

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ «БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МАКСИМА ТАНКА»

Факультет социально-педагогических технологий

Кафедра социальной работы

(рег. № УМ 23-03-№ 34 – 2019 г.)

СОГЛАСОВАНО

Заведующий кафедрой
социальной работы

Ю.В. Врублевский Ю.В. Врублевский

26.12 2019 г.

СОГЛАСОВАНО

Декан факультета социально-
педагогических технологий БГПУ
В.В. Мартынова В.В. Мартынова

26 2019 г.



УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

РЕАБИЛИТОЛОГИЯ

для специальности:

1-86 01 01- 01 Социальная работа (социально-педагогическая деятельность)

Составители:

Г.Ф. Бедулина – доцент кафедры социальной работы УО «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка», кандидат социологических наук, доцент.

Рассмотрено и утверждено
на заседании Совета БГПУ

26 декабря 2019 г., протокол № 4

СОДЕРЖАНИЕ

КРАТКИЙ КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЗАНЯТОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ И ТРУДОУСТРОЙСТВО МОЛОДЕЖИ»

Тема 1. Реабилитология как отрасль социального знания

Лекция 1. Тема 1. Реабилитология как отрасль социального знания

Тема 2. Реабилитация в системе социальной работы. Виды реабилитации

Лекция 2. Тема 2. Реабилитация в системе социальной работы. Виды реабилитации

Тема 3. Сущность и содержание социальной реабилитации

Лекция 3. Сущность и содержание социальной реабилитации

Тема 6. Социальная реабилитация детей, нуждающихся в государственной защите

Лекция 4. Социальная реабилитация детей, нуждающихся в государственной защите

Тема 7. Социальная реабилитация инвалидов и их семей

Лекция 5. Социальная реабилитация инвалидов и их семей

Тема 8. Социальная работа по профессиональной ориентации и трудоустройству людей с особенностями психофизического развития

Лекция 6. Социальная работа по профессиональной ориентации и трудоустройству людей с особенностями психофизического развития

Тема 9. Социальная реабилитация пожилых людей

Лекция 7. Социальная реабилитация пожилых людей

Тема 10. Социальная реабилитация лиц с алкогольной и наркотической зависимостью

Лекция 8. Социальная реабилитация лиц с алкогольной и наркотической зависимостью

Тема 14. Организация социальной реабилитации: отечественный и зарубежный опыт

Лекция 9. Организация социальной реабилитации: отечественный и зарубежный опыт

ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ. Задания по управляемой самостоятельной работе студентов

**РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ. Материалы итоговой аттестации
ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ**

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И
ВЫПОЛНЕНИЮ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

ТРЕБОВАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СРЕДСТВ ДИАГНОСТИКИ РЕЗУЛЬТАТОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ РЕФЕРАТА

Критерии оценки результатов учебной деятельности обучающихся в учреждениях высшего образования по десятибалльной шкале

2. КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «РЕАБИЛИТОЛОГИЯ»

Тема 1. Реабилитология как отрасль социального знания

Лекция 1. Тема 1. Реабилитология как отрасль социального знания

План лекции:

1. Реабилитология как отрасль социального знания и направление современной медицины.
2. Цель, задачи, принципы реабилитологии как отрасли знания.
3. Сущность и содержание реабилитации как процесса и результата. Отличие реабилитации от лечения.
4. Показания и противопоказания к реабилитации. Теория раннего вмешательства.
5. Комплексный подход к реабилитации.

Реабилитация – это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами. Цель реабилитации - эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество; восстановление личностных свойств человека.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает очень близкое к этому определение реабилитации: «Реабилитация представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут». Термин реабилитация происходит от латинского слова *habilis* - «способность», *rehabilis* - «восстановление способности».

По мнению ВОЗ, реабилитация является процессом, направленным на всестороннюю помощь больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности.

Таким образом, реабилитацию следует рассматривать как сложную социально-медицинскую проблему, которую можно подразделить на несколько видов, или аспектов: медицинская, физическая, психологическая, профессиональная (трудовая) и социально-экономическая.

Главной задачей медицинской реабилитации является полноценное восстановление функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата (ОДА), а также развитие компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни и труду.

К частным задачам реабилитации относятся:

- восстановление бытовых возможностей больного, т. е. способности к передвижению, самообслуживанию и выполнению несложной домашней работы;

- восстановление трудоспособности, т.е. утраченных инвалидом профессиональных навыков путем использования и развития функциональных возможностей двигательного аппарата;
- предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, т.е. осуществление мер вторичной профилактики.

Цель реабилитации – наиболее полное восстановление утраченных возможностей организма, но если это недостижимо, ставится задача частичного восстановления либо компенсация нарушенной или утраченной функции и в любом случае - замедление прогрессирования заболевания. Для их достижения используется комплекс лечебно-восстановительных средств, среди которых наибольшим реабилитирующим эффектом обладают: физические упражнения, природные факторы (как естественные, так и преформированные), различные виды массажа, занятия на тренажерах, а также ортопедические приспособления, трудотерапия, психотерапия и аутотренинг. Даже из этого перечня видно, что ведущая роль в реабилитации принадлежит методам физического воздействия и чем дальше от этапа к этапу она продвигается, тем большее значение они имеют, со временем составив ветвь, или вид, под названием «физическая реабилитация».

Понимание социальной реабилитации прошло свой достаточно содержательный путь развития. Первоначально здесь преобладал чисто медицинский подход: Всемирная организация здравоохранения полагала, что сущность реабилитации заключается в том, чтобы «не только вернуть больного к его прежнему состоянию, но и развивать его физические и психологические функции до оптимального уровня». Очевидно, что здесь акцент сделан, прежде всего, на психосоматических качествах человека, восстановления которых было достаточно для достижения им социального благополучия. Правда, здесь содержится указание на необходимость развития «до оптимального уровня», что можно рассматривать в качестве некоторой предпосылки к сверхреабилитации, разворачиванию свойств индивида сверх того уровня, который он имел до наступления инвалидности.

Постепенно происходит переход от чисто медицинского подхода к социальной модели, а в рамках социальной модели реабилитация рассматривается не только как восстановление трудоспособности, но как восстановление всех социальных способностей индивида. Комитет экспертов ВОЗ дает следующую развернутую трактовку: «Реабилитация инвалидов должна включать все мероприятия, призванные сократить последствия возникшей непригодности и позволить инвалиду полностью интегрироваться в общество. Реабилитация направлена на то, чтобы помочь инвалиду не только приспособиться к окружающей его среде, но и оказывать воздействие на его непосредственное окружение и на общество в целом, что облегчает его интеграцию в общество. Сами инвалиды, их семьи и местные органы должны участвовать в планировании и проведении мероприятий по реабилитации». С точки зрения Л. П. Храпылиной, данное определение неоправданно

расширяет обязанности общества перед инвалидами, в то же время не фиксируя никаких обязанностей самих инвалидов «выполнять свои гражданские функции с определенными затратами и усилиями». К сожалению, этот односторонний акцент сохраняется во всех последующих документах.

В 1982 г. Организацией Объединенных Наций была принята Всемирная программа действий в отношении инвалидов, которая предусматривала такие направления, как:

- раннее обнаружение, диагностика и вмешательство;
- медицинское обслуживание;
- консультирование и оказание помощи в социальной области;
- подготовка к самостоятельному индивидуальному уходу, независимому образу жизни;
- обеспечение вспомогательными техническими средствами, средствами передвижения, социально-бытовыми приспособлениями и пр.;
- специальные услуги в области образования;
- услуги по восстановлению профессиональной трудоспособности (включая профессиональную ориентацию, профессионально-техническую подготовку, трудоустройство).

Все дальнейшие международные документы в той или иной мере включали данные направления: меры медицинской реабилитации, профилактика ухудшения здоровья и усилия по его восстановлению; реабилитация личности, восстановление социофункциональных способностей индивида; максимально раннее и полное возвращение инвалидов к трудовой деятельности; обеспечение внешних возможностей для интеграции инвалидов в общество; создание системы реабилитации, объединяющей централизованные (государственные) и децентрализованные ресурсы. На данный момент итоговым является определение реабилитации, принятое в результате обсуждения в ООН процитированных выше Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов: «Реабилитация означает процесс, имеющий целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, тем самым предоставляя им средства, призванные изменить их жизнь и расширить рамки их независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и/или по восстановлению функций или компенсации утраты или отсутствия функций или функционального ограничения. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи. Он включает в себя широкий круг мер и деятельности. Необходимо изменить общество, с тем чтобы создать условия для инвалидов, а не изменять индивидуума, имеющего инвалидность, с тем чтобы приспособить его к жизни общества».

2. В процессе организации социальной реабилитации необходимо предоставить возможность человеку или группе людей активной жизнедеятельности, гарантировать определённый уровень социальной стабильности, продемонстрировать возможные перспективы внутри нового социального статуса и сформировать ощущение собственной значимости и нужности и чувство ответственности за свою последующую жизнедеятельность.

Процессуальная модель социальной реабилитации может рассматриваться как совокупность следующих последовательно сменяющихся друг друга этапов:

- обследование и постановка многомерного диагноза;
- оценка реабилитационного потенциала личности;
- разработка индивидуальной программы реабилитации;
- реализация и мониторинг реабилитационных мероприятий;
- оценка результатов социально-реабилитационной деятельности.

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

Третичная профилактика – комплекс мероприятий, направленных на социальную адаптацию лиц, имеющих выраженные медицинские и социальные проблемы, связанные с потреблением ПАВ.

Целевая группа мероприятий третичной профилактики – лица, состоящие на диспансерном учёте в наркологических учреждениях; лица, вернувшиеся из исправительных учреждений закрытого и открытого типа, прошедшие курс лечения от алкоголизма, токсикомании, наркомании; лица, склонные к совершению правонарушений и состоящие на учёте в отделах по делам несовершеннолетних РУВД, и в комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, имеющие болезненную зависимость от психоактивных веществ.

Основная цель третичной профилактики – поддержание состояния ремиссии, т.е. «недопущение срыва» и комплексная реабилитация.

Медико-психологические и психотерапевтические технологии третичной профилактики предусматривают:

- мотивационную терапию;
- тренинг профилактики рецидивов;
- тренинг эмпатии, коммуникативной компетентности;
- тренинг когнитивного развития;
- индивидуальную и групповую психотерапию, направленную на развитие личностных и средовых ресурсов.

Социальная реабилитация как технология социальной работы – это восстановление социального статуса человека, группы людей, утраченного или сниженного из-за проблем, создавших в их жизни трудную

ситуацию. К таким проблемам можно отнести инвалидность, миграцию, безработицу, отбывание наказания в местах лишения свободы и т. д.

В социальной реабилитации необходимым является помощь человеку или группе людей. Во-первых, нужно дать им возможность вступить в активную жизнедеятельность; во-вторых, дать гарантии определённого уровня социальной стабильности; в-третьих, показать новые перспективы внутри приобретенного социального статуса; и наконец, в-четвертых, точно выработать чувство собственной важности и чувство ответственности за свою жизнь.

3. Социальная реабилитация как деятельность относится в равной мере как к личности специалиста, являющейся её организатором, так и к личности ребёнка, включенного в социально-реабилитационный процесс, который выступает в нём как субъект деятельности и общения. Социально-реабилитационная деятельность – это целенаправленная активность специалиста по социальной реабилитации и ребёнка с ограниченными возможностями здоровья в целях подготовки последнего к продуктивной и полноценной социальной жизни посредством специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий. Названный вид деятельности требует от специалиста по социальной реабилитации глубоких профессиональных знаний, высоких морально-нравственных качеств, уверенности в том, что ребёнок, отягощённый дефектом развития, может стать полноценной личностью.

Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями как процесс и как деятельность по своему строению и целям близка педагогическому процессу и педагогической деятельности и её можно рассматривать как их разновидность. Главным, что их объединяет, является то, что они выполняют единую функцию, — обеспечивают овладение растущим человеком достижениями культуры и социальным опытом, накопленным предшествующими поколениями, в виде знаний, навыков, умений, моральных ценностей, норм поведения, и на этой основе формируется личность ребёнка, способного жить в обществе и выполнять определенные социальные роли. В этой связи едиными являются и большинство понятий, используемых в равной мере как в педагогической деятельности, так и в социально-реабилитационной практике (обучение, воспитание, формирование личности и др.).

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

Целенаправленность социально-реабилитационной деятельности проявляется в том, что процесс социальной реабилитации строится с учётом чётко очерченной цели, осознания того, какими личностными и психическими качествами должен обладать ребёнок на завершающем этапе. Специфика **опосредованности** социально-реабилитационной деятельности состоит в том, что социально-реабилитационные воздействия оказывают

влияние на ребёнка с ограниченными возможностями не прямо, а косвенно – в результате социальной обусловленности социально-реабилитационной деятельности, её связи со значениями, фиксированными в понятиях языка, нормах морали, ценностях. Социально-реабилитационное воздействие будет иметь эффект лишь в том случае, если оно будет осмыслено на уровне сознания и будет принято индивидом как своё собственное.

Субъективность социально-реабилитационной деятельности выражается в проявлениях индивидуальности как специалиста по социальной реабилитации, так и ребёнка, включенного в социально-реабилитационный процесс. Её качественные характеристики будут определяться активностью его участников, наличием прошлого опыта, установками, эмоциями, целями и мотивами, особенностями межличностных отношений, а также уровнем профессиональной компетентности специалиста по социальной реабилитации.

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

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

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

5. Цель и задачи социальной реабилитации. Основные принципы проведения реабилитационных мероприятий. Социальную реабилитацию можно определить, как комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма (инвалидность), изменения социального статуса (пожилые граждане, беженцы и вынужденные переселенцы, безработные и др.), девиантного поведения личности (несовершеннолетние лица, страдающие

алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, освободившиеся из мест заключения и т.п.).

Целью социальной реабилитации является восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости. Весь комплекс мероприятий социальной реабилитации направлен на восстановление и развитие активного социального субъекта, личности, способной к волевым усилиям, трудовой мотивации, саморазвитию.

Задачи социальной реабилитации:

1. Содействие социально-бытовой адаптации клиента с последующим включением его в окружающую жизнь.
2. Оказание помощи в определении жизненных перспектив и выборе способов их достижения.
3. Развитие коммуникативных навыков.

Основные принципы реабилитации:

1. *Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий*, которые органически включаются в терапию и должны ее дополнить и обогатить. Если человеку угрожает инвалидность, эти мероприятия являются профилактикой, если инвалидность развивается, они становятся первым этапом борьбы с ней.

2. *Непрерывность реабилитации*, являющаяся краеугольным камнем эффективности, так как только за счет непрерывности проведения реабилитационных мероприятий достигаются уменьшение инвалидности и связанных с ней затрат на длительное материальное обеспечение, постепенное излечение и возвращение инвалида к трудовой деятельности.

3. *Принцип комплексности реабилитации* подразумевает максимально широкое использование разных методов медицинского и другого характера. Комплексный характер реабилитационных мероприятий проявляется и в том, что в реабилитации инвалидов и больных с повреждениями должны принимать участие не только медики, но и другие специалисты: социологи, психологи, педагоги, представители органов социального обеспечения, представители профсоюза, юристы и т.д..

4. *Индивидуальность реабилитационных мероприятий*. То есть в каждом конкретном случае должны учитываться особенности реабилитанта в медицинском, профессиональном, социальном, бытовом плане и в зависимости от этого должна составляться индивидуальная программа реабилитации.

5. *Последовательность*. Реализация индивидуальной программы реабилитации должна осуществляться в строгой последовательности процедур и мероприятий, что должно способствовать максимальной ликвидации инвалидизирующих последствий и дальнейшей интеграции реабилитанта в общество.

6. *Преимственность*. Для успешного проведения реабилитации и достижения запланированного результата должна соблюдаться преимственность как в отдельных этапах медицинской реабилитации

(стационарный, амбулаторный, домашний, санаторный), так и во всех аспектах единого реабилитационного процесса (медицинская, медико-профессиональная, профессиональная, социальная реабилитация).

7. *Осуществление реабилитации в коллективе больных.* Примером такого коллектива может служить организация общества слепых, которое проводит трудотерапию, профессиональную подготовку, адаптацию протезов, лечение спортом и т.д.

8. *Возврат инвалида или больного с повреждениями к активному общественно полезному труду.*

Тема 2. Реабилитация в системе социальной работы. Виды реабилитации

Лекция 2. Реабилитация в системе социальной работы. Виды реабилитации

План лекции:

1. Понятие, сущность, содержание реабилитации в социальной работе.
2. Функции реабилитации в социальной работе.
3. Виды реабилитации: педагогическая, медицинская, социальная, психологическая. Общее и особенное в различных видах реабилитации.
3. Особенности использования различных видов реабилитации в социальной работе.
4. Этические принципы реабилитации различных групп населения.

Социальную реабилитацию в системе социальной работы можно определить, как комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма (инвалидность), изменения социального статуса (пожилые граждане, беженцы и вынужденные переселенцы, безработные и др.), девиантного поведения личности (несовершеннолетние лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, освободившиеся из мест заключения и т.п.).

Основные цели социальной реабилитации в системе социальной работы, можно охарактеризовать следующим образом. Во-первых, восстановление социального статуса, социальной позиции субъекта. Во-вторых, достижение субъектом определённого уровня социальной, материальной и духовной независимости. И, наконец, в-третьих, повышение уровня социальной адаптации субъекта к новым условиям жизнедеятельности.

Задачи социальной реабилитации в системе социальной работы:

- Содействие социально-бытовой адаптации клиента с последующим включением его в окружающую жизнь.

- Оказание помощи в определении жизненных перспектив и выборе способов их достижения.
- Развитие коммуникативных навыков.

В социально-реабилитационной практике *принципы отражают основные требования*, предъявляемые к социально-реабилитационной деятельности и определяющие ее организацию, содержание, формы и методы реабилитационных воздействий. Можно выделить следующие основные принципы: гуманистической направленности социально-реабилитационного процесса; единства диагностики и коррекции; нормативности развития; опоры на ведущую деятельность; обучения деятельности; развития; овладения культурой; опоры на положительные и сильные стороны личности; психологической комфортности.

2. *Сущность и содержание реабилитации как процесса и результата.* В целом, основное содержание реабилитации как процесса сводится к системе мероприятий, которые включают:

- ✓ обследование;
- ✓ планирование с программирующей гибкостью;
- ✓ оказание помощи, защиты;
- ✓ связь с лечебными учреждениями, обеспечение протяженности и непрерывности;
- ✓ мониторинг (наблюдение);
- ✓ оценка эффективности реабилитационных воздействий.

К основным принципам организации реабилитационного процесса относятся:

■ раннее начало (раннее начало проведения реабилитационных мероприятий, адекватных состоянию больного, во многом обеспечивает более благоприятное течение и исход заболевания, служит одним из моментов профилактики инвалидности (вторичная профилактика);

■ комплексность (заключается в том, что проблемы медицинской реабилитации довольно сложны и требуют совместной деятельности многих специалистов: терапевтов, хирургов, травматологов, физиотерапевтов, врачей и инструкторов ЛФК, массажистов, психологов, психиатров и др.);

■ индивидуализация (как различен по течению процесс болезни у разных людей, как неповторимы характеры людей в различных условиях их жизни и работы, так и реабилитационные программы для каждого человека должны быть строго индивидуальны);

■ активное участие (означает, что современная реабилитация тесно связана с принципом активного соучастия больного в процессе выполнения реабилитационных мероприятий);

■ этапность (заключается в том, что на каждом этапе реабилитации ставят свои задачи и в соответствии с ними подбирают средства и методы. От правильной постановки задач зависит эффективность реабилитационного процесса);

■ непрерывность и преемственность (важны как в пределах одного этапа, так и при переходе от одного к другому. Улучшается функциональное состояние различных систем организма, повышается тренированность, а любой более или менее длительный перерыв в реабилитации может привести к его ухудшению, когда приходится начинать все сначала);

■ социальная направленность (ориентация реабилитационных усилий всегда должна быть направлена на социально значимый конечный результат (возвращение к общественно полезному активному труду)).

Степень восстановления после перенесенных заболеваний и травм может быть оценена по четырехбалльной шкале: полное восстановление, частичное восстановление, без изменения начального уровня, ухудшения.

3. *Отличие реабилитации от лечения.* И лечение, и реабилитация решают во многом схожие задачи, направленные на ликвидацию последствий заболевания или травмы с целью возвращения больного к труду и в общество. Зачастую реабилитация рассматривается либо как продолжение лечения или как восстановительное лечение, либо как процесс, охватывающий все виды воздействий на больного в связи с чем, лечение, профилактика и диспансеризация трактуются как различные аспекты МР.

В то же время следует учитывать, что реабилитация имеет некоторые только ей присущие особенности, которые и позволяют разграничить эти два понятия.

1. Следует помнить, что лечение направлено на борьбу с болезнью, на этиотронные факторы, на устранение причины и сущности болезни. Реабилитация же, прежде всего, направлена на мобилизацию защитных механизмов организма.

2. Лечение всегда направлено на проявление болезни, в то время как реабилитация направлена на ее последствия и на их устранение.

3. Лечение – это то, что направлено на организм сегодня, направлено на настоящее, а реабилитация больше адресуется к личности и устремлена как бы в будущее

4. В реабилитации постоянно определяется прогнозирование, определение реабилитационного потенциала, трудового прогноза. Лечение же направлено на конкретную ликвидацию или компенсацию заболевания.

5. Лечение может проводиться без участия больного и является в определенной мере пассивным методом, в то время как реабилитация требует активного участия больного в реабилитационном процессе.

6. Лечение и реабилитация базируются на различных темах прогноза. Если лечение строится обычно на нозологическом и синдромологическом диагнозе, то реабилитация опирается на функциональный диагноз.

4. *Общие показания к проведению реабилитации* – больные и инвалиды, взрослые и дети, у которых нарушения здоровья создает потенциальную или реальную угрозу снижения качества жизни, нарушает

социальный, семейный и профессиональный статус больного или делает невозможным нормальное воспитание, обучение или социальную интеграцию. К ним относятся:

- значительное снижение функциональных способностей;
- особая подверженность воздействиям внешней среды;
- нарушения социальных отношений;
- нарушения трудовых отношений.

Общие противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий включают:

- сопутствующие острые воспалительные и инфекционные заболевания,
- декомпенсированные соматические и онкологические заболевания,
- выраженные расстройства интеллектуально-амнестической сферы
- психические заболевания, затрудняющие общение и возможность активного участия больного в реабилитационном процессе.

Имеются определенные ограничения для восстановительного лечения в обычных реабилитационных центрах:

1. Крайне ограниченная подвижность больных (отсутствие самостоятельного передвижения и самообслуживания),
2. Нарушения процесса глотания и отсутствие контроля за функцией тазовых органов.

5. Суть комплексной реабилитации состоит в восстановлении способностей человека к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Поэтому в процессе комплексной реабилитации участвуют специалисты разных направлений – организаторы и учредители, врачи, реабилитологи, психологи, педагоги, эрготерапевты, социальные работники и др. Комплексность реабилитации подразумевает и профилактику, и лечение, и приспособление к жизни и труду после болезни.

Таким образом, комплексный подход к реабилитации реализуется группой специалистов – мультидисциплинарной бригадой. В эту бригаду входят: врач, физический терапевт, эрготерапевт, нейропсихолог (при необходимости и психотерапевт), логопед, медсестра. Каждый из этих специалистов проводит своё обследование, в ходе которого получает объективные данные о состоянии пациента (его соматического, физического, речевого, когнитивного, эмоционального и социально-бытового статуса).

В реабилитации инвалидов достаточно важным является комплексный подход. Для восстановления полученных до травмы навыков с инвалидами работает несколько специалистов. В данном аспекте проводится использование нескольких видов реабилитации:

- Просветительского. С его помощью меняется мнение об инвалидах в социуме.
- Досугового. Создаются специальные программы, с помощью которых обеспечивается интересное времяпровождение людей с ограниченными возможностями.

- Коррекционного. С его помощью обеспечивается полноценное преодоление ограничений в жизни человека.
- Познавательного. В данном случае осуществляется применение специальных программ, с помощью которых у инвалидов вырабатывается желание к обучению и работе.

Реабилитация проводится по аналитической схеме и бывает разнообразной. В данном случае достаточно важную роль играет *социальная реабилитация*. С ее помощью инвалид может осознать, что он является полноценным социальным субъектом, несмотря на ограничения физических возможностей. Благодаря *педагогическому подходу* обеспечивается полноценная реабилитация человека, как субъекта деятельности. В реабилитационный период пациенту предоставляется соответствующая психологическая поддержка, что дает возможность ему самоутвердиться. Для того чтобы восстановить физическое здоровье человека до максимально высокого уровня *используют медицинскую реабилитацию*.

