**Оглавление**

Введение

ГЛАВА I. Теоретические основы социальной реабилитации детей с

ограниченными возможностями

1.1. Научно-теоретические основы анализа проблем социальной

реабилитации детей с ограниченными возможностями

1.2. Дети с ограниченными возможностями, сущность и

содержание

ГЛАВА II. Формы и методы социальной работы с детьми с

ограниченными возможностями

2.1. Социальная работа с семьями, воспитывающими детей-

Инвалидов

2.2. Социально-психологической реабилитации детей

с ограниченными возможностями

Заключение

Список использованной литературы

Приложения

**Введение.**

По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 миллионов человек с нарушениями психического и физического развития. Это составляет 1/10 часть жителей нашей планеты (из них около 200 миллионов детей с ограниченными возможностями).

Более того, в нашей стране, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста числа детей-инвалидов. В России частота детской инвалидности за последнее десятилетие увеличилось в два раза.

В 1995г. в органах социальной защиты населения состояло на учете свыше 453 тысяч детей-инвалидов.

Ежегодно в стране рождается около 30 тысяч детей с врожденными наследственными заболеваниями.

Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками. Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий (это могут быть специальные программы, специальные центры по реабилитации, специальные учебные заведения и т.п.). но разработка этих мер должна основываться на знании закономерностей, задач, сущности процесса социальной реабилитации.

В настоящие время процесс реабилитации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и т. д. вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы реабилитации.

Социальная политика в России, ориентированная на инвалидов, взрослых и детей, строится сегодня на основе медицинской модели инвалидности. Исходя из этой модели, инвалидность рассматривается как недуг, заболевание, патология. Такая модель вольно или невольно ослабляет социальную позицию ребенка, имеющего инвалидность, снижает его социальную значимость, обособляет от «нормального» детского сообщества, усугубляет его неравный социальный статус, обрекает его на признание своего неравенства, неконкурентоспособности по сравнению с другими детьми. Медицинская модель определяет и методику работы с инвалидом, которая имеет патерналистский характер и предполагает лечение, трудотерапию, создание служб, помогающих человеку выживать, заметим – не жить, а именно выживать.

Следствием ориентации общества и государства на эту модель является изоляция ребенка с ограниченными возможностями от общества в специализированном учебном заведении, развитие у него пассивно – иждивенческих жизненных ориентаций.

Стремясь изменить эту негативную традицию, мы используем понятие «человек с ограниченными возможностями», которое стало все чаще использоваться в российском обществе.

Традиционный подход не исчерпывает всю полноту проблем той категории взрослых и детей, о которой идет речь. В нем ярко отражен дефицит видения социальной сущности ребенка. Проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, она в гораздо большей степени является социальной проблемой неравных возможностей.

Однако проблемы реабилитации инвалидов, особенно детей-инвалидов в отечественной литературе все еще не являются предметом специального исследования, хотя проблема реабилитации детей, подростков и взрослых с нарушениями психического и физического развития весьма актуальна, и в теоретическом, и в практическом отношении.

В России, имеющей глубокие национальные корни, богатые традиции, для которых характерны милосердие, взаимопомощь, где веками оказывалась практическая социальная помощь. Официальное появление социальной работы как профессии зарегистрировано лишь в начале 90-х годов, поэтому сегодня остро ощущается потребность в научных разработках, исследованиях, новых методиках и технологиях, способствующих созданию условий для максимального внедрения в общество отдельных лиц или групп людей, с ограниченными возможностями. Особую значимость в современных условиях имеет также социальная педагогика, поскольку именно воспитание как социальный феномен призвано содействовать изменению личности, оно играет важную в роль гармонизации отношений отдельной личности и общества. Более того, многие ученые утверждают, что социальная работа должна иметь педагогическую базу. Как пишет Бочарова В. Г., – для большей эффективности осуществляемой деятельности «слишком очевидной стала востребованность тех ценностей, которые являются общими для всех представителей этой профессии и которые отражают их социально-педагогическую сущность» [ 20, стр.135 ].

Актуальность темы предполагает обсуждение вопросов касающихся содержания и технологии социальной работы с детьми с ограниченными возможностями.

Цельдипломной работы – Раскрыть и проанализировать технологии социальной работы с детьми с ограниченными возможностями, для дальнейшего изучения и повышения их эффективности.

Исходя из цели, можно выделить следующие задачи:

- описать содержание понятий инвалидность и реабилитация, виды реабилитаций;

- выявить проблемы в работе с детьми с ограниченными возможностями;

- рассмотреть основные методы социальной реабилитации детей-инвалидов;

- изучить практический опыт решения проблем детской инвалидности в России и зарубежом;

Объектом исследования являются дети с ограниченными возможностями.

Предмет исследования – технология социальной работы с детьми с ограниченными возможностями.

Анализ истории развития проблемы инвалидности свидетельствует о том, что, пройдя путь от идей физического уничтожения, изоляции «неполноценных» членов общества до концепций привлечения их к труду, человечество подошло к пониманию необходимости реинтеграции, реабилитации лиц с физическими дефектами, патофизиологическими синдромами, психосоциальными нарушениями.

Гипотеза данного исследования: технология социальной работы с детьми с ограниченными возможностями не достаточно развита, предлагаемые формы и методы работы доступны не всем, и в целом требует рассмотрения и доработки с учетом индивидуальных потребностей каждого ребенка-инвалида.

Степень разработанности проблемы: Теоретической и методологической основой исследования являются статьи, публикации, социологические исследования, монографии, статистические данные.

На сегодняшний день вопросы из области социальной работы отражены в трудах Белинской А.Б., Л. Г. Гусляковой, С. И. Григорьева, В. А. Ельченинова, Колкова В.В., П. Д. Павленка, М. В. Фирсова, Е. И. Холостовой В. Н. , Шапиро Б.Ю., Ярской В. Н. и др. К проблемам социальной педагогики, а также соотношения ее с социальной работой обращаются в своих трудах такие российские ученые как Бочарова В. Г., Вульфов Б.З., Галагузова М.А., Гуров В. Н., Загвязинский В. И., Зимняя И. А., Никитин В.А., Мудрик А.В., Маврина И.А., Малыхин В. П., Павлова Т.Л., Плоткин М. М., Сластенин В.А., Смирнова Е.Р., Штинова Г.Н., Ярская В.Н.

При осуществлении исследования использовался личностно-ориентированный подход (Н. А. Алексеев., Е. В. Бондаревская, В. В. Сериков и др.); концепции социальной психологии механизмов и этапов социализации (Г. М. Андреева, А. А. Реан и др.); концепция реабилитационной педагогики (Н.П. Вайзман, Е. А. Горшкова, Р. В.Овчарова и др.).

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав (по два параграфа), заключения, списка литературы и приложения.

Во введении обосновывается актуальность исследования, определяются объект и предмет, цель и задачи исследования, формируется гипотеза.

В первой главе «Теоретические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями» идет речь о научных концепциях социальной реабилитации. Раскрывается содержание понятий инвалидность и реабилитация, и виды реабилитаций.

Во второй главе «Формы и методы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями» рассматриваются проблемы семей воспитывающих детей с ограниченными возможностями и трудности социально-психологической реабилитации, описываются методы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями

В заключении даются основные выводы и предложения.

В литературе указывается перечень использованной литературы в процессе работы.

