**Социальная помощь инвалидам и лицам пожилого возраста.**

Введение

Сейчас в России на учете в органах социальной защиты населения состоит 7.284 млн. инвалидов (данные на 1 января 1997 года). В стране ежегодно впервые признается инвалидами свыше одного миллиона человек, из них более 50% - трудоспособного возраста. Наблюдается также ежегодный рост числа детей-инвалидов. Эффективное решение проблем инвалидности и инвалидов требует формирования единства взглядов на понятия “инвалид” и “инвалидность”.

Нетрудоспособные граждане в каждой стране составляют предмет заботы государства, которое социальную политику ставит во главу угла своей деятельности. Основной заботой государства по отношению к пожилым людям и инвалидам является их материальная поддержка (пенсии, пособия, льготы и т.д.). Однако нетрудоспособные граждане нуждаются не только в материальной поддержке. Важную роль играет оказание им действенной физической, психологической, организационной и другой помощи. До 80-х годов в России наиболее очевидная социальная помощь инвалидам и старым немощным людям оказывалась в домах-интернатах. Эта сложившаяся традиционная форма медико-социальной помощи нетрудоспособным гражданам помимо положительных имеет и отрицательные стороны (монотонный образ жизни, необходимость изменения жизненного стереотипа для пожилого человека и др.). Эти обстоятельства делают дома-интернаты малопривлекательными для пожилых людей и инвалидов, заставляя их "не торопиться" с переездом в дом-интернат. Возможность как можно дольше оставаться в привычных домашних условиях представилась со времени появления должности социального работника в системе учреждений социальной защиты. Именно эти реальные лица стали оказывать социально-бытовые услуги нетрудоспособным гражданам, в которых они постоянно нуждались. На первых этапах развития социальной помощи нетрудоспособным гражданам акцент был сделан на надомное обслуживание. С учетом этого обстоятельства была разработана квалификационная характеристика социального работника, определены его должностные обязанности. Вместе с тем в реальной социальной помощи нуждаются и пожилые люди и инвалиды, находящиеся в домах-интернатах. До последнего времени организация медико-социальной помощи в этих учреждениях возложена преимущественно на медицинских работников, которые в ущерб организации медицинского обслуживания осуществляют несвойственные им функции по социально-бытовой, социально-психологической и социально-средовой адаптации лиц, находящихся в домах-интернатах. В связи с указанными обстоятельствами возникла необходимость очертить круг обязанностей социальных работников в домах-интернатах и на основании этого показать целесообразность введения этой категории работников в стационарных учреждениях Минсоцзащиты России. На данном этапе развития социальной помощи нетрудоспособным гражданам, проживающим вне стационарных учреждений, деятельность социальных работников сводится к оказанию социально-бытовых услуг. Между тем функции их гораздо шире. По мере создания института социальных работников со специальным образованием нетрудоспособные граждане получат более квалифицированную и разнообразную социальную помощь и поддержку.

История развития и современное состояние социальной помощи инвалидам и лицам пожилого возраста.

Социальная работа в нашей стране как направление и содержание деятельности определенной категории лиц в последние 10 лет стала привычным термином. Некоторыми исследователями приоритет в этой области отводится зарубежным странам. Между тем, России всегда была присуща социальная поддержка нуждающихся в ней граждан. Известны указы Ивана Грозного, Петра I о помощи "сирым и убогим", которые пользовались кровом и пищей в монастырях и богадельнях. В послереволюционный период в России был узаконен патронаж психически больных, находящихся в семьях. История оказания маломобильному населению социальной помощи в России тесно связана с деятельностью Российского Общества Красного Креста. Впервые оно возникло в 1867 году как филантропическое Общество попечения о раненых, больных воинах и военнопленных. В 1879 году оно было переименовано в Российское Общество Красного Креста (РОКК) и в своей деятельности руководствовалось принципами и Уставом Международного Красного Креста, согласно которым было призвано оказывать помощь раненым, больным и военнопленным вне зависимости от их гражданства или подданства, а также оказывать помощь лицам, пострадавшим в результате стихийных бедствий, эпидемий, голода и других событий. Общество было самостоятельной, не зависимой от государства организацией и существовало на пожертвования населения, которые поступали не только в виде денежных средств, но и в виде натуральных видов (одежда, продовольствие, белье и другие предметы первой необходимости).

Общество объединяло 94 общины, в которых на общественных началах трудились 2780 сестер милосердия, занималось подготовкой младшего медицинского персонала, оказывало правовую помощь раненым и военнопленным. Во время первой мировой войны широкое распространение получило новое направление деятельности Общества - бюро справок о военнопленных и отдел, информирующий население о раненых, больных и воинах, пропавших без вести После Октябрьской революции в деятельности Красного Креста произошли серьезные изменения. С 1918 года деятельность РОКК определяется уже не международными принципами, а прежде всего политическими, классовыми задачами государства. Декретом от 6 января 1918 гола все имущество Красного Креста на территории России было объявлено государственной собственностью. С 1919 года, согласно Положения ВЦИК и СНК, РОКК был обязан сосредоточить свою деятельность на " восстановлении здоровья раненых бойцов Красной Армии", что предусматривало сугубо классовый подход. Это повлекло изоляцию РОКК от международного сообщества и превратило его в придаток государственной системы здравоохранения. Деятельность РОКК в военные и послевоенные годы свидетельствует о том, что медико-социальное обслуживание носило, в основном, характер шефства над лицами, проживающими в домах-интернатах, домах для детей-сирот и пр. В отношении отдельных граждан (в основном, инвалидов войны 1 группы) это осуществлялось в виде предоставления одноразовой материальной помощи, в приобретении путевок на санаторно-курортное лечение. Активная работа проводилась по содействию в усыновлении детей-сирот. Начиная с 1960 года при комитетах обществ Красного Креста было создано "Бюро медицинских сестер по обслуживанию больных на дому" в целях оказания помощи органам здравоохранения в медицинском обслуживании и уходе за одинокими престарелыми больными, которые нуждаются в постельном режиме, но не госпитализированы в лечебные учреждения. Для такой работы были организованы специальные курсы, на которых медицинские сестры в течение 2-4 недель проходили специальную подготовку. К каждой районной поликлинике прикреплялось не менее двух патронажных медицинских сестер Красного Креста. Оплата их труда производилась обществом Красного Креста, контроль да их работой осуществлялся старшей медицинской сестрой поликлиники. Задачами патронажных медицинских сестер являлось: выполнение назначений участковых врачей, наблюдение за состоянием здоровья больного, оказание помощи в умывании, приеме пищи, смене белья. Патронажные сестры оказывали также социальные услуги: покупали лекарства, продукты питания, приготавливали пищу, оплачивали коммунальные услуги и пр. Согласно нормативным документам, рабочий день патронажной медицинской сестры составлял 6,5 часов и за это время она была обязана обслужить 5-6 больных.

