МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

Высшего профессионального образования

**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

 **(ФГБОУ ВПО «КубГУ»)**

**Кафедра социальной работы, психологии и педагогики высшего образования**

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Работу выполнила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Д.Е. Романюк

 (подпись, дата) (инициалы, фамилия)

Факультет управления и психологии\_\_\_\_курс\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЗФО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность/ направление\_\_\_39.03.02\_\_\_социальная работа\_\_/\_\_бакалавриат

Научный руководитель

старший преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.П. Борисова

 (подпись, дата) (инициалы, фамилия)

Нормоконтролер

старший преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.П. Борисова

 (подпись, дата) (инициалы, фамилия)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение…………………………………………………………………………. 3

1. Дети с ограниченными возможностями как уязвимая социальная группа... 5

1.1 Категории детей с ограниченными возможностями здоровья ……………5

1.2 Основные проблемы семей с детьми с ОВЗ …………………………........15

2. Организационные основы социальной работы с детьми ОВЗ

 в Российской Федерации………………………………………………………2 3

2.1 Цели и задачи организации социально-психологической помощи

семьям с детьми ОВЗ……………………………………………………………2 3

2.2 Система социальной помощи семьям с детьми ОВЗ в РФ………………28

3. Организация социально- психологической поддержки семей

с детьми ОВЗ за рубежом……………………………………………………...36

3.1 Зарубежный опыт социальной работы с семьями

 с детьми ОВЗ……………………………………………………………………36

4. Сравнительный анализ зарубежного и отечественного опыта

 социально-психологической помощи семьям с детьми

 с ограниченными возможностями здоровья………………………………….43

Заключение………………………………………………………………………48

Литературные источники….……………………………………………………51

ВВЕДЕНИЕ

 В настоящее время в мировом сообществе остро встала проблема социализации детей-инвалидов. Число детей с ограниченными возможностями неуклонно растёт. По статистике количество детей со статусом «инвалид» за последние пять лет в России удвоилось. Зарубежная статистика подтверждает факт увеличения количества таких детей на западе. Законом о социальной защите зарегистрировано право этой категории людей на различные льготы и социальные пособия. Как известно, в соответствии с Конституцией 1993 г. Российская Федерация провозглашена демократическим социальным государством, обеспечивающим равенство прав и свобод гражданина, т.е. осуществляющим борьбу с дискриминацией, основанной на состоянии здоровья. Таким образом, социальная политика российского государства должна базироваться на полной социальной защите детей с ограниченными возможностями здоровья, переходящих в разной степени под его попечительство. Одновременно, социальная защита детей с ограниченными возможностями является не только государственной задачей, но и одной из главных проблем формирующегося гражданского общества.

Но инвалиды, особенно дети, находятся в очень сложном положении эмоционально, морально и психологически. Детям нужно учиться функционировать в быту и общаться с людьми, но из-за своих ограниченных физиологических возможностей они не могут полноценно выполнять какую-либо деятельность.

Семья, в которой есть дети с ограничениями жизнедеятельности, - особый объект внимания. Существенные изменения, происшедшие в последние десятилетия в России в плане гуманизации отношения к лицам с отклонениями в развитии, определяют особый интерес к семье, в которой воспитывается такой ребенок. Практика свидетельствует о том, что в таких семьях выявляется высокий уровень потребности в оказании им различной помощи. По данным Научного центра здоровья детей РАМН (Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года). — М., 2003.) 85% детей рождаются с недостатками здоровья, а число детей, нуждающихся в адресной помощи специалистов, уже в дошкольном возрасте варьируется от 25 до 40%. Для достижения социальной адаптации таким детям необходимо обучаться и воспитываться в специальных условиях, включая и создание адекватной микросоциальной среды в семье.

Интерес к проблеме социальной защиты детей с ограниченными возможностями, к их социальным проблемам, а также к трудностям, с которыми сталкивается семья, воспитывающая такого ребенка, постоянно растет, что подтверждается увеличением числа исследований, монографий, книг, статей, посвященных этим актуальным проблемам во всем мире.

Актуальность вышеуказанной проблемы обусловили объект, предмет, цели и задачи исследования.

Объектом данной курсовой работы являются дети с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет – организация социально-психологической помощи семьям с детьми с ограниченными возможностями здоровья в России и за рубежом.

Целью работы является сравнение систем организации социальной помощи семьям с детьми ОВЗ в России и за рубежом.

Достижение данной цели связано с рядом задач:

1) изучить различные категории детей с ограниченными возможностями;

2) раскрыть основные проблемы семей с детьми с ограниченными возможностями;

3) рассмотреть организационные основы социально-психологической помощи с детьми с ограниченными возможностями в России;

4) проанализировать зарубежную модель организации социальной защиты детей с ограниченными возможностями и сделать соответствующие выводы.

1.Дети с ограниченными возможностями как социально уязвимая группа

* 1. Категории детей с ограниченными возможностями здоровья

Чаще всего под "людьми с ограниченными возможностями"' в научной литературе принято понимать людей, которые имеют те или иные ограничения в повседневной жизнедеятельности, связанные с физическими, психическими или сенсорными дефектами.

В социальной работе человек с ограниченными возможностями определяется как тот, кто не способен выполнять определенные обязанности или функции по причине особого физического или психического состояния или немощности. Такое состояние может быть временным или хроническим, общим или частичным[1].

В 1980 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приняла британский вариант трехзвенной шкалы ограниченных возможностей:

а)недуг - любая утрата или аномалия психологической, либо физиологической, либо анатомической структуры или функции;

б)ограниченные возможности - любое ограничение или потеря способности (вследствие наличия дефекта) выполнять какую-либо деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальными для человека;

в)недееспособность (инвалидность) - любое следствие дефекта или ограниченных возможностей конкретного человека, препятствующее или ограничивающее выполнение им какой-либо нормативной роли (исходя из возрастных, половых и социокультурных факторов) [2].

Согласно федеральному закону "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (1995 г.), инвалид характеризуется как лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты [3].

В настоящее время, как уже было отмечено выше, каждый десятый в населении Земли, т.е. более 500 млн. человек имеют те или иные ограничения в повседневной жизнедеятельности. Каждая четвертая семья сталкивается так или иначе с проблемой инвалидности [4]. В США с населением более 250 млн. насчитывается около 20 млн. инвалидов.

Развитые цивилизованные страны стремятся решить социальные проблемы, связанные с ростом числа лиц с ограниченными возможностями на основе научного подхода к постановке и решению этих проблем, использования материально-технических средств, детально разработанного юридического механизма, общенациональных и общественных программ, высокого уровня профессиональной подготовки специалистов и т.д.

И, тем не менее, несмотря на предпринимаемые усилия и значительный прогресс медицины, количество лиц с ограниченными возможностями медленно, но стабильно растет. Так, например, детей, нуждающихся в специальном обучении, ежегодно становится больше на 3-5%. Это в основном дети с врожденной патологией: церебральный паралич, слепота, глухота, умственная отсталость и т.д.[5].

Рост инвалидности в большинстве стран мира связан с усложнением производственных процессов, увеличением транспортных потоков, военными конфликтами, ухудшением экологической обстановки, значительным распространением вредных привычек и другими причинами.

Число людей с ограниченными возможностями неуклонно увеличивается в нашей стране. Так, численность инвалидов, зарегистрированных в органах социальной защиты, за последние 5 лет увеличилась на 56,8% [6]. С учетом перехода России к международным критериям и расширением медицинских показаний для установления инвалидности, по мнению экспертов, в ближайшие 10 лет следует ожидать увеличения числа инвалидов в 2-3 раза.

В целом, в дошкольном возрасте от 15% до 25% детей страдают хроническими заболеваниями; среди школьников 53% имеют ослабленное здоровье, а свыше 1/3 детей 13-17 лет — хронические заболевания (по данным Минздравмедпрома, из 6 миллионов подростков 15-17 лет, прошедших профилактические осмотры, у 94,5% были зарегистрированы различные заболевания, треть которых накладывает ограничения на выбор будущей профессии).

По окончании школы лишь 10% выпускников могут считаться здоровыми (особенно быстрыми темпами ухудшается здоровье у школьниц: за последние 10 лет число здоровых девушек - выпускниц школ - уменьшилось с 28,3% до 6,3%, т.е. более чем в 3 раза.

Соответственно, с 40% до 75% увеличилось количество девушек, страдающих хроническими заболеваниями), около 40% выпускников школ имеют ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья, и почти треть юношей не годятся по медицинским показаниям для службы в Вооруженных силах [7].

Дети с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья)- дети с физическими и (или) психическими недостатками, имеющие ограничение жизнедеятельности, обусловленное врожденными, наследственными, приобретенными заболеваниями или последствиями травм, подтвержденными в установленном порядке.

К термину "дети с нарушениями в развитии" относятся дети, у которых физические и психические отклонения приводят к нарушению общего развития.

Нарушение одной из функций приводит ребенка к проблемам в развитии только при определенных обстоятельствах, поскольку его наличие не всегда влечет за собой дальнейшие нарушения. Так, например, при потере слуха на одно ухо или при поражении зрения на один глаз возможность воспринимать звук или зрительные сигналы сохраняется. Нарушения подобного рода не ограничивают детей в познании окружающего мира, в общении с другими людьми, не мешают им овладевать учебным материалом и обучаться в общеобразовательной школе. Ребенок же с проблемами в развитии вследствие своего нарушения нуждается в особых условиях, в специальном лечении и образовании.

