированной помощи, уровень их социализации - приспособление к сложившимся условиям.

Для ряда инвалидов (инвалиды военной службы, боевых действий и др.) процесс социализации связан с рядом сложных факторов. С одной стороны - высокая социальная активность, способность самоорганизации, с другой стороны – разочарование, опустошенность, неудовлетворенность отношением общества. Все это требует построения специальных программ обучения, применения специализированной технологии социализации.

Реабилитация средствами культуры

Искусство и культура являются прекрасными образовательными и реабилитационными средствами, обеспечивающими: развитие разнообразных жизненно важных познавательных навыков; повышение уровня самооценки личности; творческое самовыражение; развитие навыков общения; формирование активной жизненной позиции.

Мероприятия по социально-культурной реабилитации должны осуществляться культорганизатором. К организации крупных мероприятий (фестивалей, концертов, конкурсов, театрализованных представлений, вечеров отдыха и др.) могут привлекаться любые другие специалисты (социальные работники, врачи, психологи и др.).

Мероприятия по социально-культурной реабилитации могут включать:

- концерты художественной самодеятельности;
- вернисажи выставок изобразительного творчества инвалидов;
- занятия музыкально-драматического коллектива;
- занятия вокальной студии;
- занятия в школе компьютерной грамотности;
- занятия в школе ремесел;
- занятия в студии “Декоративный костюм”;
- занятие в студии рисования;
- занятие в кружках вышивания, художественного вязания, шитья, скульптуры;
- занятия в хореографической студии.

В социокультурную реабилитацию входит также рекреация. Под *рекреацией* понимаются процессы восстановления жизненных сил и здоровья людей с помощью организации досуговых форм активности.

Социокультурная реабилитация должна проводиться таким образом, чтобы стимулировать человека к активным формам рекреации, что будет способствовать их социализации. Культурорганизатор может использовать традиционные формы рекреации (посещение театров, кинотеатров, музеев, концертных залов; просмотр развлекательных телепередач; участие в массовых досуговых мероприятиях и др.). Возможны специфичные для человека с ограниченными возможностями здоровья развивающие рекреационные формы (арт-терапия, хореографическое искусство для лиц с нарушением слуха, театральное-кукольное искусство для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, искусство скульптуры для лиц с нарушением зрения, живопись, графика, музыка для лиц с нарушением слуха, с поражением опорно-двигательной системы). Приемлемая и привлекательная досуговая деятельность должны обеспечить инвалидам возможность справиться с имеющимися ограничениями жизнедеятельности.

Рекреация должна обеспечивать интеграцию человека в общую социо-культурную среду, для чего культурорганизатор и специалист по социальной реабилитации должны взаимодействовать с имеющимися в районе проживания инвалида специальными учреждениями культуры (клубами, библиотеками, театрами и др.), общественными организациями инвалидов, благотворительными обществами и др.

Реабилитация методами физической культуры и спорта

Реабилитацию методами физической культуры и спорта осуществляет специалист по физической культуре и спорту. В его задачи входят:

- информирование и консультирование по этим вопросам;
- обучение навыкам занятий физкультурой и спортом;
- оказание содействия в их взаимодействии со спортивными организациями;
- организация и проведение занятий и спортивных мероприятий;

Следует помнить, что людям с ограниченными возможностями здоровья доступны значительное количество видов спорта. Так, инвалиды с патологией органов зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата могут заниматься биатлоном, боулингом, велосипедом, гандболом, горнолыжным спортом, дзюдо, “колясочным баскетболом”, “колясочным волейболом”, “колясочным регби”, конным спортом, конькобежным спортом сидячим, легкой атлетикой (бегом, метанием копья, молота, диска, прыжками в длину, высоту), настольным теннисом, плаванием, равнинными лыжами, стрельбой из лука, сидячим хоккеем, шахматами, фехтованием, футболом и др.

Отделение социальной реабилитации может использовать те виды физической культуры и спорта, которые можно организовать с учетом требований к помещению, оборудованию, спортивному инвентарю и т.д. Например, для организации соревнований лиц с поражением зрения нужны светонепроницаемые очки, мячи для гандбола и торбола, приспособления для стрельбы у слепых. Оборудование соревнований атлетов с поражением опорно-двигательного аппарата должны включать спортивные протезы, спортивные коляски и др.

Для занятий физкультурой необходимы различные тренажеры. Все занятия физкультурой и спортом должны проводиться под наблюдением врача-специалиста по реабилитации и медицинской сестры.

Оказание юридической помощи.

Оказание юридической помощи инвалиду осуществляется юристом и включает:

- консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание, реабилитацию; должно давать клиентам полное представление о положенных им по Закону правах на обслуживание и путях их защиты от возможных нарушений;
- оказание помощи в подготовке жалоб на неправильные действия социальных служб или работников этих служб, нарушающие или ущемляющие законные права инвалида; помощь инвалиду в юридически грамотном изложении в жалобах сути обжалуемых действий, требований по устранению допущенных нарушений;
- оказание юридической помощи в оформлении документов (на получение положенных по закону льгот, пособий, других социальных

выплат; для удостоверения личности; для трудоустройства и др.) должно обеспечить разъяснение клиентам содержания необходимых документов в зависимости от их предназначения, изложения и написания текста документов или заполнение форменных бланков, написание сопроводительных писем;

- оказание юридической помощи или содействие в решении вопросов социальной реабилитации должно обеспечить разъяснение сути и состояния интересующих клиента проблем, определение предполагаемых путей их решения и осуществление практических мер по решению этих проблем, содействие в подготовке и направлении в соответствующие инстанции необходимых документов, личное обращение в указанные инстанции, если в этом возникает необходимость, контроль за прохождением документов и др. По завершению реабилитационных мероприятий принимает заведующий отделением, который оценивает эффективность реабилитации и делает отметку о выполнении программы социальной реабилитации в ИПР.

Вопросы и задания:

- 1. Раскройте сущность технологии социальной реабилитации.*
- 2. Опишите структурно-функциональную модель отделения социальной реабилитации.*
- 3. Опишите технологии работы по социальной реабилитации.*
- 4. В чем состоит суть первичных консультаций специалистов?*
- 4. Раскройте суть адаптационного обучение человека с ограниченными возможностями здоровья и его семьи.*
- 5. Раскройте суть социально-средового обучения детей с ограниченными возможностями.*

ГЛАВА 5. ОКАЗАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

5.1. Положение детей-инвалидов в Саратовской области

5.2. Организация обучения детей с ограниченными возможностями в г.Саратове и области

5.3. Структура и система работы областного реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями

5.4. Из опыта работы молодежной общественной организации инвалидов "Специальный Олимпийский комитет Саратовской области"

5.1. Положение детей-инвалидов в Саратовской области⁷

В Саратовской области проживает 154,5 тыс. инвалидов, в том числе 6,32 тыс. детей-инвалидов или 4,1%. Доля детей-инвалидов в общей численности детского населения составляет 1,4%.

С 2008 года в Саратовской области число детей-инвалидов сократилось на 222 человека (2009 г. – 6,35 тыс. чел.; 2008 г. – 6,54 тыс. чел.).

На начало 2010 года в области проживало 5322 семьи с несовершеннолетними детьми-инвалидами (2009 г. - 5365 семей), в них 5452 ребенка-инвалида (2009 г. - 5467 детей). В 97 семьях – два и более ребёнка-инвалида.

В 60-80% случаев детская инвалидность обусловлена пренатальной патологией. В настоящее время имеется тенденция к росту числа детей, больных детским церебральным параличом, тугоухостью, врожденными и наследственными заболеваниями глаз.

Факторами, способствующими возникновению инвалидности у детей, являются также неблагоприятная экологическая обстановка, рост травматизма, недостаточные возможности и недооценка населением значения здорового образа жизни, плохое здоровье родителей.

На учёте в органах социальной защиты населения Саратовской области состоит более 5,7 тыс. семей, в которых воспитывается 6,1 тыс. детей-инвалидов.

На начало 2011 года 672 ребёнка-инвалида воспитываются и обучаются в учреждениях интернатного типа министерства образования

⁷ По материалам информационно-аналитического доклада "О положении детей в Саратовской области" (по состоянию на 01.01.2011 г.) Данные официального сайта министерства социального развития Саратовской области (www.social.saratov.gov.ru)

области, 440 детей-инвалидов - в 3 детских домах-интернатах (для умственно-отсталых детей) подведомственных министерству социального развития области и находятся на полном государственном обеспечении.

Во исполнение федеральных законов от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" и от 17 июля 1999 г. №178-ФЗ "О государственной социальной помощи" семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставлена льгота на оплату жилого помещения и коммунальных услуг; на первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства; детям-инвалидам гарантировано проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг; бесплатное обучение детей-инвалидов в образовательных учреждениях; всем детям указанной категории выплачивается ежемесячная денежная выплата и предоставлена государственная социальная помощь в виде набора социальных услуг.

В соответствии с Законом Саратовской области от 28 апреля 2005 года №33-ЗСО "Об образовании", детям с ограниченными возможностями и лицам их сопровождающим предоставляется бесплатный проезд на городском, пригородном и внутрирайонном транспорте (кроме такси) в период получения образования в областных государственных и муниципальных образовательных учреждениях.

Законом Саратовской области от 26 ноября 2009 года №178-ЗСО "О дополнительных мерах социальной поддержки инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, по оплате жилого помещения в Саратовской области" инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, проживающих в жилых помещениях частного жилищного фонда предоставляется ежемесячная денежная выплата на оплату жилого помещения и коммунальных услуг в размере 10% от стандартов стоимости жилищно-коммунальных услуг на одного члена семьи для семей разной численности и одиноко проживающего гражданина.

Согласно Постановлению Правительства Саратовской области от 17 февраля 2005 г. №55-П "О введении социальных проездных билетов на пассажирский транспорт общего пользования в Саратовской области" с 1 марта 2005 года на территории Саратовской области введены социальные месячные проездные билеты для проезда транспортом общего пользования.

С 2010 года в соответствии с Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 года № 2104-р Правительству Саратовской области передана часть полномочий Российской Федерации по предоставлению мер социальной защиты инвалидам и отдельным категориям граждан из числа ветеранов, а также по оказанию государственной социальной помощи в виде социальных услуг по предоставлению путевок на санаторно-курортное лечение и бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

В целях реализации переданных полномочий разработаны и реализуются соответствующие нормативно-правовые акты, заключены соглашения с региональным отделением Фонда социального страхования РФ, Отделением Пенсионного фонда РФ по Саратовской области.

В области проведена широкая информационно-разъяснительная работа в СМИ и подробный мониторинг по определению потребностей детей-инвалидов в санаторно-курортном лечении и технических средствах реабилитации.

5.2. Организация обучения детей с ограниченными возможностями в г.Саратове и области

В Саратовской области *сеть специальных (коррекционных) образовательных учреждений* представлена I-VI, VIII видами данных учреждений с общей плановой мощностью 3894 места.⁸

На 1 января 2011 года в 24 специальных (коррекционных) школах и школах-интернатах для детей с недостатками умственного и физического развития обучаются 2950 человека, из них 892 ребёнка из числа детей-инвалидов, в том числе:

- 11 школ-интернатов для детей с умственной отсталостью (1122 воспитанника, в том числе 114 детей-инвалидов);
- школа-интернат для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (135 воспитанников, 96 детей-инвалидов);
- школа-интернат для детей с нарушениями речи (204 воспитанника, 12 детей-инвалидов);
- школа-интернат для незрячих и слабовидящих (116 воспитанников, 98 детей-инвалидов);
- 3 школы-интерната для неслышащих, слабослышащих и позднооглохших детей (352 воспитанника из числа детей-инвалидов);
- 6 школ для детей с умственной отсталостью (850 обучающихся, в том числе 220 детей-инвалидов).

В том числе в специальных (коррекционных) школах-интернатах обучаются 619 детей из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

На базе образовательных учреждений VIII вида Вольского, Балашовского, Энгельсского, Базарно-Карабулакского районов, Заводского и Ленинского районов г. Саратова созданы классы для детей с умеренной, глубокой умственной отсталостью (в том числе для воспитанников, имеющих сложный дефект).

⁸ Ссылки по теме: [министерство образования Саратовской области \(http://edu.seun.ru\)](http://edu.seun.ru)

На конец 2010 года осваивают основное общее образование 48 учащихся с ограниченными возможностями здоровья I-VI видов, в том числе 34 человека имеют статус "дети-инвалиды".

Направление детей в государственные специальные (коррекционные) учреждения осуществляется по заключению областной и районных психолого-медико-педагогических комиссий при согласии родителей или законных представителей.

В специальных (коррекционных) школах и школах-интернатах области *права* воспитанников из числа детей-инвалидов *на образование* обеспечиваются *с учётом медицинских показаний*. В учреждениях проводится *психологическое, логопедическое и медицинское обследование* детей с ограниченными возможностями с целью изучения уровня развития познавательной и личностной сферы, выявления умений и навыков по основным предметам школьной программы. Специфической формой организации учебных занятий являются *коррекционные (индивидуальные и групповые) логопедические занятия, занятия ЛФК, занятия по развитию психомоторики и сенсорных процессов*. На уроках *трудового обучения* дети получают профессиональные навыки, которые способствуют дальнейшей социально-бытовой и профессионально-трудовой адаптации в обществе.

Основной целью деятельности профессионального училища-интерната для инвалидов является оказание образовательных услуг инвалидам в возрасте от 15 до 40 лет, проживающим на территории как Саратовской, так и других областей страны.

Профессиональное училище-интернат имеет статус специального образовательного учреждения и входит в состав учебных заведений Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Все учащиеся находятся на полном государственном обеспечении и получают пенсию в полном объёме. Для обучения инвалидов с нарушением слуха персонал училища укомплектован специалистом-сурдопереводчиком.

Подготовка инвалидов ведется по нескольким специальностям: обувщик, швея, закройщик женского и детского легкого платья, художник по художественной росписи по дереву, оператор ПК.