В приложении выписки из основных законов по данной теме.

**Глава I. Теоретические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями.**

**1.1. Научно-теоретические основы анализа проблем социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями.**

История развития проблемы инвалидности свидетельствует о том, что она прошла сложный путь - начиная от физического уничтожения, непризнания изоляции «неполноценных членов» до необходимости интеграции лиц с различными физическими дефектами, патофизиологическими синдромами, психосоциальными нарушениями в общество, создание для них безбарьерной среды.

Иными словами, инвалидность становится проблемой не только одного человека или группы людей, а всего общества в целом.

В Российской Федерации официально признанными инвалидами считаются свыше 8 миллионов человек. В перспективе их численность будет расти [34,56].

Вот почему так остро на повестке дня стоят проблемы социальной реабилитации инвалидов.

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.

В современной науке существует значительное количество подходов к теоретическому осмыслению проблем социальной реабилитации и адаптации лиц с ограниченными возможностями. Разработаны также и методики решения практических задач, определяющих специфическую сущность и механизмы этого социального феномена.

Так анализ социальных проблем инвалидизации в целом и социальной реабилитации в частности осуществлялся в проблемном поле двух концептуальных социологических подходов: с точки зрения социоцентристских теорий и на теоретико-методологической платформе антропоцентризма. На основе социцентристских теорий развития личности К. Маркса, Э. Дюркгейма, Г. Спенсера, Т. Парсонса рассматривались социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения общества в целом. На основе антропоцентристского подхода Ф. Гиддингса, Ж.Пиаже, Г. Тарда, Э. Эриксона, Ю. Хабермаса, Л. С. Выготского, И.С. Кона, Г.М. Андреевой, А.В. Мудрика и других ученых раскрываются психологические аспекты повседневного межличностного взаимодействия.

Для осмысления проблемы анализа инвалидности как социального феномена важной остается проблема социальной нормы, с разных сторон изучавшаяся такими учеными, как Э. Дюркгейм, М. Вебер, Р. Мертон, П. Бергер, Т. Лукман, П. Бурдье.

Анализ социальных проблем инвалидизации в целом и социальной реабилитации инвалидов в частности осуществляется в плоскости социологических концепций более общего уровня обобщения сущности этого социально явления – концепция социализации.

Социальная реабилитация инвалидов важна не только сама по себе. Она важна как средство интеграции лиц с ограниченными возможностями в социум, как механизм создания равных возможностей инвалидам, для того, чтобы быть социально востребованными.

Важными в разработке теории социальной реабилитации являются подходы к понятию инвалидности, предложенные Н.В. Васильевой, рассмотревшей восемь социологических концепций инвалидизации.

В структурно функциональном подходе (К.Девис, Р.Мертон, Т.Парсонс) рассмотрены проблемы инвалидности как специфического социального состояния индивида (модель роли больного Т. Парсонса), социальной реабилитации, социальной интеграции, социальной политики государства по отношению к инвалидам, конкретизируемой в деятельности социальных служб по поддержке семей, имеющих детей-инвалидов. Предложены понятия «дети с ограниченными возможностями», «инвалиды». В отечественных исследованиях в рамках структурно-функционального анализа проблему инвалидизации исследовали Т.А. Добровольская, И.П. Каткова, Н.С. Морова, Н.Б. Шабалина и др.

В рамках социально-антропологического подхода стандартизированные и институциональные формы социальных отношений (социальная норма и девиация), социальные институты, механизмы социального контроля. Использована терминология для обозначения детей-инвалидов: нетипичные дети, дети с ограниченными возможностями. В отечественных трудах данный подход предложили А.Н. Суворов, Н.В. Шапкина и др.

Макросоциологический подход к изучению проблем инвалидности отличает социально-экологическую теорию У. Бронфебреннера, предложенную в отечественных исследованиях В.О. Скворцовой. Проблемы инвалидности рассматриваются в контексте «воронки» понятий: макросистема, экзосистема, мезасистема, микросистема (соответственно политические, экономические и правовые позиции, господствующие в обществе; общественные институты, органы власти; взаимоотношения между различными жизненными областями; непосредственное окружение индивида).

В теориях символического интеракционализма (Дж.Г. Мид, Н.А. Залыгина и др.) инвалидность описывается посредством системы символов, характеризующих эту социальную группу лиц с ограниченными возможностями. Рассматриваются проблемы становления социального «Я» инвалида, анализируется специфика этой социальной роли, устойчиво воспроизводимые стереотипы поведения самих инвалидов и отношение к ним социального окружения.

В рамках теории наклеивания ярлыков или теории социальной реакции (Г.Беккер, Э. Лемертон) для обозначения лиц с ограниченными возможностями появляется понятие «девианты». Инвалидность рассматривается как отклонения от социальной нормы, носителям этой девиации наклеивается ярлык – инвалид. В рамках этой теории изучаются социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения отношения к нему общества в целом. В отечественных исследованиях на этой методологической базе проблемы инвалидизации изучались М.П. Левицкой и др [28,17].

Феноменологический подход отличает социокультурную теорию нетипичности Е.Р. Ярской-Смирновой.[40,38]. Феномен «нетипичного ребенка» формируется и транслируется всем его социальным окружением. Он характеризуется всем многообразием исторически сложившегося этноконфессионального, социокультурного макро- и микросоциума, в котором нетипичный ребенок проходит социализацию. Этот подход продолжен в исследованиях Д.В. Зайцева, Н.Е. Шапкиной и др.

В итоге можно сделать вывод о том, что социальная реабалитация определяется как комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма (инвалидность), изменением социально статуса (пожилые граждане, беженцы и вынужденные переселенцы, безработные и некоторые др.), девиантным поведением личности (несовершеннолетние, лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией, освободившиеся из мест лишения свободы и др.).

Целью социальной реабилитации является восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости.

Основными принципами социальной реабилитации являются: как можно более раннее начало осуществления реабилитационных мероприятий, непрерывность и поэтапность их проведения, системность и комплексность, индивидуальный подход.

Основное содержание и виды реабилитаций инвалидов.

Федеральный закон от 20.07.95г. рассматривает реабилитацию инвалидов как совокупность трех составных частей: медицинской, профессиональной и социальной реабилитации. Под медицинской реабилитацией понимают восстановительную терапию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование. Очевидно, на основе этих представлений о медицинской реабилитации и надо проводить различие между ней и лечением, которое имеет целью предотвращение непосредственной опасности для жизни и здоровья, вызванной болезнью или увечьем в результате несчастного случая. Реабилитация же составляет следующий за лечением этап (отнюдь не обязательный, ведь необходимость в нем наступает лишь, если в результате лечения нарушения здоровья избежать не удалось), имеющий восстановительный характер.

Профессиональная реабилитация включает в себя профессиональную ориентацию, профессиональное образование, профессиональную и производственную адаптацию, трудоустройство. В построении отечественной системы профессиональной реабилитации инвалидов можно успешно использовать зарубежный опыт.