Депутаты Государственной Думы РФ приняли федеральный закон, направленный на защиту детей "с ограниченными возможностями здоровья", Закон вводит такую формулировку вместо термина "с отклонениями в развитии" в ряд действующих федеральных законов, в частности "Об образовании", "Об основных гарантиях прав ребенка в РФ", "О физической культуре и спорте в РФ" [3].

Как утверждают авторы законопроекта, термин "с отклонениями в развитии" традиционно в России ассоциируется с таким нарушением состояния здоровья, как "умственная отсталость", и не учитывает возрастных особенностей. Поэтому у детей уже в раннем возрасте формируется комплекс неполноценности, что в дальнейшем связано со значительными проблемами для его семейной, социальной, образовательной или профессиональной интеграции и адаптации. В большинстве развитых стран и в документах Всемирной организации здравоохранения для обозначения этой категории граждан применяется термин "лица с ограниченными возможностями здоровья".

Постановление Правительства РФ от 18.08.2008 № 617 "О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации об образовательных учреждениях, в которых обучаются (воспитываются) дети с ограниченными возможностями здоровья" вносится ряд терминологических уточнений в акты Правительства РФ об образовательных учреждениях, в которых обучаются (воспитываются) дети с ограниченными возможностями здоровья.

В нормативно-правовой документации дети с ограниченными возможностями здоровья определяются как инвалиды и для признания их таковыми должны быть соответствующие основания. В Федеральном законе "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ называются три обязательных условия для признания гражданина инвалидом:

1. нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

2. ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

3. необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина [8].

Этим же законом функция определения инвалидности возлагается на Государственную службу медико-социальной экспертизы.

Министерством труда и социального развития РФ и Министерством здравоохранения (от 29.01.97) утверждена классификация нарушений основных функций организма человека:

1. Нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли).

2. Нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания).

3. Нарушения статодинамической функции.

4. Нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции.

Если мы говорим о детском возрасте, то дети, относящиеся к первым трем категориям, составляют большую часть из общего количества детей-инвалидов, имеющих инвалидность. Все они, независимо от вида нарушения, имеют отклонения (в той или иной степени) или нарушения в развитии и требуют особых методов изучения, воспитания и обучения.

В психолого-педагогической литературе используется несколько понятий той категории детей, которые относятся к системе специального образования.

Дети с нарушениями в развитии - дети, отстающие в физическом и психическом развитии вследствие органического поражения центральной нервной системы и вследствие нарушения деятельности различных анализаторов (слухового, зрительного, двигательного, речевого).

Дети с отклонениями в развитии - дети, которые имеют перечисленные выше отклонения, но степень их выраженности ограничивает их возможности в меньшей степени, чем у детей с нарушениями в развитии.

Дети с ограниченными возможностями здоровья - дети, у которых нарушения в развитии предоставляют им возможность пользоваться социальными льготами и пособиями. Таких детей всегда называли детьми-инвалидами. Сейчас в психолого-педагогической литературе также часто используется термин "проблемные дети".

В основе педагогической классификации таких нарушений лежит характер особых образовательных потребностей детей с нарушениями в развитии и степень нарушения.

Здесь различают следующие категории детей с нарушениями в развитии:

1) дети с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);

2) дети с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);

3) дети с нарушениями речи;

4) дети с нарушениями интеллекта (умственно отсталые дети);

5) дети с задержкой психоречевого развития (ЗПР);

6) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

7) дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы;

8) дети с множественными нарушениями (сочетание 2-х или 3-х нарушений).

В зависимости от степени нарушения функций (с учетом их влияния на возможности социальной адаптации ребенка) у ребенка ограниченными возможностями определяется степень нарушения здоровья. Их четыре (степени):

1 степень утраты здоровья определяется при легком и умеренном нарушении функций, которые, согласно Инструкции, являются показателем к установлению инвалидности у ребенка, но, как правило, не приводят к необходимости определения у лиц старше 18 лет;

2 степень утраты здоровья устанавливается при наличии выраженных нарушений функций органов и систем, которые, несмотря на проведенное лечение, ограничивают возможности социальной адаптации ребенка (соответствует 3 группе инвалидности у взрослых);

3 степень утраты здоровья соответствует 2 группе инвалидности у взрослого;

4 степень утраты здоровья определяется при резко выраженных нарушениях функций органов и систем, приводящих к социальной дезадаптации ребенка при условии необратимого характера поражения и неэффективности лечебных и реабилитационных мероприятий (соответствует 1 группе инвалидности у взрослого) .

Каждой степени утраты здоровья ребенка-инвалида соответствует перечень заболеваний, среди которых можно выделить следующие основные группы:

1.Нервно-психические заболевания занимают второе место (32,8 %). Среди детей с данными болезнями 82,9% составляют дети с умственной отсталостью.

Наиболее распространенные заболевания этой группы детские церебральные параличи, опухоли нервной системы, эпилепсия, шизофрения и другие эндогенные психозы, умственная отсталость (олигофрения или слабоумие различного генеза, соответствующие стадии идиотии или имбецильности), болезнь Дауна, аутизм.

Все эти болезни объединены в одну группу, однако, следует умственную и психическую неполноценность, на этом настаивает Международная лига обществ содействия умственно отсталым и другие организации, занимающиеся изучением этой категории людей и /или оказанием им помощи.

Термин "умственная неполноценность" включает в себя два значимых компонента, которые "должны рассматриваться в соответствии с биологическим возрастом и соответствующим культурным фоном: интеллектуальная отсталость, находящаяся ниже среднего уровня и присутствующая с раннего возраста; значительное ослабление способности приспособиться к социальным требованиям общества" [9].

У детей-инвалидов этой категории очень часто наблюдаются грубые нарушения всех сторон психической деятельности: памяти, внимания, мышления, речи, моторики, эмоциональной сферы. Однако после специальных упражнений и занятий они могут достигнуть неплохих результатов. Круг проблем таких детей требует, в основном, вмешательства специалистов в области педагогики и реабилитации (соответственно педагогов и социальных работников) в тесном контакте с семьей.

Термин "психическая неполноценность" употребляется для обозначения многочисленных сдвигов, которые оказывают влияние на эмоциональные функции и поведение. Оно характеризуется неуравновешиваемостью эмоций различных видов и степеней сложности, нарушенным (а не отсутствующим ) пониманием и коммуникацией, а так же скорее ошибочно направленной, а не только несоответствующей приспособляемостью. Чаще всего такие заболевания возникают внезапно и принимают форму острого сдвига, являясь иногда результатом биохимических изменений или употребления наркотиков, переживания тяжелого или длительного стресса, психологических конфликтов, а так же в результате других причин.

В детстве чаще возникают сдвиги в области эмоций или поведения. Симптомам болезней могут предшествовать воспитательные, социальные или личные трудности.

Душевные болезни могут принимать форму острых, хронических или протекающих толчками заболеваний, в зависимости от нее и от специфики проявления болезни назначается лечение. При этом обязательно вмешательство специалистов из области медицины и психиатрии.

Однако бывает сочетание умственной отсталости с психической недостаточностью и другими осложнениями. Это создает определенные сложности при диагностике заболеваний и работе с такими детьми и требует от специалистов хорошей подготовленности, обученности. Осложнения могут появиться при рождении или позже. Можно выделить следующие причины их появления: плохой уход за детьми с умственной отсталостью, восприимчивость такого ребенка к нагрузкам, стрессам, невниманию со стороны лиц, к которым они особенно привязаны и т.п.

2. Заболевания внутренних органов. В настоящее время они занимают лидирующее положение в структуре детской инвалидности, что вызвано переходом заболеваний в хроническую форму с тяжелыми функциональными нарушениями. Часто это связано с поздней выявляемостью нарушений и недостаточными мерами реабилитации.

В эту группу заболеваний входят различные заболевания, патологические состояния и пороки развития органов дыхания ( в том числе и хронический туберкулез легких ) , почек и органов мочевыделения , желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей, сердечно-сосудистой системы, системы кроветворения, опорно-двигательного аппарата.

Часто в силу своих заболеваний такие дети не могут вести активный образ жизни, сверстники могут избегать общения с ними и включения их в свои игры. Возникает ситуация рассогласованности между необходимостью осуществления нормальной жизнедеятельности ребенка и невозможностью ее полноценной реализации. Социальная депривация углубляется за счет длительного пребывания ребенка в специальных стационарах, санаториях , где ограничен социальный опыт и общение осуществляется между такими же детьми. Следствием этого является задержка развития социальных и коммуникативных навыков, формируются недостаточно адекватное представление об окружающем мире у больного ребенка [10].

3. Поражение и заболевания глаз, сопровождающиеся стойким снижением остроты зрения до 0,08 в лучшем видящем глазу до 15 от точки фиксации во всех направлениях. Дети с заболеваниями этой составляли 20% от общего числа детей-инвалидов.

Психическое развитие детей с дефектами зрения в значительной степени зависит от времени возникновения патологии и от времени начала специальной коррекционной работы, а это (психического развития ) дефекты могут быть компенсированы за счет раннего и широкого использования функций сохранных анализаторов.

4. Онкологические заболевания, к которым относятся злокачественные опухоли 2 и 3 стадии опухолевого процесса после комбинированного или комплексного лечения, включающего радикальную операцию; неподдающиеся лечению злокачественные новообразования глаза, печени и других органов.

При онкологическом заболевании кризисные ситуации могут возобновляться или прерываться более или менее длительными периодами стабилизации, во время которой производится реабилитация больного. Особенности методов лечения в сочетании с возрастными и межличностными особенностями ребенка ведут к возникновению изменений сначала в физическом, а затем и в психическом его состоянии. Специалистами выяснено, что более половины (56 %) родителей отмечают ухудшение характера своих детей в результате болезни, у 62% родителей появились трудности во взаимоотношениях с детьми. У такого ребенка отмечается отгороженность и замкнутость ( 25% ), а так же раздражительность, агрессия и другие проявления невротического характера ( 56% ) . У таких детей практически нет друзей, кроме таких же больных ребят , как и они . Таким образом, они как бы отгорожены от внешнего мира , что вызывает задержку в развитии социальных навыков , социальную дезадаптацию [11].