Тема 3. Сущность и содержание социальной реабилитации

Лекция 3. Сущность и содержание социальной реабилитации

План лекции

1. Основные этапы формирования теоретических основ социальной реабилитации.
2. Социальная реабилитация как процесс и результат, как третичная профилактика, как технология социальной работы, как восстановление утраченного статуса и социальных прав.
3. Понятие «социально-реабилитационная деятельность».
4. Основные качественные характеристики реабилитационной деятельности.
5. Цель и задачи социальной реабилитации. Основные принципы проведения реабилитационных мероприятий.

1. Реабилитология – это наука, которая изучает закономерности, методы и средства восстановления морфологических структур и функциональных возможностей человека, утраченных им в результате того или иного заболевания, травмы или врожденных дефектов в формировании и развитии организма, а также связанные с этим восстановлением социальные последствия.

Социальная реабилитация как комплекс мер, направленных на восстановление социальных функций личности в отдельных направлениях берет свое начало в XIX веке. Само понятие «реабилитация» впервые вводит *Франц Йозеф Риттер фон Бус* в 1903 году в книге «Система общего ухода за бедными». Как программа действий по отношению к лицам с физическими увечьями она была принята в 1918 году при учреждении института Красного Креста для инвалидов в г. Нью-Йорк США.

В 1922 году в США создается Международное общество по уходу за детьми-калеками впервые в мире взяло на себя разработку наиболее важных вопросов реабилитации. В отношении инвалидов и больных термин «реабилитация» часто заменяется понятием «нормализация» (в Скандинавских странах) или «реадаптация» (во Франции). Тем не менее социальная реабилитация изначально появляется как помощь инвалидам с приобретенными и врожденными дефектами, которая выражалась созданием надлежащих условий и их приспособлением к жизни этих людей.

Со временем, особенно после Второй мировой войны, исключительно медицинская модель социальной реабилитации начинает преодолеваться социальной моделью. Дело в том, что в связи с увеличением психических и соматических заболеваний, появлением детей с генетически обусловленными дефектами, увеличением пострадавших от несчастных случаев и, как следствие всего этого, увеличением реального и потенциального контингента потребителей реабилитационной помощи, возникла необходимость перехода от пассивной медицинской модели реабилитации к активной социальной модели, направленной на ресоциализацию и реинтеграцию данных групп

населения в социум. Социальная реабилитация как процесс восстановления здоровья, профессиональной деятельности, возвращения людей к труду и к общественной жизни, завоевывает сторонников среди ученых и общественных деятелей во многих странах мира. Создаются специализированные реабилитационные учреждения для отдельных категорий больных и инвалидов.

В 1950 году вопросы реабилитации рассматриваются в Организации Объединенных Наций (ООН).

В 1958 г. создается международная система организации реабилитации. В США, Англии, Франции, Канаде, Германии и Польше, создаются реабилитационные центры. В этом же году проходит первое заседание Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), где отмечается о необходимости реабилитации для уменьшения негативных физических, психических и социальных последствий заболеваний.

Очевидные положительные результаты комплексной реабилитации приносят ей при всемирное признание. В 1960 году создается международное общество по реабилитации инвалидов, которое охватывает более 60 стран всех континентов, является членом ВОЗ и сотрудничает с ООН, ЮНЕСКО и Международным рабочим бюро (МБР). В этом же году на Всемирном конгрессе по реабилитации в Нью-Йорке, а также на конгрессах в Лейпциге (1958) и Дрездене (1962) обсуждается вопрос о необходимости реабилитации не только инвалидов, но и лиц, после разных заболеваний и травм.

В 1961 году Варшавская медицинская академия одной из первых в мире открывает кафедру и клинику реабилитации. Подобные учреждения открываются также в Англии, Дании и других странах.

В 1969 году на Международном конгрессе по реабилитации в Дублине принимаются специальные директивы о социальном компоненте реабилитации. Подход к человеку как к биопсихосоциальному субъекту, существующему в конкретной социокультурной среде явился основой концепции социальной реабилитации, охватывающей не только социальные, социально-психологические и др. аспекты жизни человека, но и социокультурные условия его жизнедеятельности.

В 1981 г. в Сингапуре проходит Всемирный конгресс общества инвалидов, результаты которого кладутся в основу Всемирной десятилетней (1983 – 1992) программы действий, принятой Генеральной Ассамблеей ООН (резолюция от декабря в 1982 г.). Программа деятельности предусматривала целый ряд направлений реабилитации: раннее обнаружение патологии, медицинское обслуживание, консультирование, оказание помощи в социальной сфере, подготовку к самостоятельному индивидуальному уходу, независимому образу жизни, обеспечение вспомогательными техническими средствами, средствами передвижения, социально бытовыми приспособлениями, услуги в области образования, восстановления профессиональной трудоспособности. Все

последующие документы так или иначе включали в себя данные направления социальной реабилитации.

В истории отечественной социальной реабилитации также немало сделано относительно восстановительного лечения, организации работы и помощи инвалидам и немощным под непосредственным руководством Министерства здравоохранения и Министерства социального развития. Создаются госпитали, школы для детей-калек, дома-интернаты, специализированные санатории, восстановительные центры и др. Тем не менее, отношение к людям, нуждающимся в социальной реабилитации, стоит охарактеризовать как неоднозначное да и сама социальная реабилитация в современных отечественных условиях испытывает множество проблем самого различного характера.

Реабилитация как способ восстановления нарушенных функций организма известна с очень давних времен. Еще древнеегипетские врачи использовали некоторые приемы трудовой терапии для более быстрого восстановления своих пациентов. Врачи Древней Греции и Рима также использовали в лечебных комплексах физическую активацию пациентов и трудовую терапию. В этих же странах широко применяли массаж как гигиеническое и лечебное средство, а также с целью повышения работоспособности. В это же время стали уделять внимание и нетрудоспособным гражданам, получившим увечье при защите отечества. Так, в Римской империи легионерам, получившим увечье в военных походах, предоставлялись земельные наделы с рабами и единовременным материальным вознаграждением.

В эпоху средневековья отношение к неполнофункциональным гражданам ухудшилось, что выразилось в задержке развития организационных форм оказания помощи и только введение христианства способствовало становлению более высокого, чем ранее, уровня отношения к инвалидам в виде общественного и частичного призрения. При монастырях стали открываться приюты и богадельни, в которых призреваемые должны были отрабатывать предоставляемые им кров и пищу.

В это время понятие «инвалид» применялось только к бывшим военнослужащим, которые из-за увечья или болезни не могли содержать себя и в силу этого направлялись в приют. Это было широко распространено во многих странах Европы. Однако далеко не все нуждающиеся имели возможность проживания в приютах, несмотря на то, что условия пребывания в них были крайне скромными, питание очень бедным, а медицинская помощь практически отсутствовала. Безусловно, в те времена ни в одной из стран не ставился вопрос о восстановлении призреваемых лиц до уровня полноценных членов общества, хотя следует отметить, что уже наметились определенные сдвиги в области восстановительного лечения и материальной компенсации.

На Руси, после введения христианства, отношение общества к лицам с ограниченными возможностями сводилось к кормлению нищих, в годы правления князя святого Владимира на Руси появились первые больницы, в

которых оказывалась медицинская помощь. При многих монастырях устраивались особые помещения для нищих и убогих в соответствии с Церковным уставом 996г., в котором в обязанности духовенства вменялись надзор и попечение.

В последующие столетия на Руси грандиозными масштабами развивается нищенство, издается Указ о регистрации всех «прокаженных и престаревшихся» и о введении дифференцированного подхода к нуждающимся. При этом рекомендуется либо признание в богадельнях, либо «питание по дворам», либо привлечение к работам на добровольной основе или в принудительном порядке. В это же время начинают формироваться ростки медико-социальной экспертизы, в результате чего в 1663. был издан Указ о назначении инвалидам-раненым и пришедшим из плена денежного и кормового довольствия. Инвалиды по этому указу делились на две категории – тяжело- и легкораненные, а с 1678г. инвалиды подразделялись уже на три разряда: тяжело-, средне- и легкораненных.

Систематизация мероприятий в сфере общественного призрения происходит при императоре Петре I – появляется дифференциация нуждающихся по их потенциалу (трудоспособные, профессиональные нищие, временно нетрудоспособные и т.д.). В 1700г. император пишет о создании во всех губерниях богаделен для старых и увечных, а также госпиталей для незаконнорожденных («засорных») детей и сиротских домов.

В 1775 г. Екатерина II повелела создать в 40 губерниях целую сеть специальных учреждений, именуемых «Приказами общественного призрения», которым вменялось попечение народных школ, сиротских домов, госпиталей и больниц, домов для умалишенных и др.

В конце XIX – начала XX столетия возникают понятия «полной и частичной трудоспособности», а в 1903г. издаются «Правила для определения утраты трудоспособности от телесных повреждений вследствие несчастных случаев», в которых степень утраты трудоспособности выражалась в процентах. Было указано, что владельцы предприятий обязаны были лечить пострадавшего и уплачивать ему денежное пособие во время лечения и пенсию в случае наступления инвалидности. Однако вознаграждение по этому закону могли получать лишь те лица, несчастные случаи, с которыми не были вызваны грубой неосторожностью пострадавшего. Пострадавшие должны были на суде привести доказательства того, что несчастный случай произошел по вине нанимателя, а не рабочего.

Начиная с 1908г. в России стали организовываться врачебные консультационные бюро, явившиеся прообразом экспертных учреждений, главная задача которых заключалась в оценке трудоспособности больных с учетом характера заболевания или травмы. В состав консультационных бюро входило от трех до пяти врачей, и размещались они на базе городских больниц.

Дальнейшее свое развитие медико-социальная экспертиза получила после Октябрьской революции. Так 22 декабря 1917г. был издан «декрет

«О страховании на случай болезни», а 31 октября 1918г. «Положение о социальном обеспечении трудящихся» согласно которого «наличие инвалидности и степень ее устанавливаются медицинской экспертизой, учреждаемой при страховой кассе». В соответствии с этим Положением в Кодексе законов о труде 1918г. было записано, что факт постоянной или временной утраты трудоспособности удостоверяется медицинским освидетельствованием, проводимым бюро врачебной экспертизы при общегородских, районных и областных страховых кассах.

В 20-е годы стали появляться первые общества инвалидов. В 1925г. было организовано Всероссийское общество слепых (ВОС), а в 1926г. – Всероссийское общество глухих (ВОГ), которые взяли на себя заботу и ответственность за трудовое устройство данного контингента инвалидов.

В 1933г. Были организованы врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК). Основными задачами ВТЭК были определены:

- экспертное изучение (оценка) состояния здоровья, характера и условий труда больного, на основании чего выносится решение о степени утраты трудоспособности;
- установление времени наступления инвалидности ее группы и социально-биологической причины (общее или профзаболевание, трудовое увечье, инвалидность с детства; ранение, контузия, увечья, полученные при защите СССР или при исполнении обязанностей военной службы и т.д.);
- определение процента утраты трудоспособности, возникшей в результате увечья или заболевания, связанного с производством;
- определение условий и видов труда, доступных инвалидам по состоянию здоровья (трудовые рекомендации), а также рекомендация мероприятий, способствующих восстановлению их трудоспособности;
- повторное освидетельствование инвалидов в регламентированные сроки; изучение динамики и причин инвалидности.

Перед врачами-экспертами ставится важнейшая задача – изучить возможности рационального трудоустройства. Поэтому, в 1930г. в Москве создается Институт экспертизы трудоспособности Московского областного отдела здравоохранения, в 1932г. – Центральный научно-исследовательский институт трудоустройства инвалидов, которые в 1937г. объединяются в Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов. Аналогичные институты создаются в 1932 - 1934 гг. в других городах: в Харькове, Ростове, Горьком, Ленинграде, позже - в Днепропетровске, Виннице, Минске.

Организация этих научно-исследовательских учреждений способствовала разработке научных, теоретических и практических вопросов врачебно-трудовой (а ныне медико-социальной) экспертизы, подготовке кадров, началу изучения и анализа заболеваемости, разработке мероприятий по ее снижению.

Огромные потери трудовых ресурсов нанесла Великая Отечественная война. Появилась новая категория инвалидов - инвалиды Великой Отечественной войны. Особенностью данной категории было то, что в основном это были лица молодого и среднего возраста, которые несмотря на тяжелые последствия ранений и травм, стремились продолжать свою трудовую деятельность.

Начиная с 50-х годов в Советском Союзе развивается концепция интеграции больных и инвалидов в общество. При этом упор делается на их обучение, получение ими технических средств.

В 70-е годы в Ленинграде поэтапно создаются многопрофильные центры реабилитации больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, последствиями травм опорно-двигательного аппарата, головного, спинного мозга, болезнями сердечно-сосудистой системы, почек, с использованием комплексов восстановительного лечения в условиях стационаров – поликлиник, курортных учреждений. Впервые в стране создана система промышленной реабилитации на базе Горьковского автозавода, которая была одобрена коллегией Минздрава. Учреждения реабилитации, созданные на промышленных предприятиях, располагают собственной технической базой, благодаря чему здесь возможны создание эргономических приспособлений к оборудованию для инвалидов с целью сохранения ими прежней профессии, адаптация к профессиональному труду, рациональное трудоустройство и приобретение новой профессии. Такого рода учреждение может быть использовано для восстановительного лечения работающих разных профессий, поскольку целенаправленное воздействие специально сконструированного промышленного оборудования может быть в одинаковой степени эффективно для больных различных профессиональных групп.

Системы реабилитации в разных странах имеют значительные различия и поэтому поднимаются вопросы о необходимости международного сотрудничества разработки координированной программы реабилитации физически неполноценных лиц. В 1993г. Генеральная ассамблея ООН приняла «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов политической и моральной основой которых являлись Международный билль о правах человека, включающий Всеобщую декларацию прав человека, Международный пакет об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакет о гражданских и политических правах, Конвенция о правах ребенка, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, а также Всемирная программа действия в отношении инвалидов.

Что касается этапов развития медико-социальной экспертизы и реабилитации в мире, то уже с XVIII столетия медицинская реабилитация в Европе сочетается с элементами психологической поддержки пациентов. Тогда же испанские врачи заметили, что те больные, которые в процессе своего лечения ухаживали за другими пациентами, выздоравливали быстрее, чем те, кто был в своем лечении пассивен. В XIX столетии центр

восстановительной терапии перемещается в США. С начала XX века там растет число учреждений, которые используют различные виды физической активизации пациентов для решения различных социально-психологических проблем. В 1917г. в США была организована Ассоциация по восстановительной терапии.

Импульсом для развития реабилитации больных в первой половине прошлого столетия послужила первая мировая война, искалечившая здоровье и жизни тысяч людей. Начали быстро развиваться такие научно-практические дисциплины, как ортопедия, физиотерапия, трудотерапия и лечебная физическая культура. Вначале использовался термин «восстановительное лечение», и в это понятие входило использование медицинских лечебных методов, но впоследствии, особенно после второй мировой войны, проблема социально-трудового восстановления инвалидов приобрела массовый характер. Помимо медицинских, ее решение включало целый ряд психологических, социальных и других вопросов, выходящих за рамки узколечебных, и тогда на смену термину «восстановительное лечение» пришел термин «реабилитация». Концепция реабилитации больных и инвалидов в современном понимании появилась в годы второй мировой войны в Англии и США. Со временем пришло понимание, что с ростом случаев хронических заболеваний, ведущих к нетрудоспособности, отдельные направления медицины не в состоянии ему противостоять и решение этой проблемы по плечу лишь всей системе здравоохранения в целом.

Еще 20 - 30 лет назад большинство медицинских работников различных специальностей рассматривало реабилитацию как побочную, выходящую за привычные рамки здравоохранения деятельность, более связанную с социальным обеспечением. В последующие годы все большее число лечебных учреждений, признав целесообразность службы реабилитации, стало выделять отдельные больничные койки для реабилитации, а затем специальные палаты и отделения. Сегодня служба реабилитации организационно сложилась в структуру реабилитационных центров, специализированных по профилю заболеваний (кардиологические, неврологические, ортопедические и др.). В зависимости от того, при каком учреждении они организованы, это могут быть стационарные, санаторные или поликлинические реабилитационные центры. Расширение сети таких учреждений обусловлено еще и экономическими соображениями. Экономисты пришли к выводу, что игнорировать проблему восстановления трудоспособности больных - в денежном выражении - значительно дороже, чем проводить активную реабилитацию на ранней стадии заболевания, когда еще можно восстановить здоровье больного до максимально возможного уровня его физической, психологической и социально-экономической полноценности.

Действительно, лишь очень богатая страна может позволить себе увеличивать число инвалидов и социально зависимых лиц, и поэтому реабилитация является не роскошью или излишеством, а важной

практической задачей здравоохранения. В «Докладе совещания ВОЗ» (Женева, 1973) подчеркивается, что целью лечения больного является не только сохранение его жизни, но и способности к независимому существованию. Отсюда следует целенаправленный характер всей системы реабилитации в интересах прежде всего самого больного, его близких и всего общества. В настоящее время реабилитация заняла прочное место среди ведущих медико-социальных направлений, разрабатываемых во всем мире. Научные исследования воздействия средств реабилитации отчетливо показали, что при правильно разработанной ее программе к активной жизни можно возвращать 50% тяжелобольных.

В 70-е годы большое внимание вопросам реабилитации уделяет Организация Объединенных наций. Так, в 1975г. на Генеральной ассамблее ООН была принята резолюция, призывающая государства – члены ООН укреплять веру инвалидов в права человека, в основные свободы и принципы мира, достоинства и ценности человека, в принципы социальной справедливости. Генеральная ассамблея ООН, провозгласила «Декларацию о правах людей с физическими или умственными недостатками» и призвала все страны к соблюдению ее положений, которые являются эталоном в защите прав увечных.

1. Люди с физическими или умственными недостатками – это все те лица, которые на основании врожденного или приобретенного повреждения (физического или умственного) не в состоянии обеспечить себе полностью или частично собственными силами как люди, не имеющие физических или умственных недостатков, соответствующее положение на работе, в профессиональной деятельности и в обществе.
2. Лица с физическими или умственными недостатками должны пользоваться всеми содержащимися в этой декларации правами. Эти права должны предоставляться всем людям с физическими или умственными недостатками без всякого исключения, независимо от расы, цвета, кожи, пола, языка, религии, политических или других взглядов, национального или социального происхождения, независимо от имущественного положения, рождения или прочих обстоятельств как в отношении самого лица с физическими или умственными недостатками, так и в отношении его семьи.
3. Лица с физическими или умственными недостатками имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства, имеют те же самые основные права, что и другие их сограждане, и, прежде всего право на жизнь, которая должна быть настолько нормальной и наполненной содержанием, насколько это возможно.
4. Лица с физическими или умственными недостатками имеют те же самые гражданские и политические права, что и все другие люди. Статья 7 этой декларации запрещает всякое возможное ограничение или подавление этих прав у лиц с умственными недостатками.

5. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на мероприятия, которые им помогут добиться максимальной самостоятельности.
6. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на медицинское, психологическое и функциональное лечение, включая обеспечение протезами и ортопедию, на медицинскую и социальную реабилитацию, профессиональное обучение, на мероприятия по реабилитации, способствующие профессиональной подготовке, на помощь, консультацию службы, занимающейся трудоустройством, и других служб, которые способствуют максимальному развитию способностей и навыков у лиц с физическими или умственными недостатками и ускоряют процесс их социального вовлечения или восстановления.
7. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на экономические и социальные гарантии и на соответствующий уровень жизни. Они имеют право найти себе рабочее место, соответствующее их навыкам, и сохранить его или возобновить работу и вступить в члены профсоюза.
8. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право на то, чтобы их особые потребности учитывались на всех фазах экономического и социального планирования.
9. Люди с физическими или умственными недостатками имеют право жить со своей семьей или приемными родителями и принимать участие во всех сферах социальной и творческой жизни. Ни один человек с физическими или умственными недостатками не должен подвергаться никакому другому лечению, кроме того, которого требует его состояние или которое необходимо для улучшения его здоровья. Если необходимо пребывание человека с физическими или умственными недостатками в специальном учреждении, то окружающая среда и условия жизни там должны в высшей степени соответствовать тому окружению и тем условиям, в которых бы жил человек его возраста, не имеющий физических или умственных недостатков.
10. Люди с физическими или умственными недостатками должны быть защищены от всякого использования их в корыстных целях, от определений и обращений дискриминирующего, оскорбительного и дискредитирующего характера.
11. Люди с физическими или умственными недостатками должны иметь возможность обратиться за квалифицированной юридической помощью, если такая помощь окажется необходимой для защиты их личности или их собственности. Если судебное производство направлено против них, то на процессе следует полностью учитывать их физическое и умственное состояние.
12. По всем вопросам, касающимся прав людей с физическими или умственными недостатками, они могут обращаться к организациям людей с физическими или умственными недостатками.

13. Люди с физическими или умственными недостатками, их семьи и коллективы, в которых они живут, должны быть информированы всеми доступными средствами о правах, содержащихся в этой Декларации.

На 31-м заседании Генеральной ассамблеи ООН было принято решение объявить 1981 г. «Международным годом инвалидов», а позднее 80-ые годы «Декадой инвалидов».

2. Социальная реабилитация как комплекс мер, направленных на восстановление социальных функций личности в отдельных направлениях берет свое начало в XIX веке. Само понятие «реабилитация» впервые вводит Франц Йозеф Риттер фон Бус в 1903 году в книге «Система общего ухода за бедными». Как программа действий по отношению к лицам с физическими увечьями она была принята в 1918 году при учреждении института Красного Креста для инвалидов в г. Нью-Йорк США.

В 1922 году в США создается Международное общество по уходу за детьми-калеками впервые в мире взяло на себя разработку наиболее важных вопросов реабилитации. В отношении инвалидов и больных термин «реабилитация» часто заменяется понятием «нормализация» (в Скандинавских странах) или «реадаптация» (во Франции). Тем не менее социальная реабилитация изначально появляется как помощь инвалидам с приобретенными и врожденными дефектами, которая выражалась созданием надлежащих условий и их приспособлением к жизни этих людей.

Со временем, особенно после Второй мировой войны, исключительно медицинская модель социальной реабилитации начинает преодолевать социальную модель. Дело в том, что в связи с увеличением психических и соматических заболеваний, появлением детей с генетически обусловленными дефектами, увеличением пострадавших от несчастных случаев и, как следствие всего этого, увеличением реального и потенциального контингента потребителей реабилитационной помощи, возникла необходимость перехода от пассивной медицинской модели реабилитации к активной социальной модели, направленной на ресоциализацию и реинтеграцию данных групп населения в социум. Социальная реабилитация как процесс восстановления здоровья, профессиональной деятельности, возвращения людей к труду и к общественной жизни, завоевывает сторонников среди ученых и общественных деятелей во многих странах мира. Создаются специализированные реабилитационные учреждения для отдельных категорий больных и инвалидов.

В 1950 году вопросы реабилитации рассматриваются в Организации Объединенных Наций (ООН). В 1958 г. создается международная система организации реабилитации. В США, Англии, Франции, Канаде, Германии и Польше, создаются реабилитационные центры. В этом же году проходит первое заседание Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), где отмечается о необходимости реабилитации

для уменьшения негативных физических, психических и социальных последствий заболеваний.

Очевидные положительные результаты комплексной реабилитации приносят ей при всемирное признание. В 1960 году создается международное общество по реабилитации инвалидов, которое охватывает более 60 стран всех континентов, является членом ВОЗ и сотрудничает с ООН, ЮНЕСКО и Международным рабочим бюро (МБР). В этом же году на Всемирном конгрессе по реабилитации в Нью-Йорке, а также на конгрессах в Лейпциге (1958) и Дрездене (1962) обсуждается вопрос о необходимости реабилитации не только инвалидов, но и лиц, после разных заболеваний и травм.

В 1961 году Варшавская медицинская академия одной из первых в мире открывает кафедру и клинику реабилитации. Подобные учреждения открываются также в Англии, Дании и других странах.

В 1969 году на Международном конгрессе по реабилитации в Дублине принимаются специальные директивы о социальном компоненте реабилитации. Подход к человеку как к биопсихосоциальному субъекту, существующему в конкретной социокультурной среде явился основой концепции социальной реабилитации, охватывающей не только социальные, социально-психологические и др. аспекты жизни человека, но и социокультурные условия его жизнедеятельности.

В 1981 г. в Сингапуре проходит Всемирный конгресс общества инвалидов, результаты которого кладутся в основу Всемирной десятилетней (1983 – 1992) программы действий, принятой Генеральной Ассамблеей ООН (резолюция от декабря в 1982 г.). Программа деятельности предусматривала целый ряд направлений реабилитации: раннее обнаружение патологии, медицинское обслуживание, консультирование, оказание помощи в социальной сфере, подготовку к самостоятельному индивидуальному уходу, независимому образу жизни, обеспечение вспомогательными техническими средствами, средствами передвижения, социально бытовыми приспособлениями, услуги в области образования, восстановления профессиональной трудоспособности. Все последующие документы так или иначе включали в себя данные направления социальной реабилитации.