Однако социально-бытовое обслуживание, осуществляемое санитарными активистами на общественных началах, развивалось слабо. В связи с этим в 1969 году была сделана попытка привлечения к этой работе учащихся медицинских училищ и студентов медицинских институтов, которая на какое-то время оказалась полезной. Потребность в надомном обслуживании постоянно росла, ежегодно увеличивалась численность патронажных медицинских сестер и, кроме того, в 1977 году было принято решение о выделении должностей руководителей групп патронажных медицинских сестер, в примерный перечень обязанностей которых включалось осуществление деловых контактов с соответствующими организациями по решению социально-бытовых вопросов (доставка на дом продуктов, горячих обедов, белья, пенсионные вопросы, устройство престарелых в дома-интернаты, больницы и т.д.). Кроме того, руководители групп непосредственно обслуживали на дому четырех человек, а обязанности активистов Красного Креста были возложены на так называемых младших медицинских сестер, должности которых были введены в штат обществ Красного Креста. В этот период произошло важное событие в системе государственного социального обеспечения. В середине 70-х годов в порядке эксперимента впервые организуется надомное обслуживание пенсионеров в ряде областей силами работников домов-интернатов для престарелых и инвалидов Министерства социального обеспечения (в Свердловской, Ивановской, Куйбышевской областях, Северо-Осетинской АССР). Эта деятельность регламентировалась “Временным положением о порядке организации надомного обслуживания пенсионеров домами-интернатами”.

С этою времени можно говорить о возникновении и развитии новой государственной формы социального обслуживания, а именно социально-бытового обслуживания нетрудоспособных на дому. Для зачисления на надомное обслуживание требовался ряд документов, в том числе справка лечебного учреждения об отсутствии хронических психических заболеваний в стадии выраженного дефекта или глубокой умственной отсталости; туберкулеза в открытой форме; хронического алкоголизма; венерических и инфекционных заболеваний, бактерионосительства. Дом-интернат, на который было возложено обслуживание граждан на дому, должен был оказывать следующие виды услуг:

* доставку продуктов по предварительно разработанному набору один-два раза в неделю (при возможности могла быть организована доставка раз в день горячего обеда и полуфабрикатов на завтрак и ужин);
* стирку и смену постельного белья не реже одного раза в 10 дней, для чего дом-интернат выделял на каждого обслуживаемого три комплекта белья;
* уборку жилого помещения и мест общего пользования;
* доставку медикаментов, оплату коммунальных услуг сдачу вещей в прачечную и химчистку, обувь - в ремонт.

В Положении специально оговаривалось, что "медицинское обслуживание граждан, принятых на надомное обслуживание, производится лечебно-профилактическими учреждениями в общеустановленном порядке". Кроме того, в Положении определялась дифференциация в оплате стоимости оказываемых услуг: лица получавшие пенсию до 50 руб., от оплаты освобождались полностью.

Поскольку надомное обслуживание являлось несвойственной домам-интернатам функцией, вызвавшей разного рода организационные трудности у этих учреждений, возникла необходимость создания самостоятельной службы по оказанию социально-бытовой помощи нетрудоспособным гражданам со специальными структурными подразделениями. Такими структурными подразделениями стали отделения социальной помощи на дому одиноким нетрудоспособным гражданам, которые были организованы при районных отделах социального обеспечения. Их деятельность регламентировалась "Временным положением об отделении социальной помощи на дому одиноким нетрудоспособным гражданам". В положении оговаривалось, что помимо ставших уже традиционными видов социально-бытовой помощи социальные работники должны были при необходимости оказывать помощь в соблюдении личной гигиены, выполнять просьбы, связанные с почтовыми отправлениями, содействовать в получении необходимой медицинской помощи, принимать меры к погребению умерших одиноких пенсионеров. Услуги предоставлялись без взимания какой-либо платы. Положение предусматривало тесное взаимодействие с комитетами Красного Креста с целью организации шефства над одинокими пенсионерами, нуждающимися в медицинском уходе. Социальный работник, входящий в штат отделения социальной помощи, должен был обслуживать на дому 8-10 нетрудоспособных пенсионеров или одиноких инвалидов 1-2 группы. Отделения создавались при наличии не менее 50 нетрудоспособных, нуждающихся в надомном обслуживании. В 1987 году новым нормативным актом были внесены некоторые изменения в деятельность отделений социальной помощи. В основном изменения касались вопросов организации отделений социальной помощи на дому. Более четко был определен контингент лиц, подлежащих надомному обслуживанию, а также предусматривалось, что лица, получающие пенсию в максимальных размерах, вносят плату, составляющую 5 процентов пенсии. Зачисление на надомное обслуживание осуществлялось на основании личного заявления и заключения медицинского учреждения о нуждаемости в таком обслуживании. Таким образом, сложилась ситуация, когда функции социального обслуживания нетрудоспособных на дому одновременно выполняли две организации: государственная - отделения социальной помощи, и в меньшей степени общественная - служба милосердия Красного Креста. При этом во многом совпадали как виды оказываемых социальных услуг, так и круг лиц, которым эти услуги оказывались одновременно и государственной, и общественной организациями.