Хотелось бы отметить, что часто злокачественные опухоли приводят к летальному исходу. Это так же вызывает определенные трудности в общении и оказании помощи таким детям. До некоторых пор считалось, что дети, особенно маленькие, не чувствуют приближение смерти, однако, это не так. Д.Н. Исаев, который занимался изучением этой проблемы, подробно описывает чувства и переживания детей в раннем возрасте и отмечает, что очень большое влияние на отношение ребенка к смерти оказывают его близкие, окружение. Безусловно, важна в этот период и помощь специалиста, с которым больной мог бы поделиться своими переживаниями и страхами.

5. Поражения и заболевания органа слуха. По степени снижения слуха различают глухих и слабослышащих. Среди глухих можно выделить так же две группы в зависимости от наличия или отсутствия у них речи. Число детей с этим заболеванием относительно невелико, они составляют около 2% всех детей-инвалидов.

Особенности поведения ребенка с нарушенным слухом разнообразны. Обычно они зависят от причин нарушения. Например, у детей с ранним ограниченным повреждением мозга дефект слуха сочетается с повышенной психической истощаемостью и раздражительностью. Среди глухих встречаются замкнутые, "странные", как бы "пребывающие в своем мире" дети. У оглохших, наоборот, наблюдается импульсивность, двигательная расторможенность, иногда даже агрессивность [2].

6. Хирургические заболевания и анатомические дефекты и деформации.

7. Эндокринные заболевания.

Таким образом, можно было убедиться, что существует довольно большой перечень заболеваний, приводящих к инвалидности. Эти болезни, несомненно "оставляют свой след" на поведении ребенка, его отношениях с окружающими и в других сферах его жизни, создавая определенные "барьеры" на пути детей-инвалидов и их семей к нормальной жизни, к их интеграции в общество.

1.2 Основные проблемы семей с детьми ОВЗ.

Дети с ограниченными возможностями составляют особую социальную группу населения, неоднородную по своему составу и дифференцированную по возрасту, полу и социальному статусу, занимающую значительное место в социально-демографической структуре общества. Особенностью этой социальной группы является неспособность самостоятельно реализовать свои конституционные права на охрану здоровья, реабилитацию, труд и независимую жизнь. Несмотря на гарантированные Конституцией равные права всем детям России, возможности реализации этих прав у детей-инвалидов различны и зависят от социального статуса родителей.

Реализацию гарантированных государством прав и удовлетворение основных потребностей, а также дальнейшее включение в общество детей с ограниченными возможностями в первую очередь осуществляет семья.

Специалисты, работающие с инвалидами, выделили следующие проблемы (барьеры, с которыми сталкивается семья с ребенком-инвалидом и сам ребенок в нашей стране):

1) социальная, территориальная и экономическая зависимость инвалида от родителей и опекунов;

2) при рождении ребенка с особенностями психофизиологического развития семья либо распадается, либо усилено опекает ребенка, не давая ему развиваться;

3) выделяется слабая профессиональная подготовка таких детей;

4) трудности при передвижении по городу (не предусмотрены условия для передвижения в архитектурных сооружениях, транспорте и т.п.), что приводит к изоляции инвалида;

5) отсутствие достаточного правового обеспечения (несовершенство законодательной базы в отношении детей с ограниченными возможностями);

6) сформированность негативного общественного мнения по отношению к инвалидам (существование стереотипа "инвалид – бесполезный" и т.п.);

7) отсутствие информационного центра и сети комплексных центров социально-психологической реабилитации, а так же слабость государственной политики.

Все семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями, можно дифференцировать на четыре основные группы.

Первая группа - родители с выраженным расширением сферы родительских чувств. Характерный для них стиль воспитания – гиперопека, когда ребенок является центром всей жизнедеятельности семьи, в связи, с чем коммуникативные связи с окружением деформированы. Родители имеют неадекватные представления о потенциальных возможностях своего ребенка, у матерей отмечается гипертрофированное чувство тревожности и нервно- психической напряженности. Такой стиль воспитания оказывает негативное влияние на формирование личности ребенка, что проявляется в эгоцентризме, повышенной зависимости, отсутствии активности, снижении самооценки ребенка.

Вторая группа семей характеризуется стилем холодного общения – гипапротекцией, снижением эмоциональных контактов родителей с ребенком, проекцией на ребенка со стороны обоих родителей или одного из них собственных нежелательных качеств. Родители фиксируют излишнее внимание на лечении ребенка, предъявляя завышенные требования к медицинскому персоналу, пытаясь компенсировать собственный психический дискомфорт за счет эмоционального отвержения ребенка. Именно в таких семьях наиболее часто встречаются случаи скрытого алкоголизма родителей.

Третью группу семей характеризует стиль сотрудничества - конструктивная и гибкая форма взаимоответственных отношений родителей и ребенка в совместной деятельности. В этих семьях отмечается устойчивый познавательный интерес родителей к организации социально-педагогического процесса, ежедневные содружества в выборе целей и программ совместной с ребенком деятельности, поощрение детской самостоятельности. Родители этой группы семей обладают наиболее высоким образовательным уровнем. Стиль такого семейного воспитания способствует развитию у ребенка чувства защищенности, уверенности в себе, потребности в активном установлении межличностных отношений в семье и вне дома.

Четвертая группа семей имеет репрессивный стиль семейного общения, который характеризуется родительской установкой на авторитарную лидирующую позицию (чаще отцовскую). В этих семьях от ребенка требуют неукоснительного выполнения всех заданий, распоряжений, не учитывая его интеллектуальных возможностей. За отказ или невыполнения этих требований прибегают к физическим наказаниями. При таком стиле поведения у детей отмечается аффективно-агрессивное поведение, плаксивость, раздражительность, повышенная возбудимость. Это в еще большей степени осложняет их физическое и психическое состояние.

Важным показателем здоровья детей является жизненный уровень и социальный статус семьи. Наличие в семье ребенка-инвалида может рассматриваться как фактор, не способствующей сохранению полной семьи. В тоже время потеря отца, бесспорно, ухудшает не только социальный статус, но и материальное положение семьи и самого ребенка.

Эта отчетливая тенденция изменения социальной структуры семей свидетельствует о необходимости усилить социальную поддержку семей с детьми-инвалидами с целью укрепления такой семьи, для защиты жизненных интересов самой семьи и всех ее членов - взрослых и детей.

К сожалению, в настоящее время поддержка семьи с ребенком-инвалидом со стороны общества недостаточна для сохранения самой семьи - главной опоры детей. Главная экономическая и социальная проблема многих семей с детьми-инвалидами - бедность. Возможности для развития ребенка весьма ограничены.

Материально-бытовые, финансовые, жилищные проблемы с появлением ребенка с ограниченными возможностями увеличиваются. Жилье обычно не приспособлено для ребенка-инвалида, каждая 3-я семья имеет около 6 м полезной площади на одного члена семьи, редко – отдельная комната или специальные приспособления для ребенка.

В таких семьях возникают проблемы, связанные с приобретением продуктов питания, одежды и обуви, самой простой мебели, предметов бытовой техники: холодильника, телевизора. Семьи не имеют крайне необходимого для ухода за ребенком: транспорта, дач, садовых участков, телефона.

Услуги для ребенка с ограниченными возможностями в таких семьях преимущественно платные (лечение, дорогостоящие лекарства, медицинские процедуры, массаж, путевки санаторного типа, необходимые приспособления и аппараты, обучение, оперативные вмешательства, ортопедическая обувь, очки, слуховые аппараты, инвалидные кресла, кровати и т.д.). Все это требует больших денежных средств, а доход в этих семьях складывается из заработка отца и пособия на ребенка по инвалидности.

Отец в семье с больным ребенком - единственный добытчик. Имея специальность, образование, он из-за необходимости большего заработка становится рабочим, ищет вторичные заработки и практически не имеет времени заниматься ребенком.

Масштабное вовлечение членов семей в процессы ухода за детьми-инвалидами связано с несформированностью социальной инфраструктуры обслуживания людей с ограниченными возможностями здоровья, не налаженностью практики социального патронажа и педагогического сопровождения, несовершенством системы социального образования для инвалидов, отсутствием "безбарьерной среды". Лечение, уход, обучение и реабилитация детей происходят при непосредственном участии родственников и предполагают большие затраты времени. В каждой второй семье неоплачиваемый труд матерей по уходу за детьми-инвалидами эквивалентен по времени средней продолжительности рабочего дня (от 5-ти до 10 часов).

Особую роль в вынужденном высвобождении матерей детей-инвалидов из сферы оплачиваемой занятости играет отсутствие механизмов исполнения законодательных норм, регулирующих права работников с детьми-инвалидами. Трудовыми льготами (неполным рабочим днем с сохранением рабочего места, гибким режимом работы, частым использованием больничного листа по уходу или отпуска без сохранения заработной платы), пользуются менее 15% работников. Ограничения по предоставлению этих льгот возникают, когда они осложняют производственный процесс, организацию производства, ведут к потере прибыли предприятия.

Переходу матерей детей-инвалидов в статус домохозяек способствует и отсутствие специальных программ, которые бы обеспечивали переквалификацию родителей, позволяли им пользовать надомный труд, организовывали оплачиваемую занятость, предполагающую совмещение работы с уходом за детьми-инвалидами.