Социальная реабилитация инвалидов состоит из социально-бытовой адаптации. Именно таким образом решен вопрос в Примерном положении об индивидуальной программе реабилитации (ИПР) инвалидов, утвержденном постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 14 декабря 1996г. Его разработка была предусмотрена в ФЗ от 20.07.95 (ст.11), где ИПР определена как разработанный на основе решения государственной службы МСЭ комплекс оптимальных для инвалидов реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. [8]

Под реабилитацией детей-инвалидов понимается система мероприятий, цель которых – быстрейшее и наиболее полное восстановление здоровья больных и инвалидов и возвращение их к активной жизни. Реабилитация больных и инвалидов представляет собой комплексную систему государственных, медицинских, психологических, социально-экономических, педагогических, производственных, бытовых и других мероприятий [15.]

Медицинская реабилитация направлена на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной нарушенной или утраченной функции или на замедление прогрессирующего заболевания.

Право на бесплатную медицинскую реабилитационную помощь закреплено законодательствами о здравоохранении и труде.

Реабилитация в медицине является начальным звеном системы общей реабилитации, ибо ребенок-инвалид, прежде всего, нуждается в медицинской помощи. По существу, между периодом лечения заболевшего ребенка и периодом его медицинской реабилитации, или восстановительного лечения, нет четкой границы, так как лечение всегда направлено на восстановление здоровья и возвращение к учебной или трудовой деятельности. Однако мероприятия по медицинской реабилитации начинаются в больничном учреждении после исчезновения острых симптомов заболевания – для этого применяются все виды необходимого лечения – хирургическое, терапевтическое, ортопедическое, курортное и др.

Заболевший либо получивший травму, увечье ребенок, ставший инвалидом, получает не только лечение – органы здравоохранения и социальной защиты, профессиональные союзы, органы образования, принимают необходимые меры к восстановлению его здоровья, осуществляют комплексные мероприятия по возвращению его к активной жизни, возможному облегчению его положения.

Все другие формы реабилитации – психологическая, педагогическая, социально-экономическая, профессиональная, бытовая – проводятся наряду с медицинской.

Психологическая форма реабилитации – это форма воздействия на психическую сферу больного ребенка, на преодоление в его сознании представления о бесполезности лечения. Эта форма реабилитации сопровождает весь цикл лечебно-восстановительного мероприятия.

Педагогическая реабилитация – это мероприятия воспитательного характера, направленные на то, чтобы ребенок овладел необходимыми навыками и умениями по самообслуживанию, получил школьное образование. Очень важно выработать у ребенка психологическую уверенность в собственной полноценности и создать правильную профессиональную ориентацию. Подготовить к доступным им видам деятельности, создать уверенность в том, что приобретенные знания в той или иной области окажутся полезными в последующем трудоустройстве.

Социально-экономическая реабилитация – это целый комплекс мероприятий: обеспечение больного или инвалида необходимым и удобным для него жилищем, находящимся вблизи места учебы, поддержание уверенности больного или инвалида в том, что он является полезным членом общества; денежное обеспечение больного или инвалида и его семьи путем предусмотренных государством выплат, назначения пенсии и т. п.

Профессиональная реабилитация подростков-инвалидов предусматривает обучение или переобучение доступным формам труда, обеспечение необходимыми индивидуальными техническими приспособлениями для облегчения пользования рабочим инструментом, приспособление рабочего места подростка-инвалида к его функциональным возможностям, организацию для инвалидов специальных цехов и предприятий с облегченными условиями труда и сокращенным рабочим днем и т.д.

В реабилитационных центрах широко используется метод трудовой терапии, основанный на тонизирующем и активизирующем воздействии труда на психофизиологическую сферу ребенка. Длительная бездеятельность расслабляет человека, снижает его энергетические возможности, а работа повышает жизненный тонус, являясь естественным стимулятором. Нежелательный психологический эффект дает и длительная социальная изоляция ребенка.

Большую роль трудовая терапия играет при заболеваниях и травмах костно-суставного аппарата, предотвращает развитие стойких анкилозов (неподвижность суставов).

Особое значение трудовая терапия приобрела при лечении психических болезней, которые часто являются причиной длительной изоляции больного ребенка от общества. Трудовая терапия облегчает взаимоотношения между людьми, снимая состояние напряженности и беспокойства. Занятость, концентрация внимания на выполняемой работе отвлекают пациента от его болезненных переживаний.

Значение трудовой активизации для душевнобольных, сохранение их социальных контактов в ходе совместной деятельности так велико, что трудовая терапия как вид медицинской помощи раньше всех была использована в психиатрии.

Бытовая реабилитация – это предоставление ребенку-инвалиду протезов, личных средств передвижения дома и на улице (специальные вело- и мотоколяски, и др.).

В последнее время большое значение придается спортивной реабилитации. Участие в спортивно-реабилитационных мероприятиях позволяет детям преодолевать страх, формировать культуру отношения к еще более слабому, корректировать иногда гипертрофированные потребительские тенденции и, наконец, включать ребенка в процесс самовоспитания, приобретения навыков вести самостоятельный образ жизни, быть достаточно свободным и независимым.

Социальный работник, проводящий реабилитационные мероприятия с ребенком, который получил инвалидность в результате общего заболевания, травмы или ранения, должен использовать комплекс этих мероприятий, ориентироваться на конечную цель – восстановление личного и социального статуса инвалида.

При проведении реабилитационных мероприятий необходимо учитывать психосоциальные факторы, приводящие в ряде случаев к эмоциональному стрессу, росту нервно-психической патологии и возникновению так называемых психосоматических заболеваний, а зачастую – проявлению девиантного поведения. Биологические, социальные и психологические факторы, взаимно переплетаются на различных этапах адаптации ребенка к условиям жизнеобеспечения.

При разработке реабилитационных мероприятий необходимо учитывать как медицинский диагноз, так и особенности личности в социальной среде. Этим, в частности объясняется необходимость привлечения к работе с детьми-инвалидами социальных работников и психологов в самой системе здравоохранения, ибо граница между профилактикой, лечением и реабилитацией весьма условна и существует для удобства разработки мероприятий. Тем не менее, реабилитация отличается от обычного лечения тем, что предусматривает выработку совместными усилиями социального работника, медицинского психолога и врача, с одной стороны и ребенка и его окружения (в первую очередь семейного) – с другой стороны, качеств, помогающих оптимальному приспособлению ребенка к социальной среде. Лечение в данной ситуации – это процесс, больше воздействующий на организм, на настоящее, а реабилитация больше адресуется личности и как бы устремлена в будущее.

Задачи реабилитации, а также ее формы и методы меняются в зависимости от этапа. Если задача первого этапа – восстановительного – профилактика дефекта, госпитализация, установление инвалидности, то задача последующих этапов – приспособление индивидуума к жизни и труду, его бытовое и последующее трудовое устройство, создание благоприятной психологической и социальной микросреды. Формы воздействия при этом разнообразны – от активного первоначального биологического лечения до «лечения средой», психотерапии, лечения занятостью, роль которых возрастает на последующих этапах. Формы и методы реабилитации зависят от тяжести заболевания или травмы, особенности клинической симптоматики особенностей личности больного и социальных условий.

Таким образом, необходимо учитывать, что реабилитация – это не просто оптимизация лечения, а комплекс мероприятий, направленных не только на самого ребенка, но и на его окружение в первую очередь на его семью. В этой связи важное значение для реабилитационной программы имеют групповая (психо)терапия, семейная терапия, трудовая терапия и терапия средой.

Терапия как определенная форма вмешательства в интересах ребенка может быть рассмотрена как метод лечения, влияющий на психические и соматические функции организма; как метод влияния, связанный с обучением и профессиональной ориентацией; как инструмент социального контроля; как средство коммуникации.