Таким образом, исторически складывалось, что общественные организации осуществляли те виды деятельности, которые государство в силу отсутствия экономических, материально-технических и организационных причин не имело возможности выполнять. Об этом свидетельствует история развития службы медико-социальной помощи нетрудоспособным гражданам: в послевоенные годы, когда у государства не было сил и средств для развития службы надомного обслуживания, оно развивало систему домов-интернатов для престарелых и инвалидов. В значительной степени развитие индивидуального надомного обслуживания сдерживалось порочными идеологическими установками, согласно которым отдавалось предпочтение развитию коллективных форм предоставления социального обслуживания. Удовлетворение потребности населения в надомном обслуживании частично взяло на себя общество Красного Креста.

Безусловно, служба милосердия снимала остроту проблемы, однако, не решала ее полностью. С годами в результате увеличения абсолютного числа и относительной численности престарелых в обществе, потребность в социально-бытовой помощи этой категории граждан приобрела значительные масштабы: дома-интернаты не могут вместить всех нуждающихся; возрастает число нетрудоспособных, проживающих отдельно от своих родственников; демографические перспективы предполагают дальнейшее увеличение доли лиц старческого возраста в населении - все это обусловило решение задач социального обслуживания нетрудоспособных на государственном уровне, создания государственной системы, государственной службы, непосредственно занятой предоставлением медико-социальных и бытовых услуг на дому.

Социальная работа в России также основана на ряде нормативных актов, регламентирующих порядок работы, объем и виды услуг, нормативы штатов и времени по оказанию услуг. Кроме того, в связи с обострением социально-экономической ситуации в стране, ухудшением материального положения малоимущих граждан был издан Указ Президента Российской Федерации от 26 декабря 1991 года "О дополнительных мерах по социальной поддержке населения в 1992 году", согласно которому были образованы республиканский и территориальные фонды социальной поддержки населения, определен порядок адресного направления гуманитарной помощи и создание территориальных служб срочной социальной помощи. В соответствии с данным Указом приказом Министра социальной защиты населения Российской Федерации от 04.02.1992 г. за № 21 было утверждено "Положение о территориальной службе срочной социальной помощи". Этим документом определялось содержание работы данной службы, которая предназначалась для оказания безотлагательных мер, направленных на временное поддержание жизнедеятельности граждан, остро нуждающихся в социальной поддержке, путем предоставления им различных видов помощи, включающей обеспечение питанием, медикаментами, одеждой, временным жильем и другими видами помощи. К лицам, могущим воспользоваться службой срочной социальной помощи, были отнесены: одинокие граждане, утратившие средства к существованию, одинокие инвалиды и престарелые, несовершеннолетние дети, оставшиеся без надзора и попечения родителей или лиц, их заменяющих, многодетные и неполные семьи и др. В России подготовлены проекты двух законов: "О социальной защите инвалидов" и "О социальном обслуживании лиц пожилого возраста и инвалидов". С принятием этих законов будет обеспечена законодательная база в отношении нетрудоспособных категорий населения. Таким образом, в каждой стране существует ряд нормативных документов, согласно которым осуществляется социальная помощь инвалидам и лицам пожилого возраста. В указанных документах излагаются льготы для пожилых людей и инвалидов при получении социальной поддержки, обозначены права пожилых граждан на получение этих льгот, указаны пути их реализации. Задача социальных работников состоит в том, чтобы овладеть этой информацией, довести ее до сведения лиц, которых они обслуживают и ,. при необходимости помочь им воспользоваться теми льготами, которые им положены по закону. В известной степени, социальные работники должны освоить основы правовой, системы в отношении инвалидов и пожилых граждан. Таким образом, как показывает анализ развития социальной помощи в России, социальную работу в современном ее понимании отождествляли с социальным обслуживанием пожилых людей и инвалидов, нуждающихся в поддержке. Со временем выявились новые объекты деятельности работников социальной службы (семья, трудные подростки и др.), что отразилось не только на расширении круга задач социальной работы, но и на введении новых направлений. Теперь уже недостаточно, да и неправомерно говорить только о социальном обслуживании тех или иных категорий населения. Социальная работа вобрала в себя методы и приемы, используемые психологами, психотерапевтами, педагогами и другими специалистами, соприкасающимися с судьбами людей, их социальным положением, экономическим благосостоянием, морально-психологическим статусом. С теоретических позиций социальная работа может рассматриваться как проникновение в потребностную сферу человека (семьи, коллектива, общества и т.д.) и попытка ее удовлетворения. Между тем высказываются соображения о более широких задачах социальной работы по взаимодействию социального работника с окружающей средой. При этом социальному работнику отводится роль способствовать расширению компетенции людей, а также развитию их способностей в плане решения жизненных проблем; помогать людям получить доступ к ресурсам; побуждать организации внимательно относиться к людям; способствовать взаимодействию между отдельными людьми и теми, кто их окружает; добиваться взаимосвязи между организациями и учреждениями, оказывающими социальную помощь и поддержку; оказывать влияние на социальную политику и политику в области окружающей среды.

Формы и методы решения социальных проблем инвалидов.

Исторически понятия “инвалидность” и “инвалид” в России связывались с понятиями “нетрудоспособность” и “больной”. И нередко методические подходы к анализу инвалидности заимствовались из здравоохранения, по аналогии с анализом заболеваемости. Представления о происхождении инвалидности укладывались в традиционные схемы “здоровье - заболеваемость” (хотя, если быть точным, заболеваемость - показатель нездоровья) и “больной - инвалид”. Последствия таких подходов создавали иллюзию мнимого благополучия, так как относительные показатели инвалидности на фоне естественного прироста населения улучшались, из-за чего реальные стимулы к поиску истинных причин роста абсолютного числа инвалидов отсутствовали. Лишь после 1992 года в России произошел перекрест линий рождаемости и смертности, и явления депопуляции нации приобрели отчетливый характер, сопровождаясь устойчивым ухудшением показателей инвалидности, возникли серьезные сомнения в правильности методологии статистического анализа инвалидности. Специалисты долгое время рассматривали понятие “инвалидность”, отталкиваясь преимущественно от биологических предпосылок, расценивая ее возникновение в основном как следствие неблагоприятного исхода лечения. В связи с этим социальная сторона проблемы была сужена до нетрудоспособности, как основном показателе инвалидности. Поэтому основной задачей врачебно-трудовых экспертных комиссий было определение того, какую профессиональную деятельность освидетельствуемый не может выполнять, а что может - определялось на основе субъективных, преимущественно биологических, а не социально-биологических критериев. Понятие “инвалид” сужалось до понятия “неизлечимо больной”. Таким образом, социальная роль человека в действующем правовом поле и конкретных экономических условиях отступала на второй план, и понятие “инвалид” не рассматривалось с точки зрения многопрофильной реабилитации, использующей социальные, экономические, психологические, образовательные и другие необходимые технологии. С начала 90-х годов традиционные принципы государственной политики, направленной на решение проблем инвалидности и инвалидов в связи со сложной социально-экономической ситуацией в стране утратили свою эффективность. Надо было создавать новые, приводить их в соответствие с нормами международного права. В настоящее время инвалид характеризуется как лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты (Федеральный закон “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации”,1995). Инвалидность является одним из важнейших показателей социального неблагополучия населения, отражает социальную зрелость, экономическую состоятельность, нравственную полноценность общества и характеризует нарушение взаимосвязей человеком-инвалидом и обществом. Учитывая тот факт, что проблемы инвалидов затрагивают не только их личные интересы, но и в определенной степени касаются их семей, зависят от уровня жизни населения и других социальных 3факторов, можно констатировать, что их решение лежит в общенациональной, а не узковедомственной плоскости и во многом определяет лицо социальной политики государства.

