Тернопільський інститут соціальних

та інформаційних технологій

**Курсова робота**

По предмету: “Технологія соціальної роботи”.

***На тему: “форми і методи соціальної роботи”.***

студента 3-го курсу

денної форми навчання

факультету “Соціально-інформаційного управління”.

ОБЕЗЮКА ЮРИ ЛЕОНІДОВИЧА

*-- тернопіль 2005—*

ЗМІСТ :

Вступ ........................................................................................................................2

РОЗДІЛ І. Роль соціальних працівників у реабілітації інвалідів........................3

1.1. Реабілітація інвалідів у будинках-інтернатах загального типу..................3

1.2.Реабілітація інвалідів, що знаходяться в родинах .........................................6

РОЗДІЛ ІІ. Технологія спілкування роботи з інвалідами...................................7

2.1. Психологічні аспекти соціальної роботи з людьми з обмеженими можливостями………………………………………………………………..8

2.2.. Регіональний досвід практичного рішення проблем інвалідності..........15

а)Інноваційна модель „Центр незалежного життя для дітей з обмеженими фізичними і/або розумовими можливостями”............................................16

б)Інноваційна модель служби "Персональний асистент"……….........…….....19

в)Інноваційна модель служби "Виїзний ліцей"..................................................20

г)Цільова програма реабілітації дітей-інвалідів

і членів їхніх родин на базі Реабілітаційного центра

«Івма» міста Калуги............................................................................................21

Висновок ................................................................................................................26

Список літератури.................................................................................................27

**ВСТУП**

Непрацездатні громадяни в кожній країні складають предмет турботи держави , яка соціальну політику ставить в основу своєї діяльності. Основною турботою держави стосовно людей похилого віку й інвалідам є їхня матеріальна підтримка (пенсії, посібника , пільги і т.д.).Однак непрацездатні громадяни бідують не тільки в матеріальній підтримці. Важливу роль грає надання їм діючої фізичної, психологічної, організаційної й іншої допомоги .

До 80-х років в Україні найбільш очевидна соціальна допомога інвалідам надавалась в будинках-інтернатах. Ця сформована традиційна форма медико-соціальної допомоги непрацездатним громадянам крім позитивних має і негативні сторони (монотонний спосіб життя, необхідність зміни життєвого стереотипу для літньої людини й ін.). Ці обставини роблять будинки-інтернати мало привабливими для інвалідів, змушуючи їх "не квапитися" з переїздом у будинок-інтернат. Можливість як най довше залишатися в звичній домашній обстановці стала можливою з часу появи посади соціального працівника в системі установ соціального захисту. Саме ці реальні особи стали надавати соціально-побутові послуги непрацездатним громадянам, яких вони постійно потребували.

На перших етапах розвитку соціальної допомоги непрацездатним громадянам акцент був зроблений на надомне обслуговування. З урахуванням цієї обставини була розроблена кваліфікаційна характеристика соціального працівника, визначені його посадові обов'язки. Разом з тим у реальній соціальній допомозі бідують і інваліди, що знаходяться в будинках-інтернатах. До недавнього часу організація медико-соціальної допомоги в цих закладах покладена переважно на медичних працівників, що на збитки організації медичного обслуговування здійснюють невластиві їм функції по соціально-побутовій , соціально-психологічній і соціально-середовищній адаптації осіб , що знаходяться в будинках-інтернатах.

У зв'язку з зазначеними обставинами виникла необхідність окреслити коло обов'язків соціальних працівників у будинках-інтернатах і на підставі цього показати доцільність уведення цієї категорії працівників у стаціонарних установах Мінсоцзахисту України.

На даному етапі розвитку соціальної допомоги непрацездатним громадянам , що проживають поза стаціонарними установами , діяльність соціальних працівників зводиться до надання соціально-побутових послуг. Тим часом функції у них набагато ширші. В міру створення інституту соціальних працівників з фаховою освітою непрацездатні громадяни одержать більш кваліфіковану і різноманітну соціальну допомогу і підтримку.

**РОЗДІЛ І.РОЛЬ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ.**

Інваліди як соціальна категорія людей, знаходяться в оточенні здорових у порівнянні з ними і мають потребу в більшому ступені в соціальному захисті, допомозі, підтримці. Ці види допомоги визначені законодавством , що відповідають нормативними актами, інструкціями і рекомендаціями, відомий механізм їхньої реалізації. Слід зазначити, що всі нормативні акти стосуються пільг, посібників , пенсій і інших форм соціальної допомоги , що спрямована на підтримку життєдіяльності, на пасивне споживання матеріальних витрат. Разом з тим, інвалідам необхідна така допомога, що могла б стимулювати й активізувати інвалідів і придушувала б розвиток утриманських тенденцій. Відомо, що для повноцінного, активного життя інвалідів необхідне залучення їх у суспільно-корисну діяльність, розвиток і підтримку зв'язків інвалідів зі здоровим оточенням, державними установами різного профілю, громадськими організаціями й управлінськими структурами. Власне кажучи, мова йде про соціальну інтеграцію інвалідів, що є кінцевою метою реабілітації.

По місцю проживання (перебування) всіх інвалідів можна розділити на 2 категорії:

- ті, що знаходяться в будинках-інтернатах;

- ті, що проживають у родинах .

Зазначений критерій, місце проживання, не слід сприймати як формальний . Він найтіснішим чином зв'язаний з морально-психологічним фактором, з перспективою подальшої долі інвалідів.

Відомо, що в будинках-інтернатах знаходяться найбільш важкі в соматчному відношенні інваліди. У залежності від характеру патології дорослі інваліди утримуються в будинках-інтернатах загального типу, у психоневрологічних інтернатах, діти - у будинках-ітернатах для розумово відсталих і з фізичними недоліками .

Діяльність соціального працівника також визначається характером патології в інваліда і співвідноситься з його реабілітаційним потенціалом. Для здійснення адекватної діяльності соціального працівника в будинках-інтернатах, необхідне знання особливостей структури і функцій цих установ .

Доми-інтернати загального типу призначені для медико-соціального обслуговування інвалідів. У них приймаються громадяни (жінки з 55 років, чоловіка з 60 років) і інваліди 1 і 2 груп старші 18 років, що не мають працездатних дітей або батьків, зобов'язаних за законом їх утримувати .

Завданнями цього будинку-інтернату є :

- створення сприятливих умов життя , наближених до домашнього;

- організація догляду за проживаючими, надання їм медичної допомоги й організація змістовного дозвілля;

- організація трудової зайнятості інвалідів.

Відповідно до основних завдань будинок-інтернат здійснює:

- активне сприяння в адаптації інвалідів до нових умов;

- побутовий комфорт , забезпечуючи поступивших упорядкованим житлом, інвентарем і меблями, постільними засобами, одягом і взуттям;

- організацію харчування з урахуванням віку і стану здоров'я;

- диспансеризацію і лікування інвалідів, організацію консультативної медичної допомоги, а також госпіталізацію, тих кому треба, у лікувальні установи ;

- забезпечення слуховим апаратами, окулярами, протезно-ортопедичними виробами і кріслами-колясками;

- відповідно до медичних рекомендацій організацію трудової зайнятості, що сприяє підтримці активного способу життя.

У будинках-інтернатах загального типу знаходяться інваліди молодшого віку ( від 18 до 44 років ). Вони складають близько 10% усього контингенту проживаючих. Більше половини з них - інваліди з дитинства, 27,3% - внаслідок загального захворювання, 5,4% - у зв'язку з трудовим каліцтвом, 2,5% - інші . Їх становище відрізняється значним чином . Про це свідчить перевага інвалідів 1 групи (67,0%).

Найбільшу групу (83,3%) складають інваліди з наслідками ураження центральної нервової системи (залишкові явища дитячого церебрального паралічу, поліомієліту, енцефаліту, травми спинного мозку й ін.), 5,5% - інваліди внаслідок патології внутрішніх органів.

Наслідком різного ступеня порушень функції опорно-рухового апарату є обмеження рухової активності інвалідів. У зв'язку з цим 8,1% мають потребу в сторонньому догляді , 50,4% пересуваються за допомогою милиць або крісла-коляски і тільки 41,5% - самостійно.

Характер патології позначається і на здатності молодих інвалідів до самообслуговування: 10,9% з них не можуть себе обслужити, 33,4% обслуговують себе частково, 55,7% - цілком .