Неработающне родители, осуществляющие уход за детьми, сегодня фактически не имеют компенсаций за свой труд (вряд ли можно считать реальной компенсацией установленную законодательно выплату в размере 60% от минимального размера оплаты труда, покрывающую лишь одну десятую часть первоочередных потребностей человека). В отсутствие адекватной социальной поддержки неработающим родителям со стороны государства увеличивается иждивенческая нагрузка в семьях, в особенно тяжелом положении оказываются неполные семьи. В этой связи сохранение занятости родителей детей-инвалидов (в равной степени мужчин и женщин), поддержание их экономической активности могло бы стать важным ресурсом и условием преодоления бедности семей с детьми-инвалидами, их успешной социально-экономической адаптации.

Уход за ребенком занимает все время матери. Поэтому уход за ребенком ложится на мать, которая, сделав выбор в пользу больного ребенка, оказывается в полной зависимости от больниц, санаториев, от частых обострений недугов. Себя она отодвигает на столь дальний план, что оказывается за бортом жизни. Если бесперспективны лечение и реабилитация, то постоянная тревога, психоэмоциональное напряжение могут привести мать к раздражению, состоянию депрессии. Часто матери в уходе помогают старшие дети, редко бабушки, другие родственники. Более тяжелая ситуация, если в семье двое детей с ограниченными возможностями.

Наличие ребенка-инвалида отрицательно влияет на других детей в семье. Им меньше уделяется внимания, уменьшаются возможности для культурного досуга, они хуже учатся, чаще болеют из-за недосмотра родителей.

Психологическая напряженность в таких семьях поддерживается психологическим угнетением детей из-за негативного отношения окружающих к их семье; они редко общаются с детьми из других семей. Не все дети в состоянии правильно оценить и понять внимание родителей к больному ребенку, их постоянную усталость в обстановке угнетенного, постоянно тревожного семейного климата.

Нередко такая семья испытывает отрицательное отношение со стороны окружающих, особенно соседей, которых раздражают некомфортные условия существования рядом (нарушение спокойствия, тишины, особенно если – ребенок-инвалид с задержкой умственного развития или его поведение негативно влияет на здоровье детского окружения). Окружающие часто уклоняются от общения и дети с ограниченными возможностями практически не имеют возможности полноценных социальных контактов, достаточного круга общения, особенно со здоровыми сверстниками. Имеющаяся социальная депривация может привести к личностным расстройствам (например, эмоционально-волевой сферы и т.д.), к задержке интеллекта, особенно если ребенок слабо адаптирован к жизненным трудностям, социальной дезадаптации, еще большей изоляции, недостаткам развития, в том числе нарушениям коммуникационных возможностей, что формирует неадекватное представление об окружающем мире. Особенно тяжело это отражается на детях с ограниченными возможностями, воспитывающихся в детских интернатах.

Общество не всегда правильно понимает проблемы таких семей и лишь небольшой их процент ощущает поддержку окружающих. В связи с этим родители не берут детей с ограниченными возможностями в театр, кино, зрелищные мероприятия и т.д., тем самым обрекая их с рождения на полную изоляцию от общества. В последнее время родители с аналогичными проблемами налаживают между собой контакты.

Родители стараются воспитывать своего ребенка, избегая его невротизации, эгоцентризма, социального и психического инфантилизма, давая ему соответствующее обучение, профориентацию на последующую трудовую деятельность. Это зависит от наличия педагогических, психологических, медицинских знаний родителей, так как, чтобы выявить, оценить задатки ребенка, его отношение к своему дефекту, реакцию на отношение окружающих, помочь ему социально адаптироваться, максимально самореализоваться, нужны специальные знания. Большинство родителей отмечают их недостаток в воспитании ребенка с ограниченными возможностями, отсутствуют доступная литература, достаточная информация, медицинские и социальные работники. Почти все семьи не имеют сведений о профессиональных ограничениях, связанных с болезнью ребенка, о выборе профессии, рекомендуемой больному с такой патологией. Дети с ограниченными возможностями обучаются в обычных школах, на дому, в специализированных школах-интернатах по разным программам (общеобразовательной школы, специализированной, рекомендованной для данного заболевания, по вспомогательной), но все они требуют индивидуального подхода.

Ухудшение социально-экономической обстановки неблагоприятно сказывается на здоровье детей. Проблема инвалидизации является актуальной, требует безотлагательных мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья детей, качества психолого-педагогических и медицинских мер, обеспечивающих адекватную социальную адаптацию детей с ограниченными возможностями. На повестке дня дифференцированный подход при организации учебно-воспитательной работы и разработке комплексной системы оздоровления детей-инвалидов.

Требуется также усиление медицинской активности родителей в профилактике хронизации болезней у детей и их иивалидизации. Несмотря на высокий образовательный ценз родителей, лишь немногие из них получают сведения о состоянии здоровья детей из лекций бесед медицинских работников, используют специальную медицинскую литературу. Для большинства родителей основной является информация знакомых и родственников. Необходима и разработка протоколов оценки низкой активности родителей, имеющих больного ребенка, и рекомендаций по индивидуальной работе с родителями в целях повышения их медицинской грамотности в отношении профилактики хронических заболеваний у детей,

Забота о психологическом и физическом здоровье больного ребенка является непреложным законом как для здравоохранения, так и для всех государственных и общественных организаций, но следует обеспечить условия, при которых ребенок-инвалид (и его родители) ответственно относился бы к своему здоровью, своим поведением помогал организму и врачам справиться с недугом. Важным представляется межведомственное взаимодействие в организации единого реабилитационного пространства для детей с ограниченными возможностями, объединение усилий органов управления здравоохранением, комитетов по вопросам семьи, матерей и детей, ученых ведущих научных медицинских учреждений.

2. Организационные основы социальной работы с детьми ОВЗ в РФ

2.1. Цели и задачи организации социально-психологической помощи семьям с детьми ОВЗ

Нельзя изучать ребёнка с ограниченными возможностями в отрыве от семьи, и поэтому надо воспринимать все типы ролей и межличностных взаимоотношений в связи "ребёнок – мать – семья" (мать – отец, мать – ребёнок – инвалид, мать – здоровый ребёнок, отец – ребёнок-инвалид, отец – здоровый ребёнок, ребёнок – инвалид – здоровый ребёнок). Эта микросистема находится в постоянном взаимодействии с другими микросистемами (медработники, соседи и друзья, воспитатели, учителя и др.).

Микросистема функционирует в контексте экосистемы – это индивиды, службы и организации, активно взаимодействующие с семьёй, специальные реабилитационные или образовательные программы. Значительная социальная, психологическая и практическая помощь может быть оказана семьям детей-инвалидов группами поддержки. Такие группы могут защищать права семей, оказывая влияние на социальную политику, внося конструктивные инициативы во властные структуры. Ассоциации родителей детей с ограниченными возможностями не только имеют большое значение в поддержке семьи — они все чаще инициируют новые формы, виды и технологии реабилитационной работы, помощи детям.

В экосистему входят те институты, в которые семья может не включаться непосредственно, но которые могут опосредованно оказывать воздействие на семью: средства массовой информации; система здравоохранения; система социального обеспечения; система образования.

Макросистема охватывает социокультурные, социально-экономические и политические факторы. Это и влияние широкого социального окружения на формирование точки зрения, с позиции которой члены семьи смотрят на инвалидность своего ребёнка. Это и характер, и уровень ресурсов семьи. Это и состояние экономики, и политическая атмосфера региона или страны в целом, влияющие на содержание и качество программ, принимаемых в интересах инвалидов и их семей.

Таким образом, усилия должны быть направлены на социальную реабилитацию семьи, а, с другой стороны, нужно создать условия для поддержания инициативы самой семьи в реабилитации ребенка с ограниченными возможностями. Именно в семье формируется та социальная роль, которую он будет демонстрировать, а это может быть роль больного, роль здорового (ведущая к отрицанию факта своей инвалидности). И та, и другая роль негативны. С психологической точки зрения только в семье может быть выработана единственно правильная установка – адекватно рассматривать умственное или физическое отклонение в развитии ребенка.

Подводя итог сказанному, можно сделать вывод – инициатива реабилитации ребёнка в семье должна совпадать с инициативой реабилитации самой семьи. И здесь роль общественных объединений инвалидов, родителей детей-инвалидов неоценима.

Вторая точка приложения социальной работы по реабилитации ребёнка с ограниченными возможностями и семьи – состыковка нисходящих и восходящих программ реабилитации. Нисходящая программа планируется, организовывается и контролируется главным образом государством, и ориентирована на долгосрочное исполнение и весь массив и зачастую не учитывают конкретную семью. Восходящие инициативы реабилитации из-за материальных трудностей, отсутствия методологии не находят поддержку и в лучшем случае сводятся к организации ещё одного учреждения ведомственного характера, которое решает какую-то частную задачу.

Отсутствие общегосударственного подхода в реабилитации семьи не стимулирует заинтересованность власти на местах развивать технологию социальной работы с детьми-инвалидами и их родителями.

Из всего вышесказанного вытекают конкретные задачи реабилитологов, социальных работников и представителей общественных объединений. Это: превращение семьи в реабилитационное учреждение; реабилитация самой семьи; состыковка восходящих и нисходящих инициатив. Говоря проще, это забота о правах инвалидов; предоставление конкретной помощи инвалиду, его семье; принятие участия в разработке программ социального обеспечения; стимулирование усилий семьи по реабилитации ребенка-инвалида; интеграция инвалида и его семьи в жизнь местного сообщества.