В процессе реабилитации происходит изменение ориентации – от медицинской модели (установка на болезнь) к антропоцентрической (установка на связь индивида с социальной средой). В соответствии с этими моделями и решается, кем и какими средствами, а также в рамках каких государственных учреждений и общественных структур должна осуществляться терапия.

**2.2. Дети с ограниченными возможностями, сущность и содержание.**

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

Согласно Декларации о правах инвалидов (ООН, 1975г.) инвалид – это любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его (ее) физических или умственных возможностей [7,2].

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

В 1989г. ООН приняла текст о правах ребенка, которая обладает силой закона. В ней закреплено право детей, имеющих отклонения в развитии, вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые позволяют им сохранить достоинство, чувство уверенности в себе и облегчают их активное участие в жизни общества (ст.23); право неполноценного ребенка на особую заботу и помощь, которая должна предоставляться по возможности бесплатно с учетом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребенке, с целью обеспечения эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха, что должно способствовать по возможности наиболее полному вовлечению ребенка в социальную жизнь и развитию его личности, включая культурное и духовное развитие[3.]

В 971г. Генеральная Ассамблея ООН приняла Декларацию о правах умственно отсталых лиц, в которой утверждались необходимость максимальной степени осуществимости прав таких инвалидов, их права на надлежащее медицинское обслуживание и лечение, а также право на образование, обучение, восстановление трудоспособности и покровительство, которое позволяет им развивать свои способности и возможности. Особо оговорено право продуктивно трудиться или заниматься каким-либо другим полезным делом в полную меру своих возможностей, с чем связано право на материальное обеспечение и удовлетворительный жизненный уровень.

Особое значение для детей-инвалидов имеет норма, утверждающая, что при наличии возможностей умственно отсталый человек должен жить в своей семье или с приемными родителями и участвовать в жизни общества. Семьи таких лиц должны получать помощь. В случае необходимости помещения такого человека в специальное заведение необходимо предусмотреть, чтобы новая среда и условия жизни как можно меньше отличались от условий обычной жизни.

В Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах ООН (ст.12) зафиксировано право каждого инвалида (как взрослого, так и несовершеннолетнего) на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

В соответствии с Законом СССР «Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР», принятым Верховным Советом СССР 11 декабря 1990г., инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи защите. Ограничение жизнедеятельности лица выражается в полной или частичной утрате им способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью [7].

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

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 и детям – основываются на социально-экологической модели социальной работы. Согласно этой модели люди с ограниченными возможностями испытывают функциональные затруднения не только вследствие заболевания, отклонения или недостатков развития, но и неприспособленности физического и социального окружения к их специальным проблемам.

ВОЗ следующим образом анализирует данную проблему: структурные нарушения, 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»; это при соответствующих условиях будет способствовать социальной дезадаптации, неуспешной или замедленной социализации. 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, формирования интеллектуальной сферы.

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. За рубежом, где такая деятельность имеет достаточно длительную историю, принято различать понятия абилитации и реабилитации. Абилитация – это комплекс услуг, направленных на формирование новых и мобилизацию, усиление имеющихся ресурсов социального, психического и физического развития человека. Реабилитацией в международной практике принято называть восстановление имевшихся в прошлом способностей, утраченных по причине болезни, травмы, изменений условий жизнедеятельности. В России реабилитация объединяет оба эти понятия, причем предполагается не узскомедицинский, а более широкий аспект социально-реабилитационной работы.

В процессе социальной реабилитации решаются три группы задач: адаптация, автомизация и активизация личности. Решение этих задач, по сути противоречивых и в тоже время диалектически единых, существенно зависят от многих внешних и внутренних факторов.

Социальная адаптация предполагает активное приспособление инвалида к условиям социальной среды, а социальная автомизация – реализацию совокупности установок на себя; устойчивость в поведении и отношениях, которая соответствует представлению личности о себе, ее самооценке. Решение задач социальной адаптации и социальной автомизации регулируется кажущимися противоречивыми мотивами «Быть со всеми» и «Оставаться самим собой». В тоже время человек с высоким уровнем социальности должен быть активным, т.е. у него должна быть сформулирована реализуемая готовность к социальным действиям.

Процесс социальной реабилитации , даже при благоприятном стечении обстоятельств, разворачивается неравномерно и может быть чреват рядом сложностей, тупиков, требующих совместных усилий взрослого и ребенка. Если сравнить процесс социализации с дорогой, по которой должен пройти ребенок из мира детства в мир взрослых, то она не везде выложена ровными плитами и не всегда сопровождается четкими дорожными указателями, на ней есть участки с оврагами и сыпучими песками, шаткими мостиками и развилками.

Под проблемами социализации понимается комплекс затруднений ребенка при овладении той или иной социальной ролью. Чаще всего причинами возникновения этих проблем является несоответствие требований к ребенку в процессе его взаимоотношений с социумом и готовности ребенка к этим отношениям.

Трудности овладения социальной ролью возникает чаще всего тогда, когда ребенок не информирован об этой роли, либо информация носит ложный характер, либо у ребенка нет возможностей попробовать себя в данной роли (отсутствие условий для социальных проб).

Трудности реабилитации могут быть связаны и с тем, что внутри социума наблюдается «размытость» образов ролевого поведения (например, стираются границы между представлением об уверенности и агрессивном поведении, между мужским и женским образом жизни).

В связи с этим у ребенка периодически с необходимостью встает задача самоопределения, как по поводу содержания самой социальной роли, так по поводу способов ее воплощения.

Условия организации жизнедеятельности детей в интернатах создают внешние трудности для успешной социальной реабилитации, однако, у данной группы детей существуют внутренние трудности, которые связаны с особенностями их психического развития.[15]

Наиболее серьезным следствием инвалидности является утрата «базового доверия к миру», без которого становится принципиально невозможным развитие таких важнейших новообразований личности как: автономия, инициативность, социальная компетентность, умелость в труде, половая идентичность и др.

Без этих новообразований ребенок не может стать собственно субъектом межличностных отношений и сформироваться в зрелую личность. Утрата базового доверия к миру проявляется и подозрительности, недоверчивости, агрессивности ребенка, с одной стороны, и формировании невротического механизма – с другой.

Слияние блокирует, а иногда делает вовсе невозможным развитие автономности ребенка, его инициативности и ответственности за свое поведение. Слияние возможно с конкретным человеком (воспитатель, родитель, учитель и т.д.), а также с группой людей (хорошо известное детдомовское «мы»). В более поздних возрастах действие этого механизма может провоцировать формирование алкогольной, наркотической или токсикологической зависимости.

Трудности социальной реабилитации, как правило, порождают гипертрофированную адаптированность к социальным процессам, т.е. социальный конформизм или гипертрофированную автономность, т.е. полное неприятие норм отношений, складывающихся в социуме.

Вследствие последствий аномальной социализации необходимо назвать такие явления, как социальный аутизм (отстранение от окружающего мира), отставание в социальном развитии.

Причины возникновения проблем вхождения ребенка в систему социальных отношений могут быть самые различные, не, прежде всего они связаны с неадекватным восприятием детьми-инвалидами тех требований, которые предъявляет окружающий социум.