Як видно з приведеної характеристики молодих інвалідів, незважаючи на важкість стану здоров'я, значна частина з них підлягає соціальній адаптації в самих установах , а в ряді випадків і інтеграції в суспільство . У зв'язку з цим, важливого значення набувають фактори, що впливають на соціальну адаптацію молодих інвалідів. Адаптація пропонує наявність умов, що сприяють реалізації наявних і формуванню нових соціальних потреб з урахуванням резервних можливостей інваліда.

На відміну від людей похилого віку з відносно обмеженими потребами, серед яких переважають прикуті до візка з продовженням активного способу життя, молоді інваліди мають потреби в одержанні освіти і працевлаштуванні , у реалізації бажань в області розважального дозвілля і спорту, у створенні родини й ін.

В умовах будинку-інтернату при відсутності в штаті спеціальних працівників, що могли б вивчити потреби молодих інвалідів, і при відсутності умов для їхньої реабілітації виникає ситуація соціальної напруженості, незадоволеності бажань. Молоді інваліди, власне кажучи, знаходяться в умовах соціальної депривації, вони постійно відчувають дефіцит інформації. Разом з тим, виявилося, що підвищити своє становище хотіли б тільки 3,9% , а одержати професію - 8,6% молодих інвалідів. Серед побажань домінують запити у відношенні культурно--масової роботи (у 418% молодих інвалідів).

Роль соціального працівника полягає в тому, щоб створити особливе середовище в будинку-інтернаті й особливо в тих відділеннях, де проживають молоді інваліди. Терапія середовищем займає ведуче місце в організації способу життя інвалідів молодого віку. Основним напрямком є створення активного, діючого середовища перебування, що спонукувала би молодих інвалідів на "самодіяльність", самозабезпечення, відхід від утриманських настроїв і гіперопіки.

Для реалізації ідеї активізації середовища можна використовувати зайнятість працею, аматорські заняття , суспільно корисну діяльність, спортивні заходи, організацію змістовно-розважального дозвілля, навчання професіям. Такий перелік заходів поза домом повинний здійснюватися лише соціальним працівником. Важливо, щоб весь персонал був орієнтований на зміну стилю роботи установи , у якому знаходяться молоді інваліди. У зв'язку з цим, соціальному працівникові необхідне володіння методами і прийомами роботи з особами , що обслуговують інвалідів у будинках-інтернатах. З урахуванням таких задач , соціальний працівник повинний знати функціональні обов'язки медичного і допоміжного персоналу. Він повинний уміти виявити загальне , подібне в їхній діяльності і використовувати це для створення терапевтичного середовища .

Для створення позитивного терапевтичного середовища соціальному працівникові необхідні знання не тільки психолого-педагогічного плану. Нерідко приходиться вирішувати питання і юридичні ( цивільного права, трудового регулювання, майнові й ін.). Рішення або сприяння в рішенні цих питань буде сприяти соціальнії адаптації, нормалізації взаємин молодих інвалідів, а, можливо, і їхньої соціальної інтеграції.

При роботі з молодими інвалідами важливо виявити лідерів з контингенту осіб з позитивною соціальною спрямованістю. Опосередкований вплив через них на групу сприяє формуванню спільних цілей, згуртованості інвалідів у ході діяльності, їхньому повноцінному спілкуванню.

Спілкування, як один з факторів соціальної активності, реалізується в ході трудової зайнятості і проведення дозвілля. Тривале перебування молодих інвалідів у свого роду соціальному ізоляторі , яким є будинок-інтернат, не сприяє формуванню навичок спілкування. Воно носить переважно ситуативний характер, відрізняється поверхневістю, нестійкістю зв'язків.

Ступінь соціально-психологічної адаптації молодих інвалідів у будинках-інтернатах значною мірою визначається їхнім відношенням до своєї хвороби. Воно виявляється або запереченням хвороби, або раціональним відношенням до захворювання, або "відходом у хворобу". Цей останній варіант виражається в появі відгородженості, пригніченості, у постійному самоаналізі, у відході від реальних події й інтересів. У цих випадках важлива роль соціального працівника як психотерапевта, що використовує різні методи відволікання інваліда від песимістичної оцінки свого майбутнього, переключає кого на повсякденні інтереси, орієнтує на позитивну перспективу.

Роль соціального працівника полягає в тому, щоб з урахуванням вікових інтересів, особистісно-характерних особливостей обох категорій проживаючих, організувати соціально-побутову і соціально-психологічну адаптацію молодих інвалідів.

Надання сприяння в надходженні інвалідів у навчальний заклад є однієї з важливих функцій участі соціального працівника в реабілітації цієї категорії осіб .

Важливим методом діяльності соціального працівника є працевлаштування інваліда, що може бути здійснене (відповідно до рекомендацій лікарсько-трудової експертизи) або в умовах звичайного виробництва , або на спеціалізованих підприємствах, або в домашніх умовах.

При цьому соціальний працівник повинний керуватися нормативними актами про працевлаштування, про перелік професій для інвалідів і ін. та надавати їм діючу допомогу.

При здійсненні реабілітації інвалідів, що знаходяться в родинах , і тим більше тих, що проживають самі, важливої ролі набуває морально-психологічна підтримка цієї категорії осіб . Крах життєвих планів, розлад у родині , позбавлення улюбленої роботи, розрив звичних зв'язків, погіршення матеріального становища - от далеко неповний перелік проблем, що можуть дезадаптувати інваліда, викликати в нього депресивну реакцію і виявися фактором, що ускладнює власне весь процес реабілітації.

Роль соціального працівника полягає в співучасті, у проникненні в сутність психогенної ситуації інваліда й у спробі усунути або хоча б зм'якшити вплив її на психологічний стан інваліда. Соціальний працівник повинен , у зв'язку з цим, володіти визначеними особистісними якостями і володіти основами психотерапії.

Таким чином, участь соціального працівника в реабілітації інвалідів носить багато аспектний характер, що являє не тільки різнобічну обізнаність , поінформованість у законодавстві, але і наявність відповідних особистісних особливостей, що дозволяють інвалідові довірливо відноситися до цієї категорії працівників.

Роль соціального працівника являється в співучасті, у проникненні в сутність психогенної ситуації інваліда й у спробі усунути або хоча б зм'якшити вплив її на психологічний стан інваліда. Соціальний працівник повинний, у зв'язку з цим, володіти визначеними особистісними якостями і володіти основами психотерапії.

Таким чином, участь соціального працівника в реабілітації інвалідів носить багато аспектний характер, що припускає не тільки різнобічне обізнаність, поінформованість у законодавстві, але і наявність відповідних особистісних особливостей, що дозволяють інвалідові довірчо відноситися до цієї категорії працівників.

**РОЗДІЛ ІІ .ТЕХНОЛОГІЯ СПІЛКУВАННЯ І РОБОТИ З ІНВАЛІДАМИ.**

Одним з основних принципів роботи з людьми похилого віку й інвалідами є *повага до особистості . Необхідно поважати і приймати клієнта таким, яким він є.*

Професійна компетентність соціального працівника полягає , безумовно, у знаннях геронтологічних і психологічних особливостей віку, обліку , приналежності клієнтів до тієї або іншої соціальної групи. Потреби , інтереси, захоплення, світогляд, найближче оточення, житлово-побутові, матеріальні умови, спосіб життя клієнтів - це, і багато чого іншого, знаходиться в полі зору справжнього професіонала, що, безсумнівно, дає можливість вибрати оптимальну технологію соціальної допомоги, грамотно визначити проблему і шляхи її рішення . Як говорять закордонні технологи, необхідно відкрити "три шухляди столу": - Що сталося ? (У чому проблема?). - Чому? ( Що являється причиною?). - Як допомогти? (Що я можу зробити?). Даний прийом допомагає соціальним працівникам, психологам, медикам посприяти людині в адаптації до навколишньої дійсності, до реальних і непростих умов зовнішнього і внутрішнього світу .