В целом инвалидность как проблема деятельности человека в условиях ограниченной свободы выбора, включает в себя несколько основных аспектов: правовой; социально-средовой; психологический; общественно-идеологический; производственно-экономический; анатомо-функциональный.

Правовой аспект решения проблем инвалидов.

Правовой аспект предполагает обеспечение прав, свобод и обязанностей инвалидов.

Президентом России подписан Федеральный закон “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации”. Тем самым особо уязвимой части нашего общества даны гарантии социальной защиты. Безусловно, основополагающие законодательные нормы, регулирующие положение инвалида в обществе, его права и обязанности являются необходимыми атрибутами любого правового государства. Поэтому вступление в силу этого Закона надо только приветствовать. История его началась еще в 1989 году. Тогда, в декабре, по предложению Центрального правления ВОЙ, на сессии Верховного Совета СССР был принят Закон “Об основах социальной защищенности инвалидов”. Но в связи с распадом Союза ему не довелось поработать на них. И вот новый Закон вступил в силу. Хотя он содержит некоторые погрешности и нуждается в определенной доработке. Например, в части распределения полномочий между федеральными органами власти и органами власти субъектов Федерации. Но появление такого документа - событие значительное, и прежде всего для миллионов российских инвалидов, получивших, наконец, “свой” закон. Ведь чтобы выжить, они должны располагать экономическими, социальными и правовыми гарантиями. И вышедший закон определенный объем таких гарантий устанавливает. Следует отметить три принципиальных положения, составляющих основу Закона. Первое - это наличие у инвалидов особых прав на определенные условия для получения образования; обеспечение средствами передвижения; на специализированные жилищные условия; первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства, и другие. Например, жилые помещения будут теперь предоставляться инвалидам, семьям, имеющим детей-инвалидов, с учетом состояния здоровья и других обстоятельств. Инвалиды имеют право на дополнительную жилплощадь в виде отдельной комнаты в соответствии с перечнем заболеваний, утвержденным правительством РФ. При этом она не считается излишней и подлежит оплате в одинарном размере. Или другой пример. Вводятся особые условия для обеспечения занятости инвалидов. Теперь для предприятий, учреждений, организаций, независимо от форм собственности, имеющих численность работников более 30 человек, устанавливается квота для приема на работу инвалидов - в процентах к среднесписочной численности работников (но не менее трех процентов).

Второе немаловажное положение - это право инвалидов быть активными участниками всех тех процессов, которые касаются принятия решений относительно их жизнедеятельности, статуса и т.д. Теперь федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов РФ должны привлекать полномочных представителей общественных объединений инвалидов для подготовки и принятия решений, затрагивающих интересы инвалидов. Решения, принятые с нарушением этой нормы, могут быть признаны недействительными в судебном порядке. Третье положение провозглашает создание специализированных государственных служб: медико-социальной экспертизы и реабилитации. Они призваны формировать систему обеспечения относительно независимой жизнедеятельности инвалидов. При этом среди функций, возлагаемых на государственную службу медико-социальной экспертизы, - определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты; определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание; уровня и причин инвалидности населения и др. Закон обращает внимание на основные направления решения проблем инвалидов. В частности, в нем говорится об их информационном обеспечении, вопросах учета, отчетности, статистики, потребностях инвалидов, о создании безбарьерной среды жизнедеятельности.

Создание реабилитационной индустрии как промышленной базы системы социальной защиты инвалидов предполагает производство специализированных средств, облегчающих труд и быт инвалидов, предоставление соответствующих реабилитационных услуг и при этом частичное обеспечение их трудовой занятости. Закон говорит о создании комплексной системы многопрофильной реабилитации инвалидов, включающей медицинский, социальный и профессиональный аспекты. Затрагивает он и проблемы подготовки профессиональных кадров для работы с инвалидами, в том числе и из самих инвалидов. Важно, что эти же направления уже более детально разработаны в Федеральной комплексной программе “Социальная поддержка инвалидов”. Собственно, с выходом Закона можно говорить о том, что Федеральная комплексная программа получила единую законодательную базу. Теперь предстоит серьезная работа над тем, чтобы Закон работал. Предполагается, что специализированные государственные службы будут создаваться при Минсоцзащиты. А пока приказом министра Людмилы Безлепкиной создана рабочая группа, намечается план ее работы.

Социально-средовой аспект.

Социально-средовой включает в себя вопросы, связанные с микросоциальной средой (семья, трудовой коллектив, жилище, рабочее место и т.д.) и макросоциальным окружением (градообразующая и информационная среды, социальные группы, рынок труда и т.д.).