Критериями преодоления этих трудностей могут быть следующие:

1. Готовность к адекватному восприятию возникающих социальных проблем и решение этих проблем в соответствии с нормами отношений, сложившихся в социуме (социальная адаптированность), т.е. способность адаптироваться к существующей системе отношений, овладеть соответствующим социально-ролевым поведением и мобилизовать не только свой потенциал для решения социальной проблемы, но и использовать те условия, в которых складываются отношения ребенка;

2. Устойчивость к неблагоприятным социальным воздействиям (автономность), сохранение своих индивидуальных качеств, сформированных установок и ценностей;

3. Активная позиция в решении социальных проблем, реализуемая готовность к социальным действиям, саморазвитие и самореализация в возникающих трудных ситуациях (социальная активность), способность к самоопределению и расширению границ пространственной жизнедеятельности.

Каждый из перечисленных критериев не свидетельствует о подготовке ребенка к преодолению трудностей социальной реабилитации. Они могут рассматриваться только в комплексе.

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.

**Глава II. Формы и методы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями.**

**2.1. Социальная работа с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями.**

Все люди мечтают о счастливой судьбе – об образовании, любимой работе, замечательной семье, своей востребованности. Реальность же нередко вносит коррективы в эти мечты. Одно из самых тяжелых его испытаний – утрата здоровья и связанная с ним инвалидность.

В декларации о правах инвалидов говорится, что эти люди имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства. Инвалиды, каковыми бы ни были происхождения, характер и серьезность их увечий и недостатков, имеют те же основные право, что и их сограждане того же возраста. Это, прежде всего, означает, что у них есть право на удовлетворительную жизнь и меры, которые могут помочь им обрести максимальную самостоятельность.

Здоровье и благополучие детей – главная забота семьи, государства и общества. Первоосновой защиты детства выступает правовая база. Она включает международное законодательство, российские государственные законы и местные положения, инструкции и методики.

Международное законодательство по защите детства представлено Хартией детства, Декларацией прав ребенка.

В качестве государственной правовой базы социальной защиты детства выступают Конституция РФ, Закон о семье, Закон об образовании. В России действует президентская программа «Дети России» (Указ Президента РФ от 18.08.94г. № 474).

В письме Правительства РФ от 04.02.94г. определено примерное положение «О создании и основных направлениях деятельности специализированных учреждений (служб) для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации» [34,172].

Однако в последние годы наблюдается рост численности детей инвалидов с их специфическими проблемами и трудностями. Большую роль в становлении личности ребенка-инвалида, способной успешно интегрироваться в социум, играю его родители. Поэтому работа с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями, является одним из приоритетных направлений социальной работы.

Вопрос о причинах рождения детей-инвалидов до сих пор до конца не изучен. Среди факторов риска ученые называют генетику, экологию, неблагополучный образ жизни, инфекции и перенесенные заболевания родителей. Казалось бы, с развитием современной медицинской диагностики подобные случаи не должны повторяться, но проблема продолжает оставаться актуальной.

Долгие годы об этом не принято было говорить вслух, и фактор общественного молчания, как и созданная система закрытых учреждений для детей с тяжелыми нарушениями, привели к тому, что именно эти дети зачастую оказываются изолированными от общества, а семьи - наедине с собственной горечью и проблемами.

Общеизвестно, что в семьях детей-инвалидов происходят качественные изменения на трех уровнях: психологическом - в силу хронического стресса, вызванного заболеванием ребенка, постоянными и различными по своей природе психотравмирующими воздействиями; социальном - семья этой категории сужает круг своих контактов, матери чаще всего оставляют работу; рождение ребенка деформирует отношения между супругами, соматическом - переживаемый родителями стресс, выражается в различных психосоматических заболеваниях.

Очевидно, что инвалидность ребенка для его родителей является сильным психотравмирующим фактором. Это особенно свойственно семьям с высоким образовательным и профессиональным статусом, в которых порой культивируются ожидания повышенной одаренности ребенка. В этих случаях реакция на факт инвалидности ребенка может быть адекватной. Она может принимать крайнюю форму – комплекс собственной вины, что порождает гиперопеку в отношениях с ребенком.

Другая категория родителей – люди с низким образовательным уровнем, ограниченным кругом интересов и невысоким интеллектуальными способностями. Им свойственно или пренебрежение проблемами ребенка, или ожидание решения проблем медицинскими и социальными работниками. Это две крайние (патологические) позиции, они нуждаются в коррекции.

Семьи с детьми–инвалидами – особая категория, относящаяся к «группам риска». Известно, что количество психических (невротически и психосоматических) расстройств в семьях с детьми, имеющими ограниченные возможности выше, чем в семьях, не имеющих детей-инвалидов в 2,5 раза. Распад семей с детьми-инвалидами происходит значительно чаще.

Все эти и другие факторы приводят к тому, что родители становятся препятствием в реабилитации детей с ограниченными возможностями. Но и в том случае, когда родители занимают более конструктивную позицию, они испытывают эмоциональные перегрузки и нуждаются в особых знаниях о проблемах своего ребенка.

Семьи в процессе воспитания, становления социальной интеграции ребенка-инвалида сталкиваются с большим числом трудностей. Прежде всего это оказание помощи детям, переживающим свою незащищенность, общественное пренебрежение. Порой сами близкие люди ребенка-инвалида пребывают в состоянии хронического стресса, вызванного его болезнью, обстоятельствами лечения, воспитания, обучения, профессионального становления. В целом переживают за его будущее. Все это затрудняет социальную интеграцию ребенка, имеющего ограниченные возможности в среду его здоровых сверстников. В такой ситуации социальный работник оказывают содействие семье в решении всех этих проблем. При этом его работа ведется в тесном сотрудничестве с социальными партнерами из здравоохранения, образования, культуры, соцзащиты и т.д.

Социальный работник, занимающийся проблемами детей-инвалидов, находится в постоянном поиске новых эффективных форм, методов и средств социальной реабилитации, опирается на новейшие технологии, исследования и обратную связь от объекта реабилитации. Сотрудники учреждений соцзащиты стремятся к тому, чтобы каждый ребенок с ограниченными возможностями смог реализовать себя в соответствии со своими способностями, интересами, навыками и потребностями.

Анализ жизнедеятельности детей и семей, имеющих детей-инвалидов, специальное изучение навыков самообслуживания и бытового труда детей обнаружило их весьма сниженный характер. Значительно страдает коммуникативная деятельность детей с ограниченными возможностями: практика их общения со сверстниками взрослыми чрезвычайно бедна и замыкается на близких родственниках.

Обследования, проведенные нами в 250 семьях, показали, что 20% обследованных детей может вполне активно участвовать в общественной жизни, наравне со здоровыми.

53% для этого необходимо создать определенные условия, 25, к сожалению, не смогут возродиться в социальном плане из-за тяжелой формы болезни.

Для определения наиболее актуальных форм помощи семьям, имеющим детей-инвалидов, нами было проведено анкетирование детей и родителей. Анализ данных социсследований показал, что семьи нуждаются в получении их детьми профессиональной подготовки (90%), психологических услуг (54%), медицинских услуг (45%), информации о правах и льготах (44%). Ребята отметили, что часто испытывают трудности в общении со сверстниками (87%), имеют проблемы во взаимоотношениях с учителями (67%), в общении с родителями (65%).