У людей похилого віку і людей з обмеженими можливостями повинна бути сформована надія бути потрібним людям, соціумові, бути ними шановними. Для цього використовуються різні прийоми : виявивши проблему, зробити все, щоб реалізувати хоча б деякі потреби, допомогти установити контакт із родичами, оформити необхідні запити і т.д. І, звичайно, дуже важлива конкретна допомога дією: навести порядок у кімнаті бабусі, що погано чує, можливо, провести її на прогулянку, щоб довести, що "вік - це усього лише стан душі"; добути новий слуховий апарат; підвищити, з підключенням різних інстанцій, мізерну пенсію; запропонувати взяти участь у виставці, у конкурсі творчих робіт, підтвердивши істину, що "світ не без добрих людей", і ін.

Істотною стороною спілкування соціального працівника з клієнтом виступає перцепція, тобто сприйняття один одного як партнера по відносинах і встановлення на цій основі взаєморозуміння.

Домінантний суб'єкт спілкування очолює в діалозі, прагне взяти ініціативу на себе в бесіді; у звертанні з проханнями і вимогами, його не турбує їх розумність і доцільність. Таке його ставлення можна уловити по поставі, міміці, жестах, поглядах, репліках. Часом він буває настирливий у спілкуванні, багаторазово повторює те саме . Соціальному працівникові необхідно дати такому клієнтові можливість виявити свою домінантність.

Не домінантний суб'єкт спілкування – людина (клієнт), що постійно почуває себе прохачем, дуже чуттєвий до стану партнера - соціального працівника. Він надто сором’язливий у своїх проханнях, утрудняється їх висловити. Важливо допомогти йому в спілкуванні: стимулювати, підтримувати, надавати йому ініціативу і можливість виразити себе, викласти свої прохання.

Світ інвалідів своєрідний. Тут існують свої критерії, свої оцінки, свої закони. Допомогти інвалідові - це насамперед сприйняти і зрозуміти його світ , світ людини нужденної в опікунському відношенні .

**ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ІЗ ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ**.

Необхідність інтеграції технологій соціальної роботи і методів прикладної психології в першу чергу визначається специфікою людей з обмеженими можливостями (ОМ ) як об'єктів "соціальної терапії".

Серед проблем людей з ОМ, особливо молодих, найчастіше фігурують самотність, низька самооцінка і відсутність соціальної впевненості в собі, депресія, відчуття стигматизованності й відторгнутості через свої недоліки , психологічна і фізична залежність, професійне самовизначення і працевлаштування, а також болісна нездатність обговорювати свої труднощі. Досить гострими є такі проблеми сексуального і сімейного життя, як встановлення і розвиток взаємин із протилежною статтю і можливі медичні протипоказання до дітородіння.

Можна припустити, що гострота фізичних, соціально-економічних і, головне, психологічних проблем набагато вища у випадку не уродженої , а набутої аномалії (інвалідності), що стає сильним стресогенним фактором і принципово змінює життєвий сценарій людини і, у якійсь мірі , його найближчого оточення.

Одною з основних психологічних проблем людей з ОМ є проблема маргінальності й автоідентичності, тобто того , до якої групи відносить себе така людина - до "світу нормальних" або до "світу неповноцінних". Як показує практика, у більшості випадків люди в міру можливостей намагаються ховати свої недоліки , щоб стати в очах навколишнього світу частиною "нормальних" людей. Якщо ж це не вдається, то людина з ОМ або іде в соціальну самоізоляцію, або в процесі комунікації з нормальними людьми відчуває себе особливо неповноцінним через гіперопіку і співчуття з їх боку. У цьому випадку основними психологічними умовами соціальної адаптації людини з ОМ можуть бути усвідомлення нею реального положення справ і адекватна самооцінка, емоційна урівноваженість, адекватні міжособистісні відносини і знаходження своєї професійної ніші на ринку праці і зайнятості.

Авторство соціальної моделі (іноді її позначають як "інтерактивну модель", або "модель взаємодії") належить головним чином самим людям з ОМ. У фокусі цієї моделі знаходитися взаємозв'язок між окремою людиною і оточуючим його середовищем (у тому числі суспільством), причому обмежені можливості не розглядаються як частина людини і як його провина: людина може намагатися послабити наслідки своєї недуги, але відчуття обмеженості своїх можливостей викликано не недугою, а відношенням людей і бар'єрами, що існують у навколишнім середовищі (архітектурою, соціальною організацією, психологічним кліматом і ін.). Інакше кажучи, обмежені можливості як проблема є результатом соціального й економічного утиску усередині суспільства , тому людей з ОМ скоріше можна розглядати як гноблену групу, ніж як аномальну або трагічну.

У цьому випадку концепція незалежного життя розглядає людину з ОМ і його проблеми у світлі його цивільних прав, а не з погляду його патології, і орієнтується на усунення фізичних і психологічних бар'єрів у навколишнім середовищі за допомогою спеціальних служб, методів і засобів . Очевидно, що саме в сфері соціальної роботи, що припускає, по визначенню , професійну підтримку, захист і допомогу соціально-вразливим категоріям населення, повинні бути надані умови для соціальної реабілітації, адаптації й інтеграції людей з ОМ.

З іншого боку, незалежне життя являє собою наявність альтернатив і можливість вибору, що людина з ОМ може зробити за допомогою соціальних служб, причому критерієм незалежності є не ступінь його дієздатності і самостійності в умовах відсутності допомоги , а якість життя в умовах наданої допомоги. У свою чергу, поняття допомога містить у собі її характер, спосіб надання, контроль і результат. Іноді буває важко приймати допомогу , але і не менш важче її робити .

У зв'язку з вищевикладеним, важливі не тільки зміст і технології соціальної роботи, але і її психологічне забарвлення. Одним з найпоширеніших і, очевидно, найбільш адекватних для "професій, що допомагають," (типу соціальної роботи і не директивної консультативної психології) є гуманістичний підхід (К.Роджерс і ін.). Відповідно до цього підходу, для нормального існування людини, що припускає формування його високої самооцінки, необхідна активізація внутрішніх ресурсів позитивного розвитку особистості ("особистісного росту "), гуманність і можливість вибору. З іншого боку, з позицій екзистенціальної психології одним з найважливіших прагнень особистості є знаходження змісту свого існування, і для людини важливіше не те, що з ним сталося , а своє відношення до того, що сталося (В.Франкл).

У цьому випадку досить важливою задачею соціального працівника є переклад клієнта з позиції об'єкта соціального впливу, що припускає пасивну суспільну й особистісну позицію, зовнішній локус контролю, відмовлення від самостійного прийняття рішень і залежність, стереотипність мислення і поводження й ін., у позицію здатного до саморозвитку, активного і креативного суб'єкта соціального впливу. У рамках двосторонніх відносин "соціальний працівник - клієнт" останній повинен бути стимульований на активний вибір у виді самостійного прийняття рішень . Можливо, соціальному працівникові було б набагато легше приймати рішення самому , але це привело б до зростання непевності клієнта у своїх силах і його залежності від соціального працівника. Так, наприклад, у соціальних установах інтернатного типу нерідко виникає "придбана безпорадність": переконавшись у своїй не здатності впливати на рішення , що стосуються їхні долі, клієнти, не намагаючись впливати на хід події, впадають у депресію, що може приводити до росту захворюваності і смертності. У цьому випадку соціальні працівники можуть допомогти клієнтам активніше брати участь у рішенні повсякденних питань (наприклад, сприяти створенню рад клієнтів і рад їхніх родин як органів колективної думки), а також зробити більш проникніші границі між інтернатом ( або родиною ) і суспільством .

Як показує практика, одним з найбільш важливих і в той же час проблемних питань у житті людей з ОМ є вибір професії і працевлаштування. Професійне самовизначення повинне містити в собі дві принципово важливих умови: активність суб'єкта професійного вибору і забезпечення кваліфікованої розвиваючої допомоги з боку соціального працівника з метою обґрунтованого й адекватного вибору професії. Часто зустрічаються випадки, коли утруднення людини з ОМ у професійному самовизначенні викликані нерішучістю і непевністю у своїх силах, особливого значення набуває допомога в усвідомленні і правильній оцінці своїх особливостей з позиції їхньої професійної значимості, а також інформація про професії, у яких саме такі якості можуть забезпечити успішність діяльності. Ідеальним результатом являється формування в людини з ОМ уміння усвідомлено і самостійно планувати свій особистий професійний маршрут і визначати шляхи його реалізації.

