

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ДОНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

(ДГТУ)

Кафедра «Социальная работа»

**Методические рекомендации**

**к выполнению контрольных работ**

**по дисциплине**

**«Социальная реабилитация инвалидов»**

для студентов заочного обучения

Ростов-на-Дону

2022 г.

Написание контрольной работы по дисциплине «Социальная реабилитация инвалидов» является необходимым элементом учебного процесса при подготовке студентов заочной формы обучения по направлению 39.03.02 «Социальная работа» ДГТУ. Успешная защита контрольной работы является допуском к сдаче студентом-заочником экзамена по дисциплине.

Основной целью выполнения контрольной работы является развитие мышления, творческих способностей студента, привитие ему первичных навыков самостоятельной работы, связанной с поиском, систематизацией и обобщением существующего законодательства и специальной литературы по дисциплине, а также формирование умений анализировать и критически оценивать исследуемый научный и практический материал в рамках решения предложенных задач.

Задания для контрольной работы представлены в виде вопросов. Номер вопроса выбирается по совпадению последней цифры зачетной книжки студента с последней цифрой в номинации вопроса контрольной. Если шифр зачетки оканчивается на цифру 1, выполняются вопросы: 1, 11, 21 и т.д. Если шифр зачетной книжки заканчивается на 0, то выбираются вопросы с номинацией: 10, 20 и т.д.

Контрольная работа выполняется либо в ученической тетради, на обложке которой указывается наименование учебного заведения, отделение, фамилия, имя, отчество студента, адрес, шифр, наименование предмета и номер варианта контрольной работы.

Либо контрольная работа выполняется на листах формата А4 набирается шрифтом 14, через 1,5 интервала, со стандартным отступом. Правое поле – 15 мм, левое – 25 мм, верхнее и нижнее – 20 мм. Текст выравнивается по ширине**,** устанавливается автоматический перенос слов. Нумерация страниц обозначается вверху по центру. Первой страницей считается титульный лист, но на нём номер страницы не ставится. Таким образом, номер следующей страницы (2) будет начальным. Образец титульного листа смотри на сайте ДГТУ, либо в деканате. Объем работы до 10 стр.

Контрольная работа пишется четко и разборчиво с соблюдением полей и интервалов. Цитаты заключаются в кавычки со ссылками на цитируемую литературу. Ссылки на источники следует располагать после цитаты или в низу страницы. В конце контрольной работы нужно привести список использованной литературы по следующему образцу: по алфавиту

1. Демидов Н.М. Основы социологии и политологии: Учебное пособие для студ. сред.проф. учеб. Заведений/ Н.М. Демидов. – 9-е изд., стер. - М.: Издательский центр «Академия», 2010. – 208 с.

И только потом электронные источники:

При ссылке на электронный источник (типа http://) необходимо указывать имя автора, название работы, ее статус (реферат, эссе, диссертация, статья, блог и т.п.), электронный адрес, а потом дату обращения к ресурсу.

Для обозначения электронного адреса используют аббревиатуру «URL» (UniformResourceLocator — унифицированный указатель ресурса).

Например:

Никитин И. К. "Жизнь" в игровом смысле этого слова. Эссе. 2006г. URL: http:// www. referat.ru/pub/item/23775 (дата обращения: 17.09.2017).

*Например:*

Википедия. Социология. URL: http://ru.wikipedia.org/wiki (дата обращения: 01.09.2017).

Контрольную работу студент должен выполнить и предоставить на кафедру "Социальная работа" ДГТУ (8 корпус, к. 403) для проверки до начала сессии, предварительно зарегистрировать в деканате факультета, на котором обучается.

**Критериями оценки контрольной работы являются:**

* степень разработанности темы исследования;
* определение понятийного аппарата исследования;
* полнота обзора научной литературы;
* творческий подход к написанию контрольной работы;
* соответствие названий пунктов плана их содержанию;
* правильность и научная обоснованность выводов;
* наличие выводов;
* аккуратное и правильное оформление контрольной работы.

Оценку **«отлично»** получают те работы, в которых отмечено высокое качество по указанным выше критериям, содержатся элементы творчества, делаются грамотные самостоятельные выводы и обобщения, приводится аргументированный критический анализ теоретической литературы на основе глубоких знаний в области изучения закономерностей явлений и процессов, происходящих в практике социальной работы.

Оценка **«хорошо»** ставится тогда, когда в работе полно и всесторонне освещаются вопросы темы, но нет должной степени творчества, есть незначительные замечания по оформлению работы.

Оценку **«удовлетворительно»** студент получает в случае, когда работа не полностью отвечает требованиям, а студент не может ответить на замечания и вопросы преподавателя, не владеет материалом работы, не в состоянии дать объяснения выводам и теоретическим положениям данной проблемы.

Оценку **«неудовлетворительно»**, студент получает, когда контрольная работа полностью не отвечает требованиям её выполнения, студент не может ответить на вопросы преподавателя, не владеет материалом работы. В этом случае научный руководитель устанавливает дату дополнительных консультаций и срок повторной защиты контрольной работы с доработкой представленных материалов.

**К сдаче экзамена по дисциплине допускается только тот студент, который выполнил и сдал в срок контрольную работу!!!**

**Характеристика основных понятий и причины инвалидности**

Социальные условия определяют развитие, формирование и функционирование человека как личности, могут способствовать сохранению физического и психического здоровья или оказывать патогенное воздействие на него.

К наиболее значимым социальным факторам, существенно влияющим на здоровье, относятся:

* экономические (жизненный уровень населения, переход от одной экономической структуры к другой);
* политические (приоритеты государственной политики, изменения в структуре системы управления, международные отношения);
* демографические (изменение численности народонаселения, вероятной продолжительности жизни, превалирование в населении региона представителей, определенных возрастных, половых и национальных групп);
* научно-технические (изменения в степени сложности и продуктивности производственных процессов, связанные с этим перемены в уровне профессиональной подготовки кадров, в характере коммуникативных процессов, в уровне безработицы и т.д.);
* образовательные (изменение объемов и сроков обучения и т.д.) и др.

В последние время здоровье все более связывают с качеством жизни.Под *качеством жизни* понимается удовлетворение индивидом важнейших сторон жизнедеятельности и потребностей и наличие условий, позволяющих вести активную в биологическом и социальном плане жизнь. Это определение подчеркивает субъективность понятия качества жизни, включает как позитивные, так и негативные аспекты жизни и является многомерным. Основными параметрами качества жизни служат:

* физическое и психическое функционирование, материальная жизнь (доход,
* жилье и т.д.);
* социальные отношения, духовная жизнь (ориентация на будущее, религиозность, индивидуальные убеждения и т.д.);
* уровень независимости, окружающая среда.

Факторы образа и условий жизни, понижающие качество жизни, оказывают непосредственное биологическое или стрессогенное воздействие. Сила стресса наиболее велика в ситуациях, в которых у индивида мало возможностей самому определять свою судьбу или эти возможности в силу каких-либо причин ограничены: потеря близких людей; физическое или психическое насилие; собственное тяжелое, инвалидизирующее заболевание или угрожающее жизни заболевание близких; угроза потери работы и собственно безработица; производственные и семейные конфликты; природные и техногенные катастрофы.

К биологическим факторам риска для здоровья человека относят избыточную массу тела, гиподинамию, нерациональное питание, психическое или физическое перенапряжение, злоупотребление алкоголем, курение и т.д. К группам повышенного риска для здоровья относятся следующие социальные категории населения:

* лица, пережившие смерть близкого человека, разрушение семьи;
* дети из неблагополучных семей, отверженные родителями;
* жертвы физического, психического или сексуального насилия;
* родственники людей, имеющих тяжелое хроническое соматическое или психическое заболевание;
* бездомные, безработные, очень бедные;
* лица, находящиеся в учреждениях закрытого типа (интернатах, тюрьмах и т.д.).

Для оценки здоровья нации пользуются понятием «общественное здоровье». *Общественное здоровье* характеризуется уровнем здоровья популяции, распространенностью в ней заболеваний, особенно социальных (инфекционных, психических, алкоголизма и наркомании, умственной неполноценности), суицидов.

Здоровье населения относится к наиболее значимым социальным ценностям, как для отдельного индивида, так и для всего общества и государства. Среди основных показателей отношения государства к здоровью нации -экологическая обстановка, соблюдение международных стандартов по обеспечению безопасности жизнедеятельности на производстве, соблюдение законодательства в отношении здоровья граждан, доступность и качество медицинской и социально-реабилитационной помощи.

Изучением состояния здоровья населения занимается наука *эпидемиология*. Эпидемиология пользуется понятиями, определяющими количественные критерии здоровья или, вернее, нездоровья. Основные из них -заболеваемость, болезненность и инвалидность. Количественные показатели состояния и динамики здоровья населения изучаются и отражаются медицинской статистикой. *Заболеваемость* отражает число новых случаев болезни, возникающих в определенной социальной группе или у населения в целом за единицу времени, чаще всего -за год. Уровень заболеваемости и ее структура различны в разных возрастно-половых, профессиональных и других группах населения. *Болезненность*, или распространенность заболевания, -это число больных с изучаемым заболеванием, которое имеется в определенной популяции в данное время. Один из важных показателей состояния здоровья населения -инвалидность. При оценке инвалидности пользуются статистическими данными об общем числе инвалидов среди населения и числе больных с впервые в данном году установленной инвалидностью (первичной инвалидностью).