На основе этих и других данных специалистами должны разрабатываться комплексные проекты решающие задачи психологической, социально-педагогической, социально-медицинской реабилитации семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями. В работе необходимо предусматривать комплексный подход в содействии интеграции детей-инвалидов в общество, предназначенный для семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями от 6 до 18 лет.

Особенность и новизна подходов должна быть заключена в реабилитации детей-инвалидов в том, что система реабилитационных мероприятий направлена на всю семью. Учитывая, что социально-реабилитационная работа только с ребенком мало эффективна, а традиционные подходы в работе с родителями не меняют внутреннего мира семьи, разрабатываются новые методики семейно-групповой коррекционно-оздоровительной работы, интегрирующей различные приемы игровой, творческой, коллективной психокоррекции, психогимнастики, логоритмики, арттерапии, имаготерапии.

Особое внимание должно уделяться знакомству родителей с нормативными документами, социальными гарантиями и льготами детей-инвалидов и их семей. Таким образом, для успешного достижения цели реабилитации: социальной адаптации ребенка-инвалида необходимо решение ряда медико-социальных, социально-психологических и психолого-педагогических проблем не только детей, но и их родителей, а также активное включение семьи в реабилитационный процесс.

Человек, имеющий инвалидность, имеет право на включение во все аспекты жизни общества, на независимую жизнь, самоопределение, свободу выбора, как все другие люди.

Помочь ему реализовать это право, призвана система социальных служб, которой пока в государстве нет, но которая создается и апробируется.

Программа реабилитации – это система мероприятий, развивающих возможности ребенка и всей его 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 и 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 различный 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 плане обязательно предусматриваются мероприятия относительно других членов семьи: приобретение родителями специальных знаний, психологическая поддержка семьи, помощь семье в организации отдыха, восстановление 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, социальные,

психотерапевтические),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-курьером 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 цикличный 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.

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 значить 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 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.

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, представление 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.

Делая выводы можно отметить, что 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 и 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.

**2.2. Социально-психологическая реабилитация детей с ограниченными возможностями.**

«Инвалидность, о чем говорилось выше, - не есть чисто медицинская проблема. Инвалидность – это проблема неравных возможностей, это ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют ребенку, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества. Общество обязано адаптировать существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того, чтобы они могли жить независимой жизнью».

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

Работа клуба базируется на трех инновационных моделях «Центр независимой жизни», «Выездной лицей», и «Персональный ассистент».

Инновационная модель «Цент независимой жизни для детей с ограниченными физическими и / или умственными возможностями».

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

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

С точки зрения философии независимой жизни, инвалидность рассматривается с позиций неумения человека ходить, слышать, видеть, говорить или мыслить обычными категориями. Таким образом, человек, имеющий инвалидность, попадает в ту же сферу взаимосвязанных отношений между членами общества. Для того, чтобы он мог сам принимать решения и определять свои действия, создаются специальные службы.

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

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

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

Задачи:

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

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

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

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

5.Инициирование сетевой структуры Центров независимой жизни в России.

Инновационная модель службы «Персональный ассистент».

Служба «Персональный ассистент» подразумевает помощь человеку,

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

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

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

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

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

Персональным ассистентами в течении 1993-1994 учебного года работали родители и студенты факультета социальной работы и социологии Института молодежи.

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

Задачи:

1.Создать действующую модель «Человек с особыми проблемами ассистент».

2.Расширить круг детей, получающих помощь ассистентов.

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

Инновационная модель службы «Выездной лицей»

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

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

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

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

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

Цель: Духовное и культурное развитие детей и их интеграция в общество через организацию специальных служб «Выездной лицей», «Персональный ассистент» и транспортные службы.

Задачи:

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

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

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

Методы.

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

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

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

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

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

Особенности развития реабилитации детей-инвалидов всегда находятся под воздействием специфических условий развития каждой отдельной страны.

Так характерным примером в этом отношении служит сравнение двух моделей социального обслуживания – европейской и американской.

На Европейском континенте социальное обслуживание формировалось под воздействием распада общины и межобщинных связей и, соответственно, ослаблением поддержки нуждающихся со стороны их ближайшего окружения.

В США у больных детей и детей-инвалидов есть специальные детские отделения трудотерапии в госпиталях графства Норфолк. Возраст детей – клиентов отделения самый различный – от нескольких месяцев до 19-ти лет. Трудотерапевты в области педиатрии ставят главной задачей в своей работе развивать у детей оптимальный уровень независимости в повседневной жизни с точки зрения физической, психологической и социальной. [1, С. 125].

Трудотерапевты также помогают инвалидам вести нормальную и интересную культурную жизнь вне дома; научится новому мастерству, в специальных дневных центрах. Если у инвалида возникает необходимость выехать из дома, то департамент социальных служб предоставляет ему транспорт.

Для облегчения жизнедеятельности существует масса различных реабилитационных форм, которые могут предоставить по заказу инвалида любое оборудование, инструменты или средства для облегчения жизни.

При социальных службах в Великобритании существуют специальные службы по найму инвалидов на работу. В них инвалидам оказывается помощь в поисках работы, выделяется пособие для оплаты специального транспорта, обеспечивается рабочее место клиента необходимым оборудованием. Учреждения, которые принимают на работу инвалидов, получают месячное пособие в размере 6000фунтов для приобретения специальной техники. Инвалиды с тяжелыми заболеваниями могут выполнять работу на дому, и для этих целей им устанавливают специальное компьютерное оборудование. Для пациентов с полной или частичной потерей зрения выдаются пособия для оплаты услуг чтеца (человек, который ему читает).

В Великобритании существует комплексная схема, доступная для помощи инвалидам в работе. В нее включены: специальные виды специальной помощи по схеме занятости; доплата для рабочей силы на транспорт; приобретение приспособления к дому и оборудования; служба личного чтеца; работа на дому с технологией; введение в работу и т.д. [19,9]

Информация о таких схемах и службах занятости для нвалидов размещена в Кодексе хорошей практики инвалидов и в буклетах, выпускаемых консультативными службами и центров занятости инвалидов.

Инвалиды принимаются на работу с испытательным сроком (6 недель), при этом выплачивается субсидия в размере 45фунтов в неделю. Штат центр занятости помогает обсудить каждую кандидатуру инвалида и подходящую для него работу с работодателями во всех конкретных случаях.[19,7]

Таким образом, социальной работе с инвалидами за рубежом уделяется очень большое внимание. Социальной защитой инвалидов занимаются как государственные, так и общественные и частные организации. Такая социальная работа с инвалидами и работа трудотерапевтов дает нам образец качества социальных услуг, оказываемых инвалидам и способа их организации. Способствует развитию международно признанных норм обучения трудотерапевтов в различных странах Всемирная организация трудотерапевтов.

**Заключение.**

Термин «инвалид» в силу сложившейся традиции несет в себе дискриминационную идею, выражает отношение общества, выражает отношение к инвалиду, как к социально бесполезной категории. Понятие «человек с ограниченными возможностями» в традиционном подходе ярко выражает дефицит видения социальной сущности ребенка. Проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, это социальная проблема неравных возможностей.

Такая парадигма в корне меняет подход к триаде «ребенок – общество - государство». Суть этого изменения состоит в следующем:

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

Ребенок, имеющий инвалидность – часть и член общества, он хочет, должен и может участвовать во всей многогранной жизни.

Ребенок, имеющий инвалидность может быть так же способен и талантлив, как и его сверстники, не имеющие проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их помощью пользу обществу, ему мешает неравенство возможностей.