У принципі дійсна незалежність припускає незалежність не тільки фізичну , скільки психологічну , не дивлячись на наявність аномалії і ступінь її проявлення . Природньо, що соціальний працівник не в змозі вирішити всі психологічні проблеми клієнта, але може цьому сприяти, застосовуючи методи психологічного консультування, надання експрес-психологічної допомоги, роботи з пост-травматичним стресом і здійснюючи, фактично, психосоціальну роботу, що особливо важливо в умовах існуючих у країні дефіциту практичних психологів.

Одним з найважливіших факторів успішності медико-соціально-психологічної реабілітації являється найближче мікро соціальне оточення людей з ОМ, зокрема , їхньої родини, по колишньому залишаються основними джерелами допомоги, звичайно сполученої з фізичним і емоційним стресами, а перелік різного роду проблем (медичних, матеріально-побутових, психологічних, педагогічних, професійних і ін.), що виникають у родині в зв'язку з частковою або повною недієздатності кого-небудь з її членів, нескінченний . З психологічної точки зору дуже важливо нейтралізувати дві крайності які часто зустрічаються в родинах по відношенню до людини з ОМ: або його сприймають як тягар, що ускладнює існування й утрудняє особисте "виживання", або на ньому зосереджується увага всієї родини і він піддається гіперопіці. Виступаючи в різних ролях (консультанта, захисника інтересів, помічника й ін.), соціальний працівник може сприяти дозволові виникаючих проблем, формуванню правильного відношення до недієздатного родича й у цілому - нормалізацією внутрісімейних відносин. Крім індивідуальної роботи з родиною , доцільно проводити групові заняття і сприяти об'єднанню родин (і клієнтів) з подібними проблемами.

Таким чином, соціальна робота з людьми з ОМ в родинах в родинах своєю метою має їхній фізичне і, головне, соціальне і психологічне благополуччя, а з методологічної точки зору являє собою психосоціальний підхід з урахуванням особливостей особистості і конкретної ситуації. Конкретні зусилля, відповідно до соціальної моделі, повинні бути спрямовані не тільки на допомогу людям у боротьбі з їх недугами, але і на зміни в суспільстві : необхідно бороти з негативними установками , рутинними правилами, "сходами та вузькими дверцями" і надати для всіх людей рівні можливості повноцінної участі у всіх сферах життя і видах соціальної активності.

**РЕГІОНАЛЬНИЙ ДОСВІД ПРАКТИЧНОГО РІШЕННЯ ПРОБЛЕМ ІНВАЛІДНОСТІ.**

*1. Філософія незалежного життя.*

(На прикладі Московського клубу інвалідів "Контакти-1").

Клуб "Контакти-1" планує свою роботу з дітьми, що мають інвалідність, і їхніми батьками по програмах, в основі яких лежить соціально-політична модель інвалідності, суть якої зводиться до наступного: людина , що має інвалідність, має рівні права на участь у всіх аспектах життя суспільства ; рівні права повинні бути забезпечені системою соціальних служб, що вирівнюють обмежені в результаті травми або захворювання можливості. Інвалідність - не є медична проблема. Інвалідність - це проблема нерівних можливостей.

Логічним у цьому значенні є використання терміну "людина з обмеженими можливостями" замість слова „інвалід”. Це не просто відмовлення від застарілого слова, що означає "хворий , непрацездатний , марний". Це відмовлення від медикалізації проблеми інвалідності, тому що інвалід - "хворий , непрацездатний , марний" має потребу в постійній опіці і лікуванні , він знаходиться в залежності від інших. Якщо ж ми подивимося на інвалідність з погляду обмежень у фізичних, зорових, слухових, мовних і розумових можливостях, то ми побачимо, що їх можна компенсувати за допомогою декількох служб, таких як "Центр незалежного життя ", служби "Персональний асистент" і транспортної служби.

"Для людей, що мають інвалідність, бути незалежним - значить мати можливість жити як усі; це не значить бути пасивними споживачами підтримки, це значить мати широкий вибір можливостей і право на те, щоб приймати на себе відповідальність за своє життя".

"Інвалідність - це обмеження в можливостях, обумовлені фізичними, психологічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими й іншими бар'єрами, що не дозволяють людині, що має інвалідність, бути інтегрованим у суспільство і брати участь у житті родини або суспільства на таких же підставах , як і інші члени суспільства . Суспільство зобов'язане адаптувати існуючі в ньому стандарти до особливих нестатків людей, що мають інвалідність, для того, щоб вони могли жити незалежним життям".

У 1992 році клуб ініціював перший у Росії Центр незалежного життя для дітей з обмеженими фізичними і розумовими можливостями і розробив інноваційні моделі і програми, в основі яких лежить саме соціально-політична модель інвалідності.

Отже, про хід роботи клубу по трьох інноваційних моделях: Центр незалежного життя , "Виїзний ліцей", і "Персональний асистент".

**Інноваційна модель "Центр незалежного життя для дітей з обмеженими фізичними і /або розумовими можливостями".**

Поняття "незалежне життя" у концептуальному значенні має на увазі два взаємозалежних моменти. У соціально-політичному значенні незалежне життя - це право людини бути невід'ємною частиною життя суспільства і брати активну участь у соціальних, політичних і економічних процесах, це воля вибору і воля доступу до житлових і суспільних будинків , транспорту, засобам комунікації, страхуванню, праці й освіті . Незалежне життя - це можливість самому визначати і вибирати, приймати рішення і керувати життєвими ситуаціями. У соціально-політичному значенні незалежне життя не залежить від потребності людини вдаватися до сторонньої допомоги або допоміжних засобів , необхідним для його фізичного функціонування.

У філософському розумінні незалежне життя - це спосіб мислення, це психологічна орієнтація особистості , що залежить від її взаємин з іншими особистостями , її фізичними можливостями, системою служб підтримки і навколишнім середовищем. Філософія незалежного життя орієнтує людину, що має інвалідність на те, що він ставить перед собою такі ж задачі , як і будь-який інший член суспільства .

Ми всі залежимо друг від друга. Ми залежимо від булочника, що випікає хліб, від взуттьовика і кравця, від листоноші і телефоністки. Взуттьовик або листоноша залежать від лікаря або вчителя. Однак ця взаємозалежність не позбавляє нас права вибору. Ми самі визначаємо , що, як, коли приймати ті або інші рішення .

З погляду філософії незалежного життя , інвалідність розглядається з позицій невміння людини ходити, чути, бачити, говорити або мислити звичайними категоріями. Таким чином, людина , що має інвалідність, попадає в ту ж сферу взаємозалежних відносин між членами суспільства. Для того, щоб він міг сам приймати рішення і визначати свої дії, створюються соціальні служби, що, також як майстерня по ремонті автомобілів або ательє, компенсує його невміння робити щось.

Спеціальні соціальні служби, що створюються в рамках офіційної політики на основі медичної моделі, не дають людині, що має інвалідність, право вибору: за нього вирішують, йому пропонують, його патронують. Соціальні служби в тім виді , у якому вони існують у даний час, збільшують сегреруючий характер соціальної політики і підсилюють пасивно-утриманський характер у середовищі людей, що мають інвалідність.

У цьому випадку концепція незалежного життя розглядає людину з ОМ і його проблеми у світлі його цивільних прав, а не з погляду його патології, і орієнтується на усунення фізичних і психологічних бар'єрів у навколишнім середовищі за допомогою спеціальних служб, методів і засобів . Очевидно, що саме в сфері соціальної роботи, що припускає, по визначенню , професійну підтримку, захист і допомогу соціально вразливим верствам населення, повинні бути надані умови для соціальної реабілітації, адаптації й інтеграції людей з ОМ.

З іншого боку, незалежне життя являє собою наявність альтернатив і можливість вибору, що людина з ОМ може зробити за допомогою соціальних служб, причому критерієм незалежності є не ступінь його дієздатності і самостійності в умовах відсутності допомоги , а якість життя в умовах наданої допомоги. У свою чергу, поняття допомога містить у собі її характер, спосіб надання, контроль і результат. Іноді буває важко приймати допомогу , але і не менш важко її робити .