"Обобщённый" психологический портрет родителей детей-инвалидов характеризуется выраженной озабоченностью, высоким уровнем тревожности, слабостью, хрупкостью эмоциональных структур, социальной робостью, подозрительностью. По своей инициативе родители редко вступают в контакт с незнакомыми людьми, настороженно относятся кс всем, кто пытается общаться с детьми. Жалость или удивление окружающих при виде их больного ребёнка способствует тому, что родители начинают скрывать ребёнка от посторонних глаз: они стараются не бывать с ними в общественных местах, тем самым ещё больше способствуя социальной дезадаптации ребёнка. В таких семьях больной ребёнок становится причиной семейных конфликтов, приводят" нередко к дестабилизации семейных отношений, распаду семьи, а неполная семья – это тормоз в физическом и психическом развитии ребенка. Дефект ребенка некоторые родители воспринимают как собственную неполноценность, ущербность.

По мере взросления ребёнка проблем не становится меньше, они приобретают социальную окраску. Опросы родителей показывают, что если заботы и проблемы родителей ребёнка дошкольного возраста связаны с его поведением, сном, ходьбой и обеспечением общего ухода за ним, то дальше во весь рост встают проблемы будущего ребёнка, его профессионального определения и его отношений с окружающими.

Ситуация в семье с появлением ребёнка с ограниченными возможностями усугубляется ещё и по причине трудностей материального порядка: возникает необходимость обеспечения платного ухода, медицинских консультаций, приобретения лекарств, дополнительного питания, реабилитационных средств. Обобщая сказанное выше, можно утверждать, что ограниченность ребёнка в развитии имеют два уровня компенсации, которые реализуются в соответствии с решением тех или иных задач семьи с ребёнком с ограниченными возможностями: высокий – с активным преодолением и низкий, заключающийся в приспособлении к нему (к дефекту). Воспитание ребёнка в соответствии с первой стратегией обеспечивает удовлетворение потребностей ребёнка в признании, в самостоятельности, не ограничивает его в общении и взаимодействии с другими детьми и взрослыми. Если выбрана вторая стратегия, то ребёнку прививается специфический статус, который становится организующим фактором всей жизни семьи. Роль больного, инвалида удовлетворяет потребность ребёнка в признании, любви, заботе, но существенно ограничивает его самостоятельность, развитие способностей к социальной адаптации. В связи с этим специалисты выделяют несколько особых типов семейного воспитания. Наиболее часто в семьях, где проживают дети с ограниченными возможностями, имеет место такой стиль воспитания, как гиперопека, которая проявляется в чрезмерной заботе о больном ребёнке, в преданности ему, что приводит к формированию у ребёнка эгоцентрических установок, отрицательно сказывается на проявлении у него инициативы, чувства ответственности и долга. Контакт с окружающими нарушается, что сказывается на последующем приспособлении ребёнка к социуму. В 50 % случаев у родителей отмечается неуверенность в своих силах, воспитательных возможностях, и они идут на поводу желаний и потребностей своего ребёнка. С сожалением приходится констатировать тот факт, что "гиперопека ведёт к возникновению выученной беспомощности". Реже, но наблюдается эмоциональное отвержение больного ребёнка. Родители, недопонимая сложившейся ситуации, пытаются компенсировать своё негативное или пассивное отношение к ребёнку подчёркнутой заботой о его здоровье и материальном благополучии. В этих семьях нет тесного эмоционального контакта родителей с детьми. Часто родители обвиняют врачей в возникновении и неизлечимости болезни у ребёнка.

Благоприятным типом семейного воспитания считается "принятие и любовь", где родители помогают ребёнку в таких делах, которые важны для него, поощряют, наказывают, одобряют независимость ребёнка. Если родители хотят понять ребёнка и помочь ему, то они должны научиться сознавать, что, с одной стороны, они являются окружающей средой, в которой ребёнок живет и растёт, а, с другой, они оказываются непосредственными участниками становления ребёнка в борьбе с болезнью. При этом родители, как и специалисты, работающие с детьми-инвалидами, должны опираться на те функции, которые у ребёнка остаются сохранными, то есть в какой-то степени совершенными и лучшим образом развитыми.

Очевидно, что во всех трех ситуациях должна проводиться кропотливая серьезная работа с родителями. Необходимо: направить их усилия по более оптимальному пути; обучить правильному пониманию своих тяжелых обязанностей; вооружить хотя бы минимумом психологических, педагогических, медицинских знаний и раскрыть возможности их использования; помочь родителям признать за ребёнком потенциальную исключительность. Если в семье нет ясности по этим вопросам, то серьёзным препятствием на пути развития ребёнка-инвалида становится сама семья.

Все услуги должны быть скоординированы таким образом, чтобы помочь детям и их семьям, поддержать индивидуальное и семейное развитие и защитить права всех членов семьи. Помощь максимально возможно должна оказываться в естественном окружении ребенка, то есть не в изолированном учреждении, а по месту жительства, в семье. Работа в данном направлении — забота не только специалистов органов здравоохранения, образования, системы социальной защиты населения. Сами родители, общественные организации и объединения должны воспитывать в обществе стремление морально поддерживать семьи, имеющие ребёнка с недостатками развития, делать все для лучшего понимания их проблем, способствовать устранению всех препятствий, мешающих успешному социальному развитию, обучению, социальной адаптации и интеграции ребенка-инвалида.

2.2. Система социальной помощи семьям с детьми ОВЗ

Пространство системы социальной защиты, реабилитации и социального обслуживания детей с ограниченными возможностями регулируется целым рядом нормативно-законодательных актов федерального и регионального уровней. Совокупный объем их определяется Президентской Программой "Дети России", в части целевой программы "Дети-инвалиды", федеральными законами "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов".

Социальная помощь детям с ограниченными возможностями - это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих ребенку условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Государственную политику в области социальной защиты инвалидов в РФ, определяет Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" № 181 -ФЗ от 24 ноября 1995 г.[3].

Социальная реабилитация инвалидов - система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности.

Цель реабилитации – восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и социальной адаптации.

Реабилитация инвалидов включает:

- медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования;

- профессиональную реабилитацию инвалидов, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной ориентации и трудоустройства;

- социальную реабилитацию инвалидов, которая состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации.

Федеральная базовая программа реабилитации определяет гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно.

Индивидуальная реабилитационная программа разрабатывается на основании решения службы медико-социальной экспертизы и является обязательной для исполнения соответствующими государственной власти органами местного самоуправления или другими организациями независимо от организационно- правовых форм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от нее частично или в целом. Этот отказ освобождает соответствующие государственные или иные структуры от ответственности за результаты выполнения программы реабилитации и не дает право инвалиду на бесплатные реабилитационные мероприятия.

Санаторно-курортные путевки детям-инвалидам и лицам их сопровождающим выдаются бесплатно учреждениями здравоохранения по месту жительства ребенка.

Инвалиды и дети - инвалиды имеют право на санаторно- курортное лечение в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида на льготных условиях. Инвалиды I группы и дети - инвалиды, нуждающиеся в санаторно- курортном лечении, имеют право на получение на тех же условиях второй путевки для сопровождающего их лица.

Неработающим инвалидам, в том числе находящимся в стационарных учреждениях социального обслуживания, санаторно - курортные путевки выдаются бесплатно органами социальной защиты населения.

Семьям, имеющим ребенка-инвалида старше трех лет, предоставляются кресла-коляски, прогулочные кресла-коляски (приказ Минздрава РСФСР № 1 17 от 04.07.91 г.)

Инвалиды, нуждающиеся в протезировании, полностью или частично освобождаются от оплаты стоимости и ремонта протезно-ортопедических изделий (Приказ Минсобеса РСФСР № 35 от 15.02.91г.)

Инвалиды имеют право на изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий и других видов протезных изделий (кроме зубных протезов из драгоценных металлов и других дорогостоящих материалов, приравненных по стоимости к драгоценным металлам) за счет средств федерального бюджета в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Инвалиды обеспечиваются необходимыми средствами телекоммуникационного обслуживания, специальными телефонными аппаратами (в том числе для абонентов с дефектами слуха), переговорными пунктами коллективного пользования.

Инвалидам устанавливается 50-процентная скидка за пользование телефоном и радиотрансляционной точкой.

Инвалиды обеспечиваются бытовыми приборами, тифло - сурдо - и другими средствами, необходимыми им для социальной адаптации; ремонт указанных приборов производится бесплатно или на льготных условиях (ст. 28 ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации").

Если предусмотренное индивидуальной программой реабилитации техническое или иное средство, либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если он приобрел соответствующее средство либо оплатил услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости технического или иного средства, услуги в соответствии с нормами по принятому законодательству (ст. 11 Закона "О социальной защите инвалидов в РФ").

Другим направлением социальной реабилитации инвалидов является формирование доступной для инвалидов среды жизнедеятельности. Постановлением Правительства РФ от 19 ноября 1993г. № 1188 утвержден перечень категорий инвалидов, для которых необходимы модификации средств транспорта, связи и информатики.

Продолжением адресной и индивидуальной поддержки инвалидов и граждан пожилого возраста является федеральный Закон "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" от 2 августа 1995г. № 122-ФЗ.

Настоящий закон предусматривает удовлетворение потребностей указанных граждан в социальных услугах. Формы социального обслуживания и права на него, согласие граждан на социальное обслуживание или отказ, объем социальных услуг как гарантированных (бесплатных), так и платных - все эти вопросы регламентирует законодательными актами, определяющими политику социального обслуживания.