Ребенок – не пассивный объект социальной помощи, а развивающийся человек, который имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве.

Отмечая государственное внимание к детям с ограниченными возможностями, успешное развитие отдельных медицинских и учебно-воспитательных учреждений, тем не менее, следует признать, что уровень помощи в обслуживании детей этой категории не соответствует потребностям, так как не решаются проблемы их социальной реабилитации и адаптации в будущем.

Государство не просто призвано предоставить ребенку, имеющему инвалидность, определенные льготы и привилегии, оно должно пойти навстречу его социальным потребностям и создать систему социальных служб, позволяющих нивелировать ограничения, препятствующие процессам его социальной реабилитации и индивидуального развития.

Важнейшей проблемой при работе с детьми с ограниченными физическими возможностями является выявление семейных психологических механизмов, которые оказывают влияние на особенности поведения и психическое здоровье детей. Большинство семей отличаются гиперопекой, снижающей социальную активность ребенка, но встречаются семьи с явным или открытым эмоциональным отвержением больного ребенка.

Не менее важной проблемой является работа по профориентации ребенка с ограниченными возможностями. Правильный выбор профессии с учетом индивидуальных возможностей позволяет ему быстрее адаптироваться в обществе.

Значимой составной частью социальной работы является психолого-педагогическая подготовка родителей.

Психолого-педагогическое образование родителей означает систематически проводимую и теоретически обоснованную программу, целью которой является трансляция знаний, формирование соответствующих представлений и навыков развития, обучения и воспитания детей с ограниченными физическими возможностями и использование родителей в качестве ассистентов педагогов.

Методологическим основанием программы психолого-педагогического образования родителей является положение, что семья — это та среда, в которой у ребенка формируется представление о себе —"Я — концепция", где он принимает первые решения относительно себя, и где начинается его социальная природа, ибо задача семейного воспитания — помочь ребенку с ограниченными возможностями стать компетентным человеком, который использует конструктивные средства для формирования чувства собственного достоинства и достижения определенного общественного положения.

Следует отметить, что только совместная работа социальных работников, педагогов и родителей в работе с детьми с ограниченными возможностями позволит решить проблемы развития личности ребенка, его социальной реабилитации и адаптации в будущем.

В дипломной работе был проанализирован отечественный и зарубежный опыт реабилитации детей с ограниченными возможностями. Было подчеркнуто, что современные технологии социальной работы с детьми с ограниченными возможностями требуют переориентации. Однако современная система социальной защиты не готова, в частности отсутствует материальная база, к активному внедрению этого опыта. В тоже время, функционирование организаций, помогающих преодолеть специфические трудности ребенка, имеющего инвалидность, позволяет сделать вывод о необходимости всесторонней поддержки этого направления со стороны государства и благотворительных организаций.

**Список использованной литературы**

1.Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // "Библиотечка Российской газеты", выпуск N 22-23, 1999 г.

2.Декларация о правах инвалидов. Принята 09.12.1975 Резолюцией 3447 (XXX) на 2433-ем пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН.

3.Конвенция о правах ребенка. (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990) // Сборник международных договоров СССР, выпуск XLVI, 1993.

4.Конвенция Международной организации труда N 159 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (Женева, 20 июня 1983 г.), Рекомендация Международной Организации Труда от 20 июня 1983 г. N 168 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов // Международная Организация Труда. Конвенции и рекомендации. 1957-1990, том 2.

5.Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей (Нью-Йорк, 30 сентября 1990 г.) //Дипломатический вестник", 1992 г., N 6, с.10.

6.Декларация о правах умственно отсталых лиц –М., Юристъ, 2001.

7.Декларация о правах инвалидов (утв. Резолюцией тринадцатой сессии Генеральной Ассамблеи ООН 3447(XXX) от 9 декабря 1975 г.) // Текст Резолюции размещен на сервере ООН в Internet (http://www.un.org)

8.Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 19 декабря 1966г.) // Ведомости Верховного Совета СССР", 1976г., N 17(1831).

9.Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.1993)

10.Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года N 5487-I // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации от 19 августа 1993 г., N 33 ст. 1318

11.Федеральный закон от 24 ноября 1995г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" // Собрание законодательства Российской Федерации от 27 ноября 1995г. N 48, ст. 4563.

12.Федеральный закон от 15 декабря 2001г. N 166-ФЗ "О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации" // Собрание законодательства Российской Федерации от 17 декабря 2001г., N 51, ст. 4831.

13.Постановление Правительства РФ от 13 августа 1996г. N 965 "О порядке признания граждан инвалидами" // СЗ РФ от 19 августа 1996г. N 34, ст. 4127

14.Постановление Правительства РФ от 03.10.2002 N 732 (ред. от 30.12.2005) "О федеральной целевой программе "Дети России" на 2003 - 2006 годы" // Собрание законодательства РФ, 14.10.2002, N 41, ст. 3984.

15.Положение о детском доме-интернате для умственно отсталых детей Министерства социального обеспечения РСФСР. Утверждено приказом МСО РСФСР от 6 апреля 1979г. №35.

16.Закон Тамбовской области от 16 декабря 1997г. N 145-З "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов в Тамбовской области" (принят Тамбовской областной Думой 16 декабря 1997 г.) // "Тамбовская жизнь" от 26 декабря 1997 г. N 248 (21442)

17.Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. — М., Инфра-М, 2001.

18.Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. — М., Наука, 1994.

19.Базоев В.3. Поддержка профессионального образования глухих в Великобритании //Дефектология. №3, 1997.

20.Бондаренко Г.И. Социально-эстетическая реабилитация аномальных детей //Дефектология. 1998. №3.

21.Бочарова В. Г. Основные требования к развитию теории в области социальной педагогики и социальной работы / Материалы международной научно-практической конференции –М., Издательство Тюменского государственного университета, 2003.

22.Вачков И. Дистанционное обучение для детей-инвалидов // Школьный психолог. N 38. 2000.

23.Исцеление. Альманах. Вып. 2 (Для врачей, педагогов и родителей детей с неврологической инвалидностью). — М., 1995.

24.Бабенкова Р.Д., Ишюлктова М.В., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. — М., Инфра-М, 1999.

25.Воспитание слабовидящего ребенка в семье: Пособие для родителей. - М., Владос, 2003.

26.Дорога — это то, как ты идешь по ней... Социально-реабилитационная работа с семьей нетипичного ребенка: Учебное пособие / Под ред. В.Н. Ярской, Е.Р. Смирновой, — Саратов: Изд-во Поволж. фил. Рос. уч. центра, 1996.

27.Инвалиды: язык и этикет. -М.: РООИ “Перспектива”, 2000.

28.Лурия А.Р. Об историческом развитии познавательных процессов. - М., 1974.

29.Малофеев Н.Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России. (Результаты исследования, как основа для построения проблемы развития) // Дефектология. №4, 1997.

30.Минзов А.С. Концепция обучения в телекоммуникационной компьютерной образовательной среде//Дистанционное обучение.-1998.№3

31.Мошняга В. Т. Технологии социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями / Технологии социальной работы (Под. Общ. ред. И. И. Холостовой), -М., Инфра-М, 2003.

32.Мустаева Ф. А.. Основы социальной педагогики. М.: Академический проект, 2001.