У зв'язку з вищевикладеним важливі не тільки зміст і технології соціальної роботи, але і її психологічне забарвлення. Одним з найпоширеніших і, очевидно, найбільш адекватних для " професій, що допомагають" (типу соціальної роботи і не директивної консультативної психології) є гуманістичний підхід (К.Роджерс і ін.). Відповідно до цього підходу, для нормального існування людини, що припускає формування його високої самоцінності, необхідна активізація внутрішніх ресурсів позитивного розвитку особистості („особистісного росту”), гуманність і можливість вибору. З іншого боку, з позицій екзистенціальної психології одним з найважливіших прагнень особистості є знаходження змісту свого існування, і для людини важливіше не те, що з ним сталося , а своє відношення до того, що сталося (В.Франкл).

У цьому випадку досить важливою задачею соціального працівника є переклад клієнта з позиції об'єкта соціального впливу, що припускає пасивну суспільну й особистісну позицію, зовнішній локус контролю, відмовлення від самостійного прийняття рішень і залежність, стереотипність мислення і поводження й ін., у позицію здатнього до саморозвитку, активного і креативного суб'єкта соціального впливу. У рамках двосторонніх відносин "соціальний працівник-клієнт" останній повинен бути стимульований на активний вибір у виді самостійного прийняття рішень . Можливо, соціальному працівникові було б набагато легше приймати рішення самому , але це привело б до зростання непевності клієнта у своїх силах і його залежності від соціального працівника. Так, наприклад, у соціальних установах інтернатного типу нерідко виникає "придбана безпорадність": переконавши у своїй не здатності впливати на рішення , що стосуються їхньої долі, клієнти, не намагаючись впливати на хід події, впадають у депресію, що може приводити до росту захворюваності і смертності.

У цьому випадку соціальні працівники можуть допомогти клієнтам активніше брати участь у рішенні повсякденних питань (наприклад, сприяти створенню рад клієнтів і рад їхніх родин як органів колективної думки), а також зробити більш проникніші границі між інтернатом (або родиною ) і суспільством .

Як показує практика, одним з найбільш важливих і в той же час проблемних питань у житті людей з ОМ є вибір професії і працевлаштування. Професійне самовизначення повинне містити в собі дві принципово важливих умови: активність суб'єкта професійного вибору і забезпечення кваліфікованої розвиваючої допомоги з боку соціального працівника з метою обґрунтованого й адекватного вибору професії. Часто зустрічаються випадки, коли утруднення людини з ОМ у професійному самовизначенні викликані нерішучістю і непевністю у своїх силах, особливого значення набуває допомога в усвідомленні і правильній оцінці своїх особливостей з позиції їхньої професійної значимості, а також інформація про професії, у яких саме такі якості можуть забезпечити успішність діяльності. Ідеальним результатом являється формування в людини з ОМ уміння усвідомлено і самостійно планувати свій особистий професійний маршрут і визначати шляхи його реалізації.

У принципі дійсна незалежність припускає незалежність не тільки фізичну , скільки психологічну , не дивлячись на наявність аномалії і ступінь її значимості . Природньо, що соціальний працівник не в змозі вирішити всі психологічні проблеми клієнта, але може цьому сприяти, застосовуючи методи психологічного консультування, надання експрес-психологічної допомоги, роботи з пост травматичним стресом і здійснюючи, фактично, психосоціальну роботу, що особливо важливо в умовах існуючих у країні дефіциту практичних психологів.

Одним з найважливіших факторів успішності медико-соціально-психологічної реабілітації є найближче мікро соціальне оточення людей з ОМ. Зокрема , їхні родини по колишньому залишаються основними джерелами допомоги, звичайно сполученої з фізичним і емоційним стресами, а перелік різного роду проблем (медичних, матеріально-побутових, психологічних, педагогічних, професійних і ін.), що виникають у родині в зв'язку з частковою або повною недієздатності кого-небудь з її членів, нескінченний . З психологічної точки зору дуже важливо нейтралізувати дві крайності, що часто зустрічаються в родинах по відношенню до людини з ОМ: або його сприймають як тягар, що ускладнює існування й утрудняє особисте "виживання", або на ньому зосереджується увага всієї родини і він піддається гіперопіці. Виступаючи в різних ролях (консультанта, захисника інтересів, помічника й ін.), соціальний працівник може сприяти дозволові виникаючих проблем, формуванню правильного відношення до недієздатного родича й у цілому - нормалізацією внутрісімейних відносин. Крім індивідуальної роботи з родиною , доцільно проводити групові заняття і сприяти об'єднанню родин (і клієнтів) з подібними проблемами.

Таким чином, соціальна робота з людьми з ОМ своєю метою має їхнє фізичне і, що головне, соціальне і психологічне благополуччя, а з методологічної точки зору являє собою психосоціальний підхід з урахуванням особливостей особистості і конкретної ситуації. Конкретні зусилля, відповідно до соціальної моделі, повинні бути спрямовані не тільки на допомогу людям у боротьбі з їх недугами, але і на зміни в суспільстві : необхідно боротися з негативними установками , рутинними правилами, "сходами і вузькими дверми" і надати для всіх людей рівні можливості повноцінної участі у всіх сферах життя і видах соціальної активності.

**РЕГІОНАЛЬНИЙ ДОСВІД ПРАКТИЧНОГО РІШЕННЯ ПРОБЛЕМ ІНВАЛІДНОСТІ.**

1. Філософія незалежного життя.

( На прикладі Московського клубу інвалідів " Контакти-1").

Клуб "Контакти-1" планує свою роботу з дітьми, що мають інвалідність, і їхніми родичами по програмах, в основі яких лежить соціально-політична модель інвалідності, суть якої зводиться до наступного: людина , що має інвалідність, має рівні права на участь у всіх аспектах життя суспільства ; рівні права повинні бути забезпечені системою соціальних служб, що вирівнюють обмежені в результаті травми або захворювання можливості. *Інвалідність - не є медична проблема. Інвалідність - це проблема нерівних можливостей.*

Логічним у цьому значенні є використання терміна "людина з обмеженими можливостями" замість слова „інвалід”. Це не просто відмовлення від застарілого слова, що означає "хворий , непрацездатний , марний". Це відмова від медикалізації проблеми інвалідності, тому що інвалід - "хворий , непрацездатний , марний" - має потребу в постійній опіці і лікуванні , він знаходиться в залежності від інших. Якщо ж ми подивимося на інвалідність з погляду обмежень у фізичних, зорових, слухових, мовних і розумових можливостях, то ми побачимо, що їх можна компенсувати за допомогою декількох служб, таких як "Центр незалежного життя ", служби "Персональний асистент" і транспортної служби.

"Для людей, що мають інвалідність, бути незалежним - значить мати можливість жити як усі ; це не значить бути пасивними споживачами підтримки, це значить мати широкий вибір можливостей і право на те, щоб приймати на себе відповідальність за своє життя". [див.2, ст. 23]

"Інвалідність - це обмеження в можливостях, обумовлені фізичними, психологічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими й іншими бар'єрами, що не дозволяють людині, що має інвалідність, бути інтегрованим у суспільство і брати участь у житті родини або суспільства на таких же підставах , як і інші члени суспільства . Суспільство зобов'язане адаптувати існуючі в ньому стандарти до особливих нестатків людей, що мають інвалідність, для того, щоб вони могли жити незалежним життям". [див.2, ст. 15]

У 1992 році клуб ініціював перший у Росії Центр незалежного життя для дітей з обмеженими фізичними і розумовими можливостями і розробив інноваційні моделі і програми, в основі яких лежить саме соціально-політична модель інвалідності.

Отже, про хід роботи клубу по трьох інноваційних моделях: Центр незалежного життя , "Виїзний ліцей", і "Персональний асистент".

*Інноваційна модель "Центр незалежного життя для дітей з обмеженими фізичними і /або розумовими можливостями".*

Поняття "незалежне життя" у концептуальному значенні має на увазі два взаємозалежних моменти. У соціально-політичному значенні незалежне життя - це право людини бути невід'ємною частиною життя суспільства і брати активну участь у соціальних, політичних і економічних процесах, це воля вибору і воля доступу до житлових і суспільних будинків , транспорту, засобам комунікації, страхуванню, праці й освіті . Незалежне життя - це можливість самому визначати і вибирати, приймати рішення і керувати життєвими ситуаціями. У соціально-політичному значенні незалежне життя не залежить від необхідності

людини вдаватися до сторонньої допомоги або допоміжних засобів , необхідних для його фізичного функціонування.