Масштаб инвалидности зависит от множества факторов:

* состояния здоровья нации (в том числе состояния генофонда);
* повышенного травматизма (бытового, транспортного, производственного) и неадекватного выхода из последствий травм;
* несвоевременного биологического постарения населения;
* развития системы здравоохранения;
* социально-экономического развития, влияющего на качество жизни;
* состояния экологии, исторического фона;
* роста социальной агрессивности общества, политических причин, в частности участия страны в войнах и военных конфликтах.

**Сущность понятия «инвалид» и «инвалидность»**

Для того чтобы проанализировать положение в обществе лиц с ограниченными возможностями необходимо выяснить, каково содержание понятия «инвалидность», какими социальными, экономическими, поведенческими, эмоциональными последствиями оборачиваются те или иные патологии здоровья.

Термин «инвалид» восходит к латинскому корню (valid — «действенный, полноценный, могущий») и в буквальном переводе может означать «непригодный», «неполноценный». В российском словоупотреблении начиная со времен Петра I такое название получали военнослужащие, которые вследствие заболевания, ранения или увечья были неспособны нести воинскую службу и которых направляли для дослуживания на штатские должности. Характерно, что в Западной Европе данное слово имело такой же оттенок, то есть относилось в первую очередь к увечным воинам. Со второй половины XIX в. термин распространяется и на штатских лиц, также ставших жертвами войны, — развитие вооружений и расширение масштабов войн все более подвергали мирное население всем опасностям военных конфликтов. Наконец, после Второй мировой войны в русле общего движения по формулированию и защите прав человека в целом и отдельных категорий населения в частности происходит формирование понятия «инвалид», относящегося ко всем лицам, имеющим физические, психические или интеллектуальные ограничения жизнедеятельности.

Сегодняшняя государственная политика в отношении инвалидов - результат ее развития в течение 200 лет. Во многом она отражает историю развития и культуру общества, общие условия жизни, а также социальную и экономическую политику в разные периоды времени.

В Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 20 января 1995 г. инвалид определяется как лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость его социальной защиты.

Под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Представленные подходы к пониманию инвалидности нельзя считать удовлетворительными, так как в них в большей степени отражена медицинская сторона проблемы. В медицинской модели инвалидности все внимание концентрируется на физической или психической патологии, и, следовательно, инвалид нуждается в лечении, реабилитации и приспособлении к жизни в обществе.

Социальная модель, авторами которой являются сами люди с инвалидностью, или, как часто говорят, с ограниченными возможностями, рассматривает проблему инвалидности не с точки зрения патологии и физических недостатков, а во взаимосвязи отдельного человека с окружающей его средой и обществом. С этой точки зрения ограниченные возможности не вызваны недугом, а обусловлены дискриминацией и неготовностью психологически принять инвалидов как полноправных членов, а также барьерами, существующими в окружающей среде.

В последние годы проблема инвалидности приобрела особую актуальность и остроту. Это связано как с ростом абсолютного и относительного числа инвалидов, так и с изменением отношения к данной проблеме общества и, что особенно важно, самих инвалидов. Активные движения инвалидов за свои права во всем мире постепенно приводят к изменению отношения к инвалидам, к их социальным проблемам и потребностям, как со стороны общества, так и со стороны государственных структур.

Экспертами ВОЗ была подготовлена трехмерная концепция оценки последствий болезни (World Health Organization, Nomenclature of Impairments, Disabilities and Disadvantages, 1989), суть которой заключается в нижеследующем.

Отклонение от нормы в организме человека может иметь место при рождении или быть приобретенным в результате травмы или болезни. Длительно текущая болезнь приводит к изменениям функционирования органов и систем. С точки зрения функциональной деятельности и активности индивида, ограничение жизнедеятельности представляет собой расстройство на уровне личности. Знание о болезни или изменившееся поведение индивида, или ограничение его деятельности могут поставить конкретного человека в невыгодное положение по отношению к окружающим, таким образом болезнь приобретает социальный характер. Это проявление отражает социальную недостаточность, вытекающую из нарушения и ограничения жизненных функций.

Социальный уровень развития болезни отражает реакцию общества на состояние индивида и проявляется во взаимоотношениях индивида с обществом.

Все вышесказанное может быть графически представлено схемой

Болезнь, травма, дефект

Функциональные нарушения

Ограничения жизнедеятельности

Социальная недостаточность

Таким образом, *нарушение или недостаток* - это любая потеря или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции. Нарушение характеризуется потерями или отклонениями от нормы, которые могут быть временными или постоянными. Понятие «нарушение» подразумевает наличие или появление аномалий, дефект или потерю конечности, органа, ткани или других частей тела, включая систему умственной деятельности. Нарушение представляет собой отклонение от некоторой нормы в биомедицинском состоянии индивида, и определение характеристик этого статуса дается врачами - специалистами, которые могут судить об отклонениях в выполнении физических и умственных функций, сопоставляя их с общепринятыми.

*Ограничение жизнедеятельности* - это любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) возможности осуществлять деятельность способом или в рамках, которые считают нормальными для человека данного возраста. Если нарушение затрагивает функции отдельных частей организма, то ограничение жизнедеятельности относится к сложным или интегрированным видам деятельности, обычным для индивида или организма в целом, таким как выполнение заданий, владение навыками, поведение. Основной характеристикой ограничения жизнедеятельности служит степень его проявления. Большинство лиц, занятых оказанием помощи инвалидам с ограниченной жизнедеятельностью, обычно строят свою оценку на градации тяжести ограничения в выполнении действий.

*Социальная недостаточность* - это социальные последствия нарушения здоровья, такой недостаток данного индивида, вытекающий из нарушения или ограничения жизнедеятельности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или совсем не может выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения).

Таким образом, это определение вытекает из современной концепции ВОЗ, согласно которой поводом для назначения инвалидности служит не сама болезнь или травма, а их последствия, проявляющиеся в виде нарушений психологической, физиологической или анатомической структуры либо функций, приводящих к ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности (социальной дезадаптации).

**Социальные барьеры людей с ограниченными возможностями**

Мысль о том, что инвалидам должны предоставляться равные возможности со здоровыми, что они не должны подвергаться сегрегации и дискриминации, еще не овладела ни нашим обществом в целом, ни даже теми его членами, которые непосредственно причастны к судьбам инвалидов. Отношение покровительства, доминирования, подчинения власти со стороны здоровых - это то, с чем чаще всего сталкиваются инвалиды.

Для того чтобы процесса реабилитации был эффективным, нужно проанализировать сущность социальных ограничений, рассмотреть те барьеры, которые воздвигает перед человеком инвалидность.

В первую очередь можно говорить о *физическом ограничении, или изоляции инвалида*, - это обусловлено либо физическими, либо сенсорными, либо интеллектуально-психическими недостатками, которые мешают ему самостоятельно передвигаться и(или) ориентироваться в пространстве. С другой стороны, факторы внешней среды могут усугубить либо, наоборот, компенсировать влияние этих недостатков. Принято говорить не только о безбарьерной среде для инвалида, но также о дружественной или недружественной среде. Это ограничение требует принятия специальных мер, устраняющих пространственную, транспортную, бытовую изоляцию инвалида, эмоциональную депривацию и обеспечивающих возможность трудовой адаптации.

Второй барьер - это *трудовая сегрегация*, или изоляция: из-за своей патологии индивид с ограниченными возможностями имеет крайне узкий доступ к рабочим местам или не имеет его вовсе. В ряде случаев инвалид абсолютно не способен к трудовой деятельности, даже самой простой. Однако в других ситуациях инвалидам представляются (или оказываются доступны) рабочие места, требующие низкой квалификации, предусматривающие монотонный, стереотипный труд и невысокую заработную плату. Такое положение обусловлено не только (или не столько) ограниченностью их индивидуальных физических или интеллектуальных ресурсов, сколько неразвитым характером рынка труда для лиц с особыми нуждами. Однако необходимо отметить, что барьер между личностью инвалида и продуктивным трудом может обусловливаться и отсутствием трудовой мотивации с его стороны. По данным отечественных и зарубежных экспертов, трудовая деятельность доступна приблизительно 2/3 всех инвалидов, работает же не более 11% из них. Это вызвано не столько отсутствием специальных рабочих мест, сколько доминирующей ориентацией на получение льгот и пособий вместо труда.

Третьим барьером в жизни инвалидов выступает *малообеспеченностъ*, которая является следствием социально-трудовых ограничений: эти люди вынуждены существовать либо на невысокую заработную плату, либо на пособие (которое тоже не может быть достаточным для обеспечения достойного уровня жизни индивида). Труднопреодолимым барьером для инвалида является пространственносредовой. Даже в тех случаях, когда лицо с физическими ограничениями имеет средства передвижения, сама организация жилой среды и транспорта не является пока дружественной к инвалиду. Недостает оборудования и приспособлений для бытовых процессов, самообслуживания, свободного передвижения. Люди с сенсорными нарушениями испытывают дефицит специальных информационных средств, извещающих о параметрах окружающей среды. Для лиц с интеллектуальнопсихическими ограничениями отсутствуют возможности ориентироваться в среде, безопасно передвигаться и действовать в ней.

