

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ КОММУНИКАЦИЙ

Кафедра общей и клинической психологии

6 курс

3 группа

Клименко Елена Викторовна

**СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЛИЗКИХ ЧЕЛОВЕКА
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
НА ПРИМЕРЕ УЧРЕЖДЕНИЯ
«ХОЙНИКСКИЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ»**

Дипломная работа

Научный руководитель:

Старший преподаватель кафедры общей и
клинической психологии, магистр
психологических наук
Е.Н.Зуева

Допущена к защите
Заведующий кафедрой общей
и клинической психологии,
профессор

_____ В.А. Доморацкий
« ___ » _____ 20 ___ г.

Минск 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ БЛИЗКОГО РОДСТВЕННОГО С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	6
1.1. Семья, имеющая близкого родственника с ограниченными возможностями, как объект социальной работы	6
1.2. Анализ правовых и социальных гарантий инвалидов и членов их семей в Республике Беларусь и за рубежом	13
1.2.1. Истоки возникновения основ социальной защиты населения	13
1.2.2. Анализ правовых и социальных гарантий инвалидов и членов их семей в Республике Беларусь	15
1.2.3. Анализ правовых и социальных гарантий инвалидов и членов их семей в некоторых зарубежных государствах	18
1.3. Принципы социальной реабилитации инвалидов и их семей	21
1.4. Профессиональные и личностные требования, предъявляемые к специалистам по социальной работе с инвалидами и их семьями	23
Выводы	26
2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ БЛИЗКОГО РОДСТВЕННОГО С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	27
2.1. Организация и методологические основы исследования	27
2.2. Интерпретация результатов и анализ данных исследования	28
2.3. Выявление основных проблем, возникающих в семьях, имеющих близкого родственника с ограниченными возможностями	37
Выводы	39
3. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ БЛИЗКОГО РОДСТВЕННОГО С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ, В «ХОЙНИКСКОМ ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ»	41
3.1. Содержание деятельности специалиста по социальной работе при проведении социальной реабилитации семей, имеющих близкого родственника с ограниченными возможностями	41
3.2. Выявление направлений работы по реабилитации семей, имеющих близкого родственника с ограниченными возможностями	44
3.3. Разработка инновационных технологий реабилитации семей, в которых проживают лица с ограниченными возможностями	46
Выводы	52
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	54
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	57
ПРИЛОЖЕНИЯ	61

ВВЕДЕНИЕ

Процессы гуманизации в современном обществе являются предпосылкой того, что социальная политика государств всё чаще ориентируется на незащищённые категории граждан и направлена на предупреждение процессов, приводящих к незащищённости населения, на его восстановление и социальную поддержку. Одной из самых ослабленных групп населения являются лица с ограниченными возможностями и их семьи.

По данным Министерства труда и социальной защиты, численность инвалидов в Республике Беларусь, получающих пенсию в органах по труду, занятости и социальной защите, по состоянию на 01.11.2017 года составляет 562 876 человек [53]. Общая же численность населения республики на 01.10.2017 года - 9 495,8 тыс. человек [26]. Путём несложных подсчётов получаем достаточно достоверную цифру: количество инвалидов в Республике Беларусь на 01.11.2017 года составляет 5,9% от общего числа жителей страны. По данным же Всемирной организации здравоохранения на ноябрь 2016 года более 1 миллиарда людей, около 15% населения мира, имеют какую-либо форму инвалидности [9].

Мы видим значительное различие в процентном соотношении показателей инвалидности в Республике Беларусь и в мире, что говорит о целенаправленной социальной политике в нашем государстве по предупреждению инвалидности. В Законе Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» говорится: предупреждение инвалидности - система социальных, медицинских, гигиенических, педагогических, профессиональных и других мер, направленных на уменьшение частоты и тяжести инвалидности. В нашей стране профилактика осуществляется путём создания безопасных условий труда и отдыха и целого комплекса других мер. Однако не остаются без внимания и сами люди с ограниченными возможностями – около 6% от общего количества населения. Проблемам социальной адаптации, реабилитации, созданию безбарьерной окружающей среды, включению инвалидов в культурную, спортивную, общественную деятельность уделяется немалое внимание со стороны государственных структур. В нашей стране существует нормативная база по поддержке людей с инвалидностью, Республиканский межведомственный совет по проблемам инвалидов, общественное объединение «Белорусское общество инвалидов» (которое имеет свой сайт и еженедельную газету), паралимпийский комитет Республики Беларусь и другие структуры.