У філософському розумінні незалежне життя - це спосіб мислення, це психологічна орієнтація особистості , що залежить від її взаємин з іншими особистостями , її фізичними можливостями, системою служб підтримки і навколишнім середовищем. Філософія незалежного життя орієнтує людину, що має інвалідність на те, що він ставить перед собою такі ж задачі , як і будь-який інший член суспільства .

Ми всі залежимо друг від друга. Ми залежимо від булочника, що випікає хліб, від взуттьовика і кравця, від листоноші і телефоністки. Взуттьовик або листоноша залежать від лікаря або вчителя. Однак ця взаємозалежність не позбавляє нас права вибору. Ми самі визначаємо , що, як, коли приймати ті або інші рішення .

З погляду філософії незалежного життя , інвалідність розглядається з позицій невміння людини ходити, чути, бачити, говорити або мислити звичайними категоріями. Таким чином, людина , що має інвалідність, попадає в ту ж сферу взаємозалежних відносин між членами суспільства. Для того, щоб він міг сам приймати рішення і визначати свої дії, створюються соціальні служби, що, також як майстерня по ремонті автомобілів або ательє, компенсує його невміння робити щось.

Спеціальні соціальні служби, що створюються в рамках офіційної політики на основі медичної моделі, не дозволяють людині, що має інвалідність, право вибору: за нього вирішують, йому пропонують, його патронують. Соціальні служби в тім виді , у якому вони існують у даний час, збільшують сегреруючий характер соціальної політики і підсилюють пасивно-утриманський характер у середовищі людей, що мають інвалідність.

У Москві є багато ініціативних груп людей, що мають інвалідність, що також дотримуються ідеології незалежного життя, зв'язуючи її , у першу чергу, з економічною незалежністю. Молоді хлопці в інвалідних колясках прагнуть заробити грошей, щоб не залежати від пенсії. Яскравим прикладом є інвалідні виробництва , організовані для того, щоб людина , що має інвалідність, могла заробляти гроші і жити повноцінним життям.

Однак економічна незалежність і незалежне життя - це різні поняття. Надомна робота або інвалідне виробництво може дати пристойний дохід людині, що має інвалідність. Але право вибору і рівні можливості не можна купити, які б ти гроші не мав. Сегрегація залишається , також , як і залишається недоступне навколишнє середовище.

Економічна незалежність однієї людини не змінить законодавства, навколишнього середовища і суспільної свідомості. Добре одягнена, горда і сильна людина в інвалідній колясці, або , як говорять, "упакований "- це виключення , що підтверджує правило: людина , що має інвалідність, може жити як усі ; усе, що йому потрібно - це рівні можливості.

Включення в інфраструктуру системи соціальних служб, якими людина , що має інвалідність, могла б делегувати свої обмежені можливості, зробило б його рівноправним членом суспільства , самостійно приймаючого рішення і відповідальність за свої вчинки, що приносить користь державі. Саме такі служби звільнили би людину, що має інвалідність, від принижуючого людського достоїнства залежності від навколишнього середовища, і визволили б безцінні людські ресурси (батьків і родичів) для вільної праці на благо суспільства .

Центр незалежного життя - це комплексна інноваційна модель системи соціальних служб, що в умовах законодавства, яке дискримінує, недоступного архітектурного середовища і консервативної по відношенню до людей, що мають інвалідність, суспільної свідомості, створюють режим рівних можливостей для дітей з особливими проблемами.

Основною задачею в реалізації моделі Центру незалежного життя є навчання дітей і батьків умінням і навичкам незалежного життя . Ключову роль у моделі грає служба "Від батька до батька". Від батька до батька передається знання про соціальні проблеми, що торкаються інтересів дітей, від батька до батька передаються бажання змінити положення дітей до кращого, через активну участь самих батьків у соціальних процесах. Форми роботи: бесіди, семінари, заходи, творчі кружки , дослідження, створення служб. Два роки тому активних батьків було дуже мало. Зараз у Центрі незалежного життя бере участь, активних і ініціативних - 100-150 батьків. Вони залучають батьків не тільки організацією заходів, батьки там працюють викладачами, експертами і керівниками служб.

Мета: Зміна середовища , що оточує людей з обмеженими можливостями, таким чином, щоб стало можливим включення їх в усі аспекти життя суспільства ; зміна самосвідомості людини , що має інвалідність.

Завдання :

1. Створення моделей соціальних служб, що допомагають адаптувати умови навколишнього середовища до нестатків дітей, що мають інвалідність.

2. Створення експертної служби для батьків, що здійснює заходи щодо навчання батьків основам незалежного життя і представництво їхніх інтересів.

3. Створення системи волонтерської допомоги батькам, що мають особливих дітей.

4. Налагодження мостів співробітництва з Державою, Бізнесом, Громадськістю, Наукою.

5. Ініціювання мережної структури Центрів незалежного життя в Росії.

*Інноваційна модель служби "Персональний асистент"*

Служба "Персональний асистент" має на меті допомогу людині, що має інвалідність, у подоланні перешкод, що заважають йому на рівних брати участь у житті суспільства . "Персональний" - значить знаючий особливості кожної окремої людини, що має інвалідність. Критерій "споживача", введений у дану соціальну службу дозволяє доручити найм і навчання персональних асистентів самим людям, що у цих послугах бідують. За допомогою персонального асистента, людина , що має інвалідність, може учитися у відкритому навчальному закладі і працювати на звичайному підприємстві. Економічна вигода держави при організації такої соціальної служби полягає в тім , що:

1. потенційні здібності людей, що мають інвалідність, будуть використані повною мірою (спеціалізовані заклади створюються під обмежені можливості людей, що мають інвалідність, і разом з надомною і дитячою працею при інтернатах, підсилюють сегрегуючий характер економічної політики держави стосовно них);

2. створюється ринок праці, тому що персональним асистентом може працювати практично будь-яка людина.

Політична вигода очевидна, тому що дана соціальна служба забезпечує кожного члена суспільства рівними правами на освіту , працю і відпочинок.

Клуб "Контакти-1" зробив спробу розгорнути модель служби "Персональний асистент" у рамках програми Центру незалежного життя для дітей, що мають обмежені можливості. Обмежені фінансові засоби не дозволили їм реалізувати модель у чистому виді ; вона була здійснена з програмою "Виїзного ліцею", а персональні асистенти найчастіше працювали одночасно і викладачами. Крім того, на заходах для великої кількості дітей, персональні асистенти обслуговували групи. Однак навіть ця спроба, почата в Росії вперше силами невеликої громадської організації, дала позитивні результати і показала перспективність ідеї. Вона також довела, що таке використання фінансової підтримки найбільше відповідає вимогам часу, тому що воно дозволяє дуже успішно змінювати суспільну свідомість і невпізнанно змінює вигляд дитини, яка має найсерйозніші види інвалідності, що, починаючи почувати повагу до своєї особистості і впевненість, розкриває свої здібності. Батьки, одержуючи таку підтримку, стають більш об'єктивними в оцінюванні проблем, зв'язаних з інвалідністю, і починають виявляти велику соціальну активність, спрямовану зовні, на те, щоб змінити ситуацію в цілому, для всіх дітей, а не тільки намагатися, не бачачи проблем іншої родини , що має таку ж особливоу дитину , поліпшити своє положення .

Персональними асистентами протягом 1993-94 навчального року працювали батьки і студенти факультету соціальної роботи і соціології Інституту молоді.

Мета служби: Відкрити дітям, що мають інвалідність, широкі можливості для розвитку їхніх потенційних можливостей і талантів, і активної участі у всіх аспектах життя суспільства .

Завдання :

1. Створити діючу модель "Людей з особливими проблемами - асистент".

2. Розширити коло дітей, що одержують допомогу асистентів.

3. Провести соціально-педагогічні дослідження моделі з метою розробки рекомендацій для неурядових організацій.

*Інноваційна модель служби " Виїзний ліцей"*

Медична модель інвалідності, офіційно прийнята в Росії, знаходить своє вираження в тім , що соціальна політика має сегрегуючий характер. Утворення , участь в економічному житті, відпочинок є закритими для людей, що мають інвалідність. Спеціалізовані навчальні заклади, спеціалізовані підприємства і санаторії ізолюють людей, що мають інвалідність, від суспільства і роблять їх меншістю, права якого дискримінуються.