3. В истории отечественной социальной реабилитации также немало сделано относительно восстановительного лечения, организации работы и помощи инвалидам и немощным под непосредственным руководством Министерства здравоохранения и Министерства социального развития. Создаются госпитали, школы для детей-калек, дома-интернаты, специализированные санатории, восстановительные центры и др. Тем не менее, отношение к людям, нуждающимся в социальной реабилитации, стоит охарактеризовать как неоднозначное да и сама социальная реабилитация в современных отечественных условиях испытывает множество проблем самого различного характера.

В Республике Беларусь в 1991г. был принят «Закон о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», который определил государственную политику в области социальной защиты инвалидов, ввел новое определение инвалидности. Согласно статьи 2 данного Закона «инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите». Следует отметить, что подобный Закон, защищающий права инвалидов, был принят в Республике Беларусь на несколько лет раньше, чем в России. Закон направлен на защиту прав инвалидов, он расширил возможности инвалидов заниматься трудом и ввел реабилитацию инвалида как вид социальной помощи инвалидам и обязанность лечебных и других учреждений оказывать услуги в области реабилитации.

Согласно закона (статьи 13) было введено понятие «индивидуальная программа реабилитации инвалидов». В соответствии с данной статьей «медицинская, профессиональная и социальная реабилитация инвалидов осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, определяемой на основе заключения медико-социальной экспертизы государственными органами с участием представителей общественных организаций инвалидов». Индивидуальная программа реабилитации определяет конкретные объемы, виды и сроки проведения реабилитационных мер, виды социальной помощи и является «документом, обязательным для исполнения соответствующими государственными органами, а также предприятиями, учреждениями и организациями независимо от форм собственности и хозяйства».

После принятия «Закона о социальной защите инвалидов» в Беларуси была проведена существенная реорганизация служб врачебно-трудоу экспертной и реабилитации. ВТЭ была переименована в медико-социальную экспертизу с приданием ей новых задач. Произошло объединение службы МСЭ и реабилитации. Должность заместителя главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности была переименована в «заместителя главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе» с расширением их функциональных обязанностей. Врачебно-трудоу экспертные комиссии (ВТЭК) были переданы в систему здравоохранения с последующей реорганизацией в медико-реабилитационные комиссии (МРЭК) с приданием этой службе новых, более широких задач. Новое «Положение о медико-реабилитационных экспертных комиссиях» было утверждено постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 801 от 31 декабря 1992 г. Для кадрового обеспечения реорганизованной службы МСЭ и реабилитации в номенклатуру врачебных специальностей были введены новые специальности «врач-эксперт-реабилитолог» и «врач-реабилитолог» и при республиканской аттестационной комиссии создана подкомиссия для аттестации врачей по данным специальностям.

Однако выход «Закона о социальной защите в Республике Беларусь» способствовал резкому увеличению показателей первичного выхода на инвалидность, так как был направлен на защиту только инвалидов, но не больных. Поэтому на МРЭК обратился большой поток больных за получением социальных льгот и гарантий, которые могли получить инвалиды.

Следствием данного роста первичной инвалидности стал выход нового Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» утвержденного Постановлением Верховного Совета Республики Беларусь от 17 октября 1994 г.

Этот закон определяет государственную политику Республики Беларусь в области предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов как составной части охраны общественного здоровья в целях гарантий и обеспечения условий для его сохранения, восстановления и компенсации, нарушенных или утраченных способностей инвалидов к общественной, профессиональной и бытовой деятельности в соответствии с их интересами и потенциальными возможностями.

Согласно ст.19 Закона «при возникновении у больных дефекта здоровья в результате заболевания или травмы, в том числе при переходе заболевания в хроническую стадию реабилитационные учреждения составляют индивидуальную программу медицинской реабилитации». Таким образом, в республике получила свое дальнейшее развитие единая служба реабилитации и медико-социальной экспертизы.

Принятие Закона Республики Беларусь “О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов” (1994г.) ознаменовало собой начало нового этапа в решении проблем, связанных с инвалидностью. Закон направлен на предупреждение инвалидности, на развитие государственных мер по активному проведению реабилитации, на интеграцию инвалидов в общество путем гарантированной реализации индивидуальной программы реабилитации.

Для реализации вышеназванных Законов и по результатам выполнения РНТП 69.04р “Реабилитация” была разработана структурно-функциональная схема службы реабилитации в Республике Беларусь. Основной целью создания этой службы стало возвращение инвалида к труду, в общество. Все эти предложения нашли реальное отражение в приказе Минздрава Республики Беларусь от 25 января 1993 №13 “О создании системы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь”. В соответствии с ним утверждены положения о профильном и специализированном центре медицинской реабилитации; отделениях медицинской реабилитации поликлиники и стационара; заведующем отделения медицинской реабилитации и враче-реабилитологе; отделе, и секторе медико-социальной реабилитации и экспертизы управления здравоохранения облисполкомов; центре медико-профессиональной реабилитации областной больницы; Совете по медицинской и медико-профессиональной реабилитации больных и

инвалидов; организации реабилитации в лечебно-профилактических учреждениях. Было начато формирование единой системы медицинской реабилитации в республике.

В республике остается весьма актуальным дальнейшее развитие и совершенствование службы медицинской реабилитации. Правительством страны, Министерством здравоохранения сформулированы задачи по развитию службы МСЭ и реабилитации, которыми предусмотрено создание современной концепции развития медицинской реабилитации, разработка мероприятий по улучшению ситуации в регионах с наиболее высокими показателями заболеваемости, разработка методических подходов, регламентирующих стационарный этап медицинской реабилитации, стандартизованных подходов к объемам лечебно-реабилитационной помощи, дальнейшее совершенствование системы санаторно-курортной помощи и рекреационных услуг на основе научно обоснованных и социально-экономических подходов. Современные направления развития экспертно-реабилитационного направления нашли свое отражение в Государственной программе по профилактике инвалидности и реабилитации инвалидов на 2001-2005 годы (одобрена Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 19.01.2001 года № 68).

Эта государственная программа предусматривает решение следующих задач:

- реализацию мер по профилактике инвалидности;
- развитие и совершенствование структур службы медицинской, профессиональной, трудовой и социальной реабилитации в соответствующих министерствах и других республиканских органах государственного управления;
- расширение и укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, социальной защиты, образования, службы занятости и других организаций, занимающихся проблемами предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов;
- развитие системы подготовки и переподготовки специалистов по реабилитации;
- обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации;
- «пенсия после реабилитации»;
- улучшение системы управления службой реабилитации.

Структура социальной реабилитации как процесса. Этапы социальной реабилитации. Несмотря на серьезные требования к целостности процесса реабилитации, он представляет собой совокупность относительно обособленных и структурированных элементов, которые могут быть отделены друг от друга в пространстве или во времени. Структура реабилитации является предметом дискуссии. Так, Л. П. Храпылина предлагает выделять медицинские меры реабилитации, социальные меры реабилитации, профессиональную реабилитацию. По мнению А. И. Осадчих,

инвалидность выступает как проблема деятельности человека в условиях ограниченной свободы выбора и включает в себя такие аспекты, как правовой, социально-средовой, психологический, общественно-идеологический, производственно-экономический, анатомо-функциональный. Каждому из этих аспектов отвечает свое направление реабилитации.

Практически все источники признают, что начальным звеном системы общей реабилитации инвалидов является медицинская реабилитация, которая представляет собой комплекс мер, направленных на восстановление утраченных функций или компенсацию нарушенных функций, замещение утраченных органов, приостановление прогрессирования заболеваний. Медицинская реабилитация неразрывна с лечебным процессом — уже в ходе реализации медицинских услуг потерявшего здоровье индивида должен предусматриваться наиболее полный учет возможностей дальнейшей реабилитации: минимально травмирующая операция, удобные для протезирования результаты ампутаций и т. д.

Весь цикл лечебно-восстановительных мероприятий сопровождается **психологической реабилитацией**, содействуя преодолению в сознании больного представлений о бесполезности реабилитации. Кроме того, психологическая реабилитация является самостоятельным направлением реабилитационной деятельности, направленным на преодоление страха перед действительностью, изживание социально-психологического комплекса «калеки», укрепление активной, деятельной личностной позиции.

Педагогическая реабилитация включает в себя, в первую очередь, мероприятия воспитательного и обучающего характера в отношении несовершеннолетних инвалидов, направленные на то, чтобы больной ребенок овладел по возможности знаниями, умениями и навыками самоконтроля и осознанного поведения, самообслуживания, получил необходимый уровень общего или дополнительное специальное образование.

Необходимость **социально-средовой реабилитации** лиц с утраченными функциями обусловлена тем, что инвалидность приводит к значительному числу ограничений в возможностях самообслуживания и передвижения, которые здоровый человек использует, даже не задумываясь об их значимости. Инвалид же может оказаться зависимым от посторонней помощи в самых повседневных, простых, интимных потребностях.

Социокультурная реабилитация составляет важный элемент реабилитационной деятельности, так как удовлетворяет блокированную у инвалидов потребность в информации, в получении социально-культурных услуг, в доступных видах творчества, даже если они не приносят никакого материального вознаграждения.

Социокommункативная реабилитация или просто «коммуникативная реабилитация» нацелена на восстановление непосредственных социальных взаимодействий инвалида, укрепление его социальной сети. В рамках этой деятельности происходит обучение инвалида навыкам общения в новых для него условиях нарушения ряда функций. На

основе складывания адекватной, но благоприятной самооценки инвалид должен сформировать новый образ «Я» и положительно окрашенную картину мира, что воспрепятствует негативным эмоциональным реакциям в общении с другими людьми.

Этапы реабилитационного процесса:

1. Данный этап предусматривает углубленную проработку ИПР, проведение социальной, клинико-функциональной и психологической диагностики, оценку клинического, профессионально-трудового, социально-бытового и социально-средового прогноза; при необходимости уточнение (совместно с бюро МСЭ) рекомендаций о показанных условиях труда, в соответствии с ними осуществление выбора вида профессионально-трудовой деятельности, инвалид проходит прием у специалиста по реабилитации (врача), у врача по лечебной физкультуре и врача-физиотерапевта, у психолога, специалиста социальной работы, специалиста по профессиональной реабилитации.

На первом этапе реабилитации проводится информирование и консультирование, оказывается юридическая помощь и осуществляется адаптационное обучение.

2. Второй этап реабилитации включает: реализацию программы медицинской реабилитации, проведение профориентации, осуществление выбора профессии и обучение (курсовое или на рабочем месте), освоение новых профессиональных знаний, умений и навыков, проведение тренингов; создание специального рабочего места, обучение пользованию специальными приспособлениями, инструментами, техническими средствами реабилитации для труда; проведение социальной реабилитации; содействие в налаживании контактов с социально-реабилитационными службами.

3. Данный этап реабилитации включает рациональное трудоустройство на рабочем месте, в мастерских, продолжение социальной реабилитации, проведение социо-культурной реабилитации и реабилитации средствами физической культуры и спорта, реализацию мероприятий психологической реабилитации.

4. Последний этап реабилитации включает оценку эффективности проведенных реабилитационных мероприятий и содействие (при отсутствии противопоказаний) в переходе на открытый рынок труда.

Тема 6. Социальная реабилитация детей, нуждающихся в государственной защите

Лекция 4. Социальная реабилитация детей, нуждающихся в государственной защите

План лекции

1. Трудная жизненная ситуация как отклонение в социальной жизни несовершеннолетнего. Несовершеннолетние, находящиеся в трудной

жизненной ситуации: несовершеннолетние, находящиеся в социально опасном положении, несовершеннолетние, нуждающиеся в государственной защите, дезадаптированные подростки.

2. Социально опасное положение и сиротство как причины реабилитации несовершеннолетних.

3. Проблемное поле социализации детей, нуждающихся в государственной защите.

4. Особенности и принципы социальной реабилитации несовершеннолетних.

5. Виды социальной реабилитации подростков и молодежи с нарушениями здоровья.

Сложная жизненная ситуация всегда характеризуется несовпадением между тем, что мы хотим (достичь, сделать и т.п.), и тем, что мы можем. Такое несоответствие желаний со способностями и возможностями препятствует достижению целей, а это влечет за собой возникновение негативных эмоций, которые и сигнализируют о возникновении трудной ситуации. Подросток осваивает новый для него мир, новые отношения и неизбежно, в силу отсутствия опыта, встречается с трудными ситуациями, которые ему непонятны и незнакомы. Применение собственных способностей и возможностей в таком случае может оказаться недостаточным, потому может стать причиной разочарований. А любая сложная жизненная ситуация приводит к нарушению деятельности, ухудшению сложившихся отношений с окружающими нас людьми, порождает переживания и плохие эмоции, вызывает различные неудобства, что может иметь отрицательные последствия для развития личности.

Признаки того, что подросток попал в трудную жизненную ситуацию:

- нарушение межличностных отношений, стремление к уединению, негативизм;
- злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, агрессивность, изменение поведения;
- сниженное настроение, задумчивость, утрата интереса к учебе, другим, ранее привлекательным видам деятельности;
- появление сверх критичности к себе;
- разочарование в успехах, обесценивание собственных достижений;
- нарушения пищевого поведения (отказ от еды или обжорство), бессонница или повышенная сонливость, кошмары и беспокойный сон в течение, по крайней мере, нескольких дней;
- частые необоснованные жалобы на соматические недомогания (на боли в животе, головные боли, постоянную усталость, частую сонливость);
- несвойственное данному подростку пренебрежительное отношение к своему внешнему виду;
- постоянное чувство одиночества, бесполезности, вины или грусти;
- увлечение религиозными течениями, рассуждения о смысле жизни, не свойственные ранее;

- уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, превращение в человека «одиночку»;
- нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы,
- погруженность в размышления, рассуждения о тяжелых проблемах, случившихся с другими, намеки на то, что в жизни все не так, как надо;
- отсутствие планов на будущее;
- внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей, раздражительность.

Группа риска:

- страдающие от болезней или покинутые окружением подростки;
- из социально-неблагополучных семей - уход из семьи или развод родителей;
- из семей, в которых были случаи суицидов, потеря близкого человека,
- подростки из семей с низким доходом: эмоциональные переживания собственной материальной неполноценности (стыд, чувство беспомощности, гнев на родителей, агрессия на сверстников); беспокойство за собственное будущее (страхи, тревога, доходящие до уровня невротизации); трудности в полноценности времяпрепровождения (ограниченные возможности в отдыхе, занятиям по интересам и т.д.); трудности в общении с ровесниками (так или иначе, иерархия по материальному статусу существует), низкий социометрический статус в группе.
- перенесшие травмы головы, в том числе в детстве, и родовые травмы;
- подростки из семей, где присутствует воспитание по типу гиперопеки;
- любой подросток, в силу физиологических и психологических особенностей.

Способы помощи:

1. Отнеситесь серьезно к проблемам подростка, какими бы мелкими и надуманными они Вам не казались. Помните, что подросток крайне чувствительно и эмоционально реагирует на любое пренебрежение. Рассматривайте подростка как равную себе личность.
2. Внимательно слушайте то, о чем говорит подросток. Иногда невербальные знаки, мимика, жесты расскажут больше о состоянии человека, чем слова.
3. Если подросток делится с Вами своей проблемой, не используйте пустые утешения, предлагайте конструктивные пути выхода из ситуации, свою активную помощь
4. Проявляйте внимание и заботу. Их следует выражать не только словами, но и невербальной эмпатией; в этих обстоятельствах уместнее не морализирование, а поддержка.
5. Не спорьте и не доказывайте подростку, что его проблемы «легко решаемы». Тем самым Вы можете усугубить ситуацию, потеряете доверие, ребенок замкнется в себе.
6. Вселяйте в подростка уверенность в собственных силах, покажите ему ценность его достижений, значимость того, чего он добился. Внушайте ему надежду на еще больший успех.

7. В случаях необходимости обращайтесь за помощью к специалистам. Помните, что, в сущности, подросток это ребенок, находящийся, в силу возрастных особенностей, в крайне уязвимом состоянии.

Социальная реабилитация представляет собой систему мероприятий, имеющих своей целью восстановление способности к социальному функционированию больных, инвалидов и других категорий дезадаптированного населения (восстановление социальных функций и социальных ролей). Понимание социальной реабилитации прошло большой путь развития. Первоначально преобладал медицинский подход, когда сущность реабилитации понималась как возвращение больного к прежнему состоянию, развитие его физических и психологических функций до оптимального уровня. Другими словами, для достижения социального благополучия необходимо и достаточно восстановить психосоматические качества человека. Постепенно происходил переход от медицинского подхода к социальной модели, когда реабилитация рассматривается как восстановление не только трудоспособности, но и всех социальных способностей индивида.

Для успешного осуществления социальной реабилитации необходимо начать реабилитационные мероприятия как можно раньше, обеспечить их непрерывность, преемственность, этапность, системность и комплексность, индивидуальный подход к определению их объема, характера и направленности. Несмотря на требование к целостности процесса реабилитации, он представляет собой совокупность относительно обособленных и структурированных элементов, которые могут быть отделены друг от друга по пространству и по времени.

Принято выделять следующие виды социальной реабилитации:

- медико-социальная;
- социально-психологическая;
- социально-педагогическая;
- социально-правовая;
- социокультурная.

Медико-социальная реабилитация - это комплекс мер, направленных на восстановление утраченных функций или компенсацию нарушенных функций, замещение утраченных органов, приостановление прогрессирования заболеваний.

Известно, что состояние здоровья детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, постоянно ухудшается. Именно поэтому основными компонентами медицинской реабилитации должны стать: оздоровительная работа с использованием традиционных и нетрадиционных методов медицины; проведение глубоких диагностических работ по выявлению причин психических и соматических нарушений здоровья ребенка; организация стационарного лечения, формирование здорового образа жизни.

Социально-психологическая реабилитация - восстановление социально-психологического статуса, устранение или снижение уровня социально-

психологической дисфункции, иных нарушений социально-психологической регуляции, явившихся следствием трудных жизненных ситуаций. Социально-психологическая реабилитация включает ряд мер, комплексное проведение которых дает положительный результат.

Это прежде всего:

- предварительное собеседование;
- первичное консультирование и выявление потребностей ребенка;
- формирование индивидуальной программы социально психологической реабилитации;
- реализация программы;
- промежуточный и итоговый контроль ее реализации.

Программа социально-психологической реабилитации в зависимости от индивидуального состояния подростка может включать: психологическое консультирование; психологическую диагностику; психокоррекционные процедуры; психотерапевтическую помощь; социально-психологические тренинги.

Социально-педагогическая реабилитация – это мероприятия воспитательного и обучающего характера в отношении несовершеннолетних, которые направлены на овладение знаниями, умениями, навыками самоконтроля и осознанного поведения, самообслуживания, получение необходимого уровня общего и дополнительного образования.

Педагогическая реабилитация – одно из приоритетных направлений в реабилитации несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и включает в себя:

- создание и соблюдение особого режима обучения;
- формирование положительной мотивации и активизации познавательной деятельности;
- организацию индивидуального подхода в учебно-воспитательном процессе на основе индивидуальных программ развития;
- раннюю профориентацию подростка;
- помощь в устройстве на работу;
- организацию педагогического образования родителей или лиц, их заменяющих.

Специалистами реабилитационных центров для несовершеннолетних уделяется большое внимание изучению причин школьной дезадаптации поступивших детей, так как каждый из них имеет трудности в обучении и отставание по нескольким классам. Обучение подростков в таких случаях организовано на строго индивидуальной основе и осуществляется в различных вариантах: в образовательной школе или классах компенсирующего обучения, если способности подростка к познавательной деятельности деформированы.

Во многих случаях реабилитировать подростка - значит снять у него страх перед школой, восстановить и укрепить общие навыки, способность к волевому усилию, придать ему уверенность в своих силах и на этой основе пробудить у него желание быть учеником.

Полученные навыки для части подростков могут стать основой в дальнейшей профессиональной деятельности, повысить уровень их социально-бытовой адаптации, расширить возможности их трудоустройства, что является основой в определении активности и самостоятельности в дальнейшей жизни. Социально-правовая реабилитация - восстановление социального статуса несовершеннолетнего.

Она реализуется через достижение следующих задач:

- защита прав и законных интересов воспитанников;
- организация поэтапного выполнения индивидуальных программ социальной реабилитации несовершеннолетних, обеспечивающих восстановление утраченных контактов с семьей и внутри семьи;
- оздоровление системы межличностных отношений несовершеннолетних, восстановление их социального статуса в коллективе сверстников;
- развитие мотивации социально полезной деятельности, при которой будут практически исключены правонарушения или преступления со стороны воспитанников;
- общая социально-правовая диагностика контингента воспитанников;
- формирование представления об их проблемном поле;
- организация социально-правовой поддержки воспитанников.

Социокультурная реабилитация удовлетворяет блокированную потребность несовершеннолетних в получении информации социальнокультурных услуг, реализации себя в доступных видах творчества, даже если они не приносят материального вознаграждения. Одним из элементов коррекционно-реабилитационной работы является создание условий для организации досуга детей. Реабилитационный процесс должен включать использование различных форм арттерапии (домашний театр, музыкальное, танцевальное, изобразительное творчество, флористика и т. д.). При этом воспитанники самостоятельно выбирают вид досуговой деятельности.

Организация реабилитационного процесса в социально-реабилитационном центре осуществляется комплексно. Комплексный подход основывается на ряде принципов:

- выявление и экспертная оценка реабилитационного потенциала каждого ребенка;
- выделение приоритетного направления реабилитации;
- дифференцированный подход к организации и реализации реабилитационных мероприятий;
- последовательность реабилитационного воздействия;
- преемственность методов реабилитации при комплексном воздействии.

Социальная реабилитация детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, осуществляется поэтапно:

- прием несовершеннолетнего;
- психодиагностика и обследование личности;
- наблюдение и сбор общей информации о несовершеннолетнем;

- разработка индивидуальной программы социальной реабилитации;
- реализация мероприятий по индивидуальной программе социальной реабилитации;
- социальный патронаж.

На подготовительном этапе специалисты собирают как можно больше информации о ребенке, о его социальной ситуации, семье, родственниках и т. д. Полученная информация аккумулируется, для того чтобы в дальнейшем ее можно было проработать. На этом этапе с каждым воспитанником составляется карта социальных связей, в которой ребенок указывает всех людей, играющих ту или иную роль в его жизни. Благодаря этой карте специалисты имеют возможность разработать план мероприятий для составления индивидуальной программы реабилитации с учетом интересов и желания ребенка.

Тема 7. Социальная реабилитация инвалидов и их семей

Лекция 5. Социальная реабилитация инвалидов и их семей

План лекции

1. Международные концепции инвалидности.
2. Феномен инвалидности в рамках классификации ВОЗ.
3. Модели инвалидности в социальной работе.
4. Специфика социальной реабилитации инвалидов, семей, воспитывающих детей-инвалидов.
5. Теория горя в отношении инвалидов и их семей.

В Беларуси становление и развитие государственной системы мер по профилактике инвалидности, врачебно-трудовой экспертизе и социально-трудовой реабилитации больных и инвалидов началось с конца 80-ых годов. В 1988 году официально был открыт Республиканский консультативный центр по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов.

Решением Комиссии Президиума Совета Министров БССР по вопросам научно-технического прогресса от 23 октября 1990 года была принята первая Республиканская научно-техническая программа «Разработка методов и технических средств для медицинской и социально-трудовой реабилитации инвалидов на 1991-1995 годы.

В 1990 году была разработана информационная *система «Инвалидность»*. Это специализированная медико-социальная информационно-аналитическая система, учитывающая обращаемость граждан, была первой информационной системой по вопросам инвалидности среди стран бывшего СССР.

В Республике Беларусь в 1991 г. был принят Закон «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», который определил государственную политику в области социальной защиты инвалидов, ввел новое определение инвалидности.

Закон направлен на защиту прав инвалидов, он расширил возможности инвалидов заниматься трудом и ввел реабилитацию инвалида как вид социальной помощи инвалидам и обязанность лечебных и других учреждений оказывать услуги в области реабилитации.

Согласно Закона (статья 13) было введено понятие «*индивидуальная программа реабилитации инвалидов*». В соответствии с данной статьей «медицинская, профессиональная и социальная реабилитация инвалидов осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, определяемой на основе заключения медико-социальной экспертизы государственными органами с участием представителей общественных организаций инвалидов». Индивидуальная программа реабилитации определяет конкретные объемы, виды и сроки проведения реабилитационных мер, виды социальной помощи и является «документом, обязательным для исполнения соответствующими государственными органами, а также предприятиями, учреждениями и организациями независимо от форм собственности и хозяйства».