В области разработано Положение о порядке проведения государственной (итоговой) аттестации обучающихся IX (XII) классов государственных специальных (коррекционных) образовательных учреждений I-VI видов, освоивших основные общеобразовательные программы основного общего образования, в 2011 году. В целях установления единых требований по организации обучения на дому в государственных образовательных учреждениях области, разработаны методические рекомендации о порядке предоставления учащимся права индивидуального обучения на дому и проведения государственной (итоговой) аттестации учащихся, обучающихся на дому.

После окончания обучения в коррекционных образовательных учреждениях выпускники проходят государственную итоговую аттестацию. В 2011 году обучение завершили 375 детей с ограниченными возможностями здоровья, все выпускники успешно прошли итоговую аттестацию.

Принимаются меры по обеспечению безопасности жизни и здоровья обучающихся. В целях укрепления материально-технической базы специальных (коррекционных) учреждений в 2010 году проведены работы по устранению нарушений пожарной безопасности в 15 специальных (коррекционных) учреждениях интернатного типа на общую сумму 17416,6 тыс. рублей.

В 2010 году продолжена работа экспериментальной площадки "Психологическое сопровождение формирования социальной компетентности учащихся с особыми образовательными потребностями в целях интеграции в современный социум" на базе ГС(К)ОУ для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии "Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат для незрячих и слабовидящих детей" г. Саратова.

Целью деятельности площадки является создание условий для успешной интеграции учащихся с особыми образовательными потребностями в современный социум. Проведенная работа оказала положительное влияние на формирование адекватной самооценки коммуникативных возможностей учащихся, стремление к развитию коммуникативных умений и навыков. Результатом работы экспериментальной площадки стали:

- повышение социальной активности учащихся, коэффициент вовлеченности учащихся составил 100% (2009 г. – 96,85%; 2008 г. – 81,64%);

- повышение социальной успешности выпускников, 100% выпускников продолжают обучение в высших и средних профессиональных учебных заведениях.

В целях создания условий для полноценной жизни и интеграции детей-инвалидов в общество, развития их способностей в рамках проекта поддержки детских домов и социальной адаптации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, "Вернуть детство" организовано участие воспитанников коррекционных учреждений интернатного типа в региональных и окружных конкурсах, фестивалях, спортивных мероприятиях.

По поводу обучения детей с нарушением опорно-двигательного аппарата можно отметить следующее: в специальной (коррекционной) общеобразовательной школе-интернате № 4 VI вида г. Саратова обучаются дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата и дети с церебральным параличом. Школа обеспечивает возможность адаптации в социуме ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Так, за период с 1960 по 2010

годы школу закончили 593 ребенка, из них получили высшее образование 55 человек, среднее специальное – 61 человек, освоили рабочие профессии 138 человек, 2 воспитанника являются кандидатами наук.

С 2009 года Саратовская область принимает участие в реализации мероприятия «Развитие дистанционного обучения детей-инвалидов» приоритетного национального проекта «Образование». В настоящее время по дистанционной форме обучаются дети-инвалиды из Балаковского, Вольского, Энгельсского муниципальных районов. В проект по дистанционному обучению детей-инвалидов впервые включены учащиеся с ограниченными возможностями здоровья общеобразовательных учреждений г.Саратова, Марковского, Лысогорского, Калининского, Пугачёвского, Балашовского, Советского, Петровского, Ершовского районов, увеличится количество детей-инвалидов, принимающих участие в указанном проекте из школ Балаковского и Энгельсского районов.

Количество детей-инвалидов, обучающихся на дому, составляет 311 человек, из которых 150 детей-инвалидов включены в проект по обучению с использованием дистанционных образовательных технологий, в том числе в 2009 году – 48 человек, в 2010 году – 102 человека. В 2012 году планируется включить в проект дистанционного обучения 65 человек. Таким образом, до конца 2012 года 285 детей-инвалидов будут обучаться с использованием дистанционных образовательных технологий, что составит 91,6%.

В коррекционных образовательных учреждениях также проводится активное привлечение детей во внеурочную деятельность. Воспитанники с ограниченными возможностями здоровья принимают участие в областных, Всероссийских, международных творческих фестивалях, спортивных соревнованиях.

5.3. Структура и система работы областного реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями

Государственное научно-практическое учреждение "Областной реабилитационный центр для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями" было создано в марте 1994 года. Целью деятельности является оказание детям и подросткам доступной квалифицированной медико-социальной, психолого-социальной, социально-педагогической и правовой помощи, социальная работа с семьей, организация культурно-досуговых и оздоровительных мероприятий. Услуги оказываются детям-инвалидам и детям, состоящим на диспансерном учете в возрасте от рождения до 18 лет. Курс реабилитации составляет 21 день. Все услуги оказываются детям бесплатно. Заезды в центр осуществляются каждый четверг по предварительной записи (информацию об адресе и телефонах центра можно посмотреть в приложении 2.)

В структуру Центра входят:

- ✓ Стационарное отделение;

- ✓ Отделение дневного пребывания;
- ✓ Отделение "Мать и дитя";
- ✓ Отделение реабилитационной помощи на дому;
- ✓ Отделение амбулаторно-реабилитационной помощи;
- ✓ Отделение психолого-педагогической помощи;
- ✓ Отделение социальной реабилитации;
- ✓ Информационно-методическое отделение;
- ✓ Отделение диагностики и разработки программ социальной реабилитации

Основные показания для направления детей в Центр:

- заболевания центральной и периферической нервной системы (детский церебральный паралич, органические поражения центральной нервной системы, последствия черепно-мозговых травм, последствия перенесенных нейроинфекций, наследственно- дегенеративные заболевания нервной системы, синдромы вегетативной дисциркуляции, нейросенсорная тугоухость (3-4 степень при наличии слухового аппарата) и др.);
- заболевания опорно-двигательного аппарата (в том числе реабилитация после оперативного лечения, переломов, болезнь Шойермана-Мау, болезнь Пертеса, идиопатические деформации позвоночника, врожденные косолапость, косорукость и др.);
- заболевания органов зрения (амблиопия различного генеза, косоглазие, спазм аккомодации, миопии, патология сетчатки, зрительного нерва и др.);
- расстройства психологического развития (задержка психического развития, задержка речевого развития, аутизм и аутоподобное поведение, умственная отсталость легкой и умеренной степени, синдром Дауна, синдром Ушера и др.)

Основные противопоказания для пребывания в Центре:

- эпилепсия, судорожные припадки и их эквиваленты;
- патологическое развитие личности с расстройством поведения и социальной адаптации, умственная отсталость умеренной (старше 6 лет), тяжелой степени;
- сочетанные и комбинированные пороки сердца в стадии декомпенсации;
- недостаточность кровообращения любой степени;
- рецидивирующий бронхит, астматический бронхит и бронхиальная астма;
- острые и хронические заболевания печени и почек;
- заболевания, сопровождающиеся патологической ломкостью костей;
- злокачественные новообразования;
- ревматизм в активной форме;
- острые инфекционные заболевания.

Перечень документов, необходимых при направлении в

круглосуточный стационар, дневной стационар и отделение "Мать и дитя":

1. документ, удостоверяющий инвалидность ребенка (копия справки МСЭ при наличии инвалидности);

2. направление от врача-специалиста (невролога, психиатра, окулиста, ортопеда) у которого ребенок состоит на диспансерном учете, выписка из амбулаторной карты, результаты имеющихся функциональных исследований;

3. копия страх. медицинского полиса;

4. сведения о прививках;

5. результаты реакции Манту у ребенка за последние 3 года;

6. результаты анализа кала на я/г и соскоба на я/г (действительны 10 дней);

7. детям младше 2-х лет – бак. анализ кала;

8. справка от дерматолога (действительна 3 дня);

9. справка об эпидокружении (действительна 3 дня);

10. кровь на РМП (Luis), детям после 12 лет (действительна 10 дней).

Если ребенок не обслуживает себя самостоятельно -

пробывание родственников в вместе с ребенком возможно при наличии:

1. результатов флюорографии,

2. справки от дерматолога (действительна 3 дня),

3. крови на РМП (Luis) (действительна 10 дней),

4. анализа кала на я/г и соскоба на я/г (действительны в течение 10 дней),

5. справки об эпидокружении (действительна 3 дня).

Виды и методы реабилитации

По медицинскому направлению:

лечебная физкультура (сухой бассейн; лечебная физкультура с применением надувных предметов, мячей, подушек наклонных плоскостей, цилиндров, мячей-роллов, батутов, аппарата Гросса, костюмов Адели, Гравистат и Фаэтон);

физиотерапия (ультразвук, электросон, магнитотерапия, лекарственный электрофорез, лазеротерапия, парафино-озокеритные аппликации, нормобарическая гипокситерапия);

мануальная терапия;

массаж;

водолечение (вихревая ванна, подводный душ-массаж, лечебная гимнастика в воде);

аппаратная рефлексотерапия аппаратом ДЭНАС;

обследование и лечение в кабинете офтальмолога (проверка остроты зрения, рефракций и других зрительных функций; подбор очков; фотомагнитотерапия, лазеростимуляция сетчатки, лечение амблиопии: макулостимуляция, КЭМ-стимуляция, лечебные компьютерные программы и другое; цветоимпульсная терапия; ортоптическое лечение: синоптофор, компьютерные лечебные программы и др.; диплотическое лечение: занятия

с лечебными очками по различным методикам (по Волкову, Аветисову, Давшевскому),

медикаментозная терапия;

ароматерапия (при массаже и в сенсорной комнате).

Свои услуги предлагают врачи: педиатр, невролог, психиатр, врач ЛФК, врач ФТО, офтальмолог, мануальный терапевт, ортопед.

По психолого-педагогическому направлению:

занятия в сенсорной комнате;

коррекционно-развивающие занятия с учителем-логопедом, учителем-дефектологом, педагогом-психологом, в том числе в компьютерном классе (применяются программы: экспертная система индивидуального сопровождения "Лонгитюд" для детей от 2 месяцев до 9 лет, программа "Видимая речь" для коррекции устной, выразительной речи у детей с нормальным и сниженным слухом, программа комплексной нейропсихологической коррекции отклоняющегося поведения детей 4-7 лет и др.; проводятся занятия по логоритмике, используются методы арттерапии: музыкотерапия, сказкотерапия и куклотерапии);

занятия по бытовой реабилитации, в т.ч. с использованием оборудования Adapt Ability;

занятия по творческой реабилитации (работа с глиной, как метод педагогической коррекции: развитие творческих способностей, мышления, воображения, мелкой моторики).

Свои услуги предлагают специалисты: учителя-логопеды, учителя-дефектологи, педагоги-психологи, социальные педагоги, учителя по труду.

По социокультурному направлению:

организуются различные экскурсионные мероприятия, посещения театров, музеев, походы в кино и др.;

работают различные кружки по интересам для детей ("В гостях у сказки", "Ниточка-иглочка", "Школа веселых наук" и др.).

Оказывается *консультативная помощь родителям по социально-правовым вопросам*: права и льготы семей, воспитывающих ребенка-инвалида, образование детей, получение технических средств реабилитации и др.

Для родителей проводится "Школа для родителей" - обучение родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, специальными знаниям и умениям для реабилитации детей в домашних условиях.

Для детей среднего и старшего школьного возраста с сохранным интеллектом проводится "Школа правовых знаний" - правовое просвещение детей и подростков с целью ознакомления детей и подростков с правами, закрепленными в российской и международном законодательстве; обучение приемам отстаивания своих прав; информирование детей о тех учреждениях, в которых они могут получить социально-правовую помощь.

5.4. Из опыта работы молодежной общественной организации инвалидов "Специальный Олимпийский комитет Саратовской области"

Организации подобного вида существуют во многих странах мира. «Special Olympics» («Специальная Олимпиада») - всемирное движение, занимающееся организацией физкультурно-оздоровительных мероприятий и проведением соревнований для лиц с нарушениями умственного развития и имеющее филиалы более чем в 160 странах.

Инициатором создания Специального Олимпийского Движения стала семья Кеннеди, в частности, Юнис Кеннеди-Шрайвер (США). В 1957 году она возглавила фонд Джозефа Кеннеди, который решал задачу коррекции недостатков умственного развития с помощью определения их причин и улучшения отношения общества к людям с отклонениями умственного развития. В 1963 году в своем загородном доме Юнис и ее муж Сарджент Шрайвер организовали спортивный лагерь для детей и взрослых с недостатками умственного развития. Через пять лет в 1968 году были проведены первые Специальные Олимпийские Игры и этот год считается годом основания Специального Олимпийского движения. Тогда же впервые Юнис Кеннеди Шрайвер провозгласила клятву участников движения: «Дай мне победить, но, если я не смогу, то пусть я буду смелым в этой попытке». Эти слова спортсмены Специальной Олимпиады повторяют теперь на всех соревнованиях, стараясь следовать им. Клятва подкрепляет ту идею, что спортсмены пытаются добиться самых лучших результатов, на которые они способны, и что пытаться - значит победить. Первые же результаты работы показали насколько эти люди отзывчивы на заботу и при поддержке и тепеливом обучении раскрывается их огромный внутренний потенциал.

С тех пор международные Специальные Олимпийские Игры проводятся каждые два года, чередуя Игры по зимним и летним видам спорта. К участию в Специальной Олимпиаде допускаются спортсмены с умственной отсталостью в возрасте от восьми лет и старше.

Главная цель Специального Олимпийского движения – помочь лицам с умственной отсталостью участвовать в жизни общества в качестве полезных и уважаемых граждан, предоставляя им равную возможность в развитии и демонстрации своих умений и таланта посредством спортивных тренировок, соревнований и широкого распространения среди общественности знаний о способностях и проблемах детей с отклонениями в интеллектуальном развитии. Польза Специальных Олимпиад в том, что они способствуют физическому, социальному и психологическому развитию людей с умственной отсталостью. Спортсмены получают уверенность в себе и самоуважение. Положительное представление о себе они переносят в школу, семью, на работу и в общество. Укрепляются семьи, имеющие детей с умственной отсталостью, путём внесения новой

атмосферы гордости за ребенка, признания достижений в спорте, поддержки среди спортсменов, близких и друзей.