Зміни в соціально-політичному й економічному житті Росії роблять реальністю можливість інтеграції людей, що мають інвалідність, у суспільство і створюють передумови для їхнього незалежного життя. Однак у соціальних програмах спеціалізованість залишається домінуючої , що порозумівається медичною моделлю інвалідності, покладеної в основу законодавства, недоступним архітектурним середовищем і відсутністю системи соціальних служб.

Експериментальна модель "Виїзний ліцей" - це спроба вирішити проблему інтегрованого навчання дітей, що мають інвалідність, за допомогою створення служби "Персональний асистент" і спеціальної транспортної служби ("Зелена служба"), які б надавали їм рівні можливості. Комплексний підхід необхідний для того, щоб організувати навчання дітей, що мають інвалідність, у режимі "двостороннього руху ":

1. Викладачі їдуть на будинок до дитини і дають йому домашні уроки;

2. Служби допомагають дитині виїхати з будинку і займатися в інтегрованих групах, організованих у Центрі.

Мета:

Духовний і культурний розвиток дітей, що мають інвалідність, і їхня інтеграція в суспільство через організацію спеціальних служб "Виїзний ліцей", "Персональний асистент" і транспортні служби.

Завдання :

1. Навчання дітей, що мають інвалідність, загальноосвітнім дисциплінам і творчості вдома .

2. Професійне навчання і розвиток творчих здібностей дітей, що мають інвалідність, в інтегрованих кружках поза будинком.

3. Інтеграція дітей, що мають інвалідність, і їхніх батьків умінням і навичкам незалежного життя .

Методи:

1. Рух на будинок забезпечують професійні педагоги, що залучаються для роботи в службі "Виїзний ліцей" на контрактній основі. Пріоритет при цьому віддається педагогам, що володіють достатнім запасом знань і життєвим досвідом, необхідними для роботи з особливими дітьми за індивідуальними програмами. Велике значення надається залученню до роботи педагогів із загальноосвітньої школи для того, щоб наблизити школу до розуміння проблем дітей, що мають інвалідність, а потім перетворити її в основного союзника.

2.Рух з будинку забезпечується трьома службами одночасно. Персональні асистенти й обладнаний транспорт необхідні для того, щоб дитина, що має інвалідність, одержала мобільність і змогла відвідувати кружки поза будинком.

3.Інтеграція дітей, що мають інвалідність, у загальноосвітню школу здійснюється за допомогою служби "Персональний асистент" і транспортної служби, що допоможуть дітям відвідувати інтегровані кружки і звичайні класи.

4.Знання про незалежне життя людей, що мають інвалідність, передаються на семінарах, організованих службами "Від батька до батька" і "Правовий захист інтересів дитини ".

Висновок :

Президентська програма "Діти Росії" сколихнула третій сектор, що поєднує неурядові організації. Включення в програму, підтримувану бюджетом, інноваційної практики незалежних організацій, являє яскравий приклад позитивних змін у соціальній політиці Держави. Союз і співробітництво між державою і неурядовими організаціями має велике значення для таких організацій, як клуб "Контакти-1", тому що визнання їх рівноправними партнерами, що уміють внести позитивну динаміку в соціальну політику, дає їм сили і бажання працювати, виявляти ініціативу і приймати на себе усю відповідальність за пропоновані ними ідеї, моделі, програми.

Досвід з'являється тільки в тих, хто працює. Клубові "Контакти-1" дає можливість працювати і доводити свою корисність суспільству Президентська програма "Діти Росії".

*Цільова програма реабілітації дітей - інвалідів і членів їхніх родин на базі Реабілітаційного центру "Івма" міста Калуги*

Актуальність проблеми

Реабілітаційний центр "Івма"- некомерційне, благодійне об'єднання родин , що мають дітей-інвалідів, уже більш 5-ти років займається учбово- педагогічними роботами, спрямованими на допомогу не звичайним дітям і їхнім батькам.

Протягом кількох років центр веде постійно коректуючу, комп'ютерну базу по не звичайних дітях м. Калуги. Зараз вона нараховує 985 дітей-інвалідів, що одержують соціальні допомоги (без обліку психічних хворих, а їх за даним близько 30% від загального числа):

- 16% з них із ДЦП, причому 10-15% з них - важкі постільні хворі;

- 11% із захворюванням очей і приглухуватістю;

- 17% з різними анатомічними відхиленнями (сколіози, косолапість, вивихи уроджені , відсутність і недорозвинення кінцівок і т.п.).

Як правило, ці захворювання приводять до затримки психічного розвитку дітей, а надалі - до важких психічних недуг при відсутності грамотних реабілітаційних заходів. Статистика показує, що якщо при народженні з психічними розладами страждають лише близько 10% дітей-інвалідів, то до 16 років близько 30%, у 30-40 років 60%, а до 50-60 років більш 90% інвалідів з дитинства страждають психічними захворюваннями.

Варто визначити, що з усієї кількості дітей, а їх у Калузі менш 70 тисяч, дітей-інвалідів близько 1,4%. Якщо прийняти експертну оцінку російських лікарів по важкій інвалідності дітей, то 4,5% або 3150 дітям у місті варто призначити соціальні допомоги (пенсії) по інвалідності.

З них :

- ортопедичних хворих - 1300;

- з порушенням психічного розвитку - 360;

- хірургічних хворих - 219;

- з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) - 159.

Тобто не менш 50% дітей-інвалідів мають збережений інтелект.

Сьогоднішня ситуація така, що навряд чи варто розраховувати, що кожна дитина-інвалід зможе постійно знаходитися в спеціальному реабілітаційному центрі: немає економічних умов для їхнього будівництва і створення оплачуваних місць вихователів (у міжнародній практиці прийняте співвідношення - для кожних трьох хлопців-інвалідів -- один наставник).

Та й навряд чи діти, виховані в спеціалізованих умовах, зможуть адаптуватися в звичайному житті. Більш реальною буде поступова інтеграція дитини з недостатками в розвитку в соціум сімейного життя, дитячої дошкільної установи , школи і т.п. з активним використанням реабілітаційного потенціалу родини .

Основні цілі і завдання

Основні задачі Реабілітаційного центру і створюваних ним клубів можна об'єднати блоками.

Інформаційно-методичний блок

Створення сприятливого інформаційно-методичного середовища забезпечення виживання, захисту і розвитку дитятей-інвалідів і їхніх родин :

- створення достовірної системи обліку дитятей-інвалідів, що дозволяє одержувати інформацію про рівень дитячої інвалідності, її динаміку, проблеми, потреби й інтереси дітей і їхніх родин ;

- створення пункту мережі або використання існуючої електронної мережі інформаційного обміну з проблем дитячої інвалідності;

- освоєння нових інформаційних і діагностичних технологій при роботі з інвалідами .

Для конкретної реалізації блоку цих задач центр:

-розробляє анкети, тести, програми і методики роботи з дітьми-інвалідами;

-проводить роботу по оснащенню телекомунікаційної системи (комп'ютер, модем, програмне забезпечення);

-проводить технічне оснащення сучасними засобами тестування і діагностики дітей, інформаційної технології навчання.

Учбово-педагогічний блок

Блок, споконвічно орієнтований на тезу не звичайної дитини: "Допоможи мені зробити усе самому ". Нехай будь-яка маленька людина зробить щось, але сама. Це:

- реалізація Принципу детермінованого динамічного Середовища , що створює умови виховання і розвиваючого навчання інвалідів на основі методик Марії Монтессорі і Рудольфа Штайнера, Толстого Л.Н., Ціолковського К.Е. і Ушинського К.Д.

Для реалізації поставлених задач центр здійснює наступну діяльність:

- проводить інтеграційну, педагогічну роботу на експериментальних площадках по інноваційних напрямках роботи з інвалідами ;

- вирішує питання забезпечення дидактичними матеріалами, Монтессорі матеріалами, методиками і програмами учбово-педагогічної роботи, комп'ютерними програмами і т.п.

Блок прагматичної школи

Власне кажучи, це підготовка дитини-інваліда до незалежного життя:

- перед професійне навчання по конкурентних спеціальностях , навчання надомній праці і створення фонду оптимізації надомної праці, переважно в області народних і декоративно-прикладних мистецтв і інформаційної, комп'ютерної області .

Центр у своїй роботі:

- сприяє створенню і розширенню мережі учбово-виробничих майстерень, підсобних господарств, за допомогою яких діти можуть одержати необхідні навички і спеціальність , допомогає в технологічному оснащенні надомної праці.