Важное препятствие представляет *информационный* барьер, который имеет двусторонний характер. Инвалиды затруднены в получении информации как общего плана, так и имеющей непосредственное значение для них (исчерпывающие сведения о своих функциональных нарушениях, о мерах государственной поддержки инвалидов, о социальных ресурсах их поддержки). Это вызвано и экономическими причинами (например, невозможность купить радиоприемник или выписать газету), и дефицитом специальных носителей информации (телепередачи с сурдопереводом, книги брайлевского шрифта, кассеты и диски для слепых и т. д.), и неразвитостью современных глобальных информационных систем (типа Интернет) в нашей стране. С другой стороны, существует информационный барьер, который отгораживает общество от инвалида: лицам с ограниченными возможностями гораздо труднее презентовать свои взгляды и позиции, донести до общества свои нужды и интересы. Поэтому могут возникать искаженные представления о потребностях инвалидов, особенностях их личности.

Задача создания и ведения банка данных по проблемам инвалидов не решена в полной мере, хотя первые шаги в этой сфере предпринимаются.

**Сущность социальной реабилитации**

Социальная реабилитация больных и инвалидов - понятие широкое и емкое. Оно включает в себя адаптацию и приспособление инвалида к самому себе, адаптацию его в обществе, в окружающей среде. Больной человек или инвалид должен научиться жить и трудиться в ином качестве, и, кроме того, стремиться по возможности максимально восстановить свой социальный, семейный и профессиональный статус. Помочь ему в этом призвана социальная реабилитация.

**Социальная реабилитация инвалидов** - это система и процесс определения оптимальных режимов общественной и семейно-бытовой деятельности инвалидов в конкретных социально-средовых условиях и приспособления их к потребностям инвалидов.

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

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

В **задачи** социальной реабилитации входят:

• выявление причин деформаций в развитии, отклонений в поведении, граничений в возможностях и т.п.

• поиск средств и способов их устранения;

• оптимизация условий жизни, воспитания, обучения и профессиональной деятельности;

• оказание разносторонней помощи индивиду, ограниченного в возможностях самопомощи и самообеспечения;

• построение адекватного коррекционного процесса способствующего развитию нормальной личности и устранению или минимизации ограничений жизнедеятельности.

К **объектам** социальной реабилитации относятся:

• сами реабилитанты (больные, инвалиды, аномальные, девианты, т.д.);

• социальное окружение реабилитантов;

• семья реабилитантов.

В зависимости от характера и специфики перенесенного заболевания у больных и инвалидов возникают различные ограничения жизнедеятельности, которые вызывают те или иные виды социальной недостаточности: нарушение способности; нарушение способности передвижения; нарушение способности к трудовой деятельности; нарушение способности к обучению; нарушение способности к ориентации; нарушение способности к общению; нарушение способности контролировать свое поведение.

Соответственно, в зависимости от того, с какой категорией клиентов приходится работать реабилитологу, выделяют и основные направления социально - реабилитационной деятельности. К таким направлениям, например, относят реабилитацию:

• инвалидов и детей с ограниченными возможностями;

• пожилых и престарелых граждан;

• лиц, отбывших наказание в местах лишения свободы;

• безработных граждан;

• дезадаптированных детей и подростков;

• участников боевых действий;

• жертв природных и техногенных катастроф и ЧС;

• пострадавших от насилия и др.

При этом необходимо уметь разграничивать основные понятия. Лицо, ограниченное в возможностях – любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка его (или ее) физических или умственных возможностей.

*Инвалид* - лицо, имеющее инвалидность, т.е. стойкое нарушение функций организма в результате заболевания, травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию.

*Нетрудоспособный гражданин* – лицо, утратившее способность к трудовой деятельности (трудоспособность) на длительное время или постоянно.

*Группа риска* – группа лиц, в силу имеющихся противоречий и особенностей жизнедеятельности представляющие опасность для нормального функционирования общества.

Выбор объектов социальной реабилитации осуществляется по следующей схеме:

Дифференциация их на группы по видам ограничений и отклонений

Выделение представление групп социального риска

Диагностика сущности и причин

Диагностика сущности ограничений и отклонений

1 этап 2 этап 3 этап 4 этап

*На первом этапе* работы производится сканирование всех субъектов, которые попадают в область наблюдения специалиста социальной службы или учреждения, например, при проведении социального картографирования или патронажного наблюдения. При этом специалисты выделяют общие группы риска, определяются индивиды, нуждающиеся в социальной реабилитации (инвалиды, беспризорные дети, освободившиеся из мест лишения свободы и т.д.).

3а основу дифференциации берутся определенные критерии - например, трудности в процессе обучения, воспитания, отсутствие работы у трудоспособного гражданина, проблемы в общении с окружающими и т.п. В задачи специалистов производящих такое обследование и осуществляющих дифференциацию населения по группам риска, не входит определение сущности ограничений, барьеров и патологий: они лишь ставят диагноз о наличии этих ограничений, барьеров, патологий.

*На втором этапе* представители выделенных групп риска, нуждающиеся в социальной реабилитации, обследуются по медицинским, педагогическим, психологическим, экономическим и иным характеристикам в зависимости от характера жалоб и содержания обращений, послуживших основанием для отнесения этих индивидов к той или иной группе риска, и получают направления для дальнейшего освидетельствования. В это время происходит первичное деление общей группы риска на подгруппы по сходным симптомам (например, дети с нарушениями поведения, неуспеваемостью, больные, инвалиды 1, 2 или 3 групп, длительно безработные или впервые оказавшиеся без работы, пенсионеры и др.).

*На третьем этапе* осуществляется глубокая диагностика специалистами соответствующих служб (например, Государственного бюро медико-социальной экспертизы, школьной социально-психологической службы, Управления социальной защиты населения, Центра адаптации и реабилитации и т.п.) сущности и причин имеющихся патологий (что послужило причиной для потери работы – низкая профессиональная квалификация или нежелание работать в данном учреждении? Низкая успеваемость - результат небрежного отношения к урокам или следствие стрессов и конфликтов? На эти и другие вопросы необходимо получить ответы для планирования дальнейшей работы).

Наконец, *четвертый этап* - это диагностика собственно отклонений и патологий, составление индивидуальных реабилитационных маршрутов и программ. На этом этапе диагностическая работа вновь возвращается на уровень учреждения, в котором работают специалисты, компетентные в той или иной области реабилитационной работы. Для составления реабилитационных программ они проводят глубокую диагностику личности реабилитанта, анализируют его ближайшее окружение (например, педагоги делают срезы знаний, умений и навыков для оказания педагогической помощи; психологи выявляют личностные характеристики, уровень развития психических процессов для их дальнейшей коррекции; соц. педагоги изучают особенности средовой дезадаптации и проблемы межличностных отношений; соц. работники выявляют особенности социального положения индивида и имеющиеся социально-экономические проблемы и т.п.).

В технологиях социальной реабилитации (в узком смысле слова) можно выделить **два направления** - социально-бытовую и социально-средовую реабилитации, которые, в свою очередь, будут осуществляться путем ориентации, образования, адаптации и устройства в соответствующей социальной среде.

*Социально-бытовая* *реабилитация* заключается в приобретении больным или восстановлении утраченных в результате болезни навыков самообслуживания и деятельности в быту, в приспособлении к новым условиям жизни.

Социально-бытовое устройство составляет важный компонент социальнобытовой реабилитации, отражая состояние обеспечения инвалида элементарной комфортностью жилых и вспомогательных помещений. Обеспечению комфортной и безопасной жилой среды в настоящее время уделяется особое внимание со стороны государственных структур. Законодательно для инвалидов предусматриваются увеличение санитарных норм жилой площади, ее архитектурно-планировочные изменения.

В задачи социально-бытовой ориентации входит обучение человека самостоятельно ориентироваться в окружающей обстановке, правильно воспринимать и анализировать ее состояние, адекватно реагировать на изменения, происходящие в ней. В процессе ориентации осуществляется ознакомление инвалида с предметами и окружением социально-бытового назначения (в собственной квартире или специализированном учреждении). Социально-бытовая ориентация особенно важна для лиц с нарушением зрения, психическими расстройствами, при изменении привычной среды обитания.

Большое значение приобретает обучение инвалидов навыкам самообеспечения в быту, персональной сохранности, по вопросам диетотерапии, режима дня, пользованию лекарственными средствами, вспомогательными приборами и техническими устройствами. Важно также обучение и просвещение членов семьи инвалида по различным вопросам: о характере имеющегося у инвалида заболевания, возникающих ограничениях жизнедеятельности, связанных с ними социальнопсихологических и физиологических проблемах, видах и формах социальнобытовой помощи инвалидам, видах технических средств реабилитации и особенностях их эксплуатации.

*Социалъно-средовая реабилитация* имеет своей целью создание оптимальной среды жизнедеятельности инвалида за пределами его жилища, восстановление способности инвалида к жизни в обществе.

Социально-средовая реабилитация подразумевает два процесса - приспособление социальной среды к специфическим возможностям инвалидов, устранение препятствий к независимому существованию в условиях окружающей среды и в производственной сфере, с одной стороны, и обучение инвалида жить в обычном социуме и быть интегрированным в общество - с другой. *Социально-средовое образование* - это процесс обучения индивида навыкам пользования средой, навыкам перемещения в окружающей среде, пользования транспортом, умению самостоятельно приобретать продукты и вещи, посещать общественные места. Сюда же относится и обучение социальной независимости, направленное на возможность самостоятельного проживания, распоряжаться деньгами, пользоваться гражданскими правами, участвовать в общественной деятельности.

Социальная реабилитация инвалидов - это многоаспектный длительный процесс, неразрывно связанный с медицинской, психологической и профессионально-трудовой реабилитацией.