Специальная Олимпиада *России* ведет отсчет времени с декабря 1989 года. Инициатива создания этого движения принадлежит Владимиру Ивановичу Лубовскому, действительному члену АПН СССР, доктору психологическим наук, в то время директору Научно-исследовательского института дефектологии. После встреч с Сарджентом Шрайвером, он вышел с предложением в Конфедерацию физической культуры и спорта инвалидов СССР. 25 февраля 1990 г. на учредительной конференции в г. Сухуми была создана Всесоюзная Специальная Олимпиада, в которой активно приняли участие представители России. В том же году она получила аккредитацию Спешил Олимпикс Интернэшнл и приобрела все права организации СОИ.

Саратовская региональная молодежная общественная организация инвалидов "Специальный Олимпийский комитет Саратовской области" зарегистрировано в 1993 году (см. приложение 3).

Главная задача Специального Олимпийского комитета - сделать жизнь людей с особыми потребностями (в частности с умственной отсталостью) более интересной, радостной и счастливой. Философия организации пронизана духом веры в способности людей с отклонениями в умственном развитии, в то, что при соответствующем обучении и воспитании они могут стать полноценными гражданами общества.

С 2000 года Комитет имеет аккредитацию Общероссийской общественной благотворительной организации помощи инвалидам с умственной отсталостью "Специальная Олимпиада России".

Сегодня в деятельность организации вовлечено около 3 тысяч детей, подростков и молодых людей с нарушенным интеллектом из 24 специализированных коррекционных учреждений области и семейных клубов/групп; развивается 15 видов спорта: легкая атлетика, плавание, футбол, баскетбол, настольный теннис, лыжные гонки и другие, в том числе такие техничные как боулинг, конькобежный спорт и другие.

В период с 1994 год по 2011 годы Комитетом проведено более ста сорока областных спортивных, физкультурно-оздоровительных и культурно-массовых мероприятий, в которых приняло участие около 22 тысяч человек. В активе саратовских специальных олимпийцев более 500 медалей за победы в Российских и международных Специальных Олимпийских соревнованиях и Играх (Канада-1997, США-1999, Голландия-2000, Венгрия-2001, Монако-2002, Люксембург-2002, Ирландия-2003, Япония-2005, Чехия-2005, Италия-2006, Словения – 2007, Китай – 2007, США-2009, Польша – 2010, Греция - 2011).

За пропаганду возможностей спорта в деле воспитания гуманизма, благородства, дружбы, товарищества и взаимопомощи, принципов высокой нравственности в спорте и жизни Комитет награжден Дипломом Олимпийского Комитета России и Комитета Фэйр Плэй.

Помимо собственно спортивных программ СРМООИ «Специальный Олимпийский комитет Саратовской области» развивает несколько других социальных проектов: «ПриСОединяйтесь», «Здоровый атлет», «Факельный пробег». Каждый из них рассчитан на определенную нишу социальной структуры. Проект «ПриСОединяйтесь» вовлекает в сферу интересов Специальной Олимпиады всю систему образования как на региональном, так и на национальном уровне: общее образование, в том числе коррекционное, средне-специальное, вузовское и послевузовское. Программа пробега с факелом, в первую очередь, охватывает правоохранительные органы и силовые структуры – очень значимую часть государственной машины. Под флаг Факела возможно объединить меценатов и спонсоров. Кроме того, это хороший информационный повод для аудио- и видео- средств массовой информации. Направление «Здоровый атлет» втягивает в водоворот Специальной Олимпиады систему здравоохранения, в том числе современные клиники, крупнейшие фармкомпании, высококвалифицированный медицинский персонал и научную медицинскую общественность.

С ноября 2004 года по декабрь 2006 года в числе 7 регионов России Комитет принимал участие в реализации гранта USAID и Специальной Олимпиады России на расширение Специального Олимпийского движения и привлечения новых участников. Реализация грантовых программ значительно укрепила материально-техническую базу организации, дала толчок для дальнейшего роста и развития объединения и вширь и вглубь, упрочила позиции СРМООИ «Специальный Олимпийский комитет Саратовской области» на российском и международном уровне.

В 2006 году Комитет совместно с Посольством Канады реализовал проект «Дай мне победить!» (физическая культура и спорт – людям с ограниченными возможностями), благодаря чему был оборудован тренажерный зал в коррекционной образовательной школе № 4 г. Саратова, приобретен специализированный спортивно-реабилитационный инвентарь для оздоровительных групп детей-инвалидов, начал активно развиваться новый вид спорта среди инвалидов области – пауэрлифтинг.

В 2007 года на базе Специального Олимпийского комитета Саратовской области был реализован грант международного детского фонда (The Mattel Children's Foundation) «Присоединяйтесь». Работа по гранту позволила привлечь внимание общественности к проблеме интегрированного обучения и созданию безбарьерного психологического пространства детей с нарушенным интеллектом и детей без таковых проблем.

Продолжением этого проекта стало участие в 2009 году делегации области (6 человек) во Всемирных зимних Специальных Олимпийских играх в г. Бойсе (США). По итогам игр 3 спортсмена Специального Олимпийского комитета Сухарев Евгений (лыжные гонки), Пузаркин Виталий (шорт-трек) и Сидорова Надежда (шорт-трек.) завоевали 7

медалей, в том числе 3 золотых, 2 серебряных и 1 бронзовую. В эти же сроки проходила Глобальная встреча молодежи на высшем уровне - V международный молодежный саммит. Впервые в работе Конгресса приняли участие лидеры из России - 2 саратовские девушки (спортсменка Специальной Олимпиады Белавина Мария и ее партнер, ученица ЛМИ, Гусева Екатерина) и исполнительный директор «Специального Олимпийского комитета Саратовской области», директор «Саратовского областного спортивно-образовательного центра развития адаптивной физической культуры и спорта» Варюхина Тамара Олеговна. Задачи участников конгресса - нести идеи укрепления дружеских отношений между молодежью независимо от уровня интеллектуального развития, показать миру, что каждый человек является частью единого целого.

С 2011 года развивается программа «Здоровый атлет». Единственные в России 2 врача г. Саратова имеют международную аккредитацию, являясь руководителями проектов FANfitness и Health Promotion программы Здоровый атлет.

Все сотрудники Комитета (работают на добровольных началах) принимают самое активное участие в региональных, межрегиональных и Всероссийских научно-практических конференциях и семинарах по проблемам социальной реабилитации инвалидов, поиска новых образовательных и социальных технологий, развитию спорта среди лиц с нарушенным интеллектом и пр.

Главным в работе организации на ближайшие годы станет привлечение возможно большего числа людей с интеллектуальной недостаточностью, особенно детей и подростков, к занятиям физической культурой и спортом; повышение качества предлагаемых услуг. Развитие института волонтеров на территории Саратовской области. Развитие и популяризация программ «Объединенные спортом», «ПриСОединяйтесь» и «Здоровый атлет».

Вопросы и задания:

- 1. Приведите количественные данные о детях с ограниченными возможностями Саратовской области.*
- 2. Назовите основные законы РФ и постановления Правительства на основании которых предоставляются льготы семьям, имеющим детей-инвалидов.*
- 3. Как осуществляется обучение детей с особыми образовательными потребностями Саратовской области?*
- 4. Опишите систему работы областного реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями г. Саратова.*
- 5. Дайте характеристику деятельности молодежной общественной организации инвалидов «Спешл Олимпикс».*

ГЛАВА 6. РАБОТА С СЕМЬЕЙ РЕБЕНКА, НУЖДАЮЩЕГОСЯ В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

6.1. Жизненный цикл семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья

6.2. Проблемы семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии

6.3. Тактики социальной работы с родителями

6.1. Жизненный цикл семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Проблемы инвалидности не могут быть поняты вне социокультурного окружения человека — семьи, дома-интерната и т.д. Инвалидность, ограниченные возможности человека не относятся к разряду чисто медицинских явлений. Гораздо большее значение для понимания этой проблемы и преодоления ее последствий имеют социально-медицинские, социальные, экономические, психологические и другие факторы. Именно поэтому технологии помощи инвалидам — взрослым или детям — основываются на социально-экологической модели социальной работы. Согласно этой модели люди с ограниченными возможностями испытывают функциональные затруднения не только вследствие заболевания, отклонений или недостатков развития, но и неприспособленности физического и социального окружения к их специальным потребностям, предрассудков общества, предосудительного отношения к инвалидам.

ВОЗ следующим образом анализирует данную проблему: структурные нарушения (*impairments*), ярко выраженные или распознаваемые медицинской диагностической аппаратурой, могут привести к утрате или несовершенству навыков, необходимых для некоторых видов деятельности, в результате чего и формируются «ограниченные возможности» (*disability*), это при соответствующих условиях будет способствовать социальной дезадаптации, неуспешной или замедленной социализации (*handicap*). Например, ребенок, которому поставлен диагноз «церебральный паралич:», при отсутствии специальных приспособлений, упражнений и лечения может испытывать серьезные затруднения с передвижением. Такое положение, усугубляемое неумением или нежеланием других людей общаться с таким ребенком, приведет к его социальной депривации уже в детском возрасте, затормозит выработку навыков, необходимых для общения с окружающими, и, возможно, формирование и интеллектуальной сферы.

Семья, как известно, наиболее мягкий тип социального окружения ребенка. Однако по отношению к ребенку-инвалиду члены семьи иногда проявляют жесткость, необходимую для выполнения ими своих функций. Более того, вполне вероятно, что присутствие ребенка с нарушениями развития вкупе с другими факторами может изменить самоопределение семьи, сократить возможности для заработка, отдыха, социальной

активности. Поэтому те задания по оказанию помощи детям, которые их родители получают от специалистов, не должны препятствовать нормальной жизнедеятельности семьи.

Структура и функции каждой семьи видоизменяются с течением времени, воздействуя на способы семейных отношений. Жизненный цикл семьи обычно состоит из семи стадий развития, в каждой из которых стиль ее жизнедеятельности относительно устойчив и каждый член семьи выполняет определенные задачи согласно своему возрасту: брак, рождение детей, их школьный возраст, подростковый возраст, «выпуск птенцов из гнезда», постродительский период, старение. Семьи детей-инвалидов должны быть готовы к тому, что их стадии развития могут быть не свойственны обычным семьям. Дети с ограниченными возможностями медленнее достигают определенных этапов жизненного цикла, а иногда вообще не достигают. Рассмотрим периоды жизненного цикла семьи ребенка-инвалида:

1) рождение ребенка - получение информации о наличии у ребенка патологии, эмоциональное привыкание, информирование других членов семьи;

2) школьный возраст - принятие решения о форме обучения ребенка, переживание реакций группы сверстников, организация его учебы и внешкольной деятельности;

3) подростковый возраст - привыкание к хронической природе заболевания ребенка, возникновение проблем, связанных с пробуждающейся сексуальностью, изоляцией от сверстников и его отвержением (с их стороны), планирование будущей занятости ребенка;

4) период «выпуска» - признание и привыкание к продолжающейся семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей для социализации члена семьи - инвалида;

5) постродительский период - перестройка взаимоотношений между супругами (например, если ребенок был успешно «выпущен» из семьи) и взаимодействие со специалистами по месту проживания ребенка.

Конечно, к некоторым семьям невозможно применить теоретическую модель, содержащую периоды развития, поскольку одни и те же события, вызывающие стрессы и трудности, могут периодически возникать на протяжении всей жизни ребенка; к тому же наличие и качество социальной поддержки может усилить или смягчить воздействие затруднительной ситуации.

Маленькие дети, имеющие недостатки развития, живут в семье, которая, являясь для них первичным социальным окружением, сама погружена в более широкий социальный контекст. Социально-экологическая модель социальной работы включает индивидуальные особенности организма и особенности среды вместе с социально-психологическими характеристиками и интеракциями в единую систему.

Согласно этой модели изменение в любой части этой системы вызывает изменения в остальных ее частях, создавая тем самым потребность в системной адаптации, достижении баланса.

Социально-экологическая модель применима к анализу проблем семьи инвалида и ребенка-инвалида в современной России, открывая возможность рассмотрения уровней **микро-, мезо-, экзо-и макросистемы**.

Микросистему образуют типы ролей и межличностных взаимоотношений в семье. Подобно теории семейных систем в социально-экологической модели микросистема состоит из следующих подсистем: мать — отец, мать — ребенок-инвалид, мать — здоровый ребенок, отец — ребенок-инвалид, отец — здоровый ребенок, ребенок-инвалид — здоровый ребенок. В связи с этим проблемы, возникающие в семьях, имеющих детей-инвалидов, можно отнести к той или иной подсистеме внутрисемейных контактов:

- мать - отец. Индивидуальные проблемы родителей, их взаимоотношений до рождения больного ребенка; проблемы в связи с рождением ребенка-инвалида;

- мать - ребенок-инвалид. Матери по традиции приходится нести основную тяжесть забот по уходу за ребенком-инвалидом и организации его жизни; она часто находится в состоянии депрессии и ощущает чувство вины;

- мать - здоровый ребенок. Мать должна уделять достаточное внимание здоровому ребенку и удерживаться от того, чтобы навязывать ему чрезмерные заботы о ребенке с нарушением развития;

- отец - ребенок-инвалид. Проблемы в этой подсистеме зависят от степени общения отца с больным ребенком и его участия в жизни семьи в целом;

- отец - здоровый ребенок. Потенциальные проблемы сходны с теми, которые возникают в подсистеме «мать — здоровый ребенок»;

- ребенок-инвалид — здоровый ребенок. Братья и сестры больного ребенка ощущают чувство вины, стыда и страха «заразиться» той же болезнью; ребенок-инвалид стремится «поработить» брата или сестру; здоровые дети формируют нормальное амбивалентное отношение к брату или сестре с ограниченными возможностями.