Особую категорию "объектов" обслуживания социальными работниками представляет семья, в которой имеется инвалид, либо пожилой человек, нуждающийся в посторонней помощи. Семья такого рода является микросредой, в которой живет нуждающийся в социальной поддержке человек. Он как бы вовлекает ее в орбиту обостренной потребности в социальной защите. Специально проведенным исследованием установлено, что из 200 семей с нетрудоспособными членами в 39,6% имеются инвалиды. Для более эффективной организации социального обслуживания социальному работнику важно знать причину инвалидности, которая может быть обусловлена общим заболеванием (84,8%), связана с пребыванием на фронте (инвалиды войны - 6,3%), либо являются инвалидами с детства (6,3%). Принадлежность инвалида к той или иной группе связана с характером льгот и привилегий. Роль социального работника состоит в том, чтобы, опираясь на осведомленность в этом вопросе, способствовать реализации льгот в соответствии с существующим законодательством. При подходе к организации работы с семьей, имеющей инвалида либо пожилого человека, для социального работника важно определить социальную принадлежность этой семьи, установить ее структуру, (полная, неполная). Значение указанных факторов очевидно, с ними связана методика работы с семьей, от них зависит и различный характер потребностей семьи. Из 200 обследованных семей 45,5% были полными, 28,5% - неполными (в которых преимущественно мать и дети), в 26% - одинокие, среди которых преобладали женщины (84,6%).

Оказалось, что роль социального работника как организатора, посредника, исполнителя наиболее значима для этих семей в таких сферах: морально-психологическая поддержка, медицинская помощь, социально-бытовое обслуживание. При оценке нуждаемости морально-психологической поддержки из всех ее видов наиболее актуальными для всех семей оказались следующие: организация связи с органами социального обеспечения (71,5% ), осуществление контактов с общественными организациями (17%) и восстановление связей с трудовыми коллективами (17%). В организации контактов с органами социального обеспечения из полных семей нуждается 60,4%, из неполных - 84,2%, одинокие в 76,9%. В осуществлении связей с общественными организациями нуждаются соответственно - 27,5%, 12,3%, 3,8% семей. В восстановлении "связей с трудовыми коллективами нуждаются 19,8% полных семей, 5,9% неполных и 26,9% одиноких лиц. Крайне небольшое число семей (4,5%) из числа обследованных нуждается в реализации прав на льготы. Возможно, это объясняется недостаточной информированностью членов семьи о льготах, которые имеют инвалиды. Еще в меньшей степени семьи, имеющие в своем составе инвалидов, нуждаются в устранении конфликтных ситуаций (3,5%) и в психолого-педагогической поддержке. По-видимому, невостребованность такого рода помощи можно объяснить непривычностью для нашего общества вмешательства в интимную среду семьи, необычностью постановки вопроса, то есть несформированностью потребности. При анализе нуждаемости в организации медицинского обслуживания 71% семей испытывает необходимость в наблюдении участкового врача, почти половина семей (49,5%) нуждаются в консультациях узких специалистов, а 17,5% - в диспансерном наблюдении. В полных семьях ранговые места в потребности указанных видов медицинской помощи несколько иные: на первом месте (50,7%) стоит нуждаемость в наблюдении участкового врача, на втором (40%) - в диспансерном наблюдении, на третьем (30,3%) - в консультациях узких специалистов. В неполных семьях наибольшая нуждаемость (37,4%) в диспансерном наблюдении, 35,4% семей нуждаются в консультациях узких специалистов и 26,7% - в наблюдении участкового врача. У одиноких преобладает нуждаемость в консультациях узких специалистов (34,3%) и в равной степени (по 22,5%) в наблюдении участкового врача и диспансерном наблюдении.

Установлено, что наибольшая нуждаемость обследованных семей касается социально-бытовых услуг. Это объясняется тем, что нетрудоспособные члены семей ограничены в своей подвижности, нуждаются в постоянном постороннем уходе и "привязывают" к себе здоровых, которые не могут осуществлять доставку продуктов, медикаментов и оказывать им различные другие бытовые услуги, связанные с выходом из дома. Кроме того, в настоящее время это можно объяснить и социальной напряженностью, трудностями продовольственного обеспечения и в получении бытовых услуг. В связи с этими обстоятельствами резко возрастает роль социального работника. При оценке нуждаемости семей в организации социально-бытового обслуживания выявлено следующее. Наибольшая потребность у всех обследованных семей касается услуг прачечной (88,5%), химчистки (82,5%), обувной мастерской (64,6%). Выявлена также нуждаемость в уборке квартиры (27% семей), ремонте жилища (24,5%), в равной степени (у 20,5% семей) - в доставке продуктов и медикаментов. Сравнительный анализ различных категорий семей показал, что у одиноких по сравнению с другими семьями отмечается повышенная нуждаемость в доставке продуктов (50%), в уборке квартиры (46,2%), в доставке медикаментов (40,4%).

Полученные данные показывают, что нуждаемость семей, в состав которых входят нетрудоспособные члены, определяется социально-экономическим положением в стране, с одной стороны, и ограниченными возможностями самообеспечения инвалидов, с другой. По-видимому, в связи с социально-экономической ситуацией находится и нуждаемость обследованных семей в прикреплении пожилого человека к центру социального обслуживания, где он получает бесплатное питание, медицинскую помощь, а также возможность, общения. Из всех изученных семей в такой помощи нуждаются 33,5%. Наибольшая потребность в этом у одиноких, почти половина из них (48,1%) нуждаются в посещении центра социального обслуживания. Из неполных семей нуждаются в этой помощи 33,3%. Роль социального работника в этом последнем случае заключается не только в выявлении нуждающихся в помощи центра социального обслуживания, но и с учетом материального положения семьи - в определении кратности прикрепления пожилого человека к данному учреждению.