В неразрывной связи с социальной реабилитацией находится *психологическая коррекция и психосоциальная помощь* в сложных жизненных ситуациях, которые возникают у человека в связи с заболеванием или инвалидизацией. Знание социальными работниками психологических особенностей личности индивида с физическими и психическими дефектами способствует успешной реабилитации и адаптации его в обществе.

К методам социально-психологической реабилитации относят психологическое консультирование, психотерапию, социотерапию, т.е. весь комплекс мероприятий, положительно воздействующих на больного или инвалида и создающих вокруг него психологически благоприятную микросоциальную среду.

*Социотерапия* - это меры социального терапевтического воздействия, которые стимулируют социальную активность личности и способствуют ее социализации. Методологическую основу социотерапии составляют некоторые психотерапевтические методы, ориентированные на приобретение и развитие социальных навыков, повышение компетентности в анализе ситуации, а также терапия микросредой, терапия занятостью, организация активного досуга, трудотерапия и другие методы реабилитации, которые позволяют улучшить социальное поведение индивида.

В процессе психосоциальной работы осуществляется психокоррекция, которая направлена на исправление недостатков в психическом развитии или поведении в случаях неудовлетворенности личности собой и собственной жизнью.

**Особенности реабилитации лиц с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата**

**Патопсихологические особенности лиц с нарушением слуха и зрения.** При анализе личностной структуры взрослых инвалидов с нарушением зрения с детства, ,необходимо учитывать следующую характерологическую дифференциацию: личности тормозимого круга составляют 45%; возбудимого круга - 35%; смешанного характера - 20%.

У инвалидов тормозимого круга преобладают замкнутость, малая общительность, сенситивность, робость, нерешительность. Для инвалидов возбудимого круга характерны повышенная возбудимость, раздражительность, чрезмерная эффективность с потерей чувства контроля над своими действиями, обидчивость, упрямство, эгоцентризм. Они отличаются обстоятельностью и педантизмом. Многие склонны к истерическим реакциям. У подавляющего большинства инвалидов с нарушением зрения невротические черты характера наблюдались с самого детства. При этом такие лица обладают хорошей памятью, легко и свободно излагают свои мысли и имеют достаточно высокую общеобразовательную подготовку. Многим из них свойственны обостренное понимание морально-нравственных принципов и повышенная принципиальность.

Патопсихологические изменения и проявления зависят от времени появления дефекта зрения и его глубины. Отсутствие зрения с раннего детства само по себе не является фактором психологическим, и слепые не чувствуют себя погруженными во мрак. Психологическим фактом слепота становится только тогда, когда незрячий человек вступает в общение с отличающимися от него зрячими людьми.

Глубина и длительность реакции на слепоту зависят как от особенностей личности, так и от темпа развития зрительного дефекта, от его тяжести и времени появления. Реакция у мгновенно ослепших людей - более тяжелая, чем у тех, кто потерял зрение постепенно.

Выделены три этапа личностного невротического реагирования на появление слепоты.

1. Острая реакция эмоционального шока в первые дни проявляется в виде эмоциональной дезорганизованности, угнетенности, тревоги, страха, астении, гипертрофированного представления о своем дефекте.

2. Реактивный переходный период с развитием невротического состояния наблюдается в течение первых трех месяцев. Психопатологическая симптоматика определяется депрессивными, тревожно-депрессивными, ипохондрическими, истерическими, фобическими расстройствами.

3. При прогрессирующей потере зрения характерны жалобы на одиночество, беспомощность. Возможны суицидальные действия. В этот период либо происходит адаптация к слепоте, либо развиваются патохарактерологические изменения в структуре личности.

Патологическое развитие личности проявляется преимущественно четырьмя типами: астеническим, обсессивно-фобическим, истерическим и ипохондрическим, аутистическим (с погруженностью в мир внутренних переживаний). При неблагоприятных условиях у поздноослепших могут нарушаться социальные связи, изменяться поведение.

Выделяют 4 фазы в процессе адаптации к слепоте: 1) фаза бездействия, которой сопутствует глубокая депрессия; 2) фаза занятия, в которой инвалид по зрению включается в деятельность с целью отвлечься от тяжелых мыслей; 3) фаза деятельности, для которой характерно стремление реализовать свои творческие возможности; 4) фаза поведения, когда складываются характер и стиль деятельности незрячего, определяющие весь его дальнейший жизненный путь.

Психологические нарушения у взрослых людей при потере слуха во многом схожи с теми, которые наблюдаются при потере зрения, так как в обоих случаях обусловлены сенсорной депривацией и изоляцией.

Взрослые люди с рано приобретенными нарушениями слуха при благоприятных социально-психологических условиях могут достигать хорошего уровня социально-психологической адаптации с редукцией нервно-психических отклонений. Наблюдаются несколько типов патохарактерологического развития личности. Для лиц с астеническим типом личности характерны чувство тревоги, неустойчивое настроение, сенситивность, неуверенность в себе, страх перед трудностями жизни и в работе. Реактивно обусловленные декомпенсации сопровождаются вегетативно-сосудистыми нарушениями, снижением настроения, расстройствами восприятия в виде патологических ощущений и иллюзорных переживаний, идей неполноценности. Постепенно зависимость состояния от психотравмирующих ситуаций стирается, и психические аномалии становятся характерной особенностью личности. Круг интересов сужается до концентрации на собственном самочувствии и переживаниях. Нередко возникают ипохондрические, депрессивные настроения, страх общения (социофобия). Появляется повышенное внимание к самоощущениям и вопросам здоровья. Возможно формирование астенодепрессивных или ипохондрических расстройств личности. В поведении прослеживаются повышенная пунктуальность, аккуратность, приверженность к распорядку дня.

Развитие личности по возбудимому типу чаще наблюдается в дисгармоничных семьях, при наследственной отягощенности. Такие лица на фоне инфантильности, обидчивости, ранимости, мнительности проявляют повышенную требовательность, нетерпимость к окружающим, придирчивость, раздражительность. Нередко они обладают повышенным самомнением, демонстративным поведением, стремлением к чрезмерному к себе вниманию, эгоцентризмом.

При поздней потере слуха, в зрелом возрасте, эта беда воспринимается как тяжелая психотравма. Личностное реагирование на потерю слуха зависит от многих факторов: личностных особенностей, возраста, быстроты снижения слуха, психологической устойчивости к стрессам, социального положения, профессии. Внезапная потеря слуха воспринимается как крушение жизни и сопровождается эмоциональной невротической реакцией. Психологическая реакция на постепенное ухудшение слуха носит менее острый характер, так как человек постепенно адаптируется к изменению здоровья. Потеря слуха сопровождается нарушением физического, душевного и социального благополучия, расстройством биосоциальной адаптации. Отношение к потере слуха во многом зависит от возраста и социального положения. Молодые люди острее воспринимают свой дефект. Для них психологически более значимы эстетические, интимные компоненты заболевания, резонанс на его дефект со стороны знакомых и близких людей, ограничение личной свободы, профессионального роста, возникновение определенной социальной депривации.

В пожилом возрасте потеря слуха воспринимается менее болезненно, иногда - как закономерный процесс старения. В психическом состоянии наряду с усилением прежних черт или изменений личности, свойственных периоду старения, появляются и новые черты - эмоциональная неустойчивость, частая смена настроения: от надежды на улучшение состояния здоровья и жизненной ситуации человек быстро переходит к отчаянию.

Есть и другая категория людей, с противоположным отношением к своей болезни - аногностическим. Они отказываются замечать свой дефект, обвиняют окружающих, что те говорят тихо или неразборчиво, а если окружающие повышают голос, - заявляют, что «нечего кричать, они не глухие».

Социальные позиции людей, утративших слух, подразделяются на три типа: адекватная позиция, соответствующая реальному положению вещей; позиция, обусловленная переоценкой тяжести своего состояния и характеризующаяся неверием в свои возможности, слабостью побуждений, нежеланием активно включаться в реабилитационный процесс; позиция упорного нежелания изменить свой образ жизни в соответствии с изменившимися возможностями.

В ряде случаев молодые люди, недавно потерявшие слух, сами рвут свои прежние связи и самоизолируются, так как, по их мнению, становятся неудобны для общения со старыми знакомыми и друзьями. В этом отношении позитивно отличаются инвалиды с детства, которые адаптированы к своему заболеванию и ограничениям и не склонны строить свое представление о себе только на основании наличия своего дефекта.

Тип реагирования на болезнь будет определять поведение больного и соответственно психотерапевтическую тактику врача или социального работника, участвующих в реабилитационном процессе.

**Социально-медицинская реабилитация слепых.** Слепотой в медицинском смысле называется полное отсутствие способности воспринимать при помощи зрения не только форму предметов и их грубые очертания, но и свет. При таком состоянии зрение отсутствует полностью, оно равно нулю. При наличии остроты зрения 0,04 и ниже на лучшем глазу с использованием средств для коррекции зрения (очки) обладателей его следует относить к слепым. К слабовидящим относят лиц с остротой зрения на лучшем глазу с использованием обычных средств коррекции от 5 до 40%. Это дает возможность слабовидящим более регулярно и систематически использовать оптический анализатор для зрительных работ, таких как чтение и письмо, а также некоторых других, не предъявляющих высоких требований к зрению, но только в особо благоприятных условиях.