Микросистема функционирует в контексте мезосистемы, включающей широкий спектр подсистем, в которых участвует семья. Образования уровня мезосистемы — это отдельные индивиды, а также службы и организации, активно взаимодействующие с семьей: работники здравоохранения и социального обслуживания, родственники, друзья, соседи, сослуживцы, а также специальные реабилитационные или образовательные программы.

Значительная социальная, психологическая и практическая помощь может быть оказана семьям детей-инвалидов группами поддержки; такие группы могут также защищать права семей, оказывая влияние на

социальную политику, предлагая инициативы органам принятия решений. Ассоциации родителей детей с ограниченными возможностями не только поддерживают семьи детей-инвалидов, но иногда инициатируют новые формы, виды и технологии реабилитационной помощи своим детям. Наличие сети услуг по месту жительства может стать бесценной поддержкой, но уровень доступности и качество услуг в различных регионах неодинаковы.

В экзосистему входят институты, в которых семья может не участвовать непосредственно, но которые могут опосредованно оказывать воздействие на семью:

- средства массовой информации, которые влияют на формирование стереотипа положительного или отрицательного отношения к людям с ограниченными возможностями: например, инвалиды могут быть представлены как жалкие, несчастные, недееспособные существа или же как компетентные, уверенные в себе личности с сильной волей;

- система здравоохранения. Семьи, имеющие детей со значительными нарушениями физического здоровья и взрослых инвалидов, в большой степени нуждаются в помощи системы здравоохранения;

- система социального обеспечения. В современной России для большинства семей, имеющих ребенка-инвалида и взрослых инвалидов, финансовая и иная поддержка государства являются весьма существенными;

- образование. Содержание и качество образовательных программ, принцип их организации определяют характер взаимоотношений родителей и школы, доступность и форму образования, степень оказываемой родителям помощи и уровень независимости семьи от ребенка с ограниченными возможностями. Для взрослых инвалидов обучение посильной и доступной профессии, пользующейся в обществе большим спросом, является одним из факторов, гарантирующих возможности выживания.

Наконец, макросистему образуют следующие факторы:

- социокультурные и социально-экономические. С позиций социокультурных факторов, этнических и конфессиональных ценностей, широкого социального окружения члены семьи воспринимают инвалидность своего ребенка. Эти же факторы определяют семейный выбор по участию в системе услуг. Социально-экономический статус семьи может определять или отражать характер и уровень ресурсов семьи;

- экономический и политический. Состояние экономики и политическая атмосфера региона или страны в целом оказывают большое воздействие на программы для инвалидов и их семей.

Инвалидность следует понимать не только как физическое состояние, но и как ограничение возможностей, поскольку нарушения телосложения, функций организма или условий окружающей среды снижают активность человека и затрудняют его социальную деятельность. Причиной

ограничения возможностей может стать, скажем, недостаток или несовершенство образовательных программ, медицинских и социальных услуг, необходимых конкретному ребенку, подростку, взрослому человеку, недостаточное развитие протезно-ортопедической промышленности, неприспособленность среды обитания к специфическим нуждам лиц с ограниченными возможностями.

6.2. Проблемы семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии

Конец XX - начало XXI столетия отмечены в России повышенным интересом специалистов различного профиля (социологов, демографов, экономистов, психологов, педагогов и др.) к проблемам современной семьи. Традиционно семья воспринимается как естественная среда, обеспечивающая гармоничное развитие и социальную адаптацию ребенка. Внимание ученых к проблеме семьи обусловлено не только профессиональным интересом, но и значительными трудностями, которые претерпевает данный социальный институт в своем развитии.⁹

Особое положение в этом вопросе занимают семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии, так как для них характерен высокий уровень проявления «проблемности». Существенные изменения, происшедшие в последние десятилетия в России в плане гуманизации отношения к лицам с отклонениями в развитии, определяют особый интерес к семье, в которой воспитывается такой ребенок. Практика свидетельствует о том, что в таких семьях выявляется высокий уровень потребности в оказании им различной помощи.

Следует отметить, что часть родителей, обеспокоенных возникшими проблемами, пытаются разрешить их собственными силами. Родители детей с отклонениями в развитии принимают активное участие в создании и работе родительских ассоциаций, просветительских фондов, центров милосердия и социального партнерства (общества «Даун Синдром»; «Ассоциация родителей детей с нарушениями слуха»; Общество помощи аутичным детям «Добро» и др.). Однако, несмотря на значительный рост подобных негосударственных учреждений и организаций в последние годы, основная масса родителей остается безынициативной и беспомощной в отношении разрешения проблем своих детей.

Положение семей, в которых воспитываются дети с отклонениями в развитии, усугубляется и тем, что своевременная поддержка и профессиональное содействие им задерживаются в связи с невысокой активностью государственных структур и ограниченным выноором как концептуальных подходов и теоретико-методологического обоснования

⁹ Левченко И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: М, 2008.

психологической помощи, так и практических разработок по данному вопросу.

Актуальность разработки комплексной программы своевременной помощи этой категории семей обусловлена тем, что современная семья, в которой воспитывается ребенок с отклонениями в развитии, на данный момент не выполняет роли базовой структуры, обеспечивающей максимально благоприятные условия для его оптимального развития и воспитания. К сожалению, во многих семьях не только не созданы адекватные условия для развития детей, но и, напротив, *семейная ситуация оказывает деструктивное воздействие на ребенка, травмируя его формирующуюся личность. Такая внутрисемейная атмосфера возникает в результате следующих причин:*

- высокого уровня психической травматизации членов семей вследствие рождения ребенка с отклонениями в развитии;
- отсутствия как мотивов к оказанию помощи проблемному ребенку, так и элементарных психолого-педагогических знаний у родителей;
- неприятия особенностей ребенка, что может быть обусловлено как особенностями личности родителей, так и их культурно-ценностными ориентациями в отношении такого ребенка.

Семья — микросоциум, в котором ребенок не только живет, но в котором формируются его нравственные качества, отношение к миру людей, представления о характере межличностных и социальных связей. Семья рассматривается как системообразующая детерминанта в социально-культурном статусе ребенка, предопределяющая его дальнейшее психофизическое и социальное развитие. В современных исследованиях выявлена прямая зависимость влияния семейного фактора на особенности развития ребенка: чем сильнее проявляется семейное неблагополучие, тем более выражены нарушения развития у ребенка.¹⁰ Эти положения должны учитываться как в диагностической, так и в коррекционной работе с ребенком, имеющим нарушения развития.

Осуществление психологической помощи семьям позволяет через оптимизацию внутрисемейной атмосферы, гармонизацию межличностных, супружеских, родительско-детских и детско-родительских отношений решать проблемы дифференцированной и адресной помощи ребенку с отклонениями в развитии. Разнообразные формы обучения как в государственных, так и в негосударственных образовательных учреждениях, работа с детьми, имеющими выраженные психофизические недостатки, включают такую семью в поле коррекционно-педагогического воздействия в качестве основного стабилизирующего фактора социальной адаптации ребенка.

¹⁰ Никишина В. Б. Социально-психологическая детерминация нарушений психического развития детей: автореф. дис. д-ра психол. наук / В. Б. Никишина. Ярославль, 2004.

Потребность в оказании специальной психологической помощи семьям, воспитывающим детей с нарушениями развития, возникает из-за огромного числа разнообразных проблем, с которыми эти семьи повседневно встречаются. Важнейшее значение имеет создание благоприятной реабилитационной и коррекционно-обучающей среды для ребенка в период его пребывания дома. Это требует от родителей определенного объема знаний, способствующих пониманию потребностей и возможностей ребенка. Они также должны владеть практическими навыками, позволяющими методически правильно общаться с ребенком и правильно его воспитывать.

Психокоррекционная работа позволяет также оказать существенную помощь родителям детей с отклонениями в развитии. Специальная помощь необходима родителям для нейтрализации тех психологических проблем, которые возникают вследствие их личностных переживаний, связанных с нарушениями развития ребенка. Особое значение личностные особенности родителя, его отношение к аномальному развитию в целом приобретают при определении характера и содержания его контактов с собственным ребенком, имеющим психофизические нарушения.

Итак, оказание психологической помощи семьям позволяет оптимизировать проблемы личностного и межличностного характера, возникающие вследствие рождения в семье ребенка с отклонениями в развитии. Главной целью в этой работе является изменение самосознания родителя, а именно: формирование у него позитивного восприятия личности ребенка с нарушениями развития. Такая позиция позволит родителю обрести новый жизненный смысл, гармонизирует взаимоотношения с ребенком, повысит собственную самооценку, оптимизирует самосознание. Это, в свою очередь, нацелит родителей на использование гармоничных моделей воспитания, а в перспективе обеспечит оптимальную социальную адаптацию ребенка.

Гармоничная внутрисемейная атмосфера, учитывающая психофизические особенности и личностные потребности ребенка, оптимизирует его развитие, способствует адекватному определению и реализации путей социальной адаптации.

Комплексная система мер по оказанию психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, способствует также гуманизации отношения социума к таким лицам. Приведенные выше факты и определяют актуальность разработки системы психологической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, как особого и перспективного направления в науке и практике.

Уровни деформации внутрисемейных взаимоотношений

Трудности, которые постоянно испытывает семья с проблемным ребенком, значительно отличаются от повседневных забот, которыми живет

семья, воспитывающая нормально развивающегося ребенка. Анализ литературы по вопросам семьи позволяет выделить основные функции, наиболее часто приписываемые обычной семье. Среди них:

- рождение и воспитание детей;
- осуществление связи между поколениями, сохранение и передача детям ценностей и традиций семьи;
- удовлетворение потребности в психологическом комфорте и эмоциональной поддержке, тепле и любви;
- создание условий для развития личности всех членов семьи;
- удовлетворение сексуально-эротических потребностей;
- удовлетворение потребности в общении с близкими людьми;
- удовлетворение индивидуальной потребности в отцовстве или материнстве, в контактах с детьми, их воспитании, самореализации в детях;
- охрана здоровья членов семьи, организация отдыха, снятие стрессовых ситуаций.

Из бесед с родителями и из других данных следует, что практически все функции, за небольшим исключением, не реализуются или не в полной мере реализуются в семьях, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. Анализ наблюдений за развитием межличностных отношений в подобных семьях свидетельствует о том, что такое положение, видимо, объясняется следующими причинами.

В результате рождения ребенка с отклонениями в развитии *отношения внутри семьи, а также контакты с окружающим социумом искажаются*. Причины нарушений связаны с психологическими особенностями больного ребенка, а также с колоссальной эмоциональной нагрузкой, которую несут члены его семьи в связи с длительно действующим стрессом. Многие родители в сложившейся ситуации оказываются беспомощными. Их положение можно охарактеризовать как *внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик*.

Качественные изменения в таких семьях проявляются на следующих уровнях: психологическом, социальном и соматическом.

Психологический уровень

Рождение ребенка с отклонениями в развитии воспринимается его родителями как величайшая трагедия. Факт появления на свет ребенка «не такого, как у всех», является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, в первую очередь матерью. Стресс, имеющий пролонгированный характер, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и становится исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшегося в семье жизненного уклада.

Деформируются:

- сложившийся стиль внутрисемейных взаимоотношений;
- система отношений членов семьи с окружающим социумом;

-особенности миропонимания и ценностных ориентаций каждого из родителей больного ребенка.

Все надежды и ожидания членов семьи в связи с будущим ребенка оказываются тщетными и рушатся в один миг, а осмысление происшедшего и обретение новых жизненных ценностей растягивается порой на длительный период.

На наш взгляд, это может быть обусловлено многими причинами, среди которых:

- психологические особенности личностей самих родителей, их способность принять или не принять больного ребенка;
- наличие комплекса расстройств, характеризующих ту или иную аномалию развития, степень их выраженности;
- отсутствие положительно поддерживающего воздействия социума в контактах с семьей, воспитывающей аномального ребенка

Распределение обязанностей между мужем и женой, отцом и матерью в большинстве российских семей носит традиционный характер. Проблемы, связанные с внутренним состоянием и обеспечением жизнедеятельности семьи (хозяйственные, бытовые), а также с воспитанием и обучением детей, в том числе и с отклонениями в развитии, в основном ложатся на женщину. Мужчина — отец больного ребенка — обеспечивает в первую очередь экономическую базу семьи. Он не оставляет и не изменяет профиль своей работы из-за рождения больного ребенка и, таким образом, не исключается, как мать ребенка, из привычных социальных отношений. Его жизненный стереотип, согласно нашим наблюдениям, не столь сильно подвергается изменениям, так как большую часть времени он проводит в той же социальной среде (на работе, с друзьями и т. д.). Отец больного ребенка меньше, чем мать, проводит с ним времени в силу занятости на работе и в соответствии с традиционным пониманием этой семейной обязанности. Поэтому его психика не подвергается патогенному воздействию столь же интенсивно, как психика матери больного ребенка. Приведенные характеристики, как правило, являются наиболее распространенными. Но, безусловно, есть и исключения из правил.

Эмоциональное воздействие стресса на женщину, родившую больного ребенка, неизмеримо значительнее. Сам факт того, что именно она произвела на свет вместо «чуда» больное существо, заставляет ее невыносимо страдать. У матерей часто наблюдаются истерики, депрессивные состояния. Страхи, одолевающие женщин по поводу будущего ребенка, рождают чувство одиночества, потерянности и ощущение «конца жизни». Матери находятся с детьми-инвалидами постоянно. Они жалуются на обилие повседневных забот, связанных с ребенком, что ведет к повышенной физической и моральной нагрузке, подтачивает силы, вызывает утомление. Часто для таких матерей свойственно снижение психического тонуса, заниженная самооценка, что проявляется в потере вкуса к жизни, перспектив профессиональной

карьеры, невозможности реализации собственных творческих планов, потере интереса к себе как к женщине и личности.