Этими обстоятельствами не только определяются функции социального работника, но и его престижность. Таким образом, оказалось, что наибольшая нуждаемость в социальной защите всех обследованных семей в настоящее время группируется вокруг социально-бытовых проблем, наиболее уязвимые с точки зрения социальной защиты одинокие нетрудоспособные граждане нуждаются в доставке продуктов и медикаментов, уборке квартиры, прикреплении к центрам социального обслуживания. Невостребованность морально-психологической поддержки семей объясняется несформированностью потребностей такого рода, с одной стороны, и сложившимися национальными традициями в России, с другой. Оба эти фактора взаимосвязаны. Необходимо формирование сферы деятельности социального работника. Помимо тех обязанностей, которые изложены в нормативных документах, квалификационной характеристике, с учетом современной ситуации важно не только выполнение организационных, посреднических функций. Определенную актуальность приобретают иные виды деятельности, среди которых: информированность населения о возможности более широкого пользования услугами социального работника, формирование потребностей населения (в условиях рыночной экономики) в защите прав и интересов нетрудоспособных граждан, реализация морально-психологической поддержки семьи и др. Таким образом, роль социального работника во взаимодействии с семьей, имеющей инвалида либо пожилого человека, имеет много аспектов и может быть представлена в виде ряда последовательных этапов. Началу работы с семьей такого рода должно предшествовать выявлений этого "объекта" воздействия социального работника. С целью полного охвата семей с пожилым человеком и инвалидом, нуждающихся в помощи социального работника, необходимо использовать специально разработанную методику.

Психологический аспект.

Психологический аспект отражает как личностно-психологическую ориентацию самого инвалида, так и эмоционально-психологическое восприятие проблемы инвалидности обществом. Инвалиды и пенсионеры относятся к категории так называемого маломобильного населения и являются наименее защищенной, социально уязвимой частью общества. Это связано прежде всего с дефектами их физического состояния, вызванного заболеваниями, приведшими к инвалидности, а также с имеющимся комплексом сопутствующей соматической патологии и с пониженной двигательной активностью, характерными для большинства представителей старших возрастов. Кроме того, в значительной степени социальная незащищенность этих групп населения связана с наличием психологического фактора, формирующего их отношение к обществу и затрудняющего адекватный контакт с ним. Психологические проблемы возникают при изолированности инвалидов от внешнего мира, как вследствие имеющихся недугов, так и в результате неприспособленности окружающей среды для инвалидов на кресло-колясках, при разрыве привычного общения в связи с выходом на пенсию, при наступлении одиночества в результате потери супруга, при заострении характерологических особенностей в результате развития склеротического процесса, характерного для пожилых людей. Все это ведет к возникновению эмоционально-волевых расстройств, развитию депрессии, изменениям поведения.

Старость - особый период в жизни человека, когда либо вовсе не строятся далеко идущие планы, либо они резко суживаются и ограничиваются витальными потребностями. Это период, когда появляется множество старческих недугов, которые обусловлены не только, а может быть и не столько наличием хронической соматической патологии. Снижение жизненного тонуса, лежащего в основе всевозможных недугов, в значительной степени объясняется психологическим фактором - пессимистической оценкой будущего, бесперспективностью существования. При этом, чем глубже самоанализ, присущий данной личности, тем сложнее и болезненнее психологическая перестройка. На состояние жизненного тонуса оказывает влияние и способ реагирования на соматические ощущения, которые также связаны с особенностями личности пожилого человека. Особенно чреват в этом возрасте "уход в болезнь". При подходе к процессам старения и старости рассматриваются две стороны этой проблемы: - особенности психической деятельности, обусловленные возрастными изменениями мозговой деятельности, то есть биологическими процессами старения; - психологические феномены, представляющие собой реакции стареющего человека на эти изменения или на новую (внутреннюю или внешнюю) ситуацию, сложившуюся под влиянием биологических и социальных факторов. Изменения, происходящие в старости в области психической сферы, наблюдаются на различных уровнях: личностном, функциональном, органическом. Знание этих особенностей очень важно для социальных работников, так как позволяет им оценить ситуацию общения с пожилыми людьми, скорректировать свои психологические реакции и прогнозировать ожидаемые результаты.

Личностные изменения, расцениваемые как признаки биологически обусловленного старения, выражаются в усилении и заострении прежних свойств личности, с одной стороны, и в развитии общих, собственно возрастных нивелирующих черт, с другой. Первая группа изменений проявляется в том, что, на- пример, бережливый становится скупым, недоверчивый - подозрительным и т.д. Вторая группа личностных изменений выражается в появлении ригидности, нетерпимости, консерватизма в отношении всего нового при одновременной переоценке прошлого, склонности к нравоучительству, ранимости, обидчивости. Старческим изменениям личности присуща своеобразная полярность: так, наряду с упрямством и ригидностью суждений наблюдается повышенная внушаемость и легковерие, наряду со снижением эмоциональности и отзывчивости - повышенная сентиментальность, слабодушие, склонность к умилению, наряду с переживанием чувства одиночества - нежелание контактировать с окружающими. Помимо личностных изменений, связанных с процессами старения, важно также иметь в виду изменения психических функций. К ним относятся нарушения памяти, внимания, эмоциональной сферы, психомоторной деятельности, ориентировки и в целом - нарушение адаптационных механизмов.

Особую значимость при общении с лицами старшего возраста приобретает знание социальным работником особенностей расстройств памяти. При относительной сохранности памяти на события многолетней давности в старости страдает память на недавние события, нарушается кратковременная память. Это может негативным образом отразиться на отношениях пожилого человека с обслуживающим его социальным работником, когда возникают претензии к качеству услуг, длительности и количеству посещений и т.д. Внимание в пожилом возрасте характеризуется неустойчивостью, отвлекаемостью. В эмоциональной сфере преобладает сниженный фон настроения, склонность к депрессивным реакциям, слезливости, фиксации на обидах. Для пожилого человека характерно замедление темпов психической деятельности, медлительность и неловкость моторики, снижена способность ориентировки в окружающем. Ломка адаптационного механизма, свойственная пожилому возрасту, сказывается в новых условиях (при смене места жительства, привычного окружения, при необходимости осуществления контактов в непривычной обстановке и т.д.). При этом возникают реакции дезадаптации, которые имеют различную степень выраженности - от личностных до клинически очерченных. Психические изменения в пожилом возрасте, связанные с патологическими процессами, проявляются в различных (нозологических) заболеваниях, характерных для пожилого и старческого возраста. К ним относятся клинические проявления деменций, бредовых и аффективных расстройств. Диагностика этих состояний является прерогативой врача. Роль социального работника, имеющего постоянный контакт с пожилыми людьми, состоит в том, чтобы будучи элементарно информированными о таких состояниях, уметь выявить признаки заболеваний и организовать помощь специалиста.

Общественно-идеалогический аспект.