Слепота - одна из важных социальных проблем. В мире насчитывается не менее 20 млн. слепых, если слепоту определять, как неспособность сосчитать пальцы на расстоянии 3 метров, т. е. если придерживаться определения слепоты, рекомендованного Всероссийским обществом слепых (ВОС). По данным ВОС, в России инвалидов по зрению насчитывается 272801 человек, из них 220956 - тотально слепые.

Основные причины, способствующие росту инвалидности по зрению: ухудшение экологии, наследственную патологию, низкий уровень материальнотехнического обеспечения медицинских учреждений, неблагоприятные условия труда, рост травматизма, осложнения после перенесенных тяжелых и вирусных заболеваний и др.

Как остаточное зрение, так и зрение слабовидящих не является неизменным. К прогрессирующим следует относить заболевания первичной и вторичной глаукомы, незаконченную атрофию зрительного нерва, травматические катаракты, пигментную дегенерацию сетчатки, воспалительные заболевания роговой оболочки, злокачественные формы высокой близорукости, отслойку сетчатки и т.д. К стационарным видам следует относить пороки развития, например микрофталь, альбинизм, а также такие непрогрессирующие последствия заболеваний и операций, как стойкие помутнения роговицы, катаракта и т.д.

Возраст возникновения нарушения зрения и его характер определяет степень ограничения жизнедеятельности. К основным категориям нарушения жизнедеятельности слепых можно отнести такие, как снижение способности видеть, идентифицировать людей и объекты, соблюдать личную безопасность. Через зрительный анализатор человек получает до 80 % всей информации. Незрячий или слабовидящий человек в процессе своей жизнедеятельности встречается со множеством трудностей: низкими возможностями в сфере образования и трудоустройства, получения доходов; нуждаемостью в специальном оборудовании, приспособлениях, облегчающих бытовое самообслуживание, в лечебном и медицинском обслуживании. Многие трудности жизнедеятельности обусловлены не только дефектом зрения, но и ограничениями социальной среды и неразвитостью реабилитационных услуг. Инвалиды недостаточно оснащены вспомогательными тифлотехническими средствами (магнитофонами, брайлевской бумагой, компьютерами и специальными приставками к ним, приспособлениями для приготовления пищи и ухода за ребенком и т.д.) и средствами коррекции зрения (телескопическими и сферопризматическими очками, гиперокулярами, увеличивающими приставками). Трудности передвижения на улице и в транспорте связаны с «архитектурным» барьером. Отсутствует специальная методическая литература по вопросам оказания помощи инвалидам по зрению; не хватает специалистов-реабилитологов.

В настоящее время государство направляет свои усилия на создание такой социальной структуры, которая бы максимально обеспечивала нужды и потребности незрячих и слабовидящих в медицинском обслуживании, реабилитации, посильном их участии в трудовой деятельности и культурной жизни общества, образовании, обучении, развитии творческих умений и навыков. Законодательно права и льготы лиц с нарушением зрения зафиксированы в ряде международных и российских нормативно-правовых документов, общих для всех категорий инвалидов.

Основными социально-экономическими и социально-демографическими показателями, характеризующими положение незрячих и слабовидящих людей в обществе, традиционно считаются их участие в трудовой и общественной деятельности, размер зарплаты и пенсии, уровень потребления товаров длительного пользования, жилищно-бытовые условия, семейный статус, образование. Это определяет приоритеты правовых основ социальной зашиты инвалидов по зрению, которые направлены, прежде всего, на улучшение медицинского обслуживания и реабилитации, решение проблем трудоустройства и профессионального обучения, на улучшение материального положения инвалидов и их семей.

Огромный вклад в социальную защиту вносят общественные организации инвалидов. Согласно статистическим данным, 92 % организаций, занимающихся реабилитацией инвалидов по зрению, являются негосударственными учреждениями. Наиболее мощные из них - Всероссийское общество слепых (ВОС) и РИТ (Работники интеллектуального труда). В данный период времени эти предприятия и территориальны первичные организации не могут осуществлять помощь инвалидам по зрению в полном объеме. В настоящее время в России существует четыре центра реабилитации слепых (Волоколамский, Санкт-Петербургский, Нижегородский, Бийский), где проводится комплексная реабилитация:

- медицинская - направлена на восстановление зрительной функции, профилактику остаточного зрения;

- медико-социальная - комплекс лечебно-оздоровительных, культурнооздоровительных мероприятий;

- социальная - комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции незрячих, восстановление утраченных общественных связей; на восстановление и формирование элементарных навыков самообслуживания, ориентировки в физической и социальной среде, в обучении системе Брайля;

- психологическая - психологическое восстановление личности, формирование черт личности в подготовке к жизни в условиях слепоты;

- педагогическая - обучение и воспитание;

- профессиональная - профессиональная ориентировка, профессиональная подготовка и трудоустройство в соответствии с состоянием здоровья, квалификацией, личными склонностями;

-разработка и внедрение тифлотехнических средств, обеспечение ими слепых.

Особая роль в системе реабилитации принадлежит медико-социальной реабилитации инвалидов.

Решающий момент в психологической реабилитации – восстановление социальных позиций инвалида по зрению, изменение отношения к своему дефекту и восприятие его как личного качества, индивидуальной особенности.

В педагогическом процессе особое место занимает обучение навыкам использования в работе компьютерной оргтехники, умению ориентироваться в научной информации, эффективно ее использовать для решения практических задач.

Курс социальной реабилитации обеспечивает овладение навыками самостоятельной ориентировки в пространстве, социально-бытовой ориентировки и самообслуживания, чтения и письма по системе Брайля, машинописи и других коммуникативных средств. Незрячих обучают правилам пользования общественным транспортом, учат делать покупки в магазине, пользоваться почтой и т.д.

Профессиональная подготовка включает обучение определенным специальностям, ремеслам и обучение навыкам ведения собственного дела. Набор специальностей и ремесел определяется доступностью для незрячих, общественным спросом на эти специальности и возможностями трудоустройства инвалидов по зрению.

Коррекционное направление работы с родными и близкими инвалидов по зрению включает в себя социально-психологическую помощь при решении внутрисемейных проблем.

Информационно-просветительское направление предусматривает получение родными и близкими инвалида по зрению наиболее полной информации о Всероссийском обществе слепых, системе реабилитации в Российской Федерации и за рубежом, правах и льготах инвалидов по зрению, профилактике и охране остаточного зрения, возможностях рационального трудоустройства, обучения в различных учебных заведениях и о многом другом.

Информационно-практическое направление предусматривает знакомство родных и близких незрячего с основными приемами и способами пространственного ориентирования, правилами сопровождения незрячего, вспомогательными тифлотехническими средствами по пространственному ориентированию, с рельефно-точечным шрифтом Брайля и письмом по Гебольду, т.е. письмом обычным плоским шрифтом по трафарету, с приемами и способами ведения домашнего хозяйства в условиях ограниченного зрительного контроля или его отсутствия.

Лишь совместные усилия специалистов и ближайшего окружения незрячего могут привести к положительным результатам его реабилитации.

Социальная реабилитация инвалидов по слуху. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), нарушения слуха имеют около 300 млн. человек, что составляет примерно 7 - 8 % всего населения планеты; около 90 млн. человек имеют тотальную глухоту. В Российской Федерации, по примерным данным ВОГ, 12 млн. человек имеют нарушения слуха, из них более 600 тыс. человек - дети и подростки.

Стремительно растет число лиц с нарушенным слухом в группе населения после 50 лет. Постоянно увеличивается число детей с дефектами слуха. В структуре заболеваний на долю нарушений слуха и зрения суммарно приходится 17% всех аболеваний, которые приводят к детской инвалидности. Основные причины возникновения заболевания по слуху у детей и взрослых – последствия воспалительных и инфекционных заболеваний (менингита, тифа, гриппа, свинки, скарлатины и др.), токсических поражений в результате приема ототоксических препаратов (препаратов аминогликозидного ряда), механических травм и контузий, поражение центральных отделов слухового анализатора, возникающее в результате повреждений или заболеваний головного мозга (энцефалита, черепно-мозговой травмы, кровоизлияния, опухоли).

Существуют различные классификации по степени потери слуха, среди которых самая распространенная - классификация, принятая Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Инвалидность по слуху, как правило, присваивается лицам, имеющих полную потерю слуха либо потерю слуха III или IV степени.

**Классификация слуховых нарушений**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень слухового нарушения | Потеря слуха, в дБ | Степень потери слуха (по ВОЗ) |
| Полная потеря слуха | - | Глухота |
| Глубокое нарушение слуха | 90 и более | Потеря слуха IV степени |
| Тяжелое нарушение слуха | 71-90 | Потеря слуха III степени |
| Среднетяжелое нарушение слуха | 56-70 | Потеря слуха II степени |
| Среднее нарушение слуха | 41-55 | Потеря слуха I степени |
| Легкое нарушение слуха | 26-40 | Воспринимается обычнаяречь |

Для установления группы инвалидности по слуху (слепоглухота) учитываются следующие показания:

- нарушения сенсорных функций (зрения, слуха);

- нарушение способности к общению - установлению контактов между людьми

-путем восприятия, переработки и передачи информации;

- ограничение самообслуживания;

- способность к обучению в учебных заведениях общего типа, потребность в специальном режиме учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);

- способность к выполнению трудовой деятельности: уровень квалификации или объем производственной деятельности, невозможность выполнения работы по своей профессии.

Социальные проблемы лиц с нарушенным слухом. На всех возрастных этапах жизни неслышащие люди сталкиваются с проблемами в общении с окружающим миром и в получении информации.