По наблюдениям учёных, выраженные психофизические нарушения ребенка, а также личностные особенности матери могут служить источником материнской депривации. Любовь к ребенку как специфическое чувство возникает у женщины еще в период беременности. Но именно это светлое чувство укрепляется и расцветает в ответ на эмоциональную взаимность ребенка: его улыбку, комплекс оживления при появлении матери и др. Депривация материнских чувств может инициироваться недостаточностью этих социально-психологических проявлений у ребенка.

Вследствие того что рождение больного ребенка, а затем его воспитание, обучение и в целом общение с ним являются длительным патогенно действующим психологическим фактором, личность матери может претерпевать значительные изменения. Депрессивные переживания могут трансформироваться в невротическое развитие личности и существенно нарушить ее социальную адаптацию.

Социальный уровень

После рождения ребенка с проблемами в развитии его семья, в силу возникающих многочисленных трудностей, становится малообщительной и избирательной в контактах. Она сужает круг знакомых и даже родственников по причине характерных особенностей состояния и развития больного ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей (страха, стыда).

Это испытание оказывает также деформирующее воздействие на взаимоотношения между родителями больного ребенка. Одним из самых печальных проявлений, характеризующих состояние семьи после рождения ребенка с отклонениями в развитии, является *развод*. Не всегда внешней причиной развода называется больной ребенок. Чаще всего родители детей, объясняя причину разрыва семейных отношений, ссылаются на испортившийся характер супруги (или супруга), отсутствие взаимопонимания в семье, частые ссоры и, как следствие, охлаждение чувств.

Тем не менее объективным стрессором, фрустрирующим психику членов семьи, является сам факт рождения больного ребенка и состояние его здоровья в последующий период. Сложившаяся новая ситуация становится испытанием для проверки подлинности чувств как между супругами, так и между каждым из родителей и больным ребенком. Известны случаи, когда подобные трудности сплывали семью. Однако часть семей не выдерживает такого испытания и распадается, что оказывает отрицательное воздействие на процесс формирования личности ребенка с отклонениями в развитии. Неполные семьи, в которых воспитываются дети с отклонениями в развитии, по нашим данным, составляют от 30 до 40%.

В силу этой причины (одиначества матерей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии), а также и других, среди которых могут быть и генетические (правомерный страх родителей перед рождением еще одного аномального ребенка), некоторые семьи отказываются от рождения других детей. В таких семьях ребенок-инвалид является единственным.

Есть семьи, в которых воспитывается еще один или два здоровых ребенка. В большинстве из них ребенок с нарушениями развития является последним из родившихся. Тем не менее в таких семьях имеется больше благоприятных возможностей для нормализации психологического состояния родителей по сравнению с объективными возможностями родителей, воспитывающих единственного ребенка-инвалида. Родители, у которых здоровые дети родились после больных или являются одним ребенком из двойни, составляют немногочисленную группу.

Отношения в семье могут ухудшаться не только между супругами. Они могут изменяться между матерью ребенка с отклонениями в развитии и ее родителями или родителями ее мужа. Особенности ребенка трудно принять неподготовленному человеку. Жалость к своему внуку и его матери могут длительное время пронизывать взаимоотношения близких людей. Однако с возрастом силы слабеют: бабушки и дедушки постепенно отстраняются от такой семьи. Иногда со стороны бабушек и дедушек звучат горькие упреки в сторону ребенка с отклонениями в развитии и его матери («Ты виноват в том, что бабушка болеет» или «Ты виновата в том, что у меня нет здоровых внуков» и др.).

Различен образовательный уровень родителей. Неверным оказывается бытующее до сих пор в обществе мнение о том, что «больные» дети рождаются лишь в семьях с низким социальным и культурным уровнем. Согласно нашим данным, свыше 40% родителей воспитанников специальных коррекционных учреждений имеют высшее образование (половину из них составляют матери). Многие родители имеют высокий и очень высокий социальный статус (директора фирм, образовательных учреждений, служащие банков, преподаватели и т. п.).

Однако часть матерей в силу сложившихся обстоятельств после рождения больного ребенка вынуждены изменять профиль своей работы или же вообще оставить ее. Уход женщины с любимой работы не только лишает ее заработка, но и изменяет ее социальный статус, ставит в зависимое положение от мужа, от семьи. Таким образом, в лице матери больного ребенка общество теряет квалифицированного специалиста в связи с невозможностью для нее продолжать работу по избранной до рождения ребенка специальности.

Заслуживает внимания также тенденция, проявившаяся у отдельных матерей, воспитывающих детей с множественными и выраженными дефектами развития. В связи с тем что проблема воспитания и обучения такого ребенка лишь частично обеспечивается системой государственного образования, отдельные матери находят в себе силы и возможности для

получения специального образования и использования новых знаний для развития и обучения как своего ребенка, так и других детей.

Длительное изучение проблем, возникающих в семьях воспитанников специальных учреждений, и наблюдение за их разрешением позволяют выделить еще одну особенность, характеризующую социальную позицию значительной части родителей в отношении воспитания, развития и преодоления проблем больного ребенка. Эту позицию можно назвать *иждивенческой* или *безынициативной*. Родители считают, что преодолением проблем их ребенка должны заниматься специалисты и сотрудники учреждений, в которых их дети воспитываются, обучаются или продолжительно лечатся и живут.

Соматический уровень

Стресс, возникший в результате комплекса необратимых психических расстройств у ребенка, может вызывать различные заболевания у его матери, являясь как бы пусковым механизмом этого процесса. Возникает патологическая цепочка: недуг ребенка вызывает психогенный стресс у его матери, который в той или иной степени провоцирует возникновение у нее соматических или психических заболеваний. Таким образом, заболевание ребенка, его психическое состояние может являться психогенным и для родителей, в первую очередь матерей.

Согласно литературным данным (В. А. Вишневецкий, 1985, 1987; М. М. Кабанов, 1978; В. В. Ковалев, 1979, 1982; Р. Ф. Майрамян, 1974, 1976; В. Н. Мясичев, 1960), *соматические заболевания у родителей больных детей имеют следующие особенности*. Матери больных детей жалуются на колебания артериального давления, бессонницу, частые и сильные головные боли, нарушения терморегуляции. Чем старше становится ребенок, т. е. чем длительнее психопатогенная ситуация, тем в большей степени у некоторой части матерей проявляются нарушения здоровья. Возникают: расстройства менструального цикла и ранний климакс; частые простуды и аллергия; сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания; выраженное или тотальное поседение; проблемы, связанные с желудочно-кишечным трактом (Р. Ф. Майрамян, 1976). Матери больных детей часто жалуются на общую усталость, отсутствие сил, а также отмечают состояние общей депрессии и тоски.¹¹

Безусловно, физическая нагрузка у родителей таких детей чрезвычайно велика, особенно это касается родителей, имеющих детей с детским церебральным параличом (постоянная физическая помощь ребенку при его перемещении по дому, еженедельная перевозка ребенка различными видами общественного транспорта из дома в школу и назад при отсутствии надлежащих вспомогательных средств). Трудности, с которыми сталкиваются родители умственно отсталых детей, имеют свою специфику,

¹¹ Левченко И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: М, 2008.

так как ежедневное сопровождение ребенка в школу (если это не школа-интернат) и домой в большом мегаполисе занимает много времени и в некоторых случаях соответствует во временном отношении целому рабочему дню.

Тем не менее при наличии огромной физической нагрузки, которая, несомненно, истощает силы и влияет на соматическое состояние родителей, психологический фактор и ничем не измеримая тяжесть переживаемого играют первостепенную роль. Чувства страха, неуверенности в себе, различные формы депрессий — все эти болезненные состояния родителей являются не только ответной реакцией их личности на травмирующее переживание, но и ответной защитной реакцией всего их организма.

Среди осложнений или отдаленных последствий перенесенного стресса некоторые авторы усматривают возможность изменения нервно-психической реактивности организма родителей вследствие повышения психогенной „ранимости“ даже после однократно перенесенного психогенного заболевания и возможность возникновения резидуальных невротических состояний.

Особо значимым в данном контексте является воздействие на отдельных матерей повторных психотравм, уже не связанных непосредственно с состоянием здоровья и особенностями развития их ребенка. К таким травмам могут относиться как достаточно легкие - конфликты в транспорте или в магазине, конфликт с начальством, увольнение с работы, ссора с родственниками, страх перед исключением ребенка из учебного учреждения по причине неуспеваемости, так и более тяжелые — уход мужа в другую семью, развод, смерть близкого человека. Новая травмирующая ситуация оценивается такими родительницами как более тяжелая, длительная и глубокая. Они как бы принимают от жизни удар за ударом, и каждый новый травмирующий их психику стресс низвергает их все ниже и ниже. Повторное внешнее воздействие даже другого характера — «второй удар», способствует выявлению тех нарушений, которые имели место при прошлых болезненных состояниях, а также следов давних психических травм, не приведших в момент своего действия к развитию болезненных реакций.

Оказывается, что отзвучавшие системы переживаний при определенных условиях могут иметь влияние на переживания данного момента. Важнейшими из этих условий являются степень завершенности отключенной системы переживаний и ее эмоциональная значимость. По мере взросления больных детей переживания их матерей могут лишь несколько сглаживаться, и то не всегда, однако это вовсе не означает, что переживание завершается и отключается от настоящего, как это имеет место в некоторых случаях у больных неврозами.

Соприкосновение с сигнальным раздражителем, которым может быть любой из приведенных выше факторов, вызывает повторение болезненного эмоционального переживания. Сигнальный раздражитель частично

возобновляет ранее пережитую систему, актуализируя лишь эмоциональный фон, в то время как интеллектуальный смысловой компонент пережитой системы не воспроизводится в сознании. Длительная психотравма ведет к нарушению эмоциональной регуляции и смещению уровней аффективного реагирования.

В результате перенесенных психотравм у матерей этой категории могут развиваться различные соматические заболевания. Ведущей подсистемой, объединяющей биологический уровень адаптации (гипоталамический, нейродинамический уровень) и психологические процессы защиты, является эмоция. При развитии психогенного процесса дезадаптационные механизмы проявляются в различной последовательности и в зависимости от того, в каком звене эмоциональной системы имело место перенапряжение. На уровне психологической защиты (эмоционально-социальный стресс) это приводит к развитию невротических состояний.

Однако при развитии психосоматических процессов выступает обратное соотношение - эмоционально-социальный стресс нейтрализуется процессами психологической защиты, невротизация не развивается, а перенапряжение суммируется и проявляется *в дезадаптации физиологического уровня реагирования*, т.е. в соматической дезадаптации. Это обуславливает формирование порочного круга, что в дальнейшем может привести к вторичной невротизации — реакции личности на болезнь.

6.3. Специфика социально-реабилитационной работы с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья

Вся сложность и многоаспектность проблем инвалидов и их семей в значительной степени находит отражение в социально-экономических технологиях работы с инвалидами, в деятельности системы государственного социального обеспечения. Остановимся на социально-реабилитационной работе с детьми-инвалидами, обсудим некоторые принципы и направления работы с семьей, имеющей ребенка с ограниченными возможностями. Главное, что должен учитывать социальный работник, - это то, что его деятельность является не узкоспециализированной, а представляет собой широкий спектр услуг, предоставляемых детям, имеющим нарушения развития, и их семьям. Причем дети, развитие которых существенно нарушено, обычно сразу попадают в поле зрения специалиста, и потребности в создании системы профессиональной помощи, как правило, очевидны. Напротив, распознавание детей, которым лишь грозит риск нарушения развития, может быть затруднено, и характер и формы профессиональных услуг в этом случае также не представляются очевидными. Не только малый вес ребенка при рождении или нездоровая обстановка в его семье могут стать причиной отставания его развития, поэтому реабилитация предполагает мониторинг

развития ребенка с целью своевременного обеспечения семьи специальной помощью сразу же после появления у него первых признаков нарушения развития.

Основная цель ранней социально-реабилитационной работы — обеспечение социального, эмоционального, интеллектуального и физического развития ребенка, имеющего нарушения, и попытка максимального раскрытия его потенциала для обучения. *Вторая важная цель* - *предупреждение вторичных дефектов* у детей с нарушениями развития, возникающих либо после неудачной попытки купировать прогрессирующие первичные дефекты с помощью медицинского, терапевтического или обучающего воздействия, либо в результате искажения взаимоотношений между ребенком и семьей, вызванного, в частности, тем, что ожидания родителей (или других членов семьи) относительно ребенка не оправдались.

Проведение ранней социально-реабилитационной работы, помогающей членам семьи достичь понимания с ребенком и приобрести навыки, более эффективно адаптирующие их к особенностям ребенка, нацелено на предотвращение дополнительных внешних воздействий, способных усугубить нарушения детского развития.

Третья цель ранней социально-реабилитационной работы — *абилитировать (приспособить) семьи*, имеющие детей с задержками развития, чтобы максимально эффективно удовлетворять потребности ребенка. Социальный работник должен относиться к родителям как к партнерам, изучать способ функционирования конкретной семьи и выработать индивидуальную программу, соответствующую потребностям и стилям жизни данной семьи.

Система реабилитации предусматривает значительный набор услуг, оказываемых не только детям, но и их родителям, семье в целом и более широкому окружению. Все услуги скоординированы таким образом, чтобы оказать помощь индивидуальному и семейному развитию и защитить права всех членов семьи. Помощь при малейшей возможности должна оказываться в естественном окружении, т.е. не в изолированном учреждении, а по месту жительства, в семье.

Воспитывая ребенка, родители общаются с другими детьми и родителями, специалистами, педагогами, вступают в системы отношений, которые помещены (как куклы-матрешки) в другие взаимодействующие между собой системы. Дети развиваются в семье, а ведь семья — это тоже система отношений, имеющая собственные правила, потребности и интересы. Если же ребенок посещает лечебное или образовательное учреждение, то подключается еще одна система с ее собственными правилами и законами. Общество может выражать семье, имеющей ребенка-инвалида, поддержку и сочувствие, но может и отказывать ей в этом.