Інженерний блок

Створений через істотне зростання насиченості сучасного інформаційно орієнтованого навчального процесу, використання складного діагностичного і корекційного устаткування. Це:

- розширення потенційних можливостей інвалідів за допомогою реабілітаційних технічних засобів .

Центр:

- вирішує питання забезпечення необхідним устаткуванням для конструювання і виготовлення в місцевих умовах пристроїв , пристосувань, тренажерів, систем, що розширюють можливості інваліда.

Блок медичного оздоровлення

Природне бажання батьків, що мають дітей з недостатками в розвитку, це:

- медичне оздоровлення дітей-інвалідів, спрямоване на відновлення і компенсацію порушених або утрачених функцій організму.

Центр:

- проводить роботи з створенню оздоровчих кабінетів нетрадиційної медицини, розробляє системи і методики медичного оздоровлення незвичайних дітей.

Блок духовного розвитку це:

- допомога в духовному розвитку, виховання дітей-інвалідів у дусі добра, порядності, честі і достоїнства ;

- організація культурно-дозвільної діяльності дітей і їхніх родин в атмосфері любові, розуміння і турботи.

Крім цього центр робить :

- гуманітарну допомогу родинам , що мають інвалідів ;

- сприяє здійсненню зовнішніх контактів, включаючи закордонні , з питань дитячої інвалідної тематики;

- розробляє законодавчі, екологічні, наукові, інноваційні й ін. ініціативи, що відповідають цілям і задачам центра ;

- сприяє підвищенню реабілітаційної культури батьків і зацікавлених осіб по компонентах інтегрованого підходу до проблем дитячої інвалідності:

1. Основам загальної психології і педагогіки;

2. Основам практичної психології і корекційної педагогіки;

3. Основам прамедицинських знань;

4. Основам екології, геліоекології і валеології;

5. Основам організації культурно-дозвільної діяльності дітей з обмеженими можливостями;

6. Іншим.

Позитивний ефект, отриманий у результаті проведеної позашкільної роботи, що сприяє саморозвиткові особистості , реалізації творчого потенціалу дитини з недоліками в розумовому і фізичному розвитку при відсутності якої-небудь істотної допомоги педагогам, тому що вся робота проводиться безоплатно, не вважаючи незначної оплати за гурткову роботу, вимагає розширення поля діяльності: створення розподіленої мережі надомних виробництв і кабінетів індивідуального оздоровлення для родин , що мають дітей-інвалідів і найбільш незахищених категорій населення. Це дозволяє створити систему ранньої трудової реабілітації в сенситивний період розвитку дитини , що має порушення в психофізичному розвитку і створити робочі місця родинам з цими дітьми.

Програма створення мережі надомних проведень

Програма складається з двох частин - освітньої й організаційної .

Освітня частина програми базується на чотирьох основних принципах:

- боротьба з замкнутістю і самотністю дітей з недоліками в психофізичному розвитку, що згодом веде до різних відхилень у моральному , фізичному становленні особистості , до емоційної напруженості;

- сприяння саморозвиткові особистості , її активний соціальний захист, що сприяє розкриттю суб'єктної позиції кожної дитини з недоліками в розумовому або фізичному розвитку, реалізацію його творчого потенціалу;

- погляд на родину як першооснову соціального виховання, як головна умова реалізації задатків і здібностей людини , прилучення її до культури;

- використання величезного виховного впливу природи на розвиток дитини, екологічного і декоративно-прикладного мистецтва.

Окремі елементи освітньої частини програми уже відпрацьовувалися протягом ряду років Реабілітаційним центром "ІВМА" при проведенні занять з дітьми-інвалідами в клубі самодіяльних художників.

У задачі освітньої частини програми входить:

1) формування в дітей-інвалідів основ цілісної естетичної культури через розвиток історичної пам'яті, розвиток їхніх здібностей і задатків;

2) розвиток спостережливості в дітей, здатності жваво відгукуватися на події навколишньої дійсності;

3) вироблення усвідомленого відношення до навчання і до праці, моральний, інтелектуальний і фізичний розвиток особистості ;

4) виховання потреби в праці, поваги до майстрів своєї справи, турботливого і дбайливого відношення до природи;

5) формування загальних і початкових професійних умінь і знань, необхідних для облаштованості особистого господарства, включаючи підсобну садову (дачну ) ділянку ;

6) розвиток творчих здібностей у процесі художньої діяльності, що включає основи науково-дослідної ;

7) спонукання до свідомого вибору однієї з професій, зв'язаних з народним і декоративно-прикладним мистецтвом або сучасними інформаційними технологіями;

8) навчання Основам безпеки життєдіяльності (ОБЖ) по двох розділах : "Виживання в природі" і "Безпека в місті (соціумі )";

9) використання новітніх інформаційних технологій розвиваючого художньо-естетичного навчання , включаючи мультимедійні засоби і комп'ютерну анімацію;

10) включення в муніципальні, регіональні, федеральні і міжнародні гуманітарні програми.

До особливостей освітньої частини програми варто віднести практичну (прагматичну) спрямованість навчання інвалідів і їхніх родин. Застосування основних принципів художньо-естетичного спрямування для придбання дитиною-інвалідом основ можливої професії, зв'язаної з народними і декоративно-прикладними мистецтвами або іншою конкурентною спеціальністю . Використання природного матеріалу для розвиваючого художнього навчання дітей - інвалідів.

Основним показником педагогічної ефективності освітньої частини програми є зняття комплексу неповноцінності, підготовка дітей-інвалідів до життя в нормальному соціальному середовищі , формування пізнавального інтересу дітей-інвалідів до народного і декоративно-прикладного мистецтва, нових інформаційних технологій, творчій активності, самостійності, дбайливого відношення до природи і пам'ятників культури, розуміння ролі мистецтва в житті суспільства , у його духовному розвитку.

Організаційна частина програми - це комплекс заходів щодо оснащення і функціонування системи робочих місць надомного виробництва :

- маркетингові дослідження ринку збуту продукції;

- придбання, установка і запровадження в дію необхідного устаткування, інструментів і пристосувань;

- комплектування сировиною, заготовками , матеріалами;

- збут продукції;

- фінансово-бухгалтерський супровід.

Згодом можливе виділення окремих виробництв у самостійні господарські товариства, суспільства або виробничі кооперативи.

Таким чином, основним показником ефективності програми є підготовка дітей-інвалідів і їхніх родин до активного використання прамедицинських знань народної медицини з метою поліпшення здоров'я, діагностування і швидкого зцілення хвороби , зняття стомлення і дратівливості, нормалізації сну, підвищення працездатності і збереження гармонічної взаємодії організму з зовнішнім світом .

Таким нам представляється реальний шлях входження дитини-інваліда в щасливе, незалежне життя.

**Висновок .**

Таким чином, основні сфери життєдіяльності людини - праця і побут. Здорова людина пристосовується до середовища . Для інвалідів ж особливість цих сфер життєдіяльності полягає в тому, що їх треба пристосовувати до нестатків інвалідів. Їм треба допомогти адаптуватися в середовищі: щоб вони вільно могли дотягтися до верстата і виконувати на ньому виробничі операції; могли б самі , без сторонньої допомоги виїхати з будинку, відвідати магазини, аптеки, кінотеатри, переборовши при цьому і підйоми, і спуски, і переходи, і сходи , і пороги, і багато інших перешкод. Щоб інвалід зміг усе це перебороти, потрібно зробити середовище його перебування максимально для нього доступним , тобто пристосувати середовище до можливостей інваліда, щоб він почував себе на рівних зі здоровими людьми і на роботі, і у будинку , і в громадських місцях. Це і називається соціальною допомогою інвалідам, людям старого віку - усім тим, хто страждає від фізичних і психічних обмежень.

**СПИСОК ВИКОРИСТОВУВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:**

1. “Основы социальной работы” Москва-98, учебник, МГИ – 241 ст.;

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

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

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

5. „Русско-украиннский – Українсько-російський словник”, Київ-2004, „Либідь” – 601 ст.;

6. Журнал Московського клубу інвалідів " Контакты-1": „Надежда”

(7.) - #14-20

(8.) - #15-17

(9.) - #25-27

(10.) - #30-40

11. Література реабілітаційного центру „Івма” м. Калуги