Объекты социальной, транспортной и инженерной инфраструктуры городов не приспособлены для свободного доступа инвалидов к информации. К примеру, транспортные средства (автобусы, троллейбусы, поезда пригородного сообщения и др.) не оборудованы табло с бегущими строками. Уличные телефонные аппараты не могут быть использованы инвалидами по слуху для связи с различными абонентами.

Отсутствие сервиса переводческих услуг в различных регионах Российской Федерации, в других случаях - дефицит переводчиков жестового языка затрудняют контакты глухих граждан с представителями государственных органов власти и юстиции, организаций социальной защиты, образования, здравоохранения, управления внутренних дел, их учебу в различных образовательных учреждениях.

Производство в ограниченных масштабах различных моделей текстовых телефонных аппаратов и других технических средств связи и коммуникации (световых оптических сигнализаторов, электронянь, будильников с вибратором) центров операторской телефонной связи для глухих приводит к их информационной изоляции.

Общественно-публицистические, познавательные, молодежные, художественные, детские и другие массовые передачи на каналах телевидения синхронно не субтитрируются.

Критерии сообщества глухих. С точки зрения патологии глухоты во многих странах с начала 1980-х гг. глухих стали рассматривать как культурнолингвистическое или социолого-лингвистическое меньшинство. В научных трудах, сообщениях средств массовой информации, в обиходе применяются следующие термины для обозначения сообщества глухих: «языковое меньшинство», «социолого-лингвистическое меньшинство», «культурно-языковое меньшинство».

Сами глухие смотрят на глухоту как на фактор, который связан, прежде всего, с социальным, лингвистическим, антропологическим и культурным аспектами. Глухие предпочитают, чтобы к ним в обществе относились как к равноправным членам, которые могут быть интегрированы в «мир слышащих» в качестве членов сообщества глухих. В 1987 г. Генеральная Ассамблея ООН согласилась с предложением своих экспертов, что в каждой стране «глухие и люди с серьезными нарушениями слуха должны быть признаны как лингвистическое меньшинство, которое имеет право пользоваться своим жестовым языком в качестве первого официального языка и средства коммуникации и обучения, а также пользоваться переводческими услугами».

Основными критериями, по которым определяется принадлежность к сообществу глухих, выступают:

1. Использование жестового языка. Жестовый язык объединяет глухих в одно пространство, которое отделяется от большинства слышащих. Жестовый язык передается от одного поколения другому. В 1984 г. ЮНЕСКО приняла резолюцию: «...Жестовый язык должен быть признан как легитимная лингвистическая система и должен иметь тот же статус, что и другие лингвистические системы». В 1988 г. Парламент Совета Европы призвал государства ЕЭС признать национальные жестовые языки как официальные языки в своих странах.

Жестовый язык отмечен в конституции таких стран, как Великобритания, Финляндия, Колумбия, Португалия, Словакия, Чехия, ЮАР, Уганда и др.

Жестовый язык неслышащих Австралии, Белоруссии, Дании, Канады, Литвы, Норвегии, США, Украины, Уругвая, Швейцарии, Швеции, Франции и других стран применяется во многих сферах общественной жизни и близок к официальному признанию государством.

В Швеции, Норвегии, Франции и других государствах законодательно закреплено право глухих на получение образования на жестовом языке.

2. Глухота как критерий идентификации, по которому глухие причисляют себя к социолого-лингвистическому меньшинству.

Как пишет Луиза Кауппинен, президент Всемирной федерации глухих (WFD), в журнале «WFD News»: «Во всем мире сформировалось определенное самосознание глухих, которые стали рассматривать себя как социально-культурную общность со своим языком, самобытной историей, ценностями, обычаями, средствами и организациями, раскрывающимися во взаимодействии с другими, то есть «неглухими».

3. Поведенческие нормы и правила. У членов сообщества существуют определенные правила и нормы, в рамках которых они живут.

4. Браки между глухими. Более 90 % браков глухих людей заключаются с глухими или слабослышащими. Чаще встречаются браки между выпускниками одной школы для глухих или слабослышащих детей.

Историческое наследие. Для глухих характерно чувство преемственности. Каждое новое поколение глухих наследует историю, пройденную в школе и сообществе. Школьные учебные заведения или общественные организации глухих имеют музейные коллекции о развитии сообщества глухих, его культурном историческом наследии.

Реабилитация и социальное обслуживание инвалидов по слуху.

Под реабилитацией глухих понимают комплекс социальных, медицинских, технических, образовательных, культурных и других мероприятий, цель которых - реализация равных прав и возможностей, глухих во всех сферах жизни.

Приведенные ниже выдержки из Декларации независимости инвалида важны для понимания характера взаимодействия между глухими и слышащими членами общества.

*- Не рассматривайте мою инвалидность как проблему.*

*- Не нуждаюсь в поддержке, я не слаб, как кажется.*

*-Не рассматривайте меня, как пациента, так как я просто ваш соотечественник.*

*- Не старайтесь изменить меня, у вас нет на это права.*

*- Не пытайтесь руководить мною. Имею право на собственную жизнь, как любая личность.*

*- Не учите меня быть покорным, смиренным и вежливым. Не делайте мне одолжения.*

*- Признайте, что реальной проблемой, с которой сталкиваются инвалиды, является их социальное обесценивание и притеснение, предубежденное отношение к ним.*

*- Поддерживайте меня, чтобы я мог по мере сил внести свой вклад в общество.*

*- Помогите мне познать то, что я хочу.*

*- Будьте тем, кто заботится, не жалея времени, и кто борется в попытке сделать лучше.*

*- Будьте со мной, даже когда мы боремся друг с другом.*

*- Не помогайте мне, когда я в этом не нуждаюсь, даже если это доставляет вам удовольствие.*

*- Не восхищайтесь мною. Желание жить полноценной жизнью не заслуживает восхищения.*

*- Узнайте меня лучше. Мы можем стать друзьями.*

*- Будьте союзниками в борьбе против тех, кто пользуется мною для собственного удовлетворения.*

*- Давайте уважать друг друга. Ведь уважение предполагает равенство.*

*- Слушайте, поддерживайте и действуйте.*

В контексте социальной модели реабилитации следует использовать соответствующую корректную терминологию при обозначении группы людей, имеющих потерю слуха: глухой, слабослышащий, инвалид с детства по слуху, позднооглохший, человек с нарушением слуха.

Рекомендуется включение курсов по работе с инвалидами по слуху и изучению жестового языка в программы учебных заведений среднего и высшего профессионального образования, готовящих специалистов в области социальной защиты, образования, здравоохранения и физической культуры и спорта.

Большое значение имеет утвержденный на правительственном уровне гарантированный перечень реабилитационных мероприятий и услуг, которые должны предоставляться инвалидам по слуху:

- бесплатные переводческие услуги при обращении глухих в различные организации, при обучении глухих в учебных заведениях среднего и высшего профессионального образования;

- оборудование объектов городской среды техническими средствами связи и коммуникаций (уличные текстофоны, телефоны с возможностями телекоммуникаций и др.);

- обеспечение инвалидов по слуху специальными средствами коммуникационной поддержки (будильник с вибратором, беспроводные оптические сигнализаторы, текстовые телефонные аппараты и др.);

- организация телевизионных передач с субтитрами;

- создание центров реабилитации инвалидов по слуху на базе центров социального обслуживания или учреждений государственных органов социальной защиты;

-выдача денежных компенсаций на приобретение телефонных аппаратов (факс, текстофон, сотовый телефон для передачи текстовых сообщений, телефон с усилителем звука, телефон с бегущей строкой, пейджер, телеавтограф, факс-модем);

- оборудование транспортных средств табло с бегущей строкой для оповещения об остановках и других мерах предосторожности.

Федеральным законом Российской Федерации «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (статья 14) оговорено право глухих на обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к информации.

Кроме того, государственные органы управления образованием обеспечивают учащихся с нарушениями слуха - бесплатно или на льготных условиях - специальными учебными пособиями и литературой, а также предоставляют им возможность пользования услугами сурдопереводчиков (статья 19).

Успешность социальной реабилитации глухих определяется гарантией доступности качественного образования (общего и профессионального), при расширении круга специальностей на всех уровнях и изменении общественного отношения к данной группе лиц с особыми возможностями и потребностями.

Особенности социальной реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Патология опорно-двигательного аппарата является следствием врожденного дефекта, последствий травм, дегенеративно-дистрофических изменений в костно-мышечной системе. В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности двигательные нарушения представляются достаточно дифференцированно. Выделяются двигательные расстройства:

• вследствие полного или частичного отсутствия одной или более конечностей, включая ампутации;

• вследствие отсутствия одной или более дистальных частей конечностей (палец, кисть, стопа);

• в связи с отсутствием или нарушением произвольной подвижности четырех конечностей (квадриплегия, тетрапарез);

• вследствие отсутствия или нарушения подвижности нижних конечностей (параплегия, парапарез);

• в связи с нарушением произвольной подвижности верхней и нижней конечности на одной стороне (гемиплегия, гемипарез);

• вследствие нарушения мышечной силы нижних конечностей;

• в связи с нарушением двигательных функций одной или обеих нижних конечностей.

Следствием этих нарушений являются ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания и передвижения.

Параметрами при оценке способности к передвижению могут являться:

- расстояние, на которое может передвигаться человек;

- темп ходьбы (в норме 80—100 шагов в минуту);

- коэффициент ритмичности ходьбы (в норме 0,94—1,0);

- длительность двойного шага (в норме 1—1,3 с);

- скорость передвижения (в норме 4—5 км/ч);

- нуждаемость и возможность использования вспомогательных средств.