Чтобы социально-реабилитационная работа была успешной, необходимо добиваться нормализации всех этих взаимоотношений, При этом могут возникать следующие вопросы. Что такое программа реабилитации? Как помочь семье создать благоприятное окружение для ребенка? Чему и как родители должны и могли бы учить ребенка? Куда родители могли бы обратиться за помощью и советом? Как говорить с родителями и ребенком о его состоянии? Как помочь родителям в их взаимодействии со специалистами? Как помочь родителям раскрыть возможности ребенка? Как помочь родителям подготовить ребенка к школе? Что нужно посоветовать родителям подростка? Какими правами обладают ребенок и его семья?

Напомним, что *программа реабилитации* — это система мероприятий, развивающих возможности ребенка и всей семьи, которая *разрабатывается командой специалистов* (состоящей из врача, социального работника, педагога, психолога) вместе с родителями. Во многих странах такой программой руководит один специалист — это может быть любой из перечисленных специалистов, который отслеживает и координирует реабилитационную программу (специалист-куратор). Такая система мероприятий разрабатывается индивидуально для каждого конкретного ребенка и семьи, учитывая как состояние здоровья и особенности развития ребенка, так и возможности и потребности семьи. Программа реабилитации может разрабатываться на полгода или на более короткий срок — в зависимости от возраста и условий развития ребенка.

По прошествии установленного срока специалист-куратор встречается с родителями ребенка, чтобы обсудить достигнутые результаты, успехи и неудачи. Необходимо также проанализировать все позитивные и негативные незапланированные события, произошедшие в процессе выполнения программы. После этого специалист (команда специалистов) вместе с родителями разрабатывают программу реабилитации на следующий период.

Программа реабилитации — это четкий план, схема совместных действий родителей и специалистов, способствующих развитию способностей ребенка, его оздоровлению, социальной адаптации (например, профессиональной ориентации), причем в этом плане обязательно предусматриваются мероприятия относительно других членов семьи: приобретение родителями специальных знаний, психологическая поддержка семьи; помощь семье в организации отдыха, восстановления сил и т.д. Каждый период программы имеет цель, которая разбивается на ряд подцелей, поскольку предстоит работать сразу в нескольких направлениях, подключая к процессу реабилитации разных специалистов.

Допустим, необходима программа, которая будет включать следующие мероприятия:

- медицинские (оздоровление, профилактика);

•специальные (образовательные, психологические, психотерапевтические, социальные), направленные на развитие общей или точной моторики, языка и речи ребенка, его умственных способностей, навыков самообслуживания и общения.

При этом остальным членам семьи необходимо разбираться в тонкостях детского развития, учиться общению друг с другом и с малышом, чтобы не усугубить первичные дефекты развития неблагоприятными воздействиями извне. Поэтому в программу реабилитации будут входить организация благоприятного окружения ребенка (включая обстановку, специальное оборудование, способы взаимодействия, стиль общения в семье), приобретение новых знаний и навыков родителями ребенка и его ближайшим окружением.

После начала выполнения программы осуществляется мониторинг, т.е. регулярное отслеживание хода событий в виде регулярного обмена информацией между специалистом-куратором и родителями ребенка. При необходимости куратор содействует родителям, помогает преодолевать трудности, ведя переговоры с нужными специалистами, представителями учреждений, разъясняя, отстаивая права ребенка и семьи. Куратор может посещать семью, чтобы лучше разобраться в трудностях, возникающих при выполнении программы. Таким образом, программа реабилитации есть циклический процесс.

Программа реабилитации предусматривает, во-первых, *наличие междисциплинарной команды специалистов*, а не хождение семьи, имеющей ребенка-инвалида, по многим кабинетам или учреждениям, а во-вторых, участие родителей в процессе реабилитации, которое представляет собой наиболее сложную проблему.

Установлено, что детям удается достичь гораздо лучших результатов, когда *в реабилитационном процессе родители и специалисты становятся партнерами* и вместе решают поставленные задачи.

Однако некоторые специалисты отмечают, что родители порой не высказывают никакого желания сотрудничать, не просят помощи или совета. Возможно, это и так, однако мы никогда не узнаем намерения и желания родителей, если не спросим их об этом.

На первый взгляд ребенок-инвалид должен быть центром внимания своей семьи. В действительности же этого может не происходить в силу конкретных обстоятельств каждой семьи и определенных факторов: бедность, ухудшение здоровья других членов семьи, супружеские конфликты и т.д. В этом случае родители могут неадекватно воспринимать пожелания или наставления специалистов. Порой родители рассматривают реабилитационные услуги в первую очередь как возможность получить передышку для самих себя: они испытывают облегчение, когда ребенок начинает посещать школу или реабилитационные учреждения, потому что в этот момент могут, наконец, отдохнуть или заняться своими делами. При

всем этом важно помнить, что большинство родителей хотят участвовать в развитии своего ребенка.

На Западе социально-реабилитационная работа, предполагающая участие родителей, используется немногим более десятка лет. При этом те, кто применяет эту модель на практике, убеждаются в ее преимуществах по сравнению со старой моделью, когда специалисты все свое внимание и все усилия направляли лишь на ребенка, зачастую не проявляя интереса к мнению родителей (например, о том, чему, где и как они хотели бы учить своего ребенка).

Взаимодействие с родителями предполагает некоторые сложности. Нужно быть готовым к трудностям и разочарованиям. Снятие межличностных или культурных барьеров, уменьшение социальной дистанции между родителем и социальным работником (или любым другим специалистом комплекса услуг по реабилитации) может потребовать определенных усилий. Однако нужно помнить, что при отсутствии взаимодействия специалистов и родителей результат работы с ребенком может быть нулевым: отсутствие подобного взаимодействия намного снижает эффективность социально-реабилитационных услуг — это может подтвердить любой педагог школы-интерната для детей с ограниченными возможностями или специалист реабилитационного центра.

Что же значит работать с родителями? Сотрудничество, включение, участие, обучение, партнерство — эти понятия обычно используются для определения характера взаимодействий. Остановимся на последнем понятии — «партнерство», — поскольку оно наиболее точно отражает идеальный тип совместной деятельности родителей и специалистов. Партнерство подразумевает полное доверие, обмен знаниями, навыками и опытом помощи детям, имеющим особые потребности в индивидуальном и социальном развитии. Партнерство — это такой стиль отношений, который позволяет определять общие цели и достигать их с большей эффективностью, чем если бы участники действовали изолированно друг от друга. Установление партнерских отношений требует времени и определенных усилий, опыта, знаний.

Работая с родителями, необходимо учитывать разнообразие семейных стилей и стратегии. Даже супруги могут весьма отличаться друг от друга своими установками и ожиданиями. Поэтому то, что оказалось удачным в работе с одной семьей, совсем необязательно будет способствовать успешному партнерству с другой. Кроме того, не следует ожидать от семей одних и тех же, униформных эмоциональных реакций или поведения, одинакового отношения к проблемам. Нужно быть готовым слушать, наблюдать и достигать компромисса.

Если ребенок в состоянии принимать участие в диалогах специалистов и родителей, он может стать еще одним партнером, мнение которого, возможно, отличается от мнения взрослых и который может неожиданно предложить новое решение проблемы своей реабилитации.

Таким образом представления о потребностях детей расширяются за счет мнения самих детей,

Успех любого партнерства основан на соблюдении принципа взаимного уважения участников взаимодействия и принципа равноправия партнеров, поскольку ни один из них не является более важным или значительным, чем другой.

Поэтому социальному работнику желательно консультироваться у родителей так же часто, как они консультируются у него. Это важно по крайней мере по трем причинам. Во-первых, родителям предоставляется возможность высказаться, скажем, не только о недостатках и проблемах, но об успехах и достижениях ребенка. Когда социальный работник спрашивает родителей, что им нравится в их детях, это порой воспринимается ими как одно из редких проявлений интереса со стороны окружающих не к порокам, а к достоинствам их ребенка. Во-вторых, такая информация помогает разрабатывать и отслеживать индивидуальные реабилитационные планы. В-третьих, тем самым проявляется уважение к родителям и создается атмосфера доверия - залог успешной коммуникации.

Следует поощрять родителей обмениваться знаниями, признавать успехи ребенка, понимать важности тех или иных занятий, проявлять инициативу. Если эксперт злоупотребляет своей позицией, подчеркивает свою важность, предпочитает одностороннюю передачу знаний, существует риск увеличения зависимости от него родителей, снижения их самостоятельности и уверенности в себе. Социальный работник должен в известной мере делиться своими чувствами, демонстрировать открытость, тогда и родители не будут испытывать стесненность в его присутствии. Разумеется, родителям и команде специалистов следует совместно принимать решения.

В силу опыта, образования и тренинга специалист по социальной реабилитации при установлении партнерства с родителями детей-инвалидов должен:

- избегать униформности и приветствовать разнообразие; слушать, наблюдать и достигать договоренности;
- спрашивать столь же часто, как спрашивают его, проявлять искренность, чтобы установить доверительные, отношения с родителями;
- давать необходимые объяснения;
- не предпринимать ничего в одиночку.

6.4. Тактики социальной работы с родителями

Можно наметить пять тактик работы с родителями в зависимости от того, как взаимодействует социальный работник с одной семьей или с группой родителей — напрямую или опосредованно, развивается ли сеть контактов между семьями, которые в этом случае могут иногда оказывать поддержку друг другу и без участия социального работника.

1. Непосредственная работа с конкретной семьей

• Социальный работник (или другой специалист) наносит визит семье и в ходе его:

обращает внимание на внешнее состояние и окружение дома, подъезда, квартиры;

старается увидеться не только с матерью, но и с отцом, другими детьми и взрослыми членами семьи;

интервьюирует родителей о потребностях, проблемах и ресурсах;

интересуется внешкольными занятиями ребенка (если тот достиг школьного возраста);

отвечает на вопросы родителей;

наблюдает за тем, как в семье обращаются с ребенком, обучают и развивают его;

демонстрирует стратегии поведения, обучения, решения проблем.

• Родители наносят визит социальному работнику (или другим специалистам) и в ходе его:

наблюдает, как специалист обращается с ребенком (например, присутствуют в классе или на приеме, во время тестирования);

специалисты отвечают на вопросы родителей, объясняют, обсуждают информацию;

специалисты наблюдают, как родители обращаются с ребенком;

специалист снимает на видеопленку общение родителей с ребенком, затем анализирует результаты;

демонстрирует родителям видеофильм, чтобы обсудить и проанализировать увиденное вместе.

Кроме этого, социальный работник:

организует консультацию с представителями других служб, если это необходимо ему для лучшего понимания и решения проблем или если это может помочь семье (например, консультацию с представителями службы миграции);

предлагает родителям заполнить карты и схемы, вопросники по развитию ребенка, затем сравнивает их результаты со своими ответами;

приглашает родителей посетить заседания комиссии (или сессии команды специалистов), обсуждающей вопросы, которые касаются их ребенка.

самостоятельно или с участием других специалистов помогает родителям выбрать книги, игрушки, специальное учебное оборудование для дома;

организует собрания, чтобы оценить развитие ребенка в связи с ходом выполнения реабилитационного плана;

предоставляет родителям письменный отчет результатов тестирования или оценивания;

передает родителям письменное заключение с рекомендациями занятий на дому;

обсуждает с родителями имеющиеся у него материалы, которые касаются их ребенка и хранятся в папке;

приглашает родителей в класс, где проводятся занятия, привлекает их к участию в проведении занятий;

организует для родителей встречу со студентами-практикантами или сотрудниками службы, чтобы родители поделились своим опытом и высказали мнение о предоставляемых услугах.

2. Опосредованная работа с конкретной семьей предусматривает следующее:

запись информации и комментариев родителями и специалистами в специальном дневнике (например, каждую неделю); . анализ записей в домашнем дневнике наблюдений при встрече со специалистом;

представление в отчетах (например, раз в полгода) результатов реабилитации;

письменные извещения, информация для родителей, организованные социальным работником с участием других специалистов;

контакты по телефону;

выдача родителям в библиотеке книг (или в видеотеке фильмов) по рекомендации специалиста;

выдача родителям на дом специальных игр или учебных пособий;

заполнение родителями вопросников, карт или схем развития способностей ребенка;

проведение родителями на дому игр и занятий;

занятия в выходные дни, предоставление информации о возможностях отдыха;

предоставление родителям возможности знакомиться с содержанием папки материалов, касающихся их ребенка;

выдача родителям на дом текстов, выученных на занятиях в реабилитационном центре песен, стихов, перечня упражнений;

перечисление телепрограмм, которые целесообразно смотреть родителям вместе с детьми.

3. Непосредственная работа с группой родителей предусматривает следующее:

встречи с родителями в офисе социального учреждения или в комнате для занятий, обмен информацией, отчет о ходе реабилитации и успехах ребенка, обсуждение планов на будущее;

выступление на встрече родителей и ответы на их вопросы;

организация семинара для родителей: выступления, беседы, ролевые игры, последующие практические занятия на дому;

организация специального курса для родителей по той или иной тематике;

показ слайдов или видеопрограмм о занятиях детей, объяснение их цели и смысла;

организация открытого урока или занятия со специалистом;

открытый день или вечер в реабилитационном центре;
организация совместных мероприятий (отдых, представления) с родителями и специалистами, ассоциации родителей и специалистов;
привлечение родителей к подготовке и проведению особых мероприятий — праздников, фестивалей;
помощь родителям в организации групповых экскурсий для детей (в зоопарк, на ипподром, спортивные состязания и т.д.);
интервьюирование родителей об их отношении к услугам и дальнейших ожиданиях.