После принятия Закона «О социальной защите инвалидов» в Беларуси была проведена существенная реорганизация служб врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации. ВТЭ была переименована в медико-социальную экспертизу с приданием ей новых задач. Произошло объединение службы МСЭ и реабилитации. Врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК) были переданы в систему здравоохранения с последующей реорганизацией в медико-реабилитационные комиссии (МРЭК) с приданием этой службе новых, более широких задач.

Однако выход Закона «О социальной защите в Республике Беларусь» способствовал резкому увеличению показателей первичного выхода на инвалидность, так как был направлен на защиту только инвалидов, но не больных. Поэтому на МРЭК обратился большой поток больных за получением социальных льгот и гарантий, которые могли получить инвалиды.

Следствием данного роста первичной инвалидности стал выход нового Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» утвержденного Постановлением Верховного Совета Республики Беларусь от 17 октября 1994г.

Этот Закон определяет государственную политику Республики Беларусь в области предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов как составной части охраны общественного здоровья в целях гарантий и обеспечения условий для его сохранения, восстановления и компенсации, нарушенных или утраченных способностей инвалидов к общественной, профессиональной и бытовой деятельности в соответствии с их интересами и потенциальными возможностями.

Согласно ст.19 Закона «при возникновении у больных дефекта здоровья в результате заболевания или травмы, в том числе при переходе заболевания в хроническую стадию реабилитационные учреждения составляют индивидуальную программу медицинской реабилитации».

Принятие Закона Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994г.) ознаменовало собой начало нового этапа в решении проблем, связанных с инвалидностью. Закон направлен на предупреждение инвалидности, на развитие государственных мер по активному проведению реабилитации, на интеграцию инвалидов в общество путем гарантированной реализации индивидуальной программы реабилитации.

В республике остается весьма актуальным дальнейшее развитие и совершенствование службы медицинской реабилитации. Правительством страны, Министерством здравоохранения сформулированы задачи по развитию службы МСЭ и реабилитации, которыми предусмотрено создание современной концепции развития медицинской реабилитации, разработка мероприятий по улучшению ситуации в регионах с наиболее высокими показателями заболеваемости, разработка методических подходов, регламентирующих стационарный этап медицинской реабилитации, стандартизованных подходов к объемам лечебно-реабилитационной помощи, дальнейшее совершенствование системы санаторно-курортной помощи и рекреационных услуг на основе научно обоснованных и социально-экономических подходов.

В настоящее время в сфере реабилитации инвалидов в нашей республике действует Подпрограмма «Предупреждение инвалидности и реабилитация инвалидов».

Правовая основа социальной реабилитации инвалидов в Республики Беларусь. Инвалиды представляют особую группу в структуре населения страны. Социальная защита инвалидов – одно из приоритетных направлений государственной социальной политики. В целях создания условий для устойчивого повышения качества жизни населения государство обеспечивает социальную поддержку инвалидов: оказание адресной помощи, предоставление льгот и гарантий, организация медицинской реабилитации.

В республике создана законодательная база, которая основывается на Конституции Республики Беларусь и соответствует международным документам о правах инвалидов. Социальная реабилитация инвалидов – комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни инвалидов посредством создания им условий для независимого проживания и интеграции в общество.

В соответствии со ст. 35 Закона Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» социальная реабилитация инвалидов включает в себя: социальную адаптацию инвалидов, обеспечение инвалидов техническими средствами социальной реабилитации, социальное обслуживание инвалидов на дому.

Постановлением Совета Министров от 18 марта 1996 г. № 190 утвержден Государственный реестр (перечень) технических средств социальной реабилитации, выделяемых инвалидам бесплатно или на льготных условиях.

В июле 2012 г. принята новая редакция Закона «О социальном обслуживании». Расширен перечень видов социальных услуг, для людей с ограничениями, введена услуга сопровождаемого проживания, индивидуальная программа реабилитации инвалида, осуществление мероприятий, направленных на улучшение качества жизни инвалидов

Социальная реабилитация инвалидов в Республике Беларусь осуществляется с учетом действующего законодательства. Права граждан Республики Беларусь на оказание медико-социальной помощи и охрану здоровья законодательно закреплены:

- ✓ Конституцией Республики Беларусь;
- ✓ законами Республики Беларусь «О здравоохранении», «О социальной защите инвалидов», «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», «О социальном обслуживании», «О пенсионном обеспечении» и др.

Закон РБ «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» от 11.11.1991г.17 июня 2009 новая редакция закона «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь». Закон основывается на Конституции Республики Беларусь и направлен на определение государственной политики Республики Беларусь в отношении инвалидов и имеет целью осуществление эффективных мер по их социальной защите, обеспечению равенства и полноправного участия в жизни общества.

Действие настоящего Закона распространяется на граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Республики Беларусь, являющихся инвалидами независимо от причины и группы инвалидности.

Каждый инвалид, который не в состоянии удовлетворить свои жизненные потребности собственными силами, имеет право на гарантированную помощь со стороны государства.

Государственная политика Республики Беларусь в области социальной защиты инвалидов направлена на обеспечение полноправного участия инвалидов в жизни общества и проводится на основе принципов:

- 1) соблюдения прав человека;
- 2) запрещения дискриминации по признаку инвалидности;
- 3) обеспечения доступности медицинской, социальной, профессиональной и трудовой реабилитации;
- 4) равных прав инвалидов, наряду с другими гражданами, на охрану здоровья, образование и свободный выбор трудовой деятельности.

Статья 14. Право на получение образования.

Инвалидам гарантируется право на получение основного, дополнительного и специального образования с учетом их состояния здоровья и возможностей.

Статья 19. Реализация инвалидами права на труд.

Глава 6. Безбарьерная среда, обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной и производственной инфраструктуры.

Статья 31. Социальная поддержка инвалидов

Инвалидам гарантирована социальная поддержка со стороны государства в виде денежных выплат (пенсии, пособия, государственная адресная социальная помощь), обеспечения техническими средствами социальной реабилитации, оказания социальных услуг и услуг жилищно-бытового обслуживания.

Глава 8. Создание общественных объединений инвалидов.

Инвалиды и их законные представители имеют право в порядке, установленном законодательством, создавать общественные объединения.

Закон РБ «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» от 23 июля 2008 г. Закон направлен на предотвращение случаев возникновения инвалидности, улучшения качества жизни инвалидов, их социальной адаптации и интеграции в общество, восстановления или компенсации нарушенных или утраченных функций организма, определения правовых и организационных основ предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов.

В Законе даны определения новым терминам: «адаптация инвалида», «жизнедеятельность», «ограничение жизнедеятельности», «индивидуальная программа реабилитации инвалида», «инвалид», инвалидность.

В соответствии со ст. 35 социальная реабилитация инвалидов включает в себя:

- ✓ социальную адаптацию инвалидов;
- ✓ обеспечение инвалидов техническими средствами социальной реабилитации;
- ✓ социальное обслуживание инвалидов на дому, в том числе оказание им повседневной помощи;
- ✓ развитие творчества, физической культуры и спорта среди инвалидов;
- ✓ иные виды социальной реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

В законе раскрывается понятие социальной реабилитации, оказание психологической поддержки инвалидам, их обучение основным социальным навыкам личной гигиены, самообслуживания, передвижения, общения, созданию оптимальных условий для интеграции инвалидов в общество, а также адаптации внешней среды к потребностям инвалидов.

В данном законе выделяются следующие виды реабилитации: медицинская, медико-профессиональная, профессиональная.

Реабилитация инвалидов предусматривает решение следующих задач:

- ✓ реализацию мер по профилактике инвалидности;
- ✓ развитие и совершенствование структур службы медицинской, профессиональной, трудовой и социальной реабилитации;
- ✓ укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, социальной защиты, образования, службы занятости занимающихся проблемами предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов;
- ✓ обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации;
- ✓ улучшение системы управления службой реабилитации;

✓ пенсионное обеспечение.

Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (от 1 июля 1999 г. № 274-З). Закон определяет правовые основы государственного регулирования оказания психиатрической помощи, гарантий и прав граждан при ее оказании. В нем изложены основные понятия, определения и принципы оказания психиатрической помощи гражданам. Действие настоящего Закона распространяется на граждан Республики Беларусь при оказании им психиатрической помощи.

Психиатрическая помощь гарантируется государством и оказывается на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина.

Глава 2. Обеспечение психиатрической помощью и социальная защита граждан, страдающих психическими заболеваниями.

Психиатрическую помощь оказывают психиатрические (психоневрологические) учреждения и индивидуальные предприниматели, имеющие в соответствии с законодательством Республики Беларусь право на осуществление этой деятельности.

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства (заболевания), фактах обращения его за психиатрической помощью и лечении в психиатрическом (психоневрологическом) учреждении, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются профессиональной тайной, охраняемой законом (ст. 11).

Контроль за деятельностью учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляют органы здравоохранения, социального обеспечения и страхования. Надзор за соблюдением законности при оказании лицам психиатрической помощи осуществляют генеральный прокурор и подчиненные ему прокуроры Республики Беларусь (ст. 45).

Ответственность за нарушения указанных статей наступает в соответствии с законодательством Республики Беларусь (ст. 50).

Конвенция ООН о правах людей с инвалидностью. Конвенция была принята 13 декабря 2006 года Генеральной Ассамблеей ООН в Нью-Йорке и открыта для подписания 30 марта 2007 года. На сегодняшний день Конвенцию подписали 160 стран. РБ подписала конвенцию 28 сентября 2015 года.

Конвенция стала ориентиром для законодательства Беларуси по внедрению норм, предотвращающих любую форму дискриминации в отношении инвалидов и улучшающих их правовое положение.

В конвенции указано, что все лица с любыми формами инвалидности должны пользоваться всеми правами человека и основными свободами.

В ней разъясняется и определяется, каким образом все категории прав могут быть применены к инвалидам, указываются области, которые требуют внесения изменений, позволяющих лицам с ограниченными возможностями эффективно осуществлять свои права.

В РБ в ноябре 2008 г. Совет Министров одобрил проект международной технической помощи «Содействие Республике Беларусь в присоединении к Конвенции о правах инвалидов и ее осуществлению».

В феврале 2009 г. был пройден предварительный этап согласования Конвенции с министерствами и сам документ одобрен Правительством как технический проект.

Принципы, которые лежат в основе Конвенции:

- 1) Уважение достоинства, присущего человеческой личности, личная самостоятельность, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости лиц.
- 2) Недопущение дискриминации.
- 3) Полная и эффективная интеграция в общество.
- 4) Принятие инвалидов.
- 5) Равенство возможностей.
- 6) Доступность.
- 7) Равенство между мужчинами и женщинами.
- 8) Уважение развивающихся способностей детей-инвалидов и уважение права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность.

Важным фактором Конвенции является конкретизация ряда прав человека, исходя именно из проблемы инвалидности. Это позволяет формировать более адекватные национальные и местные политики инвалидности. Следует отметить, что последнее свойство Конвенции уже заложено в основу социальной защиты лиц с инвалидностью в Беларуси («Государственная политика Республики Беларусь в области социальной защиты инвалидов направлена на обеспечение полноправного участия инвалидов в жизни общества»).

Статьей 25 Конвенции признается право инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности.

В статье 9 - необходимость выявления и устранения барьеров, мешающих доступности информационных, коммуникационных служб.

Статьей 30 Конвенции предусмотрено, что государства - участники принимают все надлежащие меры для обеспечения того, чтобы инвалиды имели доступ к таким местам культурных мероприятий или услуг, как театры, музеи, кинотеатры, библиотеки и туристические услуги, а также имели в наиболее возможной степени доступ к памятникам и объектам, имеющим национальную культурную значимость.

На сегодняшний день в Республике Беларусь положение и права инвалидов регулирует целый комплекс нормативно-правовых актов. Это и Закон «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», Закон «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь», Постановление Совета Министров «О специальных домах-интернатах для престарелых и инвалидов» и др.

Инклюзивное образование в Республике Беларусь. Сегодня в системе образования республики создана модель интегрированного обучения. Раньше дети с инвалидностью не имели никаких шансов

обучаться со своими сверстниками в детском саду или школе. Но по мере развития и расширения интегрированных классов и групп в детских дошкольных учреждениях стало очевидно: недостаточно просто открыть двери обычной школы или детсада для ребенка с особыми потребностями и поместить его в обычном классе со сверстниками. Инклюзивное образование предлагает новые, более совершенные и гибкие подходы к организации учебного процесса и взаимодействия с каждым ребенком.

Инклюзивное или включенное образование – термин, используемый для описания процесса обучения детей с инвалидностью в общеобразовательных(массовых) школах.

В основе инклюзивного образования лежат идеи равного отношения ко всем людям, исключается любая дискриминация детей, создаются особые условия для детей, имеющих особые образовательные потребности. Инклюзивные подходы могут поддержать таких детей в обучении и достижении успеха, что даст шансы и возможности для лучшей жизни.

Инклюзивное образование - непрерывный процесс развития образования, подразумевающий доступность образования и признающий, что все дети – индивидуумы с различными потребностями в обучении.

Инклюзивное образование старается разработать подход к образовательному процессу, который будет более гибким для удовлетворения различных потребностей в обучении. Если обучение и воспитание станут более эффективными в результате изменений, которые внедряет инклюзивное образование, тогда выиграют все дети (не только дети с особыми потребностями).

Инклюзивное образование характеризуется следующими особенностями:

- ✓ каждый ребенок, независимо от своих особенностей и способностей, имеет возможность посещать учреждение образования по месту жительства, где предоставлены возможности для реализации его потенциала и для взаимодействия с другими детьми;
- ✓ физическая среда и весь обучающий процесс приспособляется к нуждам каждого ребенка;
- ✓ весь персонал имеет соответствующую подготовку и использует индивидуальные подходы во взаимодействии с детьми и их родителями.

В Республике Беларусь все усилия по реализации идей инклюзивного образования подкреплены нормативно-правовой базой, закрепляющей права и обязанности участников образовательного процесса.

Наиболее важные из них: Конституция Республики Беларусь, Законы Республики Беларусь - «О правах ребёнка»; «Об образовании»; «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)»; «Об общем среднем образовании»; «О языках в Республике Беларусь»; Декрет Президента РБ от 24.11.2006 г. № 18 «О дополнительных мерах по государственной защите детей в неблагополучных семьях»; Декрет Президента РБ от 17 июля 2008 № 15 «Об отдельных вопросах общего среднего образования».

Однако, в Беларуси инклюзивная образовательная практика достаточно ограничена, во многом экспериментальна и неустойчива. Больше половины детей с особенностями развития по-прежнему обучаются в специальных учебных заведениях.

Важнейшим барьером на пути к независимой жизни инвалидов является неготовность системы образования разрабатывать и реализовывать индивидуальные образовательные программы в рамках инклюзивной модели.

Обучение многих инвалидов затруднено в связи с отсутствием специально подготовленной для них «безбарьерной среды» в учебных заведениях, недостаточно развитой инфраструктурой, физической недоступностью учебных учреждений. Многие учебные учреждения все еще не оборудованы для передвижения и обучения инвалидов. Одна из наиболее острых проблем вызвана сложностью передвижения инвалидов с места жительства на место учебы.

Внедрение инклюзивного образования сталкивается не только с трудностями организации «безбарьерной среды», но и с препятствиями социального характера, заключающимися в распространенных установках, стереотипах и предрассудках, в том числе, в готовности или отказе родителей, имеющих детей-инвалидов и родителей здоровых детей принять новые принципы образования. Эффективная реализация включения особого ребенка в среду общеобразовательного учреждения зависит от отношения родителей обеих категорий к данной форме обучения.

24.08.2115 года принята **Концепции развития инклюзивного образования в Республике Беларусь.**

Концепция разработана с целью реализации права на получение образования всеми детьми, включая детей с особенностями психофизического развития, в учреждениях образования, наиболее приближенных к месту их проживания, на создание условий, максимально учитывающих образовательные потребности каждого обучающегося, раскрывающих потенциал каждого обучающегося.

В Концепции определены основные цели, задачи, принципы и механизмы развития инклюзивного образования.

Целью Концепции является обеспечение инклюзивного образования лиц с особенностями психофизического развития в Республике Беларусь.

Тема 8. Социальная работа по профессиональной ориентации и трудоустройству людей с особенностями психофизического развития
Лекция 6. Социальная работа по профессиональной ориентации и трудоустройству людей с особенностями психофизического развития

План лекции:

1. Проблема профессиональной ориентации и трудоустройства людей с особенностями психофизического развития.
2. Концепция независимой жизни инвалидов.
3. Нормативно-правовые основы профессиональной ориентации людей с особенностями психофизического развития.
4. Окупиционная терапия как технология медико-социальной реабилитации инвалидов.
5. Трудотерапия как форма и технология социальной.

1. Проблема профессиональной ориентации и трудоустройства людей с особенностями психофизического развития. Концепция независимой жизни инвалидов. Существуют определенные трудности при трудоустройстве лиц с ОПФР. Проблемы возникают после того, как выпускник приступает к работе. К сожалению не все руководители предприятий понимают особенности поведения людей с ОПФР. Недостаточность самоконтроля, внушаемость, слабая воля и др. особенности их характера приводят к конфликтам, непониманию, вследствие чего некоторые теряют работу.

Концепция независимой жизни рассматривает проблемы человека с ограниченными возможностями здоровья в свете его гражданских прав и ориентируется на устранение социальных, экономических, психологических и др. барьеров. Согласно идеологии независимой жизни инвалиды составляют часть общества и должны жить там же, где и здоровые люди. Они должны иметь право на свой дом, право жить в своей семье вместе со здоровыми ее членами, право получать образование в общей школе со здоровыми детьми, иметь оплачиваемую работу. Материальное обеспечение инвалидов должно быть таким, чтобы они чувствовали себя независимыми и были обеспечены всем, что может предложить им общество.

Независимая жизнь – это возможность самостоятельно определять стиль своей жизни, принимать решения и управлять жизненными ситуациями. Инвалиды имеют право на уважение, на самостоятельный выбор места работы и вида отдыха, право свободного перемещения (ездить в городском транспорте, летать самолетами и т.д.), право обходиться без посторонней помощи в осуществлении жизнедеятельности или свести эту помощь к минимуму, право участвовать в социальной и политической жизни общества.

Независимая жизнь инвалидов – это: возможность самим определять и выбирать такой образ жизни, который позволяет самостоятельно принимать решения и свободно управлять обстоятельствами в разных жизненных ситуациях; право человека быть неотъемлемой частью современного общества и, принимая активное участие в социальных и политических

процессах, иметь свободу выбора; возможность иметь право полного участия в процессах медицинской и социальной реабилитации и быть главным экспертом в оценке их качества; право человека иметь свободный доступ к жилью и среде обитания, социальной инфраструктуре и транспорту, работе и образованию, медицинскому обслуживанию и социальным услугам; все то, что дает возможность инвалиду считать себя Личностью и быть независимым человеком.

Предрасполагающими факторами к зарождению движения независимой жизни послужили развитие социальной работы и формирование нового социального направления реабилитации инвалидов. Обеспечение инвалидов пенсиями и пособиями, различными услугами (помощь на дому), техническими средствами реабилитации способствовало тому, что инвалиды могли покинуть интернаты и больницы и проживать в своих семьях.

Другой важной предпосылкой развития Движения независимой жизни стали создаваемые общественные организации инвалидов. Эти организации оказывали поддержку своим членам, помогали трудоустроиться, обеспечивали жильем, в котором инвалиды могли проживать небольшими группами самостоятельно, при минимальной помощи социальных работников.

Общественные организации инвалидов, проповедующие философию независимой жизни, получили название **Центры независимой жизни (ЦНЖ)**.

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 для людей с инвалидностью режим равных возможностей.

ЦНЖ осуществляют четыре основных типа программ:

1. Информирование и предоставление справочной информации: эта программа базируется на убеждении, что доступ к информации укрепляет способность человека управлять своей жизненной ситуацией.

2. Консультирование «равными» (обмен опытом): подталкивает инвалида к тому, чтобы удовлетворять свои потребности, принимая ответственность за свою жизнь. Консультантом также выступает инвалид, который делится своим опытом и навыками независимой жизни. Опытный консультант выступает в качестве ролевой модели инвалида, который сумел преодолеть преграды, чтобы жить полноценной жизнью наравне с другими членами общества.

3. Индивидуальные консультации по защите прав и интересов инвалидов: канадские ЦНЖ работают с отдельными людьми, чтобы помочь им осуществить их личные цели. Координатор обучает человека говорить от своего имени, выступать в свою защиту, самому отстаивать свои права. В основе такого подхода лежит убеждение, что сам человек лучше знает, в каких услугах он нуждается.

4. Предоставление услуг: совершенствование, как услуг, так и возможностей ЦНЖ оказывать их клиентам осуществляется благодаря исследованию и планированию, демонстрационным программам, использованию сети контактов, контролю за предоставляемыми услугами (помощь по дому персональных ассистентов, транспортные услуги, помощь инвалидам во время отсутствия (отпуска) людей, осуществляющих уход за ними, ссуды для приобретения вспомогательных приспособлений).

Таким образом, основная цель ЦНЖ – перейти от реабилитационной модели к новой концепции независимого проживания.

2. Оккупационная терапия как технология медико-социальной реабилитации инвалидов. Трудотерапия как форма и технология социальной реабилитации инвалидов. Деятельность групп дневного пребывания, трудовых мастерских в государственных и негосударственных организациях. Виды деятельности обучающихся. Развитие безбарьерной среды для инвалидов.

Оккупационная терапия – терапия повседневными занятиями – профессия, существующая в большинстве стран мира. Оккупационные терапевты работают в команде со специалистами по социальной работе, врачами, педагогами, психологами.

Она является интегральной частью комплексной программы медицинской, социальной и психолого-педагогической реабилитации. Это необходимый компонент эффективной помощи людям, испытывающим трудности функционирования в повседневных ситуациях. Применение оккупационной терапии достаточно широкое, от стимуляции рефлексов недоношенного младенца до обеспечения безопасности и независимости слабого пожилого человека.

Оккупациональная терапия начинается с функциональной диагностики, необходимой для определения числа и степени затруднений, которые испытывает человек, а также его ресурсов. Вместе с клиентом и другими членами команды оккупациональный терапевт разрабатывает план реабилитации, зачастую используя обычные повседневные занятия в качестве средств восстановления или развития навыков. Например, когда человек оправляется от перенесенного инсульта, он возвращается к обычным ежедневным занятиям: умыванию, купанию, одеванию, приготовлению пищи, уходу за домом, возобновляет социальные контакты. Все эти элементы будут являться средствами реабилитации, и во многих случаях необходим совет специалиста, чтобы не допустить слишком резких нагрузок.

Ключевой элемент оккупациональной терапии - это выбор видов занятий, которые не только формируют навыки, важнейшие для независимого функционирования, но и имеют значение для человека, нуждающегося в реабилитации. Скажем, достижение самостоятельности в приготовлении пищи является жизненно важной целью лишь для людей, которые прежде делали это или должны делать сейчас, чтобы оставаться независимыми. Успешное удовлетворение потребностей индивида в контексте его окружения есть как бы некий товарный знак оккупациональной терапии.

Таким образом, как направление в реабилитологии оккупациональная терапия имеет две стороны: реабилитационную, направленную на продуктивную деятельность по собственному обслуживанию, терапевтическую, направленную на восстановление утерянного навыка с помощью использования разных методов и специального оборудования.

Технология социально-трудовой реабилитации инвалидов включает следующие формы:

1. Трудовое обучение. Характеризуется подготовкой личности к приобретению социально значимых качеств, определенных знаний и профессиональных навыков. Осваиваемые умения и навыки должны обладать личностной и общественной ценностью, иметь практическую направленность. Является важным звеном реабилитационного процесса в качестве аналога профессионального обучения.

2. Трудовая занятость. Характеризуется элементарной бытовой деятельностью, включающей самообслуживание, поддержание чистоты и порядка в комнате, создание уюта. Это необходимость занятия трудовой деятельностью. Элементарная хозяйственно-бытовая трудовая деятельность позволяет устанавливать социальные связи с другими больными, персоналом учреждений, дает возможность лучше ориентироваться в окружающей обстановке. Трудовая занятость инвалидов соотносится с профессиональной ориентацией и реабилитацией инвалидов, с вопросами переобучения, повышения квалификации.

3. Трудоустройство. Это совокупность социально-правовых норм, способствующих восстановлению трудоспособности и обеспечивающих использование их в рабочей деятельности. Может осуществляться по следующим направлениям: трудоустройство в интернате на штатных должностях и на внешних объектах. Трудоустройство вне интерната способствует укреплению социальных связей, расширению социального опыта, создает условия для лучшей социальной интеграции.