Перечень нормативно-законодательных актов в отношении социального обслуживания инвалидов и людей пожилого возраста приведен ниже:

Федеральный закон "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" от 2 августа 1995г, № 122-ФЗ;

Постановление Правительства РФ от 25 ноября 1995г. № 1151 "О Федеральном перечне гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания" (с изменениями на 17 апреля 2002 года);

Федеральный закон "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации" от 10 декабря 1995г. № 195-ФЗ;

Федеральный закон "О погребении и похоронном деле" от 12 января 1996г.№8-ФЗ;

Постановление Правительства РФ от 15 апреля 1996г. № 473 "О порядке и условиях оплаты социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания";

Приказ Министерства социальной защиты населения РФ от 24 июня 1996г., № 180 "Об утверждении форм примерных договоров, заключаемых между государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания, предоставляющими платные социальные услуги, и гражданами пожилого возраста и инвалидами, получающими данные услуги, или их законными представителями".

Социальный работник является связующим звеном между семьей ребенка, имеющего ограниченные возможности, и субъектами семейной политики (органы государственного управления, трудовые коллективы, общественные, общественно-политические, религиозные организации, профсоюзы, общественные движения). В функции социального работника входят организация юридической, медицинской, психолого-педагогической, материальной и другой помощи, а также стимулирование усилий семьи по приобретению экономической независимости в условиях рыночной экономики.

Психолог занимается диагностикой проблем психологического климата в семье, консультированием и коррекцией психологического состояния и поведения членов семьи, анализом обстановки вокруг семьи, по необходимости — работой с окружающими.

Органы народного образования проводят обучение ребенка (составление и коррекция индивидуальных программ, анализ качества, организация общения ребенка со сверстниками), занимаются устройством других детей в детские учреждения, специальные детские сады, а также вопросами профориентации, трудоустройства, оформлением в специализированные учреждения.

Органы здравоохранения берут на учет, составляют характеристики семьи с учетом всех ее членов; занимаются диспансерным наблюдением, рекомендациями по профориентации и трудоустройству, санаторно-курортному лечению, оформлению документов, по медицинской технике, оформлением в специализированные учреждения, реабилитацией.

Органы социальной защиты вносят изменения и дополнения по социальному обеспечению, предоставляют льготы и услуги, организуют материальную и другие виды помощи, санаторно-курортное лечение, корректировку действий, оформление в специализированные учреждения. Органы социальной защиты состоят из: центра трудоустройства (трудоустройство матери и отца); предприятия по организации работы на дому; центра профориентации (профориентация ребенка с ограниченными возможностями).

Юрист дает консультации по вопросам законодательства и права, правам семьи, льготам, нарушению прав, юридической защите, вопросам трудоустройства и организации семейных предприятий.

Благотворительные организации, включая общество Красного Креста – материальная, натуральная помощь, организация общения; торговые организации – снабжение продуктами питания, детскими товарами, мебелью, техникой, книгами и др.

Городская и районная исполнительная власть занимается организацией семейных предприятий, семейного бизнеса, реабилитационных центров.

Соседи – частично решают проблемы общественного мнения, общения, оказывают помощь.

Профсоюзы, турагентства организуют отдых и оказывают материальную помощь.

Аналогичные семьи часто создают ассоциации с подобными семьями для совместного решения проблем.

Предприятия работающих родителей оказывают материальную поддержку, по возможности улучшают жилье, организуют неполный рабочий день, неполную рабочую неделю для работающей матери, надомную работу, защиту от увольнения, предоставляют льготы по отпуску.

Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ определяет основные льготы и преимущества инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам до 18 лет – категория "ребенок-инвалид".

Основные льготы и преимущества:

-бесплатное обеспечение лекарственными препаратами, отпускаемыми по рецептам врачей;

- бесплатное санаторно-курортное лечение (вторая путевка предоставляется сопровождающему лицу);

- дети-инвалиды, их родители, опекуны, попечители и социальные работники, осуществляющие уход за ними, пользуются правом бесплатного проезда на всех видах транспорта общего пользования, городского и пригородного сообщения;

- 50 % скидка на стоимость проезда на междугородних линиях воздушного, железнодорожного, речного и автомобильного транспорта;

- 50 % скидка на стоимость проезда 1 раз в год (туда и обратно) с 16 мая по 30 сентября, а также бесплатный проезд 1 раз в год к месту лечения и обратно.

- согласно ст. 17 настоящего Закона инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилыми помещениями. Семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставляется скидка не ниже 30 % на квартирную плату (в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда) и оплату коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилого фонда), а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, на стоимость топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению;

- согласно ст. 18 настоящего Закона образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения и органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, школьное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение среднего и высшего профессионального образования в соответствии с программой реабилитации инвалида.

Согласно разъяснению Министерства труда РФ и Фонда социального страхования РФ от 19 июля 1995 г. № 2/48 "О порядке предоставления и оплаты 4 дополнительных выходных дней в месяц одному из работающих родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами в возрасте до 18 лет", 4 дополнительных оплачиваемых выходных дня для ухода за детьми-инвалидами предоставляются в календарном месяце одному из работающих родителей (опекуну, попечителю) по его заявлению и оформляются приказом (распоряжением) администрации организации на основании справки органов социальной защиты населения об установлении инвалидности ребенку с указанием, что ребенок не содержится в специальном детском учреждении, принадлежащем любому ведомству на полном государственном обеспечении.

3. Организация социально- психологической помощи семьям с детьми ОВЗ за рубежом

3.1. Зарубежный опыт социальной работы с семьями с детьми с ограниченными возможностями

В большинстве развитых стран накоплен большой опыт по оказанию социально - психологической помощи семьям с детьми с ОВЗ, социальной реабилитации и интеграции детей - инвалидов и членов их семей. В этих странах преобладает социальный взгляд на проблему инвалидности. Он является более эффективным и прогрессивным, чем медицинский, который рассматривает инвалидов как больных людей. Социальный подход- комплексный, он позволяет подключить к работе с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями, одновременно несколько специалистов разного профиля - психолога, врача, социального работника и др.

 В Швеции дети - инвалиды независимо от тяжести нарушений живут в семьях, собственных либо приемных. Помощь им оказывают разветвленные сети социальной службы и службы образования. Каждый ребенок закреплен за реабилитационным центром, где им занимается целая команда специалистов: терапевт по двигательным нарушениям, психолог, логопед. Консультирует команду специалист в области детской неврологии и реабилитации.

К полутора-двум годам практически все шведские дети - инвалиды начинают ходить в обычные детские сады по месту жительства. Чтобы ребенок чувствовал себя комфортно среди сверстников, к нему прикрепляют помощника. Помощников готовят все те же реабилитационные центры: учат общаться с ребенком, показывают, как пользоваться специальными приспособлениями, как приспособить мебель, чтобы ребенку было удобно играть.

Примерно такая же картина наблюдается в школах. Шведы не делят детей на «обучаемых» и «необучаемых». Только если у ребенка серьезные нарушения интеллекта, его помещают в специализируемую школу.

Отдельная тема- всесторонняя помощь родителям таких детей. Шведские социальные работники помогают переоборудовать квартиру, учат, как заниматься с таким ребенком, учитывая его специфику. Семья может заказать такси для ребенка- колясочника, пригласить сотрудника так называемой службы освобождения, сели возникнет необходимость оставить ребенка одного- например, на время отпуска.

В социальной сфере Швейцарии значительная часть работы, совершаемой социальными работниками по отношению к детям- инвалидам, направлена на осуществление педагогических действий. Благодаря этим действиям помощь, которую социальные работники оказывают, способствует тому, что их клиенты приобретают личностные характеристики, позволяющие им самостоятельно решать проблемы, возникающие в их жизни. Именно поэтому социальная работа в значительной степени является и педагогической, требует разнообразных методов воспитания. Они тесно переплетаются с общими методами социальной работы, стали даже их постоянным компонентом. Это всегда ряд определенных действий( психологических и практических), объединенных в группы, - приемы которые выполняются в определенной последовательности. Педагоги, социальные работники их конструируют, подбирают, реализуют на практике. Но при этом неделимой частью каждого метода являются как действия, приемы педагога( социального работника), так и действия и реакция их клиентов, независимо от того, кто они – дети или взрослые. Таким образом, каждый метод воспитания представляет собой единую целостность, в которой неразрывно связаны специфические действия, приемы двух его субъектов- воспитателя или социального работника, с одной стороны, или воспитанника или клиента- с другой.

Оказание со стороны общества социальной помощи ребенку- инвалиду является основной характеристикой социально-педагогической деятельности. В отличие от непосредственной помощи социальная помощь проявляется преимущественно как «помощь с целью самопомощи». Она предполагает, что личность сама научится помогать себе при решении многочисленных проблем, а также преодолевать трудности и неудачи в жизни. Укреплять свой дух.

Отлаженная система оказания помощи детям с ограниченными возможностями и их семьям, которая охватывает все сферы жизнедеятельности и способствует максимально возможной интеграции человека с особыми потребностями в общество, а также обеспечивает принятие таких людей обществом, действует в США. Немаловажную роль при осуществлении социальной работы играет комплексный подход и участие целого ряда специалистов из различных областей знаний в разработке специальных программ.

При разработке и реализации программы раннего вмешательства выполняются две основные задачи:

1. Как можно раньше выявить детей с отставанием в психологическом развитии и/или с подозрением на сенсорные нарушения;
2. Подобрать методы оказания необходимой помощи нуждающимся детям и их родителям.