4. Опосредованная работа с группой родителей предусматривает следующее:

предоставление родителям информационных проспектов услуг, сведений о квалификации персонала, расписании работы специалистов, содержании занятий;

рассылка информационного буклета о том, как, на каких условиях и в каких случаях следует обращаться к конкретным специалистам;

подготовка информационного бюллетеня и его регулярная рассылка;
организация выставки книг или игрового материала в методическом кабинете или Уголке для родителей;

подготовка письменных предложений по домашним занятиям или готовящимся мероприятиям, возможностям отдыха;

подготовка буклета, объясняющего процедуры тестирования, оценивания, проверки хода выполнения реабилитационного плана, интерпретации результатов;

выдача родителям книг на дом или копирование для них нужных фрагментов;

рассылка или передача вопросников для выяснения потребностей мнения родителей об услугах;

подготовка видеопрограммы для родителей;
организация стенда или доски объявлений в комнате, в которой родители ожидают детей;

составление статей для местных журналов или газет, предоставление родителям вырезок из журналов и газет;

подготовка учебного пособия или руководства для родителей.

5. Развитие контактов между семьями предназначено для того, чтобы:

организовать посещение опытным родителем семьи, в которой родился ребенок, требующий реабилитационных услуг;

помочь организовать ассоциацию или группу самопомощи родителей;
участвовать в регулярных встречах родителей на дому или в специальном месте;

привлекать отцов к починке или наладке оборудования;
добиваться того, чтобы родители были представлены в комиссиях или советах школ и реабилитационных центров;

добиваться того, чтобы родители защищали свои права, были вовлечены в работу общественных организаций, оказывающих влияние на развитие законодательства и порядка предоставления услуг, на принятие решений психолого-медико-педагогической комиссией;

помогать родителям организовать клубы по интересам и мероприятия для детей.

Некоторые аспекты работы с семьей ребенка, имеющего ограниченные возможности, требуют особого внимания. Например, обычно считается, что взаимодействовать следует с матерью ребенка, так как в основном она всегда и приходит на консультацию и оказывается в курсе всех проблем и событий в жизни семьи. Однако это ошибочный взгляд. Участие отца в реабилитационном процессе в целом намного повышает эффективность усилий специалистов.

Поэтому, начиная работу с семьей, нужно познакомиться не только с матерью, но и с отцом, а также с другими членами семьи. Посылая письменные пожелания, желательно обращаться лично не только к матери, но и к отцу или к обоим родителям. Некоторым отцам легче говорить о своих переживаниях с мужчиной (тем не менее, не секрет, что повсюду в мире считается, что социальная работа — это прерогатива женщин). Очень полезно предоставлять письменную информацию, чтобы отцы, не сумевшие прийти на встречу с социальными работниками, были в курсе дел, так же как и матери. Следует морально поощрять участие отца в реабилитации ребенка.

Для того чтобы преодолевать трудности оказания помощи семье ребенка-инвалида, полезно использовать следующие ресурсы:

- работа в команде, где для каждого разбираемого случая назначается один куратор, координирующий действия остальных;
- обмен опытом, использование знаний и умений сослуживцев;
- организация консилиума, группы поддержки для самих специалистов, где можно делиться успехами или обсуждать неудачи. находить совместное решение проблемы;
- использование публикаций по вопросам социальной работы и видеотеки для подкрепления знаний специалистов и для рекомендации родителям.¹²

Существуют *несколько* компонентов успеха взаимодействия специалистов и родителей, в частности посещения семьи на дому:

- ✓ регулярный контакт (в зависимости от возможностей и необходимости — раз в неделю, в две недели или в шесть недель);
- ✓ подчеркивание способностей ребенка, а не их отсутствия или недостатков;

¹² В учебном пособии под ред. В.И. Ярской и Е.Р. Смирновой «Дорога — это то, как ты идешь по ней...» (Саратов: Изд-во Поволж. фил. Рос. уч. центра, 1996) имеется перечень фильмов и книг, которые обладают терапевтическим эффектом в работе с семьей ребенка-инвалида.

- ✓ использование вспомогательных материалов, пособий для родителей;
- ✓ привлечение к работе не только родителей, но и других членов семьи, родственников;
- ✓ внимание к более широкому спектру потребностей (речь идет не только о ребенке, но и обо всей семье);
- ✓ организация групп поддержки, в которых обсуждаются результаты и проблемы (обычно в такую группу входят разные специалисты: социальный работник, психолог, педагог, психотерапевт).

Все это будет способствовать развитию ребенка и повышать мотивацию родителей к сотрудничеству.

Вопросы и задания:

1. Охарактеризуйте жизненный цикл семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья.
2. Раскройте понятие социально-экологической модели коррекционной работы с семьей ребенка-инвалида.
3. Опишите проблемы семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. Охарактеризуйте уровни деформации внутрисемейных взаимоотношений.
4. Каковы, на ваш взгляд, особенности социально-реабилитационной работы с детьми-инвалидами и их семьями?
5. Приведите примеры тактик социальной работы с родителями.



1. *Акатов Л.И.* Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2003. С.8.
2. *Кавокин С. Н.* Профессиональная реабилитация и занятость населения. М., 1997.
3. *Ким Е.* Концепция «независимой жизни» в социальной работе с детьми с ограниченными возможностями. М., 1997.
4. *Левченко И.Ю., В.В. Ткачева* Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: М, 2008.
5. *Лисовский В.А., Евсеев С.П., Голофеевский В.Ю., Мироненко А.Н.* Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учебное пособие/Под ред. проф. С.П. Евсеева. М, 2001.
6. *Назарова Н. М.* Специальная педагогика:/ Под ред. Н.М.Назаровой.- М.,2008.
7. Обучение и воспитание детей с интеллектуальными нарушениями/ Под ред. Б.П. Пузанова: 2-е изд., исправ. и доп. М, 2011.
8. Российская энциклопедия социальной работы: В 2 т. М., 1997.
9. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. А. И. Осадчих. М., 1999.
10. Словарь-справочник по социальной работе /Под ред. Я. И. Холостовой. М., 1997.
11. *Смирнова Е. Р.* Семья нетипичного ребенка. Саратов, 1998.
12. Социальная работа с инвалидами. Настольная книга специалиста / Под ред. Е. И. Холостовой, А. И. Осадчих. М., 1996.
13. Социально-демографическое развитие в Западной Европе. М., 1992.
14. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. Вена, 1993.
15. Теория социальной работы / Под ред. Е. И. Холостовой. М., 1997.
16. *Трошин О.В., Жулина Е.В., Кудрявцев В.А.* Основы социальной реабилитации и профориентации. М.. 2005.
17. Трудотерапия как метод реабилитации инвалидов. М., 1998.
18. Трудотерапия и реабилитология. М., 1977.
19. *Холостова Е. И., Дементьева Н. Ф.* Социальная реабилитация: Учебное пособие. 4-е изд. М., 2006.
20. *Храпылина Л. П.* Основы реабилитации инвалидов. М., 1996.

Приложение 1.

**Количество государственных учреждений социальной поддержки
и социального обслуживания населения**

*(учреждения, подведомственные
Министерству социального развития Саратовской области)*

<u>Управления социальной поддержки населения</u>	39
<u>Дома-интернаты для престарелых и инвалидов</u>	14
<u>Психоневрологические интернаты</u>	12
<u>Центры социально-трудовой реабилитации для лиц БОМЖ</u>	4
<u>Центры социального обслуживания населения</u>	44
<u>Учреждения социальной помощи семье и детям</u>	13
<u>Учреждения реабилитации и социальной адаптации инвалидов</u>	16
<i>в том числе:</i>	
<u>детские дома-интернаты для детей с глубоким нарушением интеллекта</u>	3

Приложение 2.

Учреждения реабилитации и социальной адаптации инвалидов

(учреждения, подведомственные
Министерству социального развития Саратовской области)

сокращения:

ГУ - государственное учреждение

ГАУ - государственное автономное учреждение

ГНПУ - государственное научно-практическое учреждение

ДЮСАШ "РиФ" - детско-юношеская спортивно-адаптивная школа "Реабилитация и Физкультура"

1)	ГУ "Областная комплексная детско-юношеская спортивно-адаптивная школа "Реабилитация и Физкультура"	410040, г. Саратов, ул. 50-лет. Октября, 108 (845-2) 47-10-51, 47-10-52
2)	Государственное научно-практическое учреждение "Областной реабилитационный центр для детей инвалидов и детей с ограниченными возможностями"	410071, г. Саратов, Санаторный проезд, д.2 (845-2) 92-92-74, 92-93-44, 92-93-74 e-mail: rcdc@rambler.ru web: www.rcdcsaratov.ucoz.ru
3)	Государственное учреждение "Марковский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями"	Саратовская область, г. Маркс, ул. К. Либкнехта, 65 (845-67) 5-35-88
4)	Областное государственное учреждение "Ершовский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями"	413500, Саратовская область, г. Ершов, ул. Мелиоративная, д. 39 (845-64) 5-71-77; 5-71-52; 5-70-85
5)	Областное государственное учреждение "Вольский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями"	412900, Саратовская область, г. Вольск, пл. Юности, д. 5 (845-93) 5-17-71
6)	Государственное стационарное учреждение социального обслуживания "Базарно-Карабулакский детский дом-интернат для умственно отсталых детей"	412600, Базарный Карабулак, ул. К. Маркса, д. 1 (845-2) 73-42-42 (сарат) (845-91) 2-15-78
7)	Государственное стационарное учреждение социального обслуживания "Дергачевский детский дом-интернат для умственно отсталых детей"	413450, Саратовская область, р.п. Дергачи, ул. Л. Толстого, д.67 (845-63) 2-13-60, 2-14-60
8)	Государственное стационарное учреждение "Орловский детский дом-интернат для умственно отсталых детей"	413060, Саратовская область, Марковский район, с. Орловское (845-67) 5-13-96
9)	Государственное автономное учреждение "Центр реабилитации "Ударник"	413161, Саратовская область, Энгельсский район, с. Шумейка

		(845-3) 77-40-10; 77-40-31
10	Государственное автономное учреждение "Реабилитационный центр инвалидов "Волжские зори"	412900, Саратовская область, г. Вольск, ул. Маяковского, д.1 (845-93) 7-80-47
11	Государственное автономное учреждение Саратовской области "Центр реабилитации "Пещера Монаха"	412780, Саратовская область, Хвалынский район, санаторий "Черемшаны-1" (845-95) 2-41-08; 2-41-40
12	Государственное автономное учреждение "Центр реабилитации "Пугачевский"	413709, Саратовская область, Пугачевский район, п.Заречный (845-74) 3-17-00, 3-17-30
13	Государственное автономное учреждение Саратовской области "Центр реабилитации "Лазурный"	413800, Саратовская область, Балаковский район, с.Красный Яр, хутор Калиниха (845-3) 65-43-07
14	Государственное автономное образовательное учреждение "Центр по обучению и реабилитации инвалидов"	410053, Саратовская область, г. Саратов, ул. Клочкова, 81 (845-2) 52-61-25
15	Государственное автономное образовательное учреждение начального профессионального образования Саратовской области "Саратовское профессиональное училище-интернат для инвалидов"	410053, Саратовская область, г. Саратов, ул. Клочкова, 81 (845-2) 52-60-69

**Визитная карточка
Саратовского территориального отделения
Специальной Олимпиады России**

Полное название организации **Саратовская региональная молодежная общественная организация инвалидов "Специальный Олимпийский комитет Саратовской области"**

Ф.И.О. Президента Организации временно отсутствует, (до 2009 г. Чуриков В.М)

Ф.И.О. Исполнительного директора Варюхина Тамара Олеговна

Ф.И.О. Спортивного директора Писина Антонина Сергеевна

Почтовый адрес Организации **410089 г. Саратов, ул. Некрасова – 17, оф.20**

Телефон **(845-2) 28-99-89; 8-9042438321** Факс **(845-2) 28-69-71**

Электронная почта: tomavar@mail.ru; AntoninaSO@yandex.ru;

Социальная ниша – спортивная и физкультурно-оздоровительная работа среди лиц с нарушенным интеллектом, в первую очередь дети и подростки.

Опыт работы – с 1993 года

Официальные виды спорта Специальной Олимпиады, которые развиваются в программе: **легкая атлетика, плавание, гимнастика, бадминтон, баскетбол, волейбол, мини-футбол, лыжные гонки, конькобежный спорт, хоккей на полу, настольный теннис, пауэрлифтинг, боулинг**

Количество специальных (коррекционных) школ 8-го вида системы Министерства образования области, в которых дети занимаются по программам Специальной Олимпиады **23 школы и школы-интерната, 2 ПУ**
Число занимающихся по программам Специальной Олимпиады, зарегистрированных в специальных (коррекционных) школах 8-го вида системы Министерства образования **2 265 человек**

Количество учреждений системы Министерства здравоохранения и социального развития области, в которых дети и взрослые с проблемами интеллекта занимаются по программам Специальной Олимпиады **3 (ДДИ, ПУИ для инвалидов, ПНИ)**

Число занимающихся по программам Специальной Олимпиады, зарегистрированных в учреждениях системы Министерства здравоохранения и социального развития **295 человек**

Количество семейных клубов, в которых проводятся занятия по программам Специальной Олимпиады **3**

Число занимающихся спортом по программам Специальной Олимпиады в семейных клубах **90 человек**

Количество тренеров, учителей физкультуры коррекционных учреждений и др, работающих по программе – 39 человек

Количество спортсменов, участвовавших в 2009 – 2011 годах.

в российских соревнованиях: **62 человека**

в международных соревнованиях: **18 человек**

. Приоритетные программы развития: **«Объединенные спортом ПриСОединяйтесь!», «Здоровый атлет», «Факельный пробег».**

Приложение 4.

СТРУКТУРА АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА

Блок 1. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

- 1.1. Регистрационный номер карты _____
1.2. Регистрационный номер ИПР _____
1.3. Наименование бюро МСЭ _____
1.4. Фамилия, имя, отчество _____
1.5. Домашний адрес _____
Телефон _____
1.6. Пол муж; жен. _____
1.7. Возраст _____
1.8. Паспортные данные _____

Блок 2. МЕДИКО-ЭКСПЕРТНЫЕ ДАННЫЕ

- 2.1. Диагноз, включая основное заболевание и его код по МКБ X пересмотра, сопутствующее заболевание и его код по МКБ X пересмотра : _____

2.2. Заключение психолога: _____

2.3. Группа инвалидности _____
2.4. Длительность инвалидности и ее динамика _____

2.5. Причина инвалидности: _____
2.6. Процент утраты профессиональной трудоспособности: _____
2.7. Ограничения жизнедеятельности (вид и степень выраженности) _____

Блок 3. ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТРУДОВЫЕ ДАННЫЕ.