4. Трудовая терапия. Целенаправленное вовлечение индивида в трудовую деятельность для воздействия посредством трудовой деятельности на психофизиологические функции и их наилучшее восстановление. Выступает лечебным фактором, способствующим интеллектуальному и физическому развитию, нормализации физиологических функций организма, коррекции двигательных функций, улучшению общего психофизиологического состояния.

Трудовые движения стимулируют протекание физиологических процессов, дисциплинируют, мобилизуют волю, учат концентрации внимания, создают хорошее настроение, направляют активность индивида в русло результативной, предметной, дающей удовлетворение деятельности. Трудовая реабилитация призвана восстановить способность к общению в процессе труда, формирует ощущение причастности к общему делу. При вовлечении в трудовую деятельность умственно отсталых лиц наблюдается перспектива обучения трудовым навыкам, трудоустройство и дальнейшая интеграция в социум. Групповая трудовая деятельность организует,

активизирует, коллективизирует деятельность лиц с физическими и психическими нарушениями, положительно влияет на формирование ценностных ориентаций.

В процессе трудовой терапии происходят следующие изменения: преодолеваются психологические комплексы; наблюдается становление личности; формируются межличностные отношения; повышается уровень адаптации человека в обществе.

Деятельность групп дневного пребывания, трудовых мастерских в государственных и негосударственных организациях.

Цель работы отделения - оказание инвалидам, в том числе выпускникам центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации системы Министерства образования Республики Беларусь (далее – ЦКРОиР), консультационно-информационных, социально-бытовых, социально-медицинских, социально-педагогических, социально-посреднических и социально-реабилитационных услуг. Содействие инвалидам в адаптации к условиям быта и трудовой деятельности, подготовке к самостоятельной жизни вне стационарных учреждений и дальнейшего их сопровождения.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ

- выявление индивидуальных потребностей инвалидов и разработка индивидуальных планов и программ интеграции;
- формирование у инвалидов коммуникативных навыков;
- содействие инвалидам в восстановлении (компенсации) нарушенных или утраченных вследствие заболевания навыков к самообслуживанию и в подготовке к самостоятельной жизни;
- формирование у инвалидов практических умений и навыков, обеспечивающих автономию в быту;
- вовлечение инвалидов с учетом имеющихся возможностей в различные формы общественной жизни, в творческую деятельность, физкультурно-оздоровительные мероприятия;
- расширение социальных контактов инвалидов;
- проведение мероприятий, направленных на обеспечение преемственности перехода выпускников ЦКРОиР в Центр;
- привлечение волонтеров к оказанию социальных услуг инвалидам.

Виды деятельности обучающихся.

Художественная деятельность .*Воспринимать* и выразить своё отношение к шедеврам русского и мирового искусства.

Участвовать в обсуждении содержания и выразительных средств художественных произведений.

Понимать условность и субъективность художественного образа.

Различать объекты и явления реальной жизни и их образы, выраженные в произведении искусства, и объяснять разницу.

Понимать общее и особенное в произведении изобразительного искусства и в художественной фотографии.

Слушание музыки. Опыт эмоционально-образного восприятия музыки, различной по содержанию, характеру и средствам музыкальной выразительности. Обогащение музыкально-слуховых представлений об интонационной природе музыки во всем многообразии ее видов, жанров и форм.

Пение. Самовыражение ребенка в пении. Воплощение музыкальных образов при разучивании и исполнении произведений. Освоение вокально-хоровых умений и навыков для передачи музыкально-исполнительского замысла, импровизации.

Инструментальное музицирование. Коллективное музицирование на элементарных и электронных музыкальных инструментах. Участие в исполнении музыкальных произведений. Опыт индивидуальной творческой деятельности (сочинение, импровизация).

Музыкально-пластическое движение. Общее представление о пластических средствах выразительности. Индивидуально-личностное выражение образного содержания музыки через пластику. Коллективные формы деятельности при создании музыкально-пластических композиций. Танцевальные импровизации.

Драматизация музыкальных произведений. Театрализованные формы музыкально-творческой деятельности. Музыкальные игры, инсценирование песен, танцев, игры-драматизации. Выражение образного содержания музыкальных произведений с помощью средств выразительности различных искусств.

Спортивно-оздоровительная

Туристско-краеведческая деятельность: туристические походы

Трудовая деятельность: кружки технического творчества, кружки домашних ремесел.

Игровая: ролевая игра, деловая игра социально-моделирующая игра.

Развитие безбарьерной среды для инвалидов.

В соответствии с законодательством Республики Беларусь объекты социальной инфраструктуры, действующие жилые помещения, транспортные средства должны быть приспособлены для доступа и пользования людьми с инвалидностью.

В случае, когда указанные объекты невозможно приспособить для доступа инвалидов, соответствующими государственными органами и иными организациями должны быть разработаны и осуществлены необходимые меры, обеспечивающие удовлетворение потребностей инвалидов.

Кроме того, должны учитываться потребности людей с инвалидностью при проектировании и строительстве новых объектов социальной инфраструктуры.

Республиканские органы государственного управления, местные исполнительные и распорядительные органы, иные организации обеспечивают инвалидам необходимые условия для свободного доступа к объектам социальной инфраструктуры, жилым, общественным, производственным зданиям и сооружениям, беспрепятственного

пользования общественным транспортом и транспортными коммуникациями, средствами связи и информации, местами отдыха и досуга.

Финансирование мероприятий по приспособлению жилых помещений для доступа и пользования людьми с инвалидностью осуществляется за счет средств местных бюджетов и иных источников, не запрещенных законодательством.

К безбарьерной среде, в первую очередь, относятся:

- пандус и его элементы: марш пандуса (наклонная плоскость), площадки перед началом марша пандуса и разворотные площадки при изменении направления движения по пандусу, поручни, ограничительные бортики;
- подъемник;
- отсутствие перепада высот при съезде с тротуара и пешеходной дорожки на проезжую часть;
- отсутствие порогов (в том числе в жилых помещениях);
- поручни и иное специальное оборудование сантехнических помещений и др.

Пандусы, подъемники и др. элементы без барьерной среды должны соответствовать требованиям, предусмотренным законодательством.

3. Система социальных реабилитационных учреждений для детей-инвалидов и взрослых. Профессиональная подготовка детей с особенностями психофизического развития во вспомогательных школах-интернатах.

Социальная реабилитация инвалидов – комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни инвалидов посредством создания им условий для независимого проживания и интеграции в общество.

В Республике Беларусь постановлением Совета Министров от 18 марта 1996 г. № 190 утвержден Государственный реестр (перечень) технических средств социальной реабилитации, выделяемых инвалидам бесплатно или на льготных условиях, который постоянно дополняется. Государство способствует развитию реабилитационной индустрии в целях разработки и организации производства современных технических средств социальной реабилитации [1].

Сегодня Государственный реестр (перечень) технических средств социальной реабилитации содержит 56 наименований средств реабилитации, выдаваемых инвалидам 1-й и 2-й группы, детям-инвалидам в возрасте до 18 лет бесплатно либо на льготных условиях органами по труду, занятости и социальной защите и государственными организациями здравоохранения.

Для оказания содействия в социально-бытовой, социально-трудовой и социально-психологической реабилитации инвалидов, в том числе выпускников центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, во всех территориальных центрах социального обслуживания населения начиная с 2010 г., работают отделения дневного пребывания для инвалидов.

Так, для осуществления своей деятельности в отделениях дневного пребывания создаются кружки (секции) по интересам, реабилитационно-трудовые мастерские, организуются культурно-массовые и спортивные мероприятия.

В Республике Беларусь основным пусковым механизмом в реализации мероприятий социальной реабилитации инвалидов является индивидуальная программа реабилитации инвалида, которая служит проводником социальных гарантий. Конкретные виды мероприятий и услуг по социальной реабилитации предоставляются реабилитационными организациями (учреждениями) в соответствии с программой социальной реабилитации, являющейся частью индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Социальная реабилитация инвалидов в Республике Беларусь осуществляется с учетом действующего законодательства. Права граждан Республики Беларусь на оказание медико-социальной помощи и охрану здоровья законодательно закреплены: – Конституцией Республики Беларусь; – законами Республики Беларусь «О здравоохранении», «О социальной защите инвалидов», «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», «О минимальных социальных стандартах», «О социальном обслуживании», «О пенсионном обеспечении» и др.

Профессиональная подготовка детей с особенностями психофизического развития во вспомогательных школах-интернатах.

Учебный план специального образования – нормативный технический документ, устанавливающий перечень обязательных для изучения учебных предметов по классам, количество учебных часов на их изучение, количество учебных часов на проведение коррекционных и факультативных занятий, общее количество учебных часов, финансируемых из республиканского или местных бюджетов.

Оптимальный объем учебной нагрузки – обязательное количество учебных часов, отводимых на изучение учебных предметов, проведение коррекционных, факультативных, стимулирующих, поддерживающих занятий; общее количество учебных часов, финансируемых из местного бюджета в каждом классе в учебную неделю.

Коррекционные занятия – форма организации образовательного процесса во внеурочное время, которая обеспечивает исправление или ослабление имеющихся у учащихся физических и (или) психических нарушений.

Задачи образовательного стандарта

Образовательный стандарт призван обеспечить:

оптимальную степень упорядочения структуры, содержания специального образования, его результатов, объема оптимальной учебной нагрузки для учащихся с ОПФР;

преемственность в содержании специального образования;

регулирование взаимоотношений участников образовательного процесса в достижении целей специального образования, повышении его качества.

Целью специального образования является повышение качества жизни учащихся с ОПФР через реализацию их права на получение образования или коррекционно-педагогической помощи в соответствии с их познавательными возможностями и состоянием здоровья.

Задачи специального образования:

обеспечение специальных условий для овладения учащимися с ОПФР основами наук, навыками умственного и физического труда, различными видами познавательной, творческой и коммуникативной деятельности в соответствии с их познавательными возможностями и состоянием здоровья;

формирование у учащихся с ОПФР готовности к трудовой деятельности, самостоятельному жизненному выбору и активной адаптации в социуме, созидательному и ответственному участию в жизнедеятельности семьи, общества и государства;

сохранение и укрепление физического и психического здоровья учащихся, воспитание бережного и ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью других граждан, формирование гигиенических навыков, опыта здорового образа жизни и безопасного поведения.

Общие требования к учреждениям, обеспечивающим получение специального образования

На уровне общего среднего образования к учреждениям, обеспечивающим получение специального образования, относятся:

специальные учреждения образования;

общеобразовательные учреждения, создавшие условия для получения образования учащимися с ОПФР.

В зависимости от физических и (или) психических нарушений развития детей с ОПФР создаются следующие специальные учреждения образования:

специальная общеобразовательная школа (школа-интернат) для детей с нарушениями зрения;

специальная общеобразовательная школа (школа-интернат) для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;

специальная общеобразовательная школа (школа-интернат) для детей с тяжелыми нарушениями речи;

специальная общеобразовательная школа (школа-интернат) для детей с нарушениями психического развития (трудностями в обучении);

специальная общеобразовательная школа (школа-интернат) для детей с нарушением слуха (первое и второе отделения);

вспомогательная школа (школа-интернат) (первое и второе отделения);

центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.

Ко всем специальным учреждениям образования предъявляются следующие общие требования.

Специальное учреждение образования является юридическим лицом и осуществляет свою деятельность в соответствии с Законами Республики Беларусь «Об образовании», «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)», «Об общем

среднем образовании», другим законодательством Республики Беларусь, настоящим образовательным стандартом специального образования, Положением о специальной общеобразовательной школе (школе-интернате), Положением о вспомогательной школе (школе-интернате), Положением о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, уставами названных специальных учреждений образования.

Материально-техническая база специального учреждения образования формируется учредителем в соответствии с установленными законодательством Республики Беларусь нормативами.

Помещения, кабинеты, лаборатории, площадки оснащаются средствами обучения, учебным оборудованием в соответствии с перечнем средств обучения, учебного оборудования для специальных учреждений образования и общеобразовательных учреждений, утверждаемым Министерством образования Республики Беларусь.

Специальные учреждения образования комплектуются педагогическими работниками, имеющими высшее педагогическое (дефектологическое) образование и (или) квалификацию учителя-дефектолога (учитель-дефектолог, учитель-логопед, сурдопедагог, тифлопедагог, олигофренопедагог) и (или) базовое образование, соответствующее профилю преподаваемого учебного предмета, и необходимую квалификацию.

Финансирование расходов на содержание специального учреждения образования осуществляется в соответствии с государственными нормативами в расчете на одного учащегося с ОПФР.

В специальных учреждениях образования должны быть созданы условия для проведения коррекционных занятий (наличие кабинетов коррекционной работы, оснащенных необходимым коррекционно-развивающим оборудованием, средствами обучения и учебной литературой).

Срок получения образования на уровне общего среднего образования зависит от возможности освоения его содержания учащимся, структуры и степени тяжести физических и (или) психических нарушений учащихся с ОПФР и составляет:

общего базового образования:

для учащихся с нарушением слуха, обучающихся по учебному плану первого отделения специальной общеобразовательной школы для детей с нарушением слуха, – 9 лет;

для учащихся с нарушениями зрения, с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата – от 9 до 10 лет;

для учащихся с тяжелыми нарушениями речи, для учащихся с нарушениями психического развития (трудностями в обучении), для учащихся с нарушением слуха, обучающихся по учебному плану второго отделения специальной общеобразовательной школы для детей с нарушением слуха, – 10 лет;

общего среднего образования:

для учащихся с нарушением слуха, обучающихся по учебному плану первого отделения специальной общеобразовательной школы (школы-интерната) для детей с нарушением слуха, – 11 лет;

для учащихся с нарушениями зрения, с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата – от 11 до 12 лет;

для учащихся с нарушением слуха, обучающихся по учебному плану второго отделения специальной общеобразовательной школы (школы-интерната) для детей с нарушением слуха, – 12 лет;

общего среднего образования в вечерних школах, вечерних классах:

для учащихся с нарушением слуха, обучающихся по учебному плану первого отделения специальной общеобразовательной школы (школы-интерната) для детей с нарушением слуха, – 12 лет;

для учащихся с нарушениями зрения, с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата – от 12 до 13 лет;

для учащихся с нарушением слуха, обучающихся по учебному плану второго отделения специальной общеобразовательной школы (школы-интерната) для детей с нарушением слуха, – 13 лет.

Сроки обучения на ступенях общего среднего образования составляют:

на I ступени общего среднего образования:

для учащихся с нарушением слуха, обучающихся по учебному плану первого отделения специальной общеобразовательной школы (школы-интерната) для детей с нарушением слуха, – 4 года;

для учащихся с нарушениями зрения, с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата – от 4 до 5 лет;

для учащихся с тяжелыми нарушениями речи, для учащихся с нарушениями психического развития (трудностями в обучении), для учащихся с нарушением слуха, обучающихся по учебному плану второго отделения специальной общеобразовательной школы (школы-интерната) для детей с нарушением слуха, – 5 лет;

на II ступени общего среднего образования – 5 лет;

на III ступени – 2 года, в вечерних школах, классах, учебно-консультационных пунктах, в которых обучение осуществляется по учебному плану вечерней школы, – 3 года.

Срок получения образования на уровне общего среднего образования для учащихся с интеллектуальной недостаточностью с учетом их познавательных возможностей составляет:

в первом отделении вспомогательной школы (школы-интерната) – от 10 до 12 лет;

во втором отделении вспомогательной школы (школы-интерната), в центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации – 9 лет.

Тема 9. Социальная реабилитация пожилых людей
Лекция 7. Социальная реабилитация пожилых людей
План лекции

1. Положение престарелых граждан в разных странах.
2. Социально-медицинские аспекты долгожительства (социальные и медицинские проблемы старости).
3. Долголетие и психическое здоровье. Долгожительство и качество жизни.
4. Медико-социальная реабилитация пожилых людей.
5. Социальные услуги пожилым людям.

1. Положение престарелых граждан в разных странах.

США

У пожилых людей в США сумма пенсии составляет около 1164\$. Если американец работал на законном основании не менее 10 лет и делал взносы в государственный пенсионный фонд, то ему гарантирована социальная поддержка в пожилом возрасте. Женщины выходят на пенсию в 65 лет, мужчины в 67. Значительная часть пенсионного обеспечения состоит из дополнительных накоплений. Каждое большое предприятие или солидная фирма имеют свой самостоятельный пенсионный фонд

В случаях, когда начисленная государством пенсия ниже прожиточного минимума, ситуацию улучшит специальная программа помощи пожилым людям. В США для поддержки малоимущих работает программа SSI. Она позволяет доплачивать пенсионерам-участникам дополнительные средства для обеспечения достаточного уровня дохода. Величина таких доплат различна для каждого штата. Например, в Калифорнии эта сумма составляет 980 долларов.

Государственная поддержка пожилых людей не ограничивается одним направлением. Например, «Восьмая программа» помощи пожилым людям в США дает возможность после регистрации в ней получить ваучер. Этот документ предоставляет малоимущему пенсионеру право оплачивать аренду квартиры в специальном жилом комплексе всего 25–30 % от совокупного дохода. Принять участие в программе помощи может любой пожилой человек, достигший пенсионного возраста, если его пенсия меньше прожиточного минимума. Для этого нужно обратиться с заявлением в Службу социального обеспечения.

Создание безбарьерной среды жизнедеятельности – это часть государственной политики Соединенных Штатов. Подъезды домов и входы в общественные места обязательно оборудованы подъемными механизмами, лифтами и пандусами. Это дает возможность пожилым людям использовать для покупок сумки на четырех колесиках, которые можно толкать перед собой. Большинству российских пенсионеров об этом остается только мечтать.

Для пожилых людей США вполне доступным средством передвижения является автобус с плоским полом, отсутствием ступенек, наличием специального пандуса. Когда к автобусу подъезжает коляска, водитель опускает пандус до земли, и пассажир въезжает внутрь. Напротив входной двери есть специальное место с крепежом для фиксации колясок. Для

посещения врача пожилые люди США могут воспользоваться социальным такси. Один раз в неделю специальный автобус доставляет стариков в гости. Утром автобус развозит людей по нужным адресам, а вечером забирает и возвращает домой.

С наступлением пенсионного возраста социальная активность американцев не угасает. Они всегда могут выбрать для себя интересное занятие. Для тех, кто хочет учиться, при университетах есть различные курсы для пожилых людей. Возможно даже проживание в учебном корпусе студентов возраста 60+. Чаше пенсионерами востребованы учебные программы по истории, философии, искусству, психологии. Так же здесь существует множество специальных сообществ по интересам. Например, «Образовательное общество для тех, кому за 65+», «Союз игроков в игры на свежем воздухе». Ещё пожилых людей нередко можно увидеть в рядах волонтеров.

Расписание всех мероприятий пожилые люди могут посмотреть в специальных газетах, кроме того, в них можно найти множество актуальной для заданного контингента информации. Для пенсионеров, которые сами не могут себя обслужить работают организации, которые помогают нуждающимся преодолеть трудности в быту. Максимальная комфортность архитектурного дизайна, транспортной и инженерной инфраструктуры позволяет людям с ограниченными возможностями беспрепятственно передвигаться при помощи пандусов, подъемников, лифтов и других механизмов и приспособлений.

Германия

Расчет пенсионных платежей в Германии совсем непросто. Кроме основного заработка (сумма выплат в общий страховой фонд) и стажа, учитывается несколько дополнительных факторов, которые формируют определенный пенсионный балл. При вычислении этого балла берут во внимание возраст человека, весь период его обучения в высших учебных заведениях (понижающий длительность стажа), промежуток службы в вооруженных силах, количество детей и ряд других данных. Средняя пенсия 810 €. На пенсию выходят в 65 лет. Пенсия начисляется не только с учетом стажа работы, учитывается также возраст, количество лет обучения и армейской службы, наличие детей. В Германии большая часть населения — это люди старше 65 лет. Так что эта страна «богата» своими пенсионерами, которые так же активны и оптимистичны, как и американские, ну а, кроме того, ещё экономны и бережливы.

Кроме обязательной финансовой помощи, жители Германии, достигшие пенсионного возраста, могут рассчитывать на другие льготы и субсидии. При наличии медицинского заключения, которое подтверждено профильным учреждением, старики могут ежегодно бесплатно ездить в специализированные санатории. Немцы часто выбирают Карловы Вары для лечения.

Медицинское обслуживание, а также проведение операций для пожилых людей Германии бесплатно. Социальные службы предоставляют

услуги горничных, парикмахеров и медсестер тоже на безвозмездной основе. Кроме того, пенсионеры имеют скидки при посещении бассейнов, общеоздоровительных и культурных учреждений (музеев, театров и т. д.), а также право на льготный проезд в городском транспорте. Оплата квартиры/дома и коммунальных услуг тоже рассчитывается по льготному тарифу.

2. *Социально-медицинские аспекты долгожительства (социальные и медицинские проблемы старости).* Долгожителями являются люди, которые перешагнули 90-летний рубеж. Выделяют медицинские и социальные аспекты активного долголетия, среди медицинских такие аспекты как: **питание:** рациональное и сбалансированное. Если продукты, которые ежедневно употребляет человек, неудовлетворительны с точки зрения питательной ценности (особенно если это мучное, сладкое, острое и жаренное), это негативно скажется на самочувствии человека. Пища долгожителей должна содержать мало холестерина, все витамины в высоких концентрациях, обогащена естественными антиоксидантами. Этого можно достигнуть за счет сравнительно низкого потребления жиров, оптимального соотношения полиненасыщенных и насыщенных жирных кислот, высокого уровня потребления витаминов и минеральных веществ. **Минеральные вещества,** важно иметь в своём рационе (кальций, железо, йод). **Чистый воздух** обогащённый ионами. **Дыхание,** глубина вдохов и выдохов оказывает влияние на все функции организма, включая деятельность мозга. Считается, что частое и неглубокое дыхание сокращает жизнь. **Физическая активность, труд.** Труд, движение и тренированность мышц – это источник молодости и здоровья. Преждевременное старение может быть вызвано одряхлением мышц.

3. Определяющий фактор долгожительства - психологический. Психологический комфорт в общении, удовольствие от жизни гармония с самим собой и социумом. Основные черты характера долгожителя - спокойствие, сердечность, настроение, полное оптимизма и планов на будущее, добродушие, миролюбивость.

Социальная среда. Востребованность в семье и обществе - это то, что необходимо для сохранения здоровья и благополучия в пожилом возрасте.

В пожилом возрасте происходят определенные изменения в организме человека, возникает повышенная психологическая утомляемость, замедленность восприятия, реакции и мышления, ухудшается память, слабеет мотивация деятельности.

В научной литературе старение рассматривается как разрушительный процесс, протекающий в результате нарастающего с возрастом повреждающего действия внешних и внутренних факторов и приводящего к недостаточности физиологических функций организма. У пожилого человека наблюдается ухудшение самочувствия, зрения, слуха, потеря сил, ограничение движения и т.д.

Физиологические изменения приводят к отрицательным соматическим, социально-психологическим последствиям, являясь одной

из причин дезадаптации пожилого человека, его неудовлетворенности жизнью.

Медицинские проблемы. Типичными недомоганиями пожилого возраста являются болезни, обусловленные изменениями органов в связи с самим процессом старения. Однако часто причиной нарушения здоровья и последующей беспомощности в старости являются болезни, приобретенные в среднем и даже молодом возрасте. Болезни приобретают хронический характер с частыми обострениями патологического процесса и длительным периодом выздоровления.

По материалам Всемирной ассамблеи ООН по проблемам старения, у 80–86 % лиц старшего возраста имеются хронические заболевания, снижающие физическую и социальную активность. Среди них особенно выделяются заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни органов дыхания и пищеварения, хронические заболевания суставов, нарушения органов зрения и слуха, диабет, болезни центральной нервной системы и онкологические заболевания.

Социальные проблемы пожилых людей. Вступление людей в пожилой возраст сопровождается изменением их социального статуса. Так, уход с работы по достижению пенсионного возраста требует определенного приспособления к новому положению в обществе, в котором отсутствует понятие «социальная роль пенсионера, пожилого человека». Прекращение или ограничение трудовой деятельности влечет за собой изменение образа жизни, ценностей, общения, изменения целей и смысла жизни, что порождает затруднения, как в социально-бытовой, так и в психологической адаптации в новых условиях. Человек переходит от участия в производстве и потреблении только к потреблению. Также с выходом на пенсию может резко ухудшиться материальное положение.

Таким образом, старания самих пожилых людей поддержать здоровье, социальные связи, забота близких, постоянная включенность в процесс неформального и формального общения – все это ведет к тому, что процессы старения замедляются. Концепция успешного старения обращена к необходимости сохранять активную социальную жизнь, поддерживать контакты с родственниками, с друзьями и с сообществом и быть активным членом общества.