Для решения первой задачи в США и некоторых других странах Западной Европы традиционно оценку развития ребенка с помощью нормативных шкал проводит детский психолог. При этом, так как услуга дорога ($500-700), проверяется развитие только детей групп серьезного биологического риска. У этих же детей проводится скрининговая проверка слуха и зрения. На основании профиля развития ребенка подбирается индивидуальная программа занятий. В зависимости от основных проблем ребенка с ним и его матерью занимается специалист по двигательному развитию, или специалист по языковому и речевому развитию, или специальный педагог. Психологи проводят психологическое консультирование семьи ребенка, при необходимости проводят психотерапевтическую работу с родителями.

В США действует программа «Инклюжен», защищающая права семьи ребенка с ОВЗ. Ее основы были заложены «Реабилитационным Актом» и законом об обучении детей- инвалидов(1974-1975 гг.), в которые было внесено несколько поправок и дополнений со временем. В 80-е годы XX века в США начался процесс постройки новых знаний и перестройки старых с учетом потребностей различных категорий индивидов. Для этих целей правительством выделялись дополнительные финансовые средства и в то же время налагались жесткие санкции за нарушение принятых стандартов. Для изменения у граждан отношения к инвалидам проводилась продуманная и разработанная психологами и другими специалистами компания в СМИ и т.п. большую роль в этом сыграли и религиозные организации. Таким образом, инвалиды получили доступ ко всем сферам жизнедеятельности общества, при этом изменилось восприятие их здоровыми людьми.

В стране имеются общественные организации и клубы для инвалидов, а так же различные фонды. В США именно специализированные фонды и организации осуществляют значительную часть услуг, положенных ребенку-инвалиду по закону, за финансовые средства, предоставленные муниципалитетом.

Что касается интеграции в обучении, то трудности имели место в связи с разработкой программ, подготовкой персонала, разработкой психологических моделей восприятия детей-инвалидов здоровыми детьми и наоборот. Модель «Инклюжен» подразумевает, что даже ребенок с выраженной умственной недостаточностью при синдроме Дауна может обучаться с нормальными детьми. Конечно, для него разрабатывается отдельная программа, состоящая из облегченных заданий. Многое в успешности осуществления программы зависит от учителя.

В США не отказываются от специальных школ, но помещение туда ребенка осуществляется лишь в крайних случаях.

Говоря о социальном обеспечении в Соединенных Штатах, необходимо отметить, что инвалидам обеспечивается медицинское обслуживание, выплата пособий и компенсаций, жилищно- бытовое устройство и доставка в учебные заведения, бассейн и т.п., которую осуществляют социальные службы. Используя и такой вид социального обслуживания, как надомные услуги.

В Великобритании помощь детям с ограниченными возможностями оказывают три группы организаций: частные владельцы домов, обеспечивающих уход за определенную плату; общественный сектор; местные власти, которые обеспечивают большую часть социальных услуг.

Социальные службы оказывают помощь на дому, в дневных центрах, интернатах или дневных школах. В перечисленных учреждениях при работе с детьми с нарушенным интеллектом особое внимание уделяется обучению их навыкам общения, правилам поведения на улице, в общественных местах, для чего организуются специальные прогулки. Для подростков с умственной отсталостью функционируют центры профессиональной подготовки.

Для детей- инвалидов при госпиталях организуются специальные отделения трудотерапии. Трудотерапевты в области педиатрии ставят своей целью развитие у детей оптимального уровня независимости в повседневной жизни с социальной точки зрения.

Социальный работник из департамента социальных служб в Великобритании оказывает помощь в виде совета, поддержки и консультирования по личным делам инвалида и его семьи; помогает в разработке индивидуальных программ реабилитации, которые согласовываются с клиентом и его семьей; организует нормальную, интересную культурную жизнь инвалида вне дома и т.п. Департамент может предоставить необходимое оборудование взаймы, выделить дотацию, оказывать помощь по телефону и другим видам связи.

В Великобритании также существует частные реабилитационные фирмы, которые по заказу семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями, могут предоставить любое оборудование.

Что касается образования детей с ограниченными возможностями, то интеграция в обучении и наличие спецшкол рассматриваются как необходимые параллельные условия образования. Они поддерживают порядок и гибкость системы образования и позволяют детям-инвалидам включаться в нее и отходить от нее по мере того, как меняются их потребности.

До поступления в школу в большинстве регионов Англии, а также в некоторых других странах достаточно эффективно используется система педагогического обслуживания на дому детей о 0 да 4-5 лет с задержками в развитии, которая зародилась в 1970 году в США. В основе работы с такими детьми лежит индивидуальная программа, которая составляется для каждого ребенка с учетом его особенностей.

Законодательством Англии и Уэльса право на получение социальных услуг детьми и семьями основываются на их потребности. Предоставление услуги зависит от уровня потребности в ней. Местные органы власти в Англии несут общую обязанность по предоставлению набора и уровня услуг, отвечающего потребностям детям- инвалидам, с тем чтобы обеспечивать благополучие и содействовать успешной реализации обязанностей семьи в процессе воспитания своих детей.

Законодательство других стран аналогичным образом ставит предоставление услуг в зависимость от оценки потребности в них. Например, параграф 4-4 Закона о защите ребенка от 1992 г. в Норвегии наделяет полномочиями соответственные органы по оказанию помощи семьям, «когда ребенок … испытывает в них особую потребность». В Болгарии в недавно принятом Законе о защите ребенка содержится требование к муниципальным органам об оказании услуг детям, находящимся «под угрозой». Согласно этому Закону таким ребенком является, в том числе, ребенок, страдающий о психологических или физиологических отклонений или трудноизлечимых заболеваний.

Подведя итог вышесказанному, можно сказать, что в развитых зарубежных странах уже сложились определенные стандарты, формы и методы работы с детьми- инвалидами и их семьями. Естественно, в каждой стране существуют свои особенности оказания помощи этой категории населения, обусловленные национальным своеобразием, социально-экономическими условиями, психолого - педагогическими традициями, ориентацией на определенные научные подходы.

Можно выделить некоторые общие тенденции, которые необходимо учитывать при создании системы оказании помощи детям-инвалидам и их семьям:

- во- первых, это максимально возможная интеграция ребенка с ограниченными способностями в общественную жизнь( в том числе, в будущем, и интегрированное обучение);

- во-вторых, преимущество воспитания этих детей в семье;

- в-третьих, направленность на раннюю диагностику нарушений и раннее лечение;

- в- четвертых, индивидуальный подход к реабилитации ребенка в каждом конкретном случае.

В настоящее время разрабатывается ряд программ, учитывающих данные тенденции. Одна из таких программ, предложенная ООН,- Реабилитация, базирующаяся на непосредственном окружении(РНБО). Она определяется как стратегия развития общества, проводимая с целью реабилитации, уравнивания возможностей и социальной интеграции всех индивидов. Ее цели: изменить положение дел в этой области, проводить обучение с вовлечением правительства и общественности; разработать систему, способную оказать помощь всем нуждающимся инвалидам.

Суть РНБО заключается в том, что семья и непосредственное окружение ребенка с ОВЗ, освоив некоторые основные реабилитационные навыки, а также сам инвалид, способны самостоятельно осуществлять реабилитацию. Безусловно, им оказывается помощь и поддержка соответствующих учреждений систем здравоохранения, образования, занятости и социальной защиты.

4. Сравнительный анализ зарубежного и отечественного опыта социально-психологической помощи семьям с детьми с ограниченными возможностями здоровья

В каждой стране имеется своя история социальной работы с социально-незащищенными группами населения, в том числе с семьями с детьми с ограниченными возможностями. Законодательство большинства стран варьируется в зависимости от разницы в уровне их промышленного развития, социально-экономической ситуации и т.п.

В некоторых европейских странах до Второй мировой войны существовало законодательство относительно инвалидов, детей-инвалидов. Некоторые страны приступили к осуществлению конкретных мер для поддержки инвалидов и их семей после Второй мировой войны, а также приняли законы в области реабилитации.

Очень хорошая и качественная система организации помощи детям-инвалидам сложилась в Швеции. Именно эту систему в последствии переняли многие страны мира, но, как известно, именно Швеция несколько впереди, именно там еще в 60-е годы был выдвинут принцип нормализации жизни инвалидов.

Нормализация – это значит, что жизнь инвалида должна быть как можно более «нормальна», или как можно более приближена к нормальной, обычной жизни своих сверстников.

Что нормально и обычно для маленьких детей – жить вместе с родителями в семье. Для детей дошкольного возраста нормально посещать вместе со своими друзьями, живущими по соседству, ближайший детский садик. Для ребенка школьного возраста нормально ходить в школу, а для молодого человека после 18 –20 лет нормально жить в своей собственной квартире отдельно от родителей. Нормально учиться или работать по будним дням и отдыхать по выходным, нормально спать в одной комнате, а есть – в другой. Для маленького ребенка нормально играть и т.д.

Принцип нормализации существенно изменил жизнь инвалидов в Швеции. Во-первых, совершенно очевидно, что ненормально жить всю жизнь в стенах закрытого учреждения, быть изолированным от остального общества и своей собственной семьи. Даже если в этом учреждении созданы райские условия, это будут ненормальные условия.

Именно поэтому сейчас в Швеции нет практически ни одного интерната или детского дома. Дети, независимо от тяжести нарушений, живут в своих собственных семьях, а в том случае, если биологические родители не могут о них заботиться, то в фостеровских семьях.

Но нельзя просто так закрыть специальные учреждения и оставить инвалидов без помощи. Помощь таким людям оказывает разветвленная сеть социальных служб и служб образования. Необходимо также отметить замечательную особенность, в большинстве стран мира, нет отдельного социального и медицинского ведомства, существует одно Министерство здравоохранения и социальных служб, ответственное за оказание помощи инвалидам.