Оба вида ограничений жизнедеятельности у инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата взаимосвязаны, хотя и можно говорить о преобладании ограничений способности к самообслуживанию при патологии верхних конечностей, а об ограничениях способности к передвижению — при повреждениях нижних конечностей.

Проблемы осуществления самообслуживания и самостоятельного передвижения решаются в ходе социально-бытовой реабилитации. Организация социально-бытовой реабилитации связана с рядом методических подходов, которые лежат в основе технологии этой формы реабилитации.

Важной составляющей социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата является социально-бытовая адаптация, которая представляет собой процесс приспособления инвалида к условиям жизнедеятельности с помощью специальных вспомогательных устройств и приспособлений для стабилизации жизни с имеющимся дефектом к новым, сложившимся условиям.

Заключительным этапом социально-бытовой реабилитации инвалида является социально-бытовое устройство — проживание его в квартире со специально созданными бытовыми условиями, которые отвечают всем потребностям инвалида.

Модель жилого помещения для социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата предусматривает оптимальное жилое помещение, которое содержит жизненно важные «блоки» и в котором инвалид с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата будет надежно адаптирован.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут быть в результате физических травм, вследствие нарушения мозгового кровообращения, полиомиелита, ДЦП, врожденных физических дефектов.

Адаптированное жилое помещение включает приспособления фиксированные (стационарные) и приспособления индивидуальные (нестационарные). При этом учитываются два самостоятельных подхода:

• модификация, приспособление самих помещений с учетом типа физического дефекта, нарушений функций опорно-двигательного аппарата за счет специального стационарного оборудования;

• оснащение этих помещений специальными (нестационарными) индивидуальными вспомогательными устройствами для облегчения самообслуживания.

К оборудованию и оснащению предъявляются требования двух категорий.

1. Медицинские требования:

* точное соответствие типу дефекта;
* совпадение реабилитационного воздействия с физиологической функцией дефектного органа (конечности);
* функциональность реабилитационных изделий;
* предупреждение (избежание) возможных осложнений в ходе пользования вспомогательными устройствами.

2. Технические требования:

* безопасность пользования;
* надежность, прочность материала, из которого изготовлено изделие;
* простота конструкции, обеспечивающая доступность |для пользователя;
* компактность;
* ограничение эргономических усилий.

В Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» прописаны льготы данной категории инвалидов, касающиеся их права на изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий за счет средств федерального бюджета в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Инвалиды, имеющие соответствующие медицинские показания, обеспечиваются автотранспортными средствами бесплатно или на льготных условиях. Техническое обеспечение и ремонт автотранспортных средств и других средств реабилитации, принадлежащих инвалидам, осуществляется вне очереди на льготных условиях и в порядке, установленном Правительством Российской федерации.

**Материалы для проверки знаний (проверочные тесты по курсу)**

Входящий контроль

1.Назовите основные нормативно-правовые акты, касающиеся социальной защиты и реабилитации инвалидов.

2.Охарактеризуйте понятия «социально педагогически опущенные дети

и подростки».

3.Дайте определение понятия «дезадаптированные дети».

4.Понятие социальной адаптации.

5.Объясните что, означает «социальный статус инвалида».

6.Дайте определение понятию «здоровье».

7.Что означает «нарушение здоровья».

8.Понятие «ограничение жизнедеятельности».

9.Понятие «социальной недостаточности».

10. Дайте определение понятие «социальная защита».

Текущий контроль (тестовые задания)

Инструкция: В каждом вопросе выберите 1 правильный вариант ответа и отметьте его.

1. Какое из определений понятия «инвалид» верно:

а) любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или приобретенного, его или ее физических или умственных возможностей;

б) любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью потребности нормальной личной или социальной жизни;

в) любое лицо, которое вследствие заболевания неспособно обеспечить себя полностью или частично;

г) любое лицо, имеющее физические, психические или интеллектуальные ограничения жизнедеятельности.

2. Какое из определений понятия «инвалидность» верно:

а) ограничение в возможностях человека вследствие заболевания, требующего постоянного лечения;

б) ограничение в возможностях, обусловленное физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которое не позволяет человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества;

в) ограничение в возможностях, обусловленные различными патологическими состояниями, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность принимать активное участие в жизни общества;

г) ограничения в возможностях, обусловленные физическими и психологическими заболеваниями, не позволяющие человеку с инвалидностью, быть интегрированным в общество.

3. Выбрать правильное определение понятия «реабилитация:

а) это мероприятия по восстановлению здоровья человека;

б) это медицинские меры по восстановлению утраченного здоровья;

в) это комплекс медицинских, психологических, педагогических, технических, профессиональных и иных мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов;

г) это комплекс медицинских, психологических, педагогических технических, профессиональных и иных мер способствующих улучшению нарушенных функций организма и трудоспособности больных.

4. Социальная реабилитация:

а) мероприятия, направленные на восстановление человека в правах и социальном статусе;

б) комплекс мер, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, здоровье, дееспособности;

в) один из видов реабилитации направленный на восстановление здоровья и социального статуса;

г) комплекс мер, направленных на возвращение больного к его прежнему состоянию.

5. К основным принципам социальной реабилитации не относятся:

а) ранее начало, индивидуальный подход;

б) непрерывность и преемственность;

в) системность и комплексность;

г) приоритетность использования медикометозных методов реабилитации.

6. К уровням социально-реабилитационной деятельности не относятся:

а) социально-методологический;

б) медико-социальный;

в) профессионально-трудовой;

г) социально-психологический.

7. Какой предмет социальной реабилитации не реализуется в ходе социально-реабилитационного взаимодействия:

а) материально-бытовая помощь;

б) врачебная помощь;

в) социальная помощь;

г) механическая помощь.

8. Социальной реабилитации подлежит:

а) инвалиды и дети с ограниченными возможностями;

б) переселенцы из районов Крайнего Севера;

в) пожилые и престарелые граждане;

г) лица, отбывающие наказание в местах лишения свободы.

9. Нетрудоспособный гражданин, это:

а) лицо, утратившее способность выполнять любой труд;

б) лицо, утратившее способность к трудовой деятельности на длительное время или постоянно;

в) лицо, утратившее способность к выполнению трудовых обязательств на ограниченное время (до суток);

10. С точки зрения социальной педагогики к объектам социальной реабилитации относятся:

а) социально и педагогически запущенные дети и подростки;

б) несовершеннолетние правонарушители, дезадоптированные подростки, с отклоняющимися (девиантным) поведением, дети-сироты;

в) дети с нарушением психосоматического и нервно-психического здоровья и функциональными отклонениями;

г) дети и подростки, имеющие хронические заболевания.

11. К внешним факторам, влияющим на реабилитацию не относятся:

а) политический;

б) возрастной;

в) экономический;

г) культурный.

12. Категория "ребенок-инвалид", это:

а) лицо в возрасте до 14 лет;

б) лицо в возрасте до 16 лет;

в) лицо в возрасте до 17 лет;

г) лицо в возрасте до 18 лет.

13. Не является социальным ограничением инвалидов:

а) правовое ограничение;

б) физическое ограничение;

в) трудовая сегрегация или изоляция;

г) пространственно-средовой барьер.

14. В каком году утверждена форма индивидуальной программы реабилитации инвалида (приказ № 287 МЗ и СР):

а) 2003 г.;

б) 2004 г.;

в) 2005 г.;

г) 2006 г.

15. Каким учреждением выдается индивидуальная программа реабилитации инвалида:

а) поликлиникой;

б) стационаром;

в) федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы;

г) учреждениями социальной защиты населения.

16. Сколько программ содержит индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР):

а) одну программу;

б) две программы;

в) три программы;

г) четыре программы.

17. Реализацию ИПР осуществляют:

а) организации, предприятия, учреждения независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности;

б) учреждения государственной службы реабилитации инвалидов;

в) негосударственные реабилитационные учреждения и образовательные учреждения;

г) все выше перечисленное.

18. Финансирование ИПР осуществляется за счет:

а) средств федерального бюджета;

б) бюджетов субъектов Российской Федерации;

в) государственных внебюджетных фондов и других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации;

г) все выше перечисленное.

19. Восстановительная терапия, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование относятся к:

а) профессиональной реабилитации;

б) социальной реабилитации;

в) медицинской реабилитации;

г) педагогическая реабилитация.

20. Ортезирование - это:

а) компенсация частично или полностью утраченных функций опорнодвигательного аппарата с помощью дополнительных внешних устройств (ортезов), обеспечивающих выполнение этих функций;

б) замена частично или полностью утраченного органа искусственным эквивалентом (протезом) с максимальным сохранением индивидуальных особенностей и функциональных способностей;

в) медицинские мероприятия, объединения, лечебные меры, направленные на восстановление здоровья, и подготовку к адаптации;

г) процесс и система восстановления опорно-двигательного аппарата.

**Тематика контрольных работ:**

1. Понятие реабилитации. Цели и задачи реабилитации.

2. Реабилитация как система мер. Реабилитация как процесс. Реабилитация как результат.

3. Соотношение понятий: реабилитация и интеграция, реабилитация и даптация, реабилитация и абилитация.

4. Факторы, оказывающие влияние на реабилитацию.

5. Условия проведения реабилитации.

6. Социализация лиц с ограниченными возможностями.