Общественно-идеологический аспект определяет содержание практической деятельности государственных институтов и формирования государственной политики в отношении инвалидов и инвалидности. В этом смысле необходимо отказаться от господствующего взгляда на инвалидность, как показателя здоровья населения, а воспринимать его как показатель эффективности социальной политики, и осознавать, что решение проблемы инвалидности - во взаимодействии инвалида и общества.

Развитие социальной помощи на дому является не единственной формой социального обслуживания нетрудоспособных граждан. С 1986 года начали создаваться так называемые Центры социального обслуживания пенсионеров, в состав которых помимо отделений социальной помощи на дому вошли совершенно новые структурные подразделения - отделения дневного пребывания. Целью организации таких отделений было создание своеобразных центров досуга для пожилых людей, независимо от того, проживают они в семьях или одиноки. Предусматривалось, что в такие отделения люди будут приходить утром, а вечером возвращаться домой; в течение дня они будут иметь возможность находиться в уютной обстановке, общаться, содержательно проводить время, участвовать в различных культурно-массовых мероприятиях, получать одноразовое горячее питание и при необходимости доврачебную медицинскую помощь. Основной задачей деятельности таких отделений является помощь пожилым людям в преодолении одиночества, замкнутого образа жизни, наполнение существования новым смыслом, формирование активного образа жизни, частично утраченного в связи с выходом на пенсию.

Исследование мотивов посещения отделения дневного пребывания показало, что ведущим для подавляющего большинства лиц является желание общаться (76,3%), вторым по значимости является возможность получения бесплатного или по льготной стоимости обеда (61,3%); третьим в иерархии мотивов является желание содержательно проводить свой досуг (47%). Такие мотивы, как стремление избавить себя от процесса приготовления пищи (29%) и неудовлетворительная материальная обеспеченность (18%) не занимают ведущего положения у основного контингента посещающих отделение. В то же время почти у половины граждан (46,7%) имеются еще и другие мотивы, привлекающие их в отделение дневного пребывания. Так, ежедневное посещение заставляет их "быть в тонусе", "дисциплинирует", "наполняет жизнь новым смыслом", "позволяет расслабиться". У отдельных граждан длительное посещение отделения способствовало существенному улучшению состояния здоровья (урежение приступов бронхиальной астмы, сосудистых кризов и др.). Положительное воздействие на эмоциональную сферу оказывает уютная обстановка, доброжелательность работников отделения, а также возможность в любой момент получить медицинскую помощь, заниматься лечебной физкультурой.

В последние годы в ряде Центров социального обслуживания появилось новое структурное подразделение - Служба срочной социальной помощи. Она предназначена для оказания неотложной помощи разового характера, направленной на поддержание жизнедеятельности граждан, остро нуждающихся в социальной поддержке. Организация такой службы была вызвана изменением социально-экономической и политической ситуации в стране, появлением большого числа беженцев из горячих точек бывшего Советского Союза, бомжей, а также необходимостью оказывать срочную социальную помощь гражданам, оказавшимся в экстремальных ситуациях в связи с природными катаклизмами и т.д. В соответствии с нормативным документом, Служба срочной социальной помощи должна размещаться в специально отведенном помещении, имеющем все виды коммунального благоустройства, складские помещения для хранения предметов натуральной помощи (одежды, обуви, постельного белья, набора лекарственных препаратов и перевязочных средств для оказания срочной доврачебной помощи и др.), иметь телефонную связь. Основными направлениями деятельности Службы являются: - предоставление необходимой информации и консультаций по вопросам социальной помощи; - обеспечение бесплатным горячим питанием или продуктовыми наборами (по талонам в закрепленном предприятии общественного питания; талоны могут выдаваться на одно посещение столовой либо, после обследования социально-бытовых условий потерпевшего сроком на месяц); - предоставление одежды, обуви и других предметов первой необходимости; - оказание материальной помощи; - содействие в получении временного жилья (в ряде случаев совместно с иммиграционной службой); - направление граждан в соответствующие органы и службы для квалифицированного и полного разрешения их вопросов; - оказание экстренной психологической помощи, в том числе, по "телефону доверия"; - оказание других видов помощи, обусловленных региональными особенностями (в том числе, срочной юридической помощи инвалидам и лицам старших возрастов, не имеющих возможности получить услуги государственной юридической службы).

Производственно-экономический аспект.

Производственно-экономический аспект связан главным образом с проблемой формирования промышленной основы социальной защиты населения и рынка реабилитационных изделий и услуг. Такой подход позволяет ориентироваться на увеличение доли инвалидов, способных к частичной или полной самостоятельной профессиональной, бытовой и общественной деятельности, создание системы адресного удовлетворения их потребностей в реабилитационных средствах и услугах., а это в свою очередь будет способствовать их интеграции в общество. Сохранение же государственной монополии на обеспечение инвалидов реабилитационными изделиями приводит к неоправданной экономической нагрузке на “активную” часть населения и служит основанием для продолжения так называемой “льготной” политики, ведущей к постоянному увеличению диспропорции между истинной потребностью инвалидов и возможностями их удовлетворения.

Анатомо-функциональный аспект.

Анатомо-функциональный аспект инвалидности предполагает формирование такой социальной среды (в физическом и психологическом смыслах), которая выполняла бы реабилитационную функцию и способствовала развитию реабилитационного потенциала инвалида. Таким образом, с учетом современного понимания инвалидности предметом внимания государства при решении этой проблемы должны быть не нарушения в организме человека, а восстановление его социально-ролевой функции в условиях ограниченной свободы. Основной акцент при решении проблем инвалидов и инвалидности смещается в сторону реабилитации, опирающейся, прежде всего, на социальные механизмы компенсации и адаптации. Таким образом, смысл реабилитации инвалидов заключается в комплексном многопрофильном подходе к восстановлению способностей человека к бытовой, общественной и профессиональной деятельности на уровне, соответствующем его физическому, психологическому и социальному потенциалу с учетом особенностей микро- и макросоциального окружения. Конечной целью комплексной многопрофильной реабилитации, как процесса и системы, является предоставление человеку с анатомическими дефектами, функциональными нарушениями, социальными отклонениями возможности относительно независимой жизнедеятельности. С этой точки зрения реабилитация предотвращает нарушение связей человека с окружающим миром и выполняет профилактическую функцию по отношению к инвалидности.