33.Немов Р. С. Психология. Книга 1. М., Владос, 2003.

34.Основы социальной работы. Отв. ред. П.Д. Павленок. М.:2001г.

35.Панов А.М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями - эффективная форма социального обслуживания семьи и детей // Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. -М., 2003.

36.Преодолевая барьеры инвалидности. — М.: И и т соц. работы, 2003.

37.Проектирование развития учреждений социального обслуживания. — М. Интсоц. работы, 2003.

38.Словарь справочник по социальной работе / Под ред. Е. И. Холостовой. М. Юристь, 1997.

39.Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1998. №1.

40.Фирсов М.В., Студенова Е. Г. Теория социальной работы. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001.

41.Холостова Е.И., Сорвина А. С. Социальная работа: теория и практика. Учебное пособие – М.: ИНФРА-М, 2002.

**Приложение**

Указ Президента российской Федерации от 2 октября 1992 г. №1156

"О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности"

(Извлечение)

В целях обеспечения доступности для инвалидов объектов социальной и производственной инфраструктуры, средств транспорта, связи и информатики постановляю:

1. Установить, что не допускаются: проектирование застройки городов и других поселении, разработка проектов на строительство и реконструкцию зданий и сооружений без учета требовании доступности их для инвалидов, разработка новых средств индивидуального и общественного пассажирского транспорта, связи и информатики без модификаций, приспособленных для пользования отдельными категориями инвалидов, — с момента вступления в силу настоящего Указа;

застройка городов и других поселений, строительство и реконструкция зданий и сооружений без обеспечения требований доступности их для инвалидов, а также серийное производство средств индивидуального и общественного пассажирского транспорта, связи и информатики без модификаций, приспособленных для пользования отдельными категориями инвалидов, — с 1 января 1994 года.

Общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются частью ее правовой системы. Если международным договором Российской Федерации установлены иные права, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

Конституция Российской Федерации ст. 15, ч. 4

Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 г.

(Извлечение)

Статья 22.

Каждый человек как член общества имеет право на социальное обеспечение и на осуществление необходимых для поддержания его достоинства и для свободного развития его личности прав в экономической, социальной и культурной областях через посредство национальных усилий и международного сотрудничества и в соответствии со структурой и ресурсами каждого государства.

Статья 25.

1. Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по независящим от него обстоятельствам.

2. Материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь. Все дети, родившиеся в браке или вне брака, должны пользоваться одинаковой социальной защитой.

Декларация прав ребенка от 20 ноября 1959 г.

(Извлечение)

Статья 5.

Ребенку, который является неполноценным в физическом, психическом или социальном отношении, должны обеспечиваться специальный, образование и забота, необходимые ввиду его особого состояния.

Декларация о правах инвалидов от 9 декабря 1971 г.

(Извлечение)

1. Выражение "Инвалид" означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его или ее физических, или умственных способностей.

2. Инвалиды должны пользоваться всеми правами, изложенными в настоящей Декларации. Эти права должны быть признаны за всеми инвалидами без каких бы то ни было исключений и без различия и дискриминации по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, вероисповедания, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, материального положения, рождения, или любого другого фактора, независимо от того, относится ли это к самому инвалиду или к его или ее семье.

3. Инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства. Инвалиды, каковы бы ни были происхождение, характер и серьезность их увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста, что в первую очередь означает право на удовлетворительную жизнь, которая была бы как, можно более нормальной и полнокровной.

4. Инвалиды имеют те же гражданские и политические права, что и другие лица: Пункт 7 Декларации о правах умственно отсталых лиц применяется к любому возможному ограничению или ущемлению этих прав в отношении умственно неполноценных лиц.

5. Инвалиды имеют право на меры, предназначенные для того, чтобы дать им возможность приобрести как можно большую самостоятельность.

6 Инвалиды имеют право на медицинское, психическое или функциональное лечение, включая протезные и ортопедические аппараты, на восстановление здоровья и положения в обществе, на образование, ремесленную профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, на помощь, консультации, на услуги по трудоустройству и другие виды обслуживания, которые позволят им максимально проявить свои возможности и способности и ускорят процесс их социальной интеграции или реинтеграции.

7. Инвалиды имеют право на экономическое и социальное обеспечение и на удовлетворительный уровень жизни. Они имеют право в соответствии со своими возможностями получить и сохранить за собой рабочее место или заниматься полезной, продуктивной и вознаграждаемой деятельностью и являться членами профсоюзных организаций.

8. инвалиды имеют право на то, чтобы их особые нужды принимались во внимание на всех стадиях экономического и социального планирования.

9. Инвалиды имеют право жить в кругу своих семей или в условиях, заменяющих ее, и участвовать во всех видах общественной деятельности, связанных с творчеством или проведением досуга. Что касается его или ее места жительства, то ни один инвалид не может подвергаться какому-либо особому обращению, не требующемуся в силу состояния его или ее здоровья или в силу того, что это может привести к улучшению состояния его или ее здоровья. Если пребывание инвалида в специальном учреждении является необходимым, то среда и условия жизни в нем должны как можно ближе соответствовать среде и условиям нормальной жизни лиц его или ре возраста.

10.Инвалиды должны быть защищены от какой бы то ни было эксплуатации, от любых видов регламентации и обращения, носящих дискриминационный, оскорбительный или унижающий характер.

11.Инвалиды должны иметь возможность пользоваться квалифицированной юридической помощью, когда подобная помощь является необходимой для защиты их личности и имущества; если они являются объектом судебного преследования, они должны пользоваться обычной процедурой, полностью учитывающей их физическое или умственное состояние.

12. С организациями инвалидов могут проводиться полезные консультации по всем вопросам, касающимся прав инвалидов.

13. Инвалиды, их семьи и их общины должны быть полностью информированы всеми имеющимися средствами о правах, содержащихся о настоящей Декларации.

Конвенция о правах ребенка от 20 ноября 1989 г.

(Извлечение)

Статья 23.

1. Государства-участники признают, что неполноценный в умственном или физическом отношении ребенок должен вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества.

2. Государства-участники признают право неполноценного ребенка на особую заботу, поощряющую и обеспечивают предоставление при условии наличия ресурсов имеющему на это право ребенку и ответственным за заботу о нем помощи, о которой подана просьба и которая соответствует состоянию ребенка и положению его родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребенке.

3. В признание особых нужд неполноценного ребенка помощь в соответствии с пунктом 2 настоящей статьи предоставляется, по возможности, бесплатно, с учетом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребенке, и имеет целью обеспечение неполноценному ребенку эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средства отдыха таким образом, который приводит к наиболее полному, по возможности, вовлечению ребенка в социальную жизнь и достижению развития его личности, включая культурное и духовное развитие ребенка.

4. Государства-участники способствуют в духе международного сотрудничества обмену соответствующей информацией в области профилактического и функционального лечения неполноценных детей включая распространение информации о методах реабилитации общеобразовательной и профессиональной подготовки, а также доступ к этой информации, с тем, чтобы позволить государствам-участникам улучшить свои возможности и знания и расширить свой опыт в этой области. В этой связи особое внимание должно уделяться потребностям развивающихся стран.

Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей от 30.09.09г.

(Извлечение)

Задачи

Следует уделять больше внимания, проявлять заботу и оказывать поддержку детям-инвалидам, а также детям, находящимся в крайне трудных условиях.