7. Государственная социальная политика в отношении инвалидов.

8. Отечественные исследователи, занимающиеся проблемами социализации и интеграции инвалидов в обществе.

9. Определение понятия “инвалид”, когда впервые он стал употребляться в России.

10. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, утвержденные ООН.

11.Законодательные акты по защите прав инвалидов в России.

12.Социальные ограничения инвалидов.

13.Медицинская и социальная модель инвалидности.

14.Политико-правовая модель инвалидности.

15.Модель культурного плюрализма.

16.Понятия “инвалид” и ” Лицо с ограниченными возможностями”.

17.Определение социальной реабилитации.

18.Принципы и структура социальной реабилитации.

19.Психологическая и педагогическая реабилитации.

20.Социокоммуникативная реабилитация.

21.Межведомственная координация организации процесса социальной реабилитации.

22.Социальная среда жизнедеятельности инвалидов.

23.Психологические проблемы инвалидов.

24.Особенности жилой и градостроительной среды для инвалидов.

25.Образовательная среда для инвалидов.

26.Производственная среда для инвалидов.

27. Оздоровительная среда в социально-средовой реабилитации инвалидов.

28.Среда в стационарных учреждениях социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями.

29. Направления социально-реабилитационного воздействия: социально-бытовое и социально-средовое.

30.Индивидуальная программа реабилитации инвалида.

31.Социальная реабилитация лиц старших возрастов в стационарных учреждениях социального обслуживания.

32.Социальная реабилитация дезадаптированных детей.

33.Социальная реабилитация детей с ДЦП.

34.Особенности реабилитации детей с тяжелыми нарушениями опорнодвигательного аппарата.

35. Особенности социальной реабилитации детей с психическими нарушениями (шизофрения).

36. Особенности социальной реабилитации детей и подростков с умственной отсталостью.

37. Роль творчества в реабилитации детей с ограниченными возможностями.

38.Структура детской инвалидности в РФ в настоящее время. Причины детской инвалидности.

39. Социально-медицинские проблемы семей, имеющих детей с ограниченными возможностями.

40. Правовые основы государственной политики в отношении реабилитации детей с ограниченными возможностями.

41.Медико-социальная экспертиза. Задачи. Порядок направления на медико-социальную экспертизу.

42.Индивидуальная программа реабилитации инвалида.

43. Социально-реабилитационная помощь пожилым и престарелым людям в России.

44.Социально-реабилитационные центры, учреждения.

45. Стационарные учреждения социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями.

46.Программы социальной реабилитации.

47.Особенности социальной реабилитации инвалидов с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата.

48.Социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями слуха.

49.Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями зрения.

50.Межведомственный подход к проблемам социальной реабилитации.

51.Технология составления комплексных программ реабилитации.

52. Роль документации при организации и осуществления реабилитации.

**Итоговый контроль (вопросы к зачёту)**

1. Понятие реабилитации. Цели и задачи реабилитации.

2. Реабилитация как система мер. Реабилитация как процесс. Реабилитация как результат.

3. Соотношение понятий: реабилитация и интеграция, реабилитация и даптация, реабилитация и абилитация.

4. Факторы, оказывающие влияние на реабилитацию.

5. Условия проведения реабилитации.

6. Социализация лиц с ограниченными возможностями.

7. Государственная социальная политика в отношении инвалидов.

8. Отечественные исследователи, занимающиеся проблемами социализации и интеграции инвалидов в обществе.

9. Определение понятия “инвалид”, когда впервые он стал употребляться в России.

10. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, утвержденные ООН.

11.Законодательные акты по защите прав инвалидов в России.

12.Социальные ограничения инвалидов.

13.Медицинская и социальная модель инвалидности.

14.Политико-правовая модель инвалидности.

15.Модель культурного плюрализма.

16.Понятия “инвалид” и ”Лицо с ограниченными возможностями”.

17.Определение социальной реабилитации.

18.Принципы и структура социальной реабилитации.

19.Психологическая и педагогическая реабилитации.

20.Социокоммуникативная реабилитация.

21.Межведомственная координация организации процесса социальной реабилитации.

22.Социальная среда жизнедеятельности инвалидов.

23.Психологические проблемы инвалидов.

24.Особенности жилой и градостроительной среды для инвалидов.

25.Образовательная среда для инвалидов.

26.Производственная среда для инвалидов.

27. Оздоровительная среда в социально-средовой реабилитации инвалидов.

28.Среда в стационарных учреждениях социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями.

29. Направления социально-реабилитационного воздействия: социально-бытовое и социально-средовое.

30.Индивидуальная программа реабилитации инвалида.

31.Социальная реабилитация лиц старших возрастов в стационарных учреждениях социального обслуживания.

32.Социальная реабилитация дезадаптированных детей.

33.Социальная реабилитация детей с ДЦП.

34.Особенности реабилитации детей с тяжелыми нарушениями опорнодвигательного аппарата.

35. Особенности социальной реабилитации детей с психическими нарушениями (шизофрения).

36. Особенности социальной реабилитации детей и подростков с умственной отсталостью.

37. Роль творчества в реабилитации детей с ограниченными возможностями.

38.Структура детской инвалидности в РФ в настоящее время. Причины детской инвалидности.

39. Социально-медицинские проблемы семей, имеющих детей с ограниченными возможностями.

40. Правовые основы государственной политики в отношении реабилитации детей с ограниченными возможностями.

41.Медико-социальная экспертиза. Задачи. Порядок направления на медико-социальную экспертизу.

42.Индивидуальная программа реабилитации инвалида.

43. Социально-реабилитационная помощь пожилым и престарелым людям в России.

44.Социально-реабилитационные центры, учреждения.

45. Стационарные учреждения социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями.

46.Программы социальной реабилитации.

47.Особенности социальной реабилитации инвалидов с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата.

48.Социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями слуха.

49.Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями зрения.

50.Межведомственный подход к проблемам социальной реабилитации.

51.Технология составления комплексных программ реабилитации.

52. Роль документации при организации и осуществления реабилитации.

Критерии оценки знаний студентов

Нормы оценки знаний предполагают учет индивидуальных особенностей студентов, дифференцированный подход к обучению, проверке знаний, умений.

Оценка степени усвоения обучаемыми знаний в соответствии с требованиями программы осуществляется также в виде зачета – незачета.

«Зачет» по курсу ставится, если студент знает основной материал по данному курсу, демонстрирует понимание изученного, умеет применять знания с целью решения практических задач.

«Незачет» по курсу ставится, если студент демонстрирует отсутствие понимания изученного, отсутствие самостоятельности суждений, отсутствие убежденности в излагаемом материале, отсутствие систематизации и глубины знаний.

**Список литературы**

**основная**

1. Ерусланова Р.И., Технологии социального обслуживания лиц пожилого возраста и инвалидов на дому : Учебное пособие для бакалавров/Ерусланова Р.И. - М.: Дашков и К, 2012. - 168 с. - ISBN 978-5-394-01898-5 - Текст: электронный//ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785394018985.html

2. Социально-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья: учебник для академического бакалавриата/Л.В. Мардахаев [и др.]; под редакцией Л.В. Мардахаева, Е.А. Орловой. — Москва: Издательство Юрайт, 2019. — 343 с. — (Бакалавр. Академический курс). — ISBN 978-5-9916-9646-3. — Текст: электронный//ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: https://www.biblio-online.ru/bcode/437289

3. Холостова, Е.И.Социальная работа: учебник для вузов/Е.И. Холостова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2019. — 755 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-11998-5. — Текст: электронный//ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: https://www.biblio-online.ru/bcode/446649 (Гл.27,30. Социальная работа с инвалидами)

**дополнительная**

1. Бегидов, М.В.Социальная защита инвалидов: учебное пособие для академического бакалавриата/М.В. Бегидов, Т.П. Бегидова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2019. — 98 с. — (Университеты России). — ISBN 978-5-534-05572- 6. — Текст: электронный// ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblioonline.ru/bcode/439038>

2. Зелинская, Д.И. Инвалидность детского населения России (современные правовые и медико-социальные процессы): монография / Д.И. Зелинская, Р.Н. Терлецкая. — Москва: Издательство Юрайт, 2019. — 194 с. — (Актуальные монографии). — ISBN 978-5-534-11775-2. — Текст: электронный//ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: https://www.biblioonline.ru/bcode/446142(3. Фуряева, Т.В.Социализация и социальная адаптация лиц с инвалидностью: учебное пособие для бакалавриата и магистратуры/Т.В. Фуряева. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2019. — 189 с. — (Бакалавр и магистр. Академический курс). — ISBN 978-5-534-08278-4. — Текст: электронный//ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://www.biblio-online.ru/bcode/424733>

4 .Холостова Е.И., Энциклопедия социальных практик поддержки инвалидов в Российской Федерации/Под ред. проф. Е.И. Холостовой, проф. Г.И. Климантовой. - М.: Дашков и К, 2016. - 824 с. - ISBN 978-5-394-02553-2 - Текст : электронный//ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785394025532.html

**учебно-методическая**

1. Львова Е.Н. Социальная работа с людьми ограниченных возможностей: метод. рекомендации к спецкурсу/Е.Н. Львова. - Ульяновск: УлГУ, 2002. - 35 с.

2. Львова Е.Н. Технологии профессиональной ориентации людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности в условиях современного общества: метод. пособие/Львова Елена Николаевна. – Ульяновск СВНЦ, 2004.