- 3.1. Образование _____
3.2. Основная профессия (и) _____
3.3. Специальность _____
3.4. Квалификация (разряд, категория, звание) _____
3.5. Общий трудовой стаж инвалида _____
3.6. Характеристика занятости (работает: да, нет; где работает, кем работает, условия работы, зарплата, хочет работать или нет, желаемая работа) _____
3.7. Характеристика образовательного статуса (учится или нет, где учится, уровень и условия обучения) _____

Блок 4. МАТЕРИАЛЬНОЕ И СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ.

- 4.1. Семейное положение: количество членов семьи, число работающих и учащихся членов семьи, кто помогает инвалиду в быту, размер пенсии со всеми доплатами, доход на одного члена семьи, психологический климат в семье

4.2. Благоустроенность жилья _____

4.3. Имеются ли условия для выполнения работы на дому _____

4.4. Имеются ли вспомогательные приспособления для инвалида в комнате, в квартире, в подъезде: _____

Блок 5. СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВЫЕ ДАННЫЕ

5.1. Данные о занятиях культурой _____

5.2. Данные о занятиях физкультурой и спортом _____

5.3. Ролевое положение в семье, обществе _____

5.4. Общественная деятельность _____

5.5. Личные проблемы (половое воспитание, контроль рождаемости, сексуальные вопросы и др.) _____

5.6. Социальная независимость _____

5.7. Социальное общение _____

Блок 6. ДАННЫЕ, КОНКРЕТИЗИРУЮЩИЕ СПОСОБНОСТЬ ИНВАЛИДА ВЫПОЛНЯТЬ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАРУШЕНИЕ КОТОРЫХ КОМПЕНСИРУЕТСЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ

Блок 7. ПОТРЕБНОСТЬ ИНВАЛИДА В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.

7.1. Нуждается в социальной реабилитации (да, нет) _____

7.2. В каких видах социальной реабилитации нуждается:

А. Информировании и консультировании инвалида и его семьи _____

Б. Адаптационном обучении инвалида и семьи _____

В. Обучении персональному уходу _____

Г. Обучении персональной сохранности _____

Д. Обучении социальным навыкам _____

Е. Обучении социальной независимости _____

Ж. Обучении социальному общению _____

З. Обучении навыкам проведения отдыха и досуга _____

И. Обучении навыкам занятий физкультурой и спортом _____

К. Обучении навыкам занятий туризмом _____

Л. Обучении пользованию техническими средствами реабилитации _____

М. Содействию в решении личных проблем _____

Н. Социально-психологической реабилитации _____

О. Адаптации жилья к нуждам инвалида _____

П. Юридическом консультировании _____

7.3. В каких видах социального патронажа нуждается семья, имеющая инвалида:

А. Медико-социальном патронаже _____

Б. Социально-педагогическом патронаже _____

В. Культурно-досуговом патронаже _____

Г. Социально-психологическом патронаже _____

7.4. В какой адаптации жилья нуждается инвалид:

- А. Установке пандусов _____
- Б. Установке поручней _____
- В. Расширении дверных проемов _____
- Г. Настилке нескользящих полов _____
- Д. Снятии порогов _____
- Е. Переоборудовании электропроводки _____
- Ж. Переоборудовании газовой (электро) плиты _____
- З. Замене раковины, унитаза, душа, ванны или др., их переоборудование _____

7.5. Нуждается в технических средствах реабилитации (да, нет, указать в каких) _____

7.6. Нуждается в технических средствах передвижения (трости для ходьбы; костыли локтевые, подмышечные, с опорой для предплечья; трости трехопорные, четырехопорные; рамы для ходьбы; кресло-коляски комнатные, прогулочные, санитарные, автомобиль, веревочные лестницы; пояса и ремни для подъема, подъемники и др.) _____

7.7. Нуждается в технических средствах для приготовления пищи и напитков (средства для взвешивания и измерения; резки, рубки; очистки продуктов; сушилки для приготовления пищи; варки, жарки и т.д.) _____

7.8. Нуждается во вспомогательных средствах для ведения домашнего хозяйства (совки, щетки, губки; пылесосы; вакуумные очистители; половые швабры; ведра с колесиками, выжимательные машинки и др.) _____

7.9. Нуждается в домашних принадлежностях и приспособлениях для дома и домашнего хозяйства (столы рабочие, чертежные, обеденные, кроватные и др.) _____

7.10. Нуждается в мебели для сидения (функциональные кресла; "катапультные" кресла и сиденья, кресла-шезлонги, упоры и др.) _____

7.11. Нуждаемость в кроватях (функциональная кровать, кроватный подъемник, кроватные поручни и поручни для самоподнимания и др.) _____

7.12. Нуждаемость в поддерживающих устройствах (перила, поручни и др.) _____

7.13. Нуждаемость в открывателях/закрывающих дверей, окон, штор _____

7.14. Нуждаемость в противопролежневых средствах (подушки, сиденья противопролежневые, матрасы и покрывала противопролежневые и др.) _____

7.15. Нуждаемость в средствах для одевания и раздевания (вспомогательные средства для одевания носков и чулок-штанов (колготок), рожки для обуви и приспособления для снятия ботинок, держатели одежды, крюки для одевания и раздевания, замки застежек "молния" и пр. _____

7.16. Нуждаемость в средствах ухода за кожей, волосами и зубами (вспомогательные средства для маникюра и педикюра, специальные расчески, электрические зубные щетки и др.) _____

7.17. Нуждаемость в средствах для обращения с продуктами и вещами (средства для маркировки и обозначения, вспомогательные средства для открывания бутылок, банок, баков; вспомогательные средства, помогающие и/или замещающие функции руки и/или пальцев и др.) _____

7.18. Нуждаемость в игрушках и играх (игры, “разборно-складной кубик” головоломка “Панжир”, лото “Разноцветный урожай”, шахматы, шашки, мозаика, звучащие мячи и др.) _____

7.19. Нуждаемость в средствах для физкультуры, спорта и туризма _____

7.20. Нуждаемость во вспомогательных средствах для отправления естественных надобностей (туалетные сиденья-возвышения с откидным приспособлением; туалетные сиденья-возвышения с фиксирующими приспособлениями; самоподнимающиеся туалетные сиденья; туалетные подлокотники и/или туалетные спинки, смонтированные на туалете; зажимы-держатели туалетной бумаги и др.) _____

7.21. Нуждаемость во вспомогательных средствах для умывания, купания и принятия (кресла для ванной/душа, табуретки, спинки и сиденья; противоскользящие маты для ванны, душевые маты и шлепанцы; мочалки, губки и щетки с рукояткой, ручки или зажимы; намыливатели с рукояткой и мыльные дозаторы и др.) _____

7.22. Нуждаемость во вспомогательных средствах для помощи при еде и питье (распределители (дозаторы) сахара, пробки и воронки; ножевые изделия; кружки и стаканы, чашки и блюдца (специальные) и др.) _____

7.23. Нуждаемость во вспомогательных средствах для обучения социальным навыкам (программы тренировки поведения; программа и система тренировки потребительских навыков; система тренировки обращения с деньгами; программа обучения обращению с деньгами, мерам безопасности, временным навыкам и др.) _____

7.24. Нуждаемость в средствах для обучения (тренировки) обращения с устройствами управления, продуктами и вещами (да, нет) _____

7.25. Нуждаемость в средствах для обучения (тренировки) способности выполнять бытовую деятельность (да, нет) _____

7.26. Нуждаемость во вспомогательных средствах для обучения (тренировки) способности выполнять бытовую деятельность (программа обучения личным навыкам, тренинг с уличными знаками и др.) _____

7.27. Нуждаемость в оптических средствах (увеличительные стекла, бинокли и телескопы, очки с вмонтированными монокулярными и бинокулярными телескопическими устройствами для дальнорукых и близоруких, расширители поля

зрения, электроннооптические средства, видеосистемы с увеличенным изображением, цифровые читающие машины, системы для чтения и трансформации письменного текста и др.) _____

7.28. Нуждаемость в вводных и выходных блоках и принадлежностях компьютеров, пишущих машинок и калькуляторов (блоки ввода, в т.ч. блоки распознавания речи; клавиатуры и системы управления; устройства синтетической речи, в т.ч. блоки преобразования текста в речь, речи в речь и искусственную речь; приспособления для переключивания бумаги; держатели рукописи (оригинала); опоры предплечья, прикладываемые к пишущим машинкам или компьютерам и др.) _____

7.29. Нуждаемость во вспомогательных средствах для рисования и почерка (ручки, карандаши, кисточки, циркули для черчения и линейки; устройства для письма, рисования и черчения; сигнатурные направляющие устройства и сигнатурные штампы; рамки для письма; аппаратура (приборы) для письма по Брайлю; специальные бумажные/пластмассовые изделия для письма; программное обеспечение для рисования и живописи и др.) _____

7.30. Нуждаемость во вспомогательных средствах для чтения (устройство для переворачивания листов; подставки для книг и держатели книг, аппараты для записи и воспроизведения “говорящая книга”; аппарат для тиражирования “говорящей книги” ТТМ и др.) _____

7.31. Нуждаемость в звукозаписывающей и воспроизводящей аппаратуре _____

7.32. Нуждаемость в телевизионной и видеоаппаратуре _____

7.33. Нуждаемость в телефонах и средствах телефонии (телефоны с текстовым вводом и/или текстовым выходом, в т.ч. телефоны с Брайлевским вводом/выходом и др.) _____

7.34. Нуждаемость в системах передачи звука (головные телефоны и вибраторы, громкоговорители и др.) _____

7.35. Нуждаемость в средствах связи “лицом к лицу” (наборы букв и/или символов; шаблоны букв и/или символов; генераторы голоса; коммуникационные усилители; слуховые трубки и др.) _____

7.36. Нуждаемость в слуховых средствах, в т.ч. в слуховых средствах с встроенной антишумовой маской (слуховые средства, вставляемые в ухо, в т.ч. вставляемые в ушной канал; слуховые средства заушные; слуховые средства, вмонтированные в оправу очков и др.) _____

7.37. Нуждаемость в средствах сигнализации (часы; часы-будильник с синтезатором с тактильной доработкой “Слава”, карманные “Молния”; системы передачи тревоги; звуковые индикаторы (“электронная сиделка”) и др.) _____

7.38. Нуждаемость в системах подачи сигналов тревоги (системы предупреждения о персональной опасности; сигналы тревоги начала приступа болезни для эпилептиков, сигналы тревоги, подаваемые автоматически в случае большого судорожного припадка) и др. _____

7.39. Нуждаемость во вспомогательных средствах ориентации (тактильные (белые) трости, трость локатор, опорная телескопическая трость, опорная складная трость; электронные средства ориентации; акустические навигационные средства (звуковые маяки); компасы; рельефные карты и др.) _____

7.40. Нуждаемость в собаке-поводыре _____

7.41. Нуждаемость в транспортном обслуживании _____

7.42. Нуждаемость в услугах сурдопереводчика _____

Блок 8. ПОТРЕБНОСТЬ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

8.1. Нуждается в психологической реабилитации (да/нет) _____

В каких видах психологической реабилитации нуждается:

А. Психологическое консультирование _____

Б. Психологическая коррекция _____

В. Психотерапия _____

Г. Психологический тренинг _____

Д. Психопрофилактическая и психогигиеническая работа _____

Е. Привлечение к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения _____

Блок 9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА ПО РЕАБИЛИТАЦИИ:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПСИХОЛОГА:

Блок 10. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ МАРШРУТ

(виды реабилитационных мероприятий, услуг и технических средств; форма реабилитации, объем мероприятий и сроки исполнения)

Блок 11. КОНТРОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗА ПРОЦЕССОМ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
О ВЫПОЛНЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
РЕАБИЛИТАЦИИ
(ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПО ОКОНЧАНИИ СРОКА ВЫПОЛНЕНИЯ ИПР)

Оценка результатов медицинской реабилитации:

- достигнута компенсация утраченных функций (полная, частичная),
- восстановлены нарушенные функции (полностью, частично),
положительные,
- результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть).

Оценка результатов профессиональной реабилитации:

- получена новая профессия, повышена квалификация, повышен уровень общего (профессионального) образования,
- подобрано подходящее рабочее место, создано специальное рабочее место, обеспечена занятость (полная, неполная), положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть).

Оценка результатов социальной реабилитации:

- достигнута способность к самообслуживанию (полная, частичная),
- достигнута возможность самостоятельного проживания, обеспечена
- интеграция в семью и общество, положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть).

Оценка результатов психолого-педагогической реабилитации:

- восстановлена (компенсирована) мотивация к обучению,
- восстановлена (компенсирована) функция общения и контроля за своим поведением,
- восстановлена (компенсирована) мотивация к игровой, (трудовой) деятельности; р
- реализована возможность получения начального, среднего, высшего профессионального образования, получения профессии,
- положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть).

Особые отметки о реализации ИПР:

(вносятся дополнительные сведения о результатах осуществленных
реабилитационных мероприятий)

Дата вынесения заключения " -- " ----- 200- г.

Руководитель федерального учреждения
медико-социальной экспертизы -----

(подпись) (расшифровка подписи)

Место для печати

Селиванова Юлия Викторовна
*Доктор социологических наук, профессор,
заведующий кафедрой коррекционной педагогики*
juliaselivanova@mail.ru

Щетинина Елена Борисовна
*кандидат социологических наук,
доцент кафедры коррекционной педагогики,*
ebp1976@mail.ru

**Коррекционная работа
по социальной реабилитации детей
с ограниченными возможностями здоровья**

Учебно-методическое пособие