Для этой цели есть дома-интернаты для детей с физическими недостатками. В этих учреждениях сосредоточен самый тяжелый контингент детей с поражением опорно-двигательного аппарата. Основная цель этих учреждений - осуществление медико-социальной реабилитации детей-инвалидов посредством непрерывной интенсивной восстановительной терапии и протезирования, психологической коррекции, школьного и трудового обучения, профессиональной подготовки и последующего рационального трудоустройства. Дома-интернаты для детей с физическими недостатками расположены либо в школьных зданиях, построенных по разным типовым проектам, либо в приспособленных помещениях, что негативно сказывается на возможностях развертывания в этих учреждениях реабилитационных мероприятий.

Большое значение в активизации детей-инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата приобретает спортивно-оздоровительная работа, которая не ограничивается пределами дома-интерната. Здесь необходимы контакты с органами и учреждениями, которые организуют инвалидный спорт. В продвижении инвалидов в участии в спортивных состязаниях может помочь социальный работник. В домах-интернатах для детей с физическими недостатками осуществляется трудовое обучение. Для его организации имеются учебно-производственные мастерские двух-трех профилей, чаще всего это столярное и швейное дело. Для профессионального обучения разработаны программы обучения профессиям бухгалтера, машинописи с основами делопроизводства, декоративно-прикладного искусства. От уровня профессиональной подготовки во многом зависит последующая их адаптация и трудоустройство.

Подростки, готовящиеся к выписке из дома-интерната, должны быть осведомлены о различных житейских проблемах (трудоустройство, получение жилья и др.) и вооружены знанием о путях их разрешения. Роль социального работника состоит в том, чтобы помочь молодым инвалидам преодолеть трудности интеграции в общество. Здесь важна не только информация, советы, но и действенная помощь, участие в получении специализированного жилья, установление вспомогательных приспособлений и устройств в квартирах для инвалидов, помощь при трудоустройстве, получении льгот и т.д. Социальный работник становится истинным помощником инвалида, вступающего в открытое общество.

Комплексное решение проблемы инвалидности.

Комплексное решение проблемы инвалидности предполагает ряд мероприятий. Надо начать с изменения содержания базы данных об инвалидах в государственной статистической отчетности с акцентом на отражение структуры потребностей, круга интересов, уровня притязаний инвалидов, их потенциальных способностей и возможностей общества, с внедрения современных информационных технологий и техники для принятия объективных решений. Необходимо также создавать систему комплексной многопрофильной реабилитации, направленную на обеспечение относительно независимой жизнедеятельности инвалидов. Крайне важно развитие промышленной основы и подотрасли системы социальной защиты населения, производящей изделия, облегчающие быт и труд инвалидов. Должен появиться рынок реабилитационных изделий и услуг, определяющий спрос и предложение на них, формирующий здоровую конкуренцию и способствующий адресному удовлетворению потребностей инвалидов. Не обойтись без реабилитационной социально-средовой инфраструктуры, способствующей преодолению инвалидами физических и психологических барьеров на путях восстановления связей с окружающим миром. И, конечно же, нужна система подготовки специалистов, владеющих методами реабилитационно-экспертной диагностики, восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной деятельности, способами форм3ирования механизмов макросоциального окружения с ним. Решение этих задач позволит наполнить новым содержанием деятельность создаваемых в настоящее время государственных служб медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социальная работа как важнейший раздел деятельности в области обслуживания пожилых людей и инвалидов в последние годы приобретает все большую актуальность. Хотя социальная забота государства и общества по отношению к инвалидам и старым больным людям в России проявлялась всегда, никогда ранее не обсуждался и не решался вопрос о специалистах, которые осуществляли бы эту деятельность. Социальная работа (в широком смысле этого слова) с такими категориями лиц, как инвалиды и пожилые люди, проводилась систематически в органах и учреждениях социального обеспечения (социальной защиты). В числе осуществляющих эту деятельность были работники домов-интернатов, Центров социального обслуживания, муниципальных и территориальных органов управления. Социальным работникам со времени введения этих должностей отводится специфическая роль, которая определяется и типом учреждения, и характером оказываемых услуг, и целями (задачами), и ожидаемыми результатами. Место деятельности социального работника в связи с указанными обстоятельствами как бы перемещается, оно динамично.

Вместе с тем, по мере внедрения в систему социальной защиты работников данной категории расширяются их функции. Деятельность социальных работников распространяется на все категории инвалидов и пожилых людей, находящихся и в населении (в том числе и в семьях), и в домах-интернатах. При этом особенно вырисовывается специфика деятельности социальных работников. В одних случаях она носит характер организации помощи различных служб (медицинской помощи, юридических консультаций и т.д.), в других она приобретает морально-психологический аспект, в третьих - характер коррекционно-педагогической деятельности и т.д. Необходимо подчеркнуть, что помимо непосредственных "потребителей" (инвалидов, пожилых людей) сфера деятельности социальных работников распространяется и на обслуживающий персонал, например, в домах-интернатах, с которым социальным работникам приходится взаимодействовать. В этой связи приобретает особую значимость уровень образования социальных работников, их профессионализм, знание психологических особенностей инвалидов и пожилых людей. В связи с широкими и разнообразными функциями социальных работников в обслуживании пожилых людей, возникает потребность в этих специалистах с различным уровнем образования.

Для той категории инвалидов и пожилых людей, которые находятся в населении, диапазон деятельности социальных работников охватывает большой круг задач, начиная от оказания социально-бытовой помощи и кончая психолого-педагогической коррекцией и морально-психологической поддержкой. Для инвалидов и пожилых людей, находящихся в стационарных учреждениях, деятельность социальных работников также имеет широкий диапазон, начиная от социально-бытовой адаптации в домах-интернатах и кончая интеграцией инвалидов в общество. В данной реально существующей ситуации с обслуживанием пожилых людей и инвалидов в разных условиях их проживания существует настоятельная необходимость введения в штат стационарных учреждений социальных работников с целью совершенствования социальной поддержки нетрудоспособных граждан.