3. Долголетие и психическое здоровье. Долгожительство и качество жизни. Для стареющего человека характерны изменения со стороны центральной нервной системы, что приводит к снижению работоспособности, памяти, утрате некоторых навыков, депрессии, появлению характерологических особенностей – обидчивости и раздражительности. Одной из самых тяжелых проблем людей пожилого возраста является их одиночество. Оно может рассматриваться как имеющее социальный смысл. Кризис семейного образа жизни в настоящее время приводит к тому, что значительная часть пожилых и престарелых граждан - одинокие или одиноко проживающие лица (их дети и другие родственники, которые могли бы обеспечить уход и попечение, либо отсутствуют, либо

проживают слишком далеко). По оценкам специалистов, около 14 % пожилых людей мира являются одиноко проживающими (8 % пожилых мужчин и 18 % пожилых женщин). Но одиночество можно рассматривать и как особое психологическое состояние, вызванное отсутствием полноценного общения с другими людьми.

В геронтопсихологии описываются особые психические расстройства – параноид недостаточного контакта, проявляющиеся в подозрительности, страхах, недоверчивости. Такие состояния возникают не только у тех пожилых, кто по воле обстоятельств вынужден жить в одиночку, но и у тех, кто живет в семейном окружении, но лишен теплоты и ласки. При этом наличие семьи не решает проблемы одиночества в старости, так же как одинокий образ жизни вовсе не обязательно приводит к одиночеству.

Досуговые проблемы. В связи с увеличением свободного времени возникает проблема его рационального использования. За трудовой период жизни человек почти на рефлексивном уровне усваивает последовательность действий, объединенных в уклад жизни. Большую часть дня в этот период занимает, как правило, выполнение профессиональных обязанностей. С выходом на пенсию человек сталкивается с проблемой появления «излишков» свободного времени, что создает новые психологические состояния – внимание концентрируется вокруг ухудшения здоровья, одиночества, неуверенности в завтрашнем дне. Решением проблемы может стать своевременное развитие навыков рациональной организации досуга, а так же, повышение социально-культурной активности пенсионеров.

Для поддержания и сохранения позитивного самочувствия и самосознания пожилому человеку не следует отказываться от активной жизни, наоборот, следует заняться новыми видами деятельности. На адаптацию людей к старости во многом влияет число освоенных им социальных ролей. Чем большим количеством социальных ролей овладевает человек, тем легче ему перенести утрату некоторых из них.

Качество жизни населения – это степень удовлетворения материальных, духовных и социальных потребностей человека.

Основными показателями качества жизни населения являются:

- доходы населения (номинальная и реальная начисленная средняя заработная плата, средний и реальный размер назначенной пенсии, величина прожиточного минимума и доля населения с доходами ниже прожиточного уровня и пр.);
- качество питания (калорийность, состав продуктов);
- качество одежды;
- комфорт жилища (общая площадь занимаемого жилья на одного жителя);
- качество здравоохранения (число больничных коек на 1000 жителей);
- качество социальных услуг (отдых и сфера услуг);
- качество образования (число вузов и средних специальных учебных заведений, удельная доля студентов в численности населения);
- качество культуры (издание книг, брошюр, журналов);

- качество сферы обслуживания;
- качество окружающей среды, структура досуга;
- демографические тенденции (показатели ожидаемой продолжительности жизни, рождаемости, смертности, брачности, разводимости);
- безопасность (число зарегистрированных преступлений).

Таким образом, качество жизни является одним из ведущих показателей, который оказывает как положительное так и отрицательное влияние на путь к долголетию.

4. Медико-социальная реабилитация пожилых людей. Медицинская реабилитация включает лечебные, лечебно-диагностические и лечебно-профилактические меры.

Цель медицинской реабилитации - полное восстановление потерянных возможностей организма, но если это не возможно, частичное восстановление или компенсация нарушенной или потерянной функции, замедление прогрессирования заболевания.

Задачи медицинской реабилитации: - восстановление работоспособности, т.е. утраченных больным профессиональных навыков, путем использования и развития его функциональных возможностей; - предупреждение развития патологических процессов, которые приводят к временной или стойкой потере работоспособности, т.е. осуществление мероприятий вторичной профилактики.

Применяются следующие методы медицинской реабилитации: хирургия, диетотерапия, психотерапия, иглорефлексотерапия, физиотерапия, арттерапия, климатотерапия и др. Модель системы медицинской реабилитации представлена следующими этапами.

1. Медицинская реабилитация в стационаре способствует выздоровлению и восстановлению активности пациента и его трудоспособности. Она начинается в остром периоде болезни одновременно с этиопатогенетическим лечением и направлена на восстановление структурно-функциональных нарушений.

2. Амбулаторно-поликлинический (домашний) этап реабилитации ориентирован на укрепление уверенности в восстановлении функций. Этому способствует семейная среда, друзья. Амбулаторно-поликлинический этап менее затратный чем стационарный.

3. Санаторный этап медицинской реабилитации закрепляет эффект предыдущих этапов и способствует обретению психологической уверенности в возвращении в прежнюю социальную среду.

Социальный аспект реабилитации ориентирован на интеграцию индивида в обычную социальную среду (обычные условия жизни).

В зависимости социальных или личностных проблем людей, которые необходимо решить, применяются следующие основные виды социальной реабилитации:

- Социально-медицинская – это восстановление или формирование у человека новых навыков полноценной жизни и помощь по организации быта

и ведения домашнего хозяйства, также включает в себя восстановительную и реконструктивную терапию.

- Социально-психологическая – это восстановление психического и психологического здоровья субъекта, оптимизации внутригрупповых связей и отношений, выявления потенциальных возможностей личности и организации психологической коррекции, поддержки и помощи.

- Социально-педагогическая – это организация и осуществление педагогической помощи при различных нарушениях способности человека к получению образования, определённая работа по созданию адекватных условий, форм и методов обучения, а также, соответствующих методик и программ.

- Профессиональная и трудовая – формирование новых или восстановление утраченные человеком трудовых и профессиональных навыков и впоследствии его трудоустройство.

- Социально-средовая – восстановление у человека чувства социальной значимости внутри новой для него социальной среды.

- Медико-социальная реабилитация должна быть комплексной, т.е. согласованной по методам индивидуальных программ реабилитации и по взаимодействию специалистов для усиления роли каждого из них.

5. Социальные услуги пожилым людям. Социальные услуги пожилым людям оказывают государственные организации (их структурные подразделения): больницы сестринского ухода; геронтологические центры; дома (центры) временного пребывания лиц без определенного места жительства; социально-педагогические центры; специализированные трудовые мастерские; специальные клиники для безнадежно больных людей (хосписы); учреждения социального обслуживания: дома-интернаты для престарелых и инвалидов, дома-интернаты для детей-инвалидов, специальные дома для ветеранов, престарелых и инвалидов, территориальные центры социального обслуживания населения, центры социального обслуживания семьи и детей (социальной помощи семье и детям) и другие; центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации; центры ресоциализации, социальной адаптации.

Среди учреждений социального назначения наибольшую распространённость получили территориальные центры социального обслуживания населения.

Основными целями деятельности центров социального обслуживания, оказывающих социальные услуги лицам пожилого возраста, являются содействие в реализации прав граждан на социальное обслуживание, улучшение социально-экономических условий их жизни, осуществление комплекса адресных, своевременных мер по их социальной адаптации. В качестве ведущих направлений деятельности центров можно выделить следующие: выявление и дифференцированный учет пожилых людей, нуждающихся в социальной помощи, определение ее необходимых видов; создание банка данных, включающего информацию об условиях проживания пожилых людей и услугах, в которых они нуждаются; предоставление

культурно-бытовых, юридических, медицинских и психологических услуг, организация питания и трудовой деятельности (для желающих) пожилых людей; социальный патронаж пожилых людей, нуждающихся в социальной помощи и реабилитации; привлечение государственных и негосударственных структур к организации гуманитарной и срочной социальной помощи.

Социальные услуги, оказываемые территориальным центром социального обслуживания населения:

- услуги временного приюта;
- консультационно-информационные услуги;
- социально-бытовые услуги;
- социально-медицинские услуги;
- социальный патронаж;
- социально-психологические услуги;
- социально-реабилитационные услуги, а также услуги няни.

Социальное обслуживание граждан пожилого возраста находится сейчас на таком этапе развития, когда речь идет не об увеличении числа учреждений или росте числа отдельных социальных служб, предоставляющих социальные услуги, а об оказании услуг, по настоящему востребованных пожилыми, учитывающих их особенности.

Важно учитывать, что социальная работа должна строиться таким образом, чтобы пожилой человек воспринимался как действующий субъект, необходимо дать понять клиенту, что его богатый жизненный опыт, мудрость и есть помощь в решении проблем.

Таким образом, старение населения вызывает необходимость в усовершенствовании социальной работы, разработке новых, нетрадиционных подходов к оценке ее эффективности.

Тема 10. Социальная реабилитация лиц с алкогольной и наркотической зависимостью

Лекция 8. Социальная реабилитация лиц с алкогольной и наркотической зависимостью

План лекции

1. Алкоголизм и наркомания как социальная патология. Уровни зависимости.
2. Алкогольная и наркотическая зависимость как причины семейного неблагополучия.
3. Социально-правовые и институциональные основы социально-реабилитационной работы с наркозависимыми.
4. Организационные основы, базовые модели, принципы и этапы социально-реабилитационной работы с наркозависимыми.

По мере развития производства и способов получения алкоголя учащаются поводы его употребления. С усложнением социальной структуры общества и появлением частной собственности усиливается эксплуатация человека, развивается индивидуальная форма принятия алкоголя. Это так называемая социально-экономическая причина усложнения жизни. Люди пытаются смягчить ситуацию с помощью употребления спиртного. Между тем рост благосостояния народа не уменьшает численности алкоголиков. Распространение алкоголизма в развитых странах подтверждает эту закономерность.

Согласно данным Х. Малфорда и Д. Миллера алкоголизм распространяется в связи с урбанизацией и ростом благосостояния народа. Урбанизация учащает социальные контакты людей, усиливает нервно-эмоциональную напряженность, ослабляет нравственный контроль общества в целом и индивидуальный контроль в частности. Алкоголизм распространяется по мере роста образованности и благосостояния людей, но в отрезвители чаще попадают малообразованные люди, получающие низкую заработную плату, т. е. в полном соответствии с Н. А. Некрасовым: «...одна дорога торная, дорога к кабаку». В Англии алкоголизм распределяется равномерно среди всех слоев общества.

Разумеется, на пьянство влияют не только социальная среда, но и психологические коллизии. К ним относятся конфликтные ситуации на работе, дома, в товарищеской среде. Отдельные личности заливают горе водкой. Между тем социальная среда не только способствует приему алкоголя, но в то же время и ограничивает его употребление. Вопрос «Быть или не быть?» решается личностью как индивидуально, так и с позиций общественной морали. Общепринятые нормы преступаются тогда, когда личность пасует перед трудностями, не справляется с возникшей ситуацией, злоупотребляет спиртным. Если данный индивидуум видит, что общество относится к его пьянству спокойно или безразлично, то пристрастие к выпивке может перерасти в алкоголизм.

Особенно склонны к употреблению алкоголя лица с неудовлетворенными желаниями, осознанием своей неполноценности, испытывающие дискомфорт, плохо адаптирующиеся в коллективе, одинокие, утомленные, робкие, слабые, безвольные и др. Принятый в умеренном количестве алкоголь в известной степени взбадривает, вызывает чувство комфорта. При передозировке же спиртного повышается конфликтность, усиливаются враждебность, агрессия, ведущие к преступлению закона. Чем слабее личность, тем меньше надежда на прекращение приема алкоголя. Наиболее частой причиной увлечения спиртными напитками является терпимое отношение к алкоголикам коллектива, общества, власти. В стремлении к алкогольной эйфории человек теряет собственное достоинство, личность, уважение окружающих, любовь родных и близких.

Многие исследователи полагают, что личность алкоголика несовершенно. Склонность к употреблению алкоголя не является врожденной, наследственной. Она приобретается в определенных условиях. Однако не каждый человек, являясь членом семьи алкоголиков, обязательно станет алкоголиком, хотя и имеет к этому определенную предрасположенность. Здоровый образ жизни может формироваться благодаря умелому воспитанию и социальному контролю. Но так как у таких людей снижена адаптационная способность, то тяга к спиртному может появиться неожиданно, даже в результате единичного приема алкоголя. Частое употребление алкоголя (2-4 раза в месяц) и в больших количествах ведет к пьянству. К пьянству также приводит и частое (2-3 раза в неделю) употребление алкоголя в малых дозах. Далее формируется патологическая тяга к алкоголю, нарушаются функции органов и систем органов, личность деградирует.

Между тем зависимость от алкоголя у некоторых личностей не проявляется столь явно. Их поведение может быть адекватным и соответствующим времени, но для этого им нужно создать щадящие условия жизни (быта, работы, учебы и пр.). В худших условиях они не способны противостоять пагубной привычке, ломаются и присоединяются к числу любителей алкоголя.

За последние 10 лет число связанных с зависимостями преступлений увеличилось по алкоголизму более чем в 2 раза, по наркомании - в десятки раз.

Еще более опасной представляется ситуация постепенного сглаживания возрастных и половых различий среди наркоманов, причем практически ни у кого уже не вызывает удивления тот факт, что школьники младших классов пробуют наркотики. Ежегодно возрастает число женщин и детей - наркоманов, увеличивается количество смертельных исходов в результате передозировок наркотическими веществами. Наркотики губят употребляющих их людей, оказывая негативное влияние на организм и вызывая целую группу заболеваний. Широкое распространение наркомании привело к росту числа заболеваний, передающихся парентеральным путем - через использованные шприцы и иглы от наркомана к наркоману, а от них - к другим людям. С высокой распространенностью наркомании в конце XX - начале XXI вв. связывают эпидемию СПИДа и вирусных гепатитов В, С и С. Кроме вреда здоровью самого наркомана, наркотики затрагивают здоровье и благополучие других членов общества - в первую очередь членов семей наркоманов, а также других людей. В наркотическом опьянении или в состоянии абстиненции наркоманы совершают кражи и убийства. Они перестают быть полноценными членами общества, теряя интерес к учебе, работе, а затем и вообще ко всему окружающему, если только оно не касается наркотика.

2. Концепция социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением

их к труду (утверждена Постановлением Совета Министров Республики Беларусь 25.09.2015 № 803).

Настоящая Концепция разработана в целях реализации комплексной системы правовых, организационных, социальных, трудовых (профессиональных), образовательных, медицинских, психологических, воспитательных, духовно-нравственных, экономических и иных мер, направленных на реинтеграцию в общество (адаптацию в обществе) граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих в Республике Беларусь (далее, если не указано иное, – граждане), страдающих зависимостью от потребления наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических либо иных одурманивающих веществ, употребления алкогольных напитков и других психоактивных веществ (далее – ПАВ), в том числе граждан, больных хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией.

1. В настоящей Концепции используются следующие основные термины и их определения: лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, – граждане, страдающие зависимостью от потребления ПАВ, в том числе граждане, больные хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией; обязательное привлечение к труду лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, – механизм социальной реабилитации данных лиц, предусматривающий формирование у них новых или восстановление утраченных трудовых и профессиональных навыков, повышение трудовой мотивации, а также последующее их трудоустройство; социальная реабилитация (адаптация) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду – комплексная система правовых, организационных, социальных, трудовых (профессиональных), образовательных, медицинских, психологических, воспитательных, духовно-нравственных, экономических и иных мер, направленных на реинтеграцию в общество (адаптацию в обществе) этих лиц.

2. Иные термины и их определения, применяемые в настоящей Концепции, употребляются в значениях, определенных Кодексом Республики Беларусь об образовании, законами Республики Беларусь от 18 июня 1993 года "О здравоохранении" (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст.290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460), от 22 мая 2000 года "О социальном обслуживании" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000 г., № 50, 2/170; Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 26.07.2012, 2/1979), от 15 июня 2006 года "О занятости населения Республики Беларусь" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2006 г., № 94, 2/1222), от 4 января 2010 года "О порядке и условиях направления граждан в лечебно-трудовые профилактории и условиях нахождения в них" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2010 г., № 15, 2/1656), от 1 июля 2010 года "Об оказании психологической помощи" (Национальный реестр

правовых актов Республики Беларусь, 2010 г., № 170, 2/1708), от 7 января 2012 года "Об оказании психиатрической помощи" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2012 г., № 10, 2/1901), от 4 января 2014 года "Об основах деятельности по профилактике правонарушений" (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 15.01.2014, 2/2120).

3. Основными задачами настоящей Концепции являются: совершенствование системы социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией; повышение эффективности профилактики правонарушений, совершаемых этими лицами; совершенствование порядка и условий направления граждан в лечебно-трудовые профилактории (далее – ЛТП), условий нахождения в них, оптимизация деятельности ЛТП. 4. Ожидаемые (предполагаемые) результаты реализации настоящей Концепции: уменьшение числа лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией; снижение количества правонарушений, совершаемых этими лицами; сокращение количества ЛТП.

4. Настоящая Концепция призвана обеспечить единство подходов к формированию и реализации государственной политики в сфере социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду. 6. Основные направления реализации настоящей Концепции следующие: совершенствование актов законодательства, правовых и организационнометодологических основ деятельности государственных органов, общественных и других организаций, а также граждан в сфере социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией; создание адекватной современным социально-экономическим условиям системы социальной реабилитации этих лиц; определение перспектив развития организаций, участвующих в социальной реабилитации данных лиц; обеспечение эффективного медицинского лечения указанных лиц; совершенствование форм, методов и средств социальной реабилитации названных лиц, обеспечивающих в полной мере достижение целей их социальной реабилитации (адаптации) в обществе.

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (АДАПТАЦИЯ). Реабилитация лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, осуществляется в области здравоохранения, трудовой, образовательной, социальной и иных сферах как при добровольном личном обращении гражданина за помощью в соответствующие организации, так и по направлению заинтересованных государственных органов, в том числе по решению суда. Указанные лица имеют различный реабилитационный потенциал, не всегда заинтересованы в работе, не имеют желания трудоустроиться, а также соблюдать условия внутреннего трудового распорядка у нанимателей.

Виды социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, – добровольная и принудительная.

1. Добровольная социальная реабилитация (адаптация) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, осуществляется в соответствии с правовыми нормами, закрепленными в законодательстве Республики Беларусь и предусматривающими самостоятельное личное обращение гражданина за медицинской, социальной и иной помощью в соответствующие организации.

2. Принудительная социальная реабилитация (адаптация) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду осуществляется по решению суда в соответствии с законодательством Республики Беларусь о порядке и условиях направления граждан в ЛТП.

3. В рамках социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, требуется разработать соответствующие программы и методики в отношении данных лиц, ранее привлекавшихся и не привлекавшихся к административной (уголовной) ответственности, а также с учетом их физического и психического состояния, имеющихся трудовых навыков, социального статуса.

4. Социальная реабилитация (адаптация) неработающих трудоспособных лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, будет осуществляться в зависимости от состояния их здоровья и имеющихся трудовых навыков, а также других критериев. Указанные лица могут привлекаться к труду на добровольной основе или по решению суда.

5. Деятельность соответствующих субъектов по добровольной социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, необходимо осуществлять на комплексной и поэтапной основе с привлечением специалистов организаций здравоохранения, учреждений социального обслуживания, местных исполнительных и распорядительных органов, других организаций. В ходе реализации настоящей Концепции будет рассмотрена возможность создания центров социальной реабилитации граждан, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, в каждом областном центре. Предполагается в целях ресоциализации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, предусмотреть возможность формирования государственного социального заказа с включением республиканскими органами государственного управления необходимых мероприятий в соответствующие подпрограммы государственных программ в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь, а также рассмотреть возможность использования негосударственных некоммерческих организаций и созданных на их базе реабилитационных центров, в том числе в рамках государственного социального заказа.

6. В целях эффективной и поэтапной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, необходима разработка индивидуальных программ их социальной реабилитации, включающих комплекс мероприятий, формы, объемы, сроки и порядок их реализации.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (АДАПТАЦИИ) С ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИВЛЕЧЕНИЕМ К ТРУДУ. Целью социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду является реинтеграция в общество (адаптация в обществе) этих лиц.

1. Задачи социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду следующие: отказ от употребления ПАВ; выработка установки на ведение трезвого, здорового образа жизни; формирование новых или восстановление утраченных трудовых и профессиональных навыков, последующее трудоустройство; восстановление (повышение) социального статуса, утраченного или сниженного по причине употребления ПАВ; достижение определенного уровня духовно-нравственной, социальнопсихологической и экономической (материальной) независимости; возможность активной жизнедеятельности, формирование чувства ответственности и активной жизненной позиции, повышение уровня социальной адаптации к новым условиям жизнедеятельности; обеспечение определенных законодательством Республики Беларусь гарантий (стабильности) в трудовой и образовательной сфере, сфере социального обслуживания и в области здравоохранения.

2. Алкоголизм, наркомания и токсикомания, являясь заболеваниями, приводят к снижению и прекращению трудовой мотивации и трудовой деятельности страдающих ими людей, что ухудшает течение заболеваний и уменьшает эффективность комплексной реабилитации, ускоряет десоциализацию личности.

3. Труд как ключевой фактор социально-психологического становления личности является составляющей эффективной социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, необходимым условием для сохранения их здоровья.

4. Важнейшими условиями эффективной социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, являются их мотивация к получению необходимой социальной, медицинской, психологической и иной помощи, создание системы социального давления ("прессинга"), дополнительных стимулов для принятия решения о лечении и реабилитации.

5. Деятельность государственных органов и иных организаций по социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду основывается на принципах: законности; гуманизма; социальной справедливости; комплексности, системности, дифференцированности и поэтапности применения организационных, правовых, медицинских, социальных, трудовых, экономических и других мер; своевременности, последовательности и непрерывности реабилитационных мероприятий; индивидуализации подходов к определению мер по социальной реабилитации (адаптации), их объему, характеру и направленности,

применяемым формам, средствам и методам социальнореабилитационных мероприятий; доступности социально-реабилитационной помощи для всех нуждающихся независимо от их материального и имущественного положения; взаимной ответственности государства, общества и лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, при осуществлении мероприятий по их социальной реабилитации (адаптации).

6. Субъектами, участвующими в отношениях по социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду, являются государственные органы, общественные и иные организации, в том числе организации здравоохранения, учреждения образования, социального обслуживания, а также граждане.

7. Субъектами, осуществляющими социальную реабилитацию (адаптацию) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду, являются: местные исполнительные и распорядительные органы; органы внутренних дел, ЛТП; структурные подразделения областных исполнительных комитетов, Минского городского исполнительного комитета, городских, районных исполнительных комитетов, осуществляющие государственно-властные полномочия в сфере труда, занятости и социальной защиты, структурные подразделения местных администраций районов в городах, осуществляющие государственно-властные полномочия в сфере социальной защиты; структурные подразделения областных исполнительных комитетов, Минского городского исполнительного комитета, осуществляющие государственно-властные полномочия в сфере здравоохранения, органы управления здравоохранением республиканских органов государственного управления и иных государственных организаций, подчиненных Правительству Республики Беларусь, и подчиненных им государственных организаций здравоохранения; структурные подразделения областных исполнительных комитетов, Минского городского исполнительного комитета, городских, районных исполнительных комитетов, местных администраций районов в городах, осуществляющие государственно-властные полномочия в сфере образования; общественные объединения, религиозные организации, благотворительные общества и фонды и иные организации; граждане.

8. Деятельность субъектов, осуществляющих социальную реабилитацию (адаптацию) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду, направлена на: формирование у них трезвого, здорового образа жизни; психологическую поддержку и восстановление основных социальных навыков, в том числе самостоятельного обеспечения, обслуживания, общения; восстановление (приобретение) трудовых навыков (профессиональное обучение); восстановление утраченных социальных (родственных и иных) связей и функций; поэтапную их реинтеграцию в общество; обеспечение правопослушного поведения; профилактику правонарушений;

осуществление мониторинга изменений и контроля за социальной реабилитацией (адаптацией); совершенствование межведомственного взаимодействия в области социальной реабилитации (адаптации) этих лиц, включая взаимодействие организаций здравоохранения, социальных и образовательных учреждений, а также общественных и иных организаций, граждан.