Абилитационные центры, находящиеся в ведении социальных и медицинских служб, играют очень существенную роль в оказании помощи инвалидам. Детские абилитационные центры оказывают помощь детям от рождения до 18 лет, абилитационные центры для взрослых обслуживают людей старше 18 лет.

В детских абилитационных центрах работают междисциплинарные команды специалистов: социальные работники, физические и оккупейшенл-терапевты, специальные педагоги, психологи, логопеды. В нашей стране, к сожалению, отсутствует такая специальность как оккупейшенл-терапевт, совершенно необходимая для оказания помощи людям с двигательными нарушениями. Кроме того, педиатр со специализацией в области детской неврологии и абилитации выступает консультантом таких команд.

Огромную роль в работе абилитационных служб играют социальные работники. Интересно, что, например, социальный работник руководит в настоящее время абилитационными службами Стокгольма и области.
Сотрудники абилитационных центров оказывают помощь семье ребенка-инвалида с первых дней его жизни. Они консультируют родителей, как создать оптимальные условия для развития ребенка, помогают провести необходимое переоборудование квартиры, занимаются непосредственно с ребенком и обучают этим занятиям родителей.

После полутора – двух лет практически все дети-инвалиды посещают обычные детские сады по месту жительства. Наряду с нормализацией интеграция является ключевым словом, определяющим ситуацию с детьми-инвалидами. Если для обычных детей существует очередь в детский сад, то дети-инвалиды имеют приоритет, и родители могут отдать их в детский сад вне всякой очереди. По законодательству каждый ребенок-инвалид имеет специального помощника в детском саду. Сотрудники абилитационных центров обучают этих помощников и других сотрудников детских садов как лучше организовать условия пребывания ребенка в детском саду, как научиться понимать и общаться с ребенком-инвалидом, как способствовать его развитию. Например, физические и оккпейшенел терапевты, учат сотрудников детских садов использованию специальной техники для детей с ДЦП, помогают им так приспособить мебель, чтобы ребенку было удобнее играть.

Все дети в Швеции, независимо от тяжести нарушений, посещают школы. Никто не делит их на «обучаемых» и «необучаемых», как это происходит в нашей стране. Просто дети с наиболее серьезными нарушениями интеллекта посещают специализированные школы. Другие дети могут посещать обычные школы, но, если необходимо, им в школе помогает персональный помощник. Сотрудники абилитационных центров консультируют школьных учителей по поводу особенностей развития детей-инвалидов, помогают приспособить школу под нужды детей-инвалидов. Принцип нормализации предполагает, что ребенок-инвалид должен жить нормальной жизнью, и следовательно, ребенку в инвалидной коляске должны быть доступны все помещения в школе.

Власти оказывают также финансовую поддержку семье ребенка-инвалида, включающую поддержку семьи, которая ухаживает за ребенком дома (может быть и частичная поддержка, когда родитель работает часть времени). Существуют национальные гранты для модификации квартиры/дома, так, чтобы она была удобна для ребенка–инвалида. Кроме того, есть еще и местная финансовая поддержка семьи.

Семье также оказывается помощь с транспортом. Ребенка могут отвозить на такси в детский сад или школу, семье помогают со специализированным транспортом.

Кроме того, существуют так называемые «службы освобождения» или службы помощи дома. Семью могут посещать специальные помощники, так, чтобы родители могли уйти на время из дома, заняться другими делами, обратить внимание на других своих детей, а не только на ребенка-инвалида. Обычно это бывает несколько часов в неделю, по вечерам и в выходные дни. Также могут быть временные семьи, куда можно отдать ребенка на ночь или на выходной день. Кроме того, ребенок может быть временно помещен в напоминающий обычный дом специализированное учреждение. Обычно туда помещаются глубоко умственно отсталые дети со множественными нарушениями. Это позволяет родителям, например, отдохнуть и провести отпуск с другими детьми.

Конечно, можно сказать, что такое большое отличие в проведении социально-психологической помощи обусловлено тем, что уровень жизни за рубежом выше, поэтому там могут позволить себе создать достойные и человеческие условия жизни для детей-инвалидов, но такие условия возможно создать и в России. Не надо ссылаться на финансовые трудности, надо просто изменить взгляд и отношение к детям-инвалидам, перестать делить их на «обучаемых» и «необучаемых», перестать «корректировать их дефекты», надо просто пытаться помочь этим детям и их родителям жить нормальной и достойной человека жизнью. В этом нам очень может помочь зарубежный опыт.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дети с ограниченными возможностями здоровья являются особой социально незащищенной группой населения. Особенности детского здоровья и развития оказываю существенное влияние на формирование детской – инвалидности.

Организация социально-психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья очень актуальна, потому, что в России, как и в целом мире, не прекращается рост детской инвалидности, что требует особых мер в поведении социальной работы.

 Общая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья включает в себя такие особенности, как:

1. Нарушение жизнедеятельности, ограничение возможностей, несоответствие возрастным нормативам и возможностей адекватного преодоления пограничных процессов, в результате чего нарушается процесс адекватной адаптации к условиям среды, социализация и реабилитация ребенка, приводящие к ограничению жизнедеятельности и вызывающие необходимость его социальной защиты.

2. Высокую мобильность детского здоровья от нормы к патологии и обратно.

3. Влияние различных постнатальных событий или условий жизни на конечные результаты развития, степень сохранности или утраты здоровья. Качество процессов развития ребенка, реализация или не реализация генетически детерминированных потенциалов тесно связаны со степенью оптимальности среды развития.

4. Еще одной важной особенностью детской инвалидности является ее рост.

5. В структуре причин детской инвалидности по обусловившему ее заболеванию первое место принадлежит болезням нервной системы и органов чувств, второе место занимают психические расстройства, среди которых одна треть приходится на долю умственно отсталых, третье - врожденные аномалии развития.

 Исследование выявило следующие проблемы семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья:

1.Проблема качества и доступности медицинской помощи, средств и методов реабилитации, качества информационной и просветительской работы медперсонала.

2. Социально – психологические проблемы (полноценной социализации, социально – психологической депривации, адаптации, реабилитации)

3. Социально – педагогическая, проблема воспитания и обучения, выбора форм и видов обучения.

4. Социально - экономическая проблема (доступности материальных ресурсов, уровень и качество жизни, проблемы организации занятости членов семьи и т.п.)

 Были выявлены особенности социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, которые состоят в оказании содействия ребенку – инвалиду и членам его семьи, предоставлении индивидуальной помощи через информирование, диагностику, консультирование, прямую натуральную или финансовую помощь, педагогическую и психологическую поддержку, помощь в адекватной адаптации к условиям среды, социализации и реабилитации, с целью обеспечения культурного, социального и материального уровня жизни.

Целью работы являлось изучение социальной работы с детьми с ОВЗ, сравнение систем организации социально-психологической помощи семьям с детьми ОВЗ в России и за рубежом. Анализ результатов позволяет сделать следующие выводы:

1. В настоящее время детей с ограниченными возможностями здоровья целесообразно рассматривать как социальную проблему, связанную с наличием структурных нарушений, обусловленных внешними и внутренними факторами, недугов или повреждений, которые могут привести к утрате или несовершенству развития навыков, необходимых для некоторых видов деятельности, а в итоге к социальной дезадаптации или замедленной социализации.

2. Статусная позиция детей с ограниченными возможностями определяется наличием социальных барьеров со стороны общества, замедляющих процесс их социализации.

3. Рост численности детей с ограниченными возможностями в России сопровождается поиском путей решения основных проблем этой группы населения, создания для них безбарьерной среды жизнедеятельности, а также форм их трудовой адаптации. Именно в этом может помочь зарубежный опыт создания благоприятных условий жизнедеятельности ребенка с нарушением.

4. Ресурсная недообеспеченность социальной политики и социальной защиты детей с ограниченными возможностями в России, поэтому государственная политика решает только элементарные важные проблемы. Полная же адаптация детей с ограниченными возможностями в общество требует дополнительного финансирования для их обучения, получения профессии и трудоустройства.

 5. При разработке стратегии и форм решения социальных проблем семей с детьми с ограниченными возможностями необходимо обратиться к зарубежному примеру организации социальной поддержки, но важно учитывать особенности социальной политики в нашей стране.

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ

1 Психолого-педагогическая реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья и проблемами в обучении. Краткий словарь-справочник / Под ред. М.А. Галагузовой. - Ростов н/Д: Радуга, 2010

2 Психолого-педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями - М.: Социальное здоровье России. - 2011

3 Федеральный закон от 30.06.2007 n 120-фз (ред. от 04.12.2007) "о внесении изменений в отдельные законодательные акты российской федерации по вопросу о гражданах с ограниченными возможностями здоровья"

4 Proetcontra T. Малофеева, С. Васин – 2010- №3

5 Ляпидиевская Г.В. - О создании в России сети реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями // Вестник психо-социальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 2010

6 Романов М. Реабилитация инвалидов / М.Р. Романов. - М.: Вагриус, 2011

7 Сиюткина А.Л. Комплексная реабилитация инвалидов в контексте социальной политики государства //Современные научные исследования. 2012. № 4

8 Федеральный закон от 24.07.1998 г. N 124-ФЗ (ред. от 28.12.2016 г.) "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации"

9 Психолого- педагогические основы коррекционной работы с аномальными детьми / под ред. Ламаева Р.И. – СПБ, 2009

10 Чирова Т. А. Социальная адаптация детей с ОВЗ как аспект духовно-нравственного воспитания // Молодой ученый. — 2016. — №2

11 Пособие по технологии работы с детьми с ограниченными возможностями / под ред. Гусляковой Л. Г. – М.: – Социальное здоровье России, 2010