МЕРОПРИЯТИЯ НАСТОЯЩЕЙ КОНЦЕПЦИИ. В рамках организационно-практических мероприятий настоящей Концепции предусматриваются: формирование государственного социального заказа в целях ресоциализации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, местными исполнительными и распорядительными органами, местными Советами депутатов на основе мероприятий подпрограмм соответствующих государственных программ; проведение постоянной агрессивной пропаганды с использованием современных технологий в средствах массовой информации в целях выработки установки на ведение трезвого, здорового образа жизни, решительный отказ от потребления ПАВ, информирование населения о достигнутых положительных результатах в сфере социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией; осуществление активной наступательной популяризации физической культуры, спорта и туризма, здорового образа жизни посредством 9 выпуска печатных изданий, методических разработок, наглядных пособий и материалов, рекламных видеороликов, изданий, плакатов, стендов, щитов, развитие физкультурно-спортивной инфраструктуры, максимальное вовлечение в занятие спортом детей и подростков; обеспечение в установленном порядке разработки, апробации и внедрения в практику методик, направленных на социальную, включая медицинскую и иную, реабилитацию (адаптацию) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, а также граждан, находящихся в ЛТП; совершенствование порядка трудоустройства лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, в том числе граждан, находящихся в ЛТП, выработка и определение конкретных механизмов оказания им содействия в трудоустройстве со стороны местных исполнительных и распорядительных органов, а также нанимателей всех форм собственности с учетом специфики производственных организаций по месту расположения организаций, осуществляющих социальную реабилитацию (адаптацию) данных лиц, ЛТП; рассмотрение возможности законодательного закрепления бронирования рабочих мест для успешно прошедших медицинскую реабилитацию лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, соответствующих их уровню профессиональных навыков, а также признания их находящимися в трудной жизненной ситуации, предоставления им дополнительных гарантий в области социальной защиты; создание условий для обучения лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, в том числе граждан, находящихся в ЛТП, по образовательным программам профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации

рабочих (служащих); обучение лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, в том числе граждан, находящихся в ЛТП, по профессиям (специальностям), наиболее востребованным на рынке труда в Республике Беларусь, с учетом перспектив трудоустройства указанных граждан после успешного прохождения медицинской реабилитации, а также прекращения нахождения в ЛТП; рассмотрение вопроса о целесообразности создания центров добровольной социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией; оптимизация организационной структуры организаций, осуществляющих социальную реабилитацию (адаптацию) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

Комплексными и иными мероприятиями предусматриваются: подготовка и внесение в установленном порядке в Совет Министров Республики Беларусь проекта нормативного правового акта, регулирующего 10 вопросы социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду; определение содержания и порядка комплексной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду (введение института личного поручительства, индивидуальных программ социальной реабилитации и другое); совершенствование нормативного правового регулирования деятельности государственных органов, общественных, религиозных и других организаций, а также граждан в сфере социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду.

В целях профилактики потребления ПАВ целесообразным является использование системы учета лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, формирование и ведение которой осуществляется Министерством здравоохранения.

Принятые меры по совершенствованию законодательства о порядке и условиях направления граждан в ЛТП и условиях нахождения в них способствуют укреплению правопорядка, более полному обеспечению прав и законных интересов граждан, направляемых в ЛТП. Система социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду должна быть взаимосвязана с системой социальной реабилитации граждан, освобожденных из мест лишения свободы. Деятельность соответствующих субъектов по принудительной социальной реабилитации (адаптации) лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду целесообразно осуществлять в соответствии с законодательством Республики Беларусь о порядке и условиях направления граждан в ЛТП и условиях нахождения в них. В целях дальнейшего совершенствования порядка и условий направления граждан в ЛТП требуется: рассмотреть вопрос об ужесточении ответственности лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, повторно в

течение года совершивших административное правонарушение в состоянии, вызванном потреблением ПАВ; изучить и обобщить положительный опыт воспитательного воздействия в отношении граждан, находящихся в ЛТП, разработать типовые индивидуальные исправительные программы для различных категорий зависимых лиц, методики организации и проведения отдельных воспитательных мероприятий и воспитательной работы в целом, закрепить их в нормативных правовых и методических документах.

Повысить уровень вовлечения в работу с гражданами, находящимися в ЛТП, представителей государственных организаций здравоохранения, по труду и социальной защите, иных субъектов профилактики правонарушений, общественных организаций, в том числе осуществляющих свою деятельность на принципах работы групп анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов; улучшить качество оказания психологической помощи гражданам, находящимся в ЛТП, путем организации повышения квалификации сотрудников психологической службы ЛТП на кафедре психотерапии и медицинской психологии государственного учреждения образования "Белорусская медицинская академия последипломного образования" по программе "Алкогольная и другие виды зависимостей".

Тема 14. Организация социальной реабилитации: отечественный и зарубежный опыт

Лекция 9. Организация социальной реабилитации: отечественный и зарубежный опыт

План лекции

1. Развитие и становление социальной защиты и реабилитации в европейской и американской моделях социальной работы.
3. Общие и частные тенденции развития социальной реабилитации.
4. Модели социальной реабилитации детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, за рубежом.

1. В различных странах исторический опыт формирования правовых и организационных аспектов медико-социальной экспертизы и реабилитации имеет свою специфику, хотя в большинстве стран различают физическую, общую и профессиональную инвалидность, связанную как с утратой органа или умственной функции независимо от экономических или профессиональных последствий, так и с потерей возможности выполнять вообще какую-либо работу, либо работу по прежней профессии.

В Германии в Конституцию внесены слова: «Никто не может быть ущемлен по причине своей инвалидности». Она предоставляет всем гражданам «право на реабилитацию и интеграцию в нормальную жизнь». Она обязывает законодательную, исполнительную власть и судебные органы на федеральном, так и на уровне земель и общин, а

также прочие учреждения и организации общественной власти использовать все возможности для введения инвалидов всех групп «насколько это возможно, в нормальную жизнь». Существует свод норм и правил, целью которых является интеграция в жизнь общества инвалидов и лиц, которым угрожает инвалидность. В нем подчеркнута, что понятие выделение инвалидности не должно способствовать идеологической или социальной дискриминации инвалидов, оно лишь призвано подчеркнуть индивидуальность их проблем и шансов. В основе законодательства об инвалидах лежит идея, о том, что реабилитация и последующее трудоустройство инвалидов экономически выгоднее, чем постоянное обеспечение их пенсиями и пособиями. Существуют законы «О выравнивании услуг по реабилитации», «О социальной помощи», нормы которых направлены на реабилитацию инвалидов с применением механизмов страхования. Согласно этим законам, финансирование процесса интеграции инвалида в трудовую жизнь имеет приоритет перед пенсионным финансированием. Здесь действует принцип «реабилитация до назначения пенсии». Законодательно определены меры поощрения профессиональной реабилитации инвалидов. Работающим инвалидам предусмотрена выплата специальной компенсации транспортных расходов на дорогу до работы и обратно. Однако в соответствии с законодательством социальная защита инвалидов в Германии распространяется лишь на лиц, у которых степень утраты трудоспособности составляет не менее 50%. Инвалиды с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности получают компенсацию ущерба и имеют много льгот (снижение налогов, защита от увольнений и др.). Непосредственно сама экспертиза инвалидности является трехступенчатой. Заключение лечащего врача представляется уполномоченному врачу страхового общества. Этот врач проверяет заключение лечащего врача и оценивает оставшийся трудовой потенциал больного. После этого оценка поступает к утверждающему врачу, который эту оценку дополняет, интерпретирует и утверждает.

Во Франции принято 7 законов, направленных на защиту и трудоустройство инвалидов. Организация деятельности по защите инвалидов возложена на Министерство здравоохранения и социального обеспечения. Пенсию по инвалидности назначают местные кассы страхования по временной нетрудоспособности на основании оценки врача-специалиста указанной кассы.

В Финляндии на законодательном уровне закреплена интеграция реабилитационной деятельности в сферу социальной защиты населения, здравоохранения, занятости, социального страхования, образования, а также сформированы механизмы их сотрудничества и кооперирования. Особое внимание уделяется профессиональной реабилитации инвалидов, которая предоставлена трехуровневой системой с интеграцией обучения, профессионального образования, а также

профессиональной ориентации и обеспечению занятости, профессиональному развитию и оценке результатов реабилитации. Вопросы социального обслуживания, реабилитации инвалидов и оказания им медицинской помощи находятся в компетенции местных органов власти, однако государство компенсирует им значительную часть затрат. Для инвалидов многие услуги бесплатны или оплачиваются на льготных условиях. Создана правовая база и для развития частных реабилитационных структур, которые нередко используются для размещения государственных заказов. В период прохождения реабилитации инвалидам выплачивается специальное реабилитационное пособие за счет средств социального страхования.

В Канаде существует обширное законодательство, направленное на защиту прав и интересов инвалидов. В частности, это Акт о слепых, Акт об инвалидах, Акт о профессиональной реабилитации инвалидов, Закон о правах человека в Канаде, Закон о труде, Закон о компенсации наемным работникам и ряд других. Система образования в Канаде законодательно предусматривает возможность обучения инвалидов на всех уровнях от школы до университета. Преобладает форма интеграционного образования, применяются специальные технические средства и индивидуальные программы. Среди студентов канадских университетов не менее 1% составляют инвалиды. В процессе реабилитации инвалидов предусмотрены особые виды специалистов – оккупациональные терапевты и сестры-менеджеры, деятельность которых направлена на определение индивидуальных потребностей инвалидов и компенсацию ограничений жизнедеятельности.

В Дании вопрос о степени инвалидности и пенсии решается на основе заключения лечащего врача так называемыми трибуналами страхования по случаю инвалидности. Существует сеть государственных центров реабилитации, каждый из которых обслуживает определенную территорию. Приоритетным направлением признается интеграция детей-инвалидов в общий учебный процесс в обычных школах.

В Италии медико-социальную экспертизу на предмет определения инвалидности осуществляют врачи-специалисты бюро (канцелярий) Областных бюро Национального института социального страхования. Эти врачи объединены в диагностические кабинеты, а заключение утверждается руководителем бюро.

В Австрии существует много законодательных документов, направленных на социальную защиту и реабилитацию инвалидов: акт об интеграции инвалидов, Акт о попечении инвалидов, Акт о медицинском обслуживании жертв войны, Акт о туберкулезе, Общий закон о социальном обеспечении, Общий закон о социальном страховании, Закон об оказании помощи при трудоустройстве. Что касается пенсии по инвалидности, то ее назначает Пенсионная комиссия страхового

общества, а экспертизу осуществляют врачи страхового общества, которые объединены в диагностические центры.

В Великобритании вопрос о нетрудоспособности решает врач государственного управления здравоохранением. Однако это решение может быть опротестовано страховым служащим местных контор (канцелярий), после чего должна быть проведена экспертиза другим врачом. Серьезное значение придается организации профессиональной реабилитации инвалидов в специализированных центрах. Эффективность профессиональной реабилитации и процент возврата инвалидов к профессиональной деятельности достаточно велик.

Предусмотрена организация предприятий с щадящим режимом труда для инвалидов, на которых они осваивают новые профессии и переходят затем на обычные предприятия. Для инвалидов с тяжелыми формами могут быть созданы условия обучения и трудоустройства на дому. Указано квотирование и резервирование рабочих мест для инвалидов.

В Швеции медико-социальную экспертизу осуществляет комиссия, состоящая из семи человек. При этом в комиссию входят представители пенсионного фонда (председатель), врачи, представители Государственного страхового института и представители местного самоуправления. Правительство стимулирует работодателей не предоставлением налоговых льгот предприятиям, а выплатой индивидуальных дотаций на каждого работающего инвалида. Сам инвалид получает пособие по инвалидности и заработную плату, но сумма выплат не превышает определенного предела. Законодательно определено предоставление инвалиду технических средств для протезирования, передвижения, занятий спортом и др. кроме того, предусмотрено оборудование квартир для проживания инвалидов специальными адаптационными устройствами.

В Бельгии законодательством утверждено создание обширной системы социального страхования, в рамках которой осуществляется медицинская и социальная реабилитация инвалидов. Учреждения, оказывающие разные виды медицинских реабилитационных услуг, относятся в основном к частному сектору. Оплата услуг частично (порядка 10-15%) осуществляется за счет инвалидов, остальная сумма выплачивается за счет страховых средств. Пенсии по инвалидности назначает Государственное управление страхования по болезни и по инвалидности на основании оценок, которые разрабатывают областной врачебный совет по инвалидности Государственного управления и которые в некоторых случаях утверждает Центральный врачебный совет.

В Норвегии медико-социальную экспертизу осуществляет областной комитет комиссий в составе специалиста по трудоустройству, врачей и других необходимых специалистов, которые выносят экспертное решение.

В Японии организацией социальной защиты инвалидов занимается Министерство здравоохранения и социального обеспечения. При этом медицинская реабилитация инвалидов проводится в рамках общенациональных медицинских страховых программ.

В Австралии законодательство уделяет особое внимание инвалидам со сложными функциональными нарушениями. Предусмотрена реализация мер для возвращения их к обычной, повседневной жизни. Всем инвалидам, проходящим реабилитацию, положено предоставление протезной и других видов вспомогательных средств. При необходимости инвалидам оборудуются дома, где они могут работать на предоставляемых машинах и станках.

В Соединенных Штатах Америки в Акте об инвалидах сказано, что предприниматели не могут прибегать к дискриминации работников лишь по причине инвалидности. Что касается проведения медико-социальной экспертизы и признания гражданина инвалидом, то для этого в США достаточно лишь заключения врача о том, что имеющаяся и у больного неспособность выполнять полноценную деятельность из-за любого физического или умственного расстройства будет продолжаться не менее 12 месяцев. Профессиональная подготовка инвалидов предусмотрена как на предприятиях со щадящими условиями труда, так и на крупных предприятиях. Акт об устранении архитектурных барьеров узаконил необходимость приспособления к пользованию инвалидами общественных зданий. Актом о реабилитации был создан специальный орган, который обязан контролировать создание безбарьерной среды для инвалидов. Специальными актами предусмотрено также обеспечение инвалидам возможности в реализации своих потребностей (покупок в магазине, посещения библиотеки) с помощью адаптационных технических устройств, предоставляемых им нормативно установленным способом.

Таким образом, в различных странах мира сложились различные службы экспертизы и реабилитации, привязанные к особенностям государственного устройства, системы пенсионирования, территориальным особенностям и т.д. Общим для подавляющего числа стран является комиссионное решение экспертных вопросов, существования сравнительно самостоятельных экспертных служб и наличие законодательной базы, направленной на социальную защиту и осуществление медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

2. Особенности возникновения систем социальной защиты населения в США и странах Западной Европы. Развитие системы социальной защиты населения на европейском континенте имеет более длительную историю.

Так, например, в Великобритании первые указы, касающиеся социальных проблем, появились еще в 16 веке во времена правления Генриха VIII (1531г). Они предписывали производить регистрацию лиц, живущих подаянием, и обязывали местные власти, включая церковных деятелей,

производить отчисления в фонды для бедных. Это была первая попытка перейти от церковной неконтролируемой благотворительности к централизованной системе. Уже тогда власти пришли к выводу, что путем некоторого перераспределения ресурсов общества в пользу тех или иных лиц можно устранить или хотя бы облегчить социальные проблемы (Швейниц "England s roadSocialSecurity").

В 1607 году королева Елизавета свела все законы и указы в один "Закон о бедных", который просуществовал очень долго, часто пересматривался, с течением времени в него вносились многочисленные изменения, придававшие социальной помощи все более гуманный характер. Например, в середине 19 века в Англии уже были внедрены адресные программы помощи конкретным социальным группам, причем этот круг лиц, имеющих право на социальную помощь, постоянно расширялся.

Однако, индустриальная революция поставила новые проблемы, которые требовали радикальной реформы английского социального законодательства. Большую роль в этом направлении сыграли Сидней и Беатрис Веббс, изложившие в своем докладе на парламентской комиссии по делам бедных новые принципы социальной помощи, такие как всеобщность, обязательность и ориентация на устранение социальных проблем.

С 1909 года в Великобритании было принято много новых законов, которые отражали перемены, произошедшие в массовом сознании и изменения в социальной политике. В 1911 году был принят Закон о национальном страховании, введивший обязательное страхование на случай болезни и безработицы. В 1925 - законы о пенсиях по старости и о пособиях вдовам и сиротам. В соответствии с Законом о местной администрации, принятым в 1929 году, были созданы комитеты социальной помощи, подчиняющиеся местной администрации (советам графств) и осуществляющие социальную работу на местах. В 1934 году вышел Закон о безработных, который утвердил совет по безработным в общенациональном масштабе, и в соответствии с которым оказывалась помощь лицам, не имеющим страховки, выплачивались дополнительные пособия пенсионерам и вдовам. Таким образом, в 30-е гг. в Великобритании централизованную помощь получали безработные, вдовы, сироты и инвалиды войны. Другие категории населения получали социальную помощь от местных администраций (советов графств).

В других европейских странах системы социальной защиты населения не имеют столь глубоких истоков. Но, как и в Великобритании в таких странах как Германия, Швеция, Дания, Финляндия, социальная защита как система законодательных, экономических и социальных гарантий для всех групп населения начала складываться примерно в то же время, к концу 19 века. Например, в Германии Бисмарк, чтобы избежать создания самостоятельной системы самими рабочими, принимает серию социальных законов: закон о страховании на случай болезни (1884), закон о страховании от несчастных случаев (1885), закон о страховании в связи со старостью и инвалидностью (1891). Созданная система социальной защиты была связана

в то время в Германии, в основном, с трудом на промышленных предприятиях.

В Швеции развитие системы социального страхования началось в то же время, что и в Германии, в 80-е годы XIX века, и главное внимание сначала уделялось социальной помощи по месту работы. С 1913 года начала осуществляться первая национальная программа социального обеспечения (система народных пенсий). Следующий, третий этап развития социального страхования в Швеции связан с выходом Закона о социальных услугах в 1982 году, включающего все сферы социальной деятельности государства.

В США, как пишут американские ученые, федеральное правительство "долгое время не чувствовало за собой никакой ответственности за благотворительность". Конечно, оно создавало больницы, агентства, но, в целом, политику не определяло. Исследователи считают, что это было связано с особенностями возникновения государства США. Штефан Бечки пишет, что в Соединенных Штатах долго царило убеждение, что каждый человек является кузнецом своего счастья и государство не должно вмешиваться в его жизнь, поскольку успех предопределен всевышним. Заботу в бедных брали на себя, как было сказано выше, благотворительные организации. Важным признаком американского общества, построенного по принципу "помоги себе сам", была готовность людей помочь друг другу. Помощь оказывалась соседями внутри этнических групп и была направлена на преодоление трудностей, связанных с переселением. Она способствовала формированию феноменального чувства ответственности каждого за общее благодеяние. Нужда и бедность рассматривались чаще всего как результат личных ошибок. Поэтому от человека ожидалось, что он найдет в себе силы и сможет отказаться от помощи на благо другим. И только когда индустриализация стала стремительно преобразовывать США, стало понятно, что бедность не есть следствие ошибок человека.

Первые шаги в этом направлении предприняли власти штатов в 20-е годы прошлого столетия. Они стали выделять средства и создавать официальные организации, ведающие помощью. То есть, развитие государственной поддержки шло снизу вверх. Вспомним, что в это время уже были профессиональные социальные работники, которые подвергали критике деятельность чиновников, разрабатывали свои методы работы. Термин "социальное обеспечение" получил распространение тогда же, когда и термин "социальная работа" - в начале 20-го века. Постепенно понятие "система социального обеспечения" стало обозначать программы и агентства, а термин "социальная работа" - их деятельность. Забегая вперед, скажем, что термин "социальная служба", по мнению американцев, означает тип агентства и выполняемые им функции.

В 1935 году президент Рузвельт принимает Закон о социальном страховании, который включает в себя страхование по старости и выплату пособий по безработице. Исследователи считают, что выход этого закона является началом современной системы социального обеспечения в США. С 1935 года социальная работа развивается в Северной Америке в контексте

активного вмешательства государства в социальную сферу. А вплоть до 30-х годов в социальной политике США господствовал принцип "твердого индивидуализма", а государственное вмешательство объявлялось неамериканским подходом. Поэтому американскую модель социального обеспечения некоторые отечественные авторы называют американский индивидуализм. Европейскую модель отечественные авторы называют "европейский традиционализм", противопоставляя американской. Но деление это в реальности чисто условное. Речь должна идти не о собственно американской или европейской модели социальной работы, а о моделях осуществления социальной политики, о различных формах реализации концепции социального благосостояния.

ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Задания по управляемой самостоятельной работе студентов

Тема 1. Реабилитология как отрасль социального знания

1. Эволюция методологии реабилитационного процесса.
2. Реабилитационное поле, реабилитационная среда, реабилитационное пространство: соотношение понятий.
3. Сущность понятия «реабилитационное пространство».
4. Уровни организации реабилитационного пространства.
5. Проектирование в области социальной реабилитации.
6. Роль различных социальных институтов в формировании реабилитационного пространства.

Практические задания по теме УСР:

1. Изучить основную и дополнительную литературу.
2. Изложить основные тезисы с использованием компьютерной презентации.
3. Написать реферат по теме.

Форма контроля: оценка разработанных презентаций, рецензирование реферата.

Тема 3. Сущность и содержание социальной реабилитации

1. Характеристика основных современных методов организации социально-реабилитационного процесса (метода моделирования ситуаций, метода инструктажа, метода упражнения, метода примера).
2. Организация реабилитационной службы в системе социальной защиты Республике Беларусь.

Практические задания по теме УСР:

1. Проанализировать на примере детского социального приюта и ЦКРОиР типы реабилитационных учреждений, структурные подразделения реабилитационного учреждения.
2. Написать аналитический отчет.

Форма контроля: оценка аналитического отчета.

Тема 5. Нормативно-правовые основы социальной реабилитации различных категорий населения

1. История формирования современных правовых основ реабилитационной деятельности.
2. Источники права социальной реабилитации.
3. Законодательная база Республики Беларусь в сфере социальной защиты и реабилитации населения.

4. Законы Республики Беларусь «О социальном обеспечении», «О психиатрической помощи, гарантиях прав граждан при ее оказании», «О социальной защите инвалидов».

5. Конвенция ООН о правах людей с инвалидностью.

Практические задания по теме УСР:

1. Создать электронную законодательную базу по социальной реабилитации различных категорий населения.

Форма контроля: оценка электронной законодательной базы по социальной реабилитации различных категорий населения.

Тема 6. Социальная реабилитация детей, нуждающихся в государственной защите

1. Формы социальной реабилитации несовершеннолетних: детский социальный приют, замещающая семья, детское интернатное учреждение.

2. Модель и механизмы реабилитации несовершеннолетних в системе образования.

3. Правила взаимодействия специалистов с реабилитируемыми несовершеннолетними.

Практические задания по теме УСР:

1. Проанализировать программу реабилитации несовершеннолетних в детском социальном приюте.

Форма контроля: оценка аналитического отчета.

Тема 7. Социальная реабилитация инвалидов и их семей

1. Причины инвалидизации населения; структура и статистические показатели заболеваний, приводящих к инвалидности.

2. Особенности инвалидизации взрослого и детского населения.

3. Положение инвалидов в обществе, их категории, права и обязанности.

4. Социальные барьеры инвалидности.

5. Стереотипы в восприятии людей с особенностями психофизического развития.

Практические задания по теме УСР:

1. Изучить основную и дополнительную литературу.

2. Изложить основные тезисы с использованием компьютерной презентации.

3. Написать реферат по теме.

Форма контроля: оценка разработанных презентаций, рецензирование реферата.

Тема 8. Социальная работа по профессиональной ориентации и трудоустройству людей с особенностями психофизического развития

1. Деятельность групп дневного пребывания, трудовых мастерских в государственных и негосударственных организациях.
2. Виды деятельности обучающихся.
3. Развитие безбарьерной среды для инвалидов.

Практические задания по теме УСР:

1. Разработать инновационную форму социальной работы по профессиональной ориентации и трудоустройству людей с особенностями психофизического развития

Форма контроля: оценка проектов.

РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

Материалы итоговой аттестации

1. Дайте определение понятию «реабилитология».
2. Дайте определение понятию «реабилитация».
3. Дайте определение понятию «адаптация инвалида».
4. Перечислите виды реабилитации.
5. Перечислите законы Республики Беларусь в сфере социальной защиты и реабилитации населения.
6. Дайте определение понятию «социальная реабилитация инвалидов».
7. Дайте определение понятию «реабилитационная программа».
8. Какие специалисты оказывают реабилитацию в зависимости от ее видов.
9. Составьте реабилитационную программу.
10. Особенности использования различных видов реабилитации в социальной работе.
11. Перечислите виды социальной реабилитации подростков и молодежи с нарушениями здоровья.
12. Раскройте понятие дезадаптивное поведение несовершеннолетних.
13. Опишите особенности социальной работы по профессиональной ориентации и трудоустройства людей с особенностями психофизического развития.
14. Опишите особенности социальной работы с бездомными и безработными.
15. Опишите социальную реабилитацию детей, нуждающихся в государственной защите.
16. Опишите социальную реабилитацию лиц с алкогольной и наркотической зависимостью.
17. Раскройте социальную реабилитацию в пенитенциарной системе.
18. Раскройте социальную реабилитацию в системе здравоохранения.
19. Опишите зарубежный опыт социальной реабилитации на примере США.
20. Опишите социальную реабилитацию пожилых граждан.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ

1. Реабилитология как отрасль социального знания и направление современной медицины. Цель, задачи, принципы реабилитологии.
2. Современные подходы к трактовке понятия «реабилитация». Показания и противопоказания к реабилитации.
3. Теория раннего вмешательства. Превентивное направление в реабилитологии.
4. Реабилитационное поле, реабилитационная среда, реабилитационное пространство: соотношение понятий. Уровни организации реабилитационного пространства.
5. Виды реабилитации. Общее и особенное в различных видах реабилитации. Особенности использования различных видов реабилитации в социальной работе.
6. Понятие реабилитационной программы. Типы реабилитационных программ.
7. Общая характеристика технологий реабилитации различных групп населения.
8. Социальная реабилитация как процесс и результат, третичная профилактика, технология социальной работы, восстановление утраченного статуса и социальных прав. Цель и задачи социальной реабилитации.
9. Основные принципы проведения реабилитационных мероприятий. Структура социальной реабилитации как процесса. Этапы социальной реабилитации.
10. Характеристика основных современных методов организации социально-реабилитационного процесса.
11. Организация реабилитационной службы в системе социальной защиты Республике Беларусь. Типы реабилитационных учреждений. Структурные подразделения реабилитационного учреждения.
12. Субъекты социальной реабилитации. Понятия «целевая группа» и «объект реабилитации». Общие и сравнительные характеристики целевых групп реабилитационной деятельности.
13. Источники права социальной реабилитации. Законодательная база Республики Беларусь в сфере социальной защиты и реабилитации населения.
14. Концепция социальной реабилитации. Положение о МРЭК.
15. Трудная жизненная ситуация как отклонение в социальной жизни несовершеннолетнего. Проблемное поле социализации детей, нуждающихся в государственной защите. Особенности и принципы социальной реабилитации несовершеннолетних.
16. Виды социальной реабилитации подростков и молодежи с нарушениями здоровья. Психическое здоровье и социальная реабилитация в подростковом возрасте.
17. Деадаптированное поведение несовершеннолетних. Проблемы и способы реабилитации социально-деадаптированных несовершеннолетних.

18. Формы социальной реабилитации несовершеннолетних: детский социальный п2риют, замещающая семья, детское интернатное учреждение.
19. Международные концепции инвалидности. Модели инвалидности в теории и практике социальной работы.
20. Причины инвалидизации населения. Особенности инвалидизации взрослого и детского населения. Социальные барьеры инвалидности. Стереотипы в восприятии людей с особенностями психофизического развития.
21. Специфика социальной реабилитации инвалидов, семей, воспитывающих детей-инвалидов. Теория горя в отношении инвалидов и их семей.
22. Виды реабилитации инвалидов. Восстановительное лечение как основа и база реабилитационных мероприятий.
23. Инновационные реабилитационные технологии: социокультурная, творческая, спортивная реабилитация инвалидов.
24. Проблема профессиональной ориентации и трудоустройства людей с особенностями психофизического развития. Концепция независимой жизни инвалидов.
25. Оккупационная терапия как технология медико-социальной реабилитации инвалидов. Трудотерапия как форма и технология социальной реабилитации инвалидов.
26. Деятельность групп дневного пребывания, трудовых мастерских в государственных и негосударственных организациях. Профессиональная подготовка детей с особенностями психофизического развития во вспомогательных школах-интернатах.
27. Положение престарелых граждан в разных странах. Социально-медицинские аспекты долгожительства (социальные и медицинские проблемы старости).
28. Медико-социальная реабилитация пожилых людей. Социальные услуги пожилым людям в условиях нестационарного и полустационарного учреждения. Медицинские и социальные услуги пожилым людям в условиях стационарного2 учреждения.
29. Сущность и содержание реабилитационных услуг пожилым людям на дому. Специфика общения социальных работников с пожилыми людьми.
30. Алкоголизм и наркомания как социальная патология. Уровни зависимости.
31. Социально-правовые и институциональные основы социально-реабилитационной работы с наркозависимыми. Организационные основы, базовые модели, принципы и этапы социально-реабилитационной работы с наркозависимыми.
32. Технологические основы социально-реабилитационной работы в отношении лиц с алкогольной зависимостью.
33. Программы индивидуального и группового консультирования. Деятельность групп самопомощи.

34. Социальные причины беспризорности, бродяжничества, бездомности. Пути и формы решения проблем безнадзорных несовершеннолетних и бездомных.

35. Дом ночного пребывания лиц без определенного места жительства как инновационная форма социальной работы и реабилитации бездомных.

36. Опыт реабилитационной работы с детьми улицы в Российской Федерации, Украине.

37. Социологические и медицинские исследования преступности. Теория «врожденных преступников» Ч. Ломброзо. Генезис санкций и наказаний в пенитенциарной системе.

38. Социальная работа как инструмент сохранения и развития социально полезных связей осужденных. Социальный статус ребенка, совершившего правонарушение, как отражение способа его взаимодействия с обстоятельствами жизненной ситуации.

39. Специфика деятельности социального работника в пенитенциарной системе. Методы и средства социального контроля девиантного и делинквентного поведения.

40. Реабилитационные возможности пенитенциарных учреждений. Социальная терапия и трудотерапия в исправительных учреждениях.

41. Особенности социальной реабилитации освободившихся из воспитательных колоний. Опыт социальной реабилитации бывших осужденных в негосударственных социальных организациях.

42. Особенности медико-социальной работы в учреждениях здравоохранения. Болезнь как психологическая травма. Посттравматические стрессовые нарушения.

43. Особенности медико-социальной работы в онкологических центрах. Хосписное движение. Теория паллиативного ухода.

44. Социальная реабилитация терминальных больных в хосписе и на дому.

45. Задачи и основные направления деятельности социального работника в учреждениях здравоохранения.

46. Развитие и становление социальной защиты и реабилитации в европейской и американской моделях социальной работы. Общие и частные тенденции развития социальной реабилитации.

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Реабилитология как отрасль социального знания и направление современной медицины.
2. Цель, задачи, принципы реабилитологии.
3. Современные подходы к трактовке понятия «реабилитация». Показания и противопоказания к реабилитации.
4. Реабилитационное поле, реабилитационная среда, реабилитационное пространство: соотношение понятий.
5. Уровни организации реабилитационного пространства.
6. Виды реабилитации. Общее и особенное в различных видах реабилитации. Особенности использования различных видов реабилитации в социальной работе.
7. Понятие реабилитационной программы. Типы реабилитационных программ.
8. Общая характеристика технологий реабилитации различных групп населения.
9. Социальная реабилитация как процесс и результат, третичная профилактика, технология социальной работы, восстановление утраченного статуса и социальных прав. Цель и задачи социальной реабилитации.
10. Основные принципы проведения реабилитационных мероприятий. Структура социальной реабилитации как процесса. Этапы социальной реабилитации.
11. Характеристика основных современных методов организации социально-реабилитационного процесса.
12. Организация реабилитационной службы в системе социальной защиты Республике Беларусь. Типы реабилитационных учреждений. Структурные подразделения реабилитационного учреждения.
13. Субъекты социальной реабилитации. Понятия «целевая группа» и «объект реабилитации». Общие и сравнительные характеристики целевых групп реабилитационной деятельности.
14. Источники права социальной реабилитации. Законодательная база Республики Беларусь в сфере социальной защиты и реабилитации населения.
15. Концепция социальной реабилитации. Положение о МРЭК.
16. Трудная жизненная ситуация как отклонение в социальной жизни несовершеннолетнего. Проблемное поле социализации детей, нуждающихся в государственной защите. Особенности и принципы социальной реабилитации несовершеннолетних.
17. Виды социальной реабилитации подростков и молодежи с нарушениями здоровья. Психическое здоровье и социальная реабилитация в подростковом возрасте.

18. Деадаптированное поведение несовершеннолетних. Проблемы и способы реабилитации социально-деадаптированных несовершеннолетних. 2

19. Формы социальной реабилитации несовершеннолетних: детский социальный приют, замещающая семья, детское интернатное учреждение.

20. Международные концепции инвалидности. Модели инвалидности в теории и практике социальной работы.

21. Причины инвалидизации населения. Особенности инвалидизации взрослого и детского населения. Социальные барьеры инвалидности. Стереотипы в восприятии людей с особенностями психофизического развития.

22. Специфика социальной реабилитации инвалидов, семей, воспитывающих детей-инвалидов.

23. Теория горя в отношении инвалидов и их семей.

24. Виды реабилитации инвалидов. Восстановительное лечение как основа и база реабилитационных мероприятий.

25. Инновационные реабилитационные технологии: социокультурная, творческая, спортивная реабилитация инвалидов.

26. Проблема профессиональной ориентации и трудоустройства людей с особенностями психофизического развития. Концепция независимой жизни инвалидов.

27. Оккупационная терапия как технология медико-социальной реабилитации инвалидов. Трудотерапия как форма и технология социальной реабилитации инвалидов.

28. Деятельность групп дневного пребывания, трудовых мастерских в государственных и негосударственных организациях. Профессиональная подготовка детей с особенностями психофизического развития во вспомогательных школах-интернатах.

29. Положение престарелых граждан в разных странах. Социально-медицинские аспекты долгожительства (социальные и медицинские проблемы старости).

30. Медик2о-социальная реабилитация пожилых людей. Социальные услуги пожилым людям в условиях нестационарного и полустационарного учреждения. Медицинские и социальные услуги пожилым людям в условиях стационарного учреждения.

31. Сущность и содержание реабилитационных услуг пожилым людям на дому. Специфика общения социальных работников с пожилыми людьми.

32. Алкоголизм и наркомания как социальная патология. Уровни зависимости.

33. Социально-правовые и институциональные основы социально-реабилитационной работы с наркозависимыми. Организационные основы, базовые модели, принципы и этапы социально-реабилитационной работы с наркозависимыми.

34. Технологические основы социально-реабилитационной работы в отношении лиц с алкогольной зависимостью.

35. Программы индивидуального и группового консультирования. Деятельность групп самопомощи.

36. Социальные причины беспризорности, бродяжничества, бездомности. Пути и формы решения проблем безнадзорных несовершеннолетних и бездомных.

37. Дом ночного пребывания лиц без определенного места жительства как инновационная форма социальной работы и реабилитации бездомных.

38. Опыт реабилитационной работы с детьми улицы в Российской Федерации, Украине.

39. Социальная работа как инструмент сохранения и развития социально полезных связей осужденных. Социальный статус ребенка, совершившего правонарушение, как отражение способа его взаимодействия с обстоятельствами жизненной ситуации.

40. Специфика деятельности социального работника в пенитенциарной системе. Методы и средства социального контроля девиантного и делинквентного поведения.

41. Реабилитационные возможности пенитенциарных учреждений. Социальная терапия и трудотерапия в исправительных учреждениях.

42. Особенности социальной реабилитации освободившихся из воспитательных колоний. Опыт социальной реабилитации бывших осужденных в негосударственных социальных организациях.

43. Особенности медико-социальной работы в учреждениях здравоохранения. Болезнь как психологическая травма. Посттравматические стрессовые нарушения.

44. Особенности медико-социальной работы в онкологических центрах. Хосписное движение. Теория паллиативного ухода.

45. Социальная реабилитация терминальных больных в хосписе и на дому.

46. Задачи и основные направления деятельности социального работника в учреждениях здравоохранения.

47. Развитие и становление социальной защиты и реабилитации в европейской и американской моделях социальной работы.

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Васильева, Л.П., Зборовский, К.Э. Профессиональная реабилитация: профориентация и отбор на профессиональное обучение лиц с ограниченными возможностями: монография / Л. П. Васильева, К. Э. Зборовский. – Минск: ГИУСТ БГУ, 2012. – 124 с.
2. Зборовский, К.Э. Реабилитационный потенциал пожилого человека/ К.Э.Зборовский, Головачева О.В.//Охрана труда и социальная защита. 2015. – № 5. – С.84-91.
3. Зборовский, Э.И., Зборовский, К.Э. Инвалидность и общество в контексте конвенций о правах инвалидов: потенциал высшей школы Высшая школа: опыт, проблемы, перспективы : материалы IX Международной научно-практической конференции : в 2 ч. Москва, РУДН, 21–22 апреля 2016 г. /науч. ред. В. И. Казаренков, М. А. Рушина. – Москва :РУДН, 2016. С-268-272.
4. Зборовский, К.Э. Социально-психологическое реабилитационное сопровождение лиц с ограниченными возможностями в процессе профессионального обучения. Васильева, Л. П., Зборовский, К Э. // Специальная адукацыя, 2016, № 3. –С. 18-21.
5. Зборовский, К. Э. Реабилитология как стратегия социальной защиты личности и сохранения трудовых ресурсов. / Социальная защита и здоровье личности в контексте реализации прав человека: наука, образование, практика [Электронный ресурс] :материалы междунар. науч.-практ. конф., Респ. Беларусь, Минск, 26–27 нояб. 2015 г. / редкол. : Э. И. Зборовский (отв. ред.) [и др.]. – Минск : БГУ, 2016. С. 26-30.
6. Зборовский, Э.И. Этика здоровья: ценности социальной работы: Учеб.пособие / Э.И Зборовский. – Минск: ГИУСТ БГУ, 2011. – 248с.
7. Зборовский, К.Э. Специальная подготовка социального работника: учебное пособие / К.Э. Зборовский, В.К. Милькаманович. – Минск, 2009. – 254с.
8. Милькаманович, В. К. Современные технические средства передвижения инвалида с поражением спинного мозга / О.В. Харевич, В.К. Милькаманович // Медицинские знания. – 2017. – № 3. – С. 9–12.
9. Милькаманович, В. К. Медико-социальная адаптация и реабилитация при инвалидизирующих заболеваниях: пособие / В.К. Милькаманович. – Минск : Колорград, 2018.– 348 с.

10. Холостова, Е. И. Социальная работа с инвалидами [Электронный ресурс] : Учебное пособие / Е. И. Холостова. – 3-е изд. перераб. и доп. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2013. – 240 с.
11. Холостова, Е. И. Правовое обеспечение социальной работы / Холостова Е.И., Прохорова О.Г. – М.: Дашков и К, 2018. – 256 с.
12. Холостова, Е. И. Социальная работа с дезадаптированными детьми / Холостова Е.И., – 3-е изд. – М.: Дашков и К, 2017. – 272 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Российская энциклопедия социальной работы / под общ. ред. Е. И. Холостовой. – М. : Дашков и К, 2016. – 1032 с.
2. Социальная работа с различными группами населения : учеб. пособие / под ред. Н. Ф. Басова. – М. : КНОРУС, 2016. – 528 с.
3. Социальная работа : слов. терминов / под ред. Е. Н. Приступы. – М. : ФОРУМ : ИНФРА-М, 2015. – 232 с.
4. Смычек, В.Б., Казак, Л.Г., Чапко, И.Я., Казакевич, Д.С. Оценка степени утраты общей трудоспособности в практике медико-социальной экспертизы / В.Б. Смычек, Л.Г. Казак, И.Я. Чапко, Д.С. Казакевич // Медикосоциальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. / под общ. ред. В.Б.Смычка. – Минск: УП «Энциклопедикс» 2016. – 356 с.
5. Старобина, Е.М. Профессиональная ориентация лиц с учетом ограниченных возможностей здоровья: Монография / Е. М Старобина – М.: ФОРУМ, Инфа - М, РИОР, 2015. – 352 с.
6. Федорова, Т. Н. Программы комплексной реабилитации детей-инвалидов, имеющих различные ограничения жизнедеятельности: метод, рекомендации / Т. Н. Федорова и др. – Омск, 2017. – 22 с.
7. Фролова, Ю. Г. Медицинская психология : учебник / Ю.Г. Фролова. – Минск: «Вышэйшая школа», 2016. – 431 с.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Самостоятельная работа – это форма организации учебного процесса, направленная на активизацию учебно-познавательной деятельности, формирование у студентов умений и навыков самостоятельного приобретения, обобщения и применения знаний при методическом руководстве и контроле преподавателя.

Самостоятельная деятельность студента по учебной дисциплине «Социальная политика» направлена на усвоение учебной программы, самообразование и саморазвитие. Она реализуется через репродуктивные, частично-поисковые и самостоятельные виды деятельности студентов. Внеаудиторная самостоятельная работа – это учебно-исследовательская и самообразовательная деятельность.

Целью самостоятельной работы является усовершенствование умений и навыков полученных на занятиях.

Задачами самостоятельной работы являются:

- углубление и расширение теоретических и практических знаний в области социальной политики;

- развитие познавательных способностей и активности студента, творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;

- воспитание целеустремленности, самоконтроля, формирования стремления к овладению профессиональными компетенциями;

- выработка умений рациональной организации студентом трудовой деятельности и свободного времени.

Самостоятельная работа студентов включает в себя изучение литературных источников, работу со справочной, учебно-методической литературой, обращение к Интернет-ресурсам, написание рефератов.

Алгоритм процедуры написания реферата:

- Формулировка темы и целевых установок.
- Составление календарного плана. План необходим для того, чтобы правильно организовать работу и придать ей более целеустремленный характер.

- Подбор соответствующей литературы.

- Просмотр литературы. Он необходим для накапливания знаний, осмысливания темы в интересах правильного составления плана реферата.

- Составление плана реферата.

- Изучение литературы и выполнение необходимых записей.

- Запись прочитанного.

ТРЕБОВАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

№ п/п	Название темы, раздела	Количество часов на СРС	Задание	Форма выполнения
1	Реабилитология как отрасль социального знания	6	Изучить особенности предметного поля основ реабилитологии	Защита доклада
2	Реабилитация в системе социальной работы. Виды реабилитации	6	Выявить виды реабилитации	Представление презентаций
3	Сущность и содержание социальной реабилитации	6	Охарактеризовать этапы социальной реабилитации	Защита доклада
4	Нормативно-правовые основы социальной реабилитации различных категорий населения	6	Создать электронную законодательную базу по соц. реабилитации различных категорий населения	Представление электронной законодательной базы
5	Социальная реабилитация детей, нуждающихся в государственной защите	8	Подготовить презентации по теме «Социальная реабилитация детей, нуждающихся в государственной защите»	Представление презентаций
6	Социальная реабилитация инвалидов и их семей	6	Проанализировать особенности социальной реабилитации инвалидов и их семей	Защита доклада
7	Социальная работа по	6	Разработать программу	Представление программы

	профессиональной ориентации и трудоустройству людей с особенностями психофизического развития		индивидуальной реабилитации инвалидов	индивидуальной реабилитации инвалидов
8	Социальная реабилитация пожилых людей	6	Проанализировать опыт государственных служб осуществляющих социальную реабилитацию пожилых людей	Представление презентаций
9	Социальная реабилитация лиц с алкогольной и наркотической зависимостью	6	Проанализировать опыт организаций, осуществляющих социальную реабилитацию лиц с алкогольной и наркологической зависимостью	Представление презентаций
10	Социальная реабилитация бездомных и безработных	6	Выявить формы решения проблем безнадзорных несовершеннолетних и бездомных	Представление презентаций
11	Социальная реабилитация в пенитенциарной системе	8	Изучить специфику деятельности специалиста по социальной работе в пенитенциарной системе	Защита реферата
12	Социальная реабилитация в системе здравоохранения	6	Выявить особенности медико-социальной работы в учреждениях здравоохранения	Защита реферата
13	Организация социальной реабилитации: отечественный и зарубежный опыт	6	Изучить становление и развитие социальной реабилитации за рубежом	Защита доклада

Bcero		82		

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СРЕДСТВ ДИАГНОСТИКИ РЕЗУЛЬТАТОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. устный фронтальный опрос
2. групповой опрос
3. «мозговой штурм»
4. рецензирование эссе
5. рецензирование рефератов
6. оценка разработанных презентаций
7. тестирование
8. анализ и решение учебных ситуаций
9. комбинированный понятийный диктант
10. зачёт

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ РЕФЕРАТА

Реферат должен иметь следующую структуру: титульный лист; содержание; введение; основная часть, которая делится на главы, разделы, подразделы; заключение; список литературы в алфавитном порядке; приложение (при необходимости).

Объём реферата при написании 15-17 страниц. На титульном листе указываются название учреждения образования, фамилия, имя, отчество автора, название реферата, место нахождения учреждения образования, год. Содержание реферата включает название структурных частей, глав, разделов и подразделов с указанием нумерации страниц арабскими цифрами. Во введении даётся краткая характеристика темы реферата, обосновывается её актуальность, раскрываются цели и задачи работы, даётся список литературы и источников, на основе которых подготовлен реферат. В основной части реферата коротко, но полно подаётся материал по разделам, каждый из которых раскрывает свою проблему или разные стороны одной проблемы. Каждый содержательный блок (глава, раздел, подраздел) должен иметь заглавие. При написании реферата необходимо указывать ссылки на источники, откуда взят материал, в скобках указывать номер по списку литературы и страницу. Ссылки в тексте могут быть также приведены в виде подстрочных замечаний, нумерация которых проводится на каждой странице (начиная с единицы) в соответствии с правилами библиографического описания. Заключение должно быть кратким, конкретным, в нём должны содержаться выводы по итогам работы, а также информация о согласии или несогласии с авторами цитируемых источников. Заключение не должно превышать по объёму введение. При компьютерном наборе необходимо использовать шрифт 14 пт, интервал – 1,5.

Критерии оценки результатов учебной деятельности обучающихся в учреждениях высшего образования по десятибалльной шкале

10 (десять) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине, а также по основным вопросам, выходящим за ее пределы;

точное использование научной терминологии (в том числе на иностранном языке), грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

безупречное владение инструментарием учебной дисциплины, умение его эффективно использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

выраженная способность самостоятельно и творчески решать сложные проблемы в нестандартной ситуации;

полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы по изучаемой учебной дисциплине;

умение свободно ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им аналитическую оценку, использовать научные достижения других дисциплин;

творческая самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, активное участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

9 (девять) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

точное использование научной терминологии (в том числе на иностранном языке), грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его эффективно использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

способность самостоятельно и творчески решать сложные проблемы в нестандартной ситуации в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

полное усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им аналитическую оценку;

систематическая, активная самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, творческое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

8 (восемь) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине в объеме учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии (в том числе на иностранном языке), грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы и обобщения;

владение инструментарием учебной дисциплины (методами комплексного анализа, техникой информационных технологий), умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

способность самостоятельно решать сложные проблемы в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им аналитическую оценку;

активная самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, систематическое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

7 (семь) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии (в том числе на иностранном языке), грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы и обобщения;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

свободное владение типовыми решениями в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им аналитическую оценку;

самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

6 (шесть) баллов, зачтено:

достаточно полные и систематизированные знания в объеме учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование необходимой научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении научных и профессиональных задач;

способность самостоятельно применять типовые решения в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в базовых теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им сравнительную оценку;

активная самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, периодическое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

5 (пять) баллов, зачтено:

достаточные знания в объеме учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать выводы;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении учебных и профессиональных задач;

способность самостоятельно применять типовые решения в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в базовых теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им сравнительную оценку;

самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, фрагментарное участие в групповых обсуждениях, достаточный уровень культуры исполнения заданий.

4 (четыре) балла, зачтено:

Достаточный объем знаний в рамках образовательного стандарта высшего образования;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, логическое изложение ответа на вопросы, умение делать выводы без существенных ошибок;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении стандартных (типовых) задач;

умение под руководством преподавателя решать стандартные (типовые) задачи;

умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им оценку;

работа под руководством преподавателя на практических, лабораторных занятиях, допустимый уровень культуры исполнения заданий.

3 (три) балла, не зачтено:

Недостаточно полный объем знаний в рамках образовательного стандарта высшего образования;

знание части основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, изложение ответа на вопросы с существенными, логическими ошибками;

слабое владение инструментарием учебной дисциплины, некомпетентность в решении стандартных (типовых) задач;

неумение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях изучаемой учебной дисциплины;

пассивность на практических и лабораторных занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий.

2 (два) балла, не зачтено:

фрагментарные знания в рамках образовательного стандарта высшего образования;

знания отдельных литературных источников, рекомендованных учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

неумение использовать научную терминологию учебной дисциплины, наличие в ответе грубых логических ошибок;

пассивность на практических и лабораторных занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий.

1 (один) балл, не зачтено:

отсутствие знаний и компетенций в рамках образовательного стандарта высшего образования, отказ от ответа, неявка на аттестацию без уважительной причины.

**ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ
ПО ИЗУЧАЕМОЙ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
С ДРУГИМИ ДИСЦИПЛИНАМИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

Название дисциплины, с которой требуется согласование	Название кафедры	Предложения об изменениях в содержании учебной программы по изучаемой дисциплине	Решение, принятое кафедрой, разработавшей учебную программу (с указанием даты и номера протокола)
	Кафедра социальной работы		