Существует ряд исследований инвалидности в медицине, социологии, психологии, педагогике. Изучению проблем людей с инвалидностью посвящены работы Холостовой Е.И., Карякиной О.И., Карякиной Т.Н., Смычек В.Б., Козак Е.И. (вопросы медицинской и социальной реабилитации

инвалидов), Ананьева В.Л. (работы, посвящённые инвалидам по зрению), Дворянчиковой И.А (изучение семей инвалидов), Кулагиной Е.В. (проблемы семей, воспитывающих детей-инвалидов), Вертынской Л.А. (вопросы психологического благополучия лиц с ограниченными возможностями), Воробьёвой И.В. (исследование культурно-досуговой деятельности инвалидов) и др.

Вместе с тем, слабо исследованы семьи, в которых проживают люди с ограниченными возможностями. Очевидно, что существует ряд проблем социального, психологического, материального, правового характера, с которыми постоянно сталкиваются близкие родственники инвалидов. Семья, в которой появляется инвалид, становится зачастую изолированной от общества, замыкается на своих проблемах, изыскивает внутренние резервы для решения возникающих вопросов, не ищет поддержки со стороны общественных организаций, окружающих людей, часто не владеет информацией о наличии возможностей для помощи в своём населённом пункте, о государственных льготах и гарантиях.

Между тем, именно семья обладает огромным потенциалом для реабилитации лиц с ограниченными возможностями, их адаптации в новом социальном статусе, самооценке и поддержании жизненных сил. Примером тому может быть белорусская фотомодель с диагнозом ДЦП Ангелина Уэльская, которая в одном из интервью подчеркнула: «...Мои близкие всегда были мне поддержкой и опорой во всём. ... Главный мамин принцип – нельзя сидеть на месте, нужно что-то делать и просто идти - в прямом смысле этого слова» [22].

В нашей стране разработана обширная нормативная база, направленная на поддержку людей с ограниченными возможностями, гарантирующая им льготы и равные права, но недостаточно организована и скоординирована работа общественных организаций в работе с семьёй, в которой проживают инвалиды, слабо используется потенциал религиозных организаций, средств массовой информации, бизнеса и других структур.

Таким образом, *актуальность* работы заключается в недостаточном исследовании семей, в которых проживают люди с ограниченными возможностями, а также использовании реабилитационного потенциала таких семей в деле восстановления инвалида.

Цель работы: теоретическое обоснование и разработка практических рекомендаций по социальному сопровождению семей, в которых проживает человек с ограниченными возможностями.

Объект – члены семей, в которых проживает человек с ограниченными возможностями.

Предмет – система социального сопровождения семей, имеющих близкого родственника с ограниченными возможностями, и опыт работы с данной категорией семей в Республике Беларусь.

Методы исследования: анализ статистических данных, нормативных документов, анализ деятельности учреждения «Хойникский территориальный центр социального обслуживания населения», диагностика фрустрированности и тревожности членов семей, имеющих близкого человека с ограниченными возможностями, опрос.

Предварительная работа по теме исследования позволяет сформулировать *гипотезу*: при целенаправленной комплексной работе по поддержке семей, в которых проживают инвалиды, использовании всех положительных ресурсов семьи и новых технологий возможна успешная реабилитация человека с ограниченными возможностями.

Новизна работы заключается в попытке разработать новые для данного региона технологии реабилитации семей, в которых проживают инвалиды.

Практическая значимость работы в том, что предложенные технологии могут быть использованы специалистами по социальной работе в деятельности по реабилитации семей, в которых проживают инвалиды.

Задачи исследования:

- выявить проблемы, характерные для семей, имеющих родственника с ограниченными возможностями;
- изучить опыт социальной работы с инвалидами учреждения «Хойникский территориальный центр социального обслуживания населения»;
- выявить уровень самочувствия, активности и настроения членов семей, в которых проживает родственник с ограниченными возможностями;
- выявить уровень тревожности в семьях, имеющих родственника с ограниченными возможностями;
- предложить новые технологии социальной работы с объектом исследования.

Структура работы обусловлена её целью и задачами.

Во введении определяется степень разработанности темы и её актуальность, ставятся цель и задачи исследования.

В первой главе даётся теоретический анализ проблем семей, имеющих близкого родственника с ограниченными возможностями, проводится анализ правовых и социальных гарантий инвалидов и членов их семей в нашей стране и за рубежом.

Вторая глава посвящена исследованию семей, в которых проживают люди с ограниченными возможностями.

В третьей главе анализируется работа «Хойникского территориального центра социального обслуживания населения» по социальной реабилитации семей, предлагаются новые технологии реабилитации.

База исследования: учреждение «Хойникский территориальный центр социального обслуживания населения».

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ БЛИЗКОГО РОДСТВЕННОГО С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

1.1 Семья, имеющая близкого родственника с ограниченными возможностями, как объект социальной работы

Семья – это источник благополучия, безоговорочной любви, надёжности для каждого человека. Именно в семье индивид получает первый жизненный опыт, познаёт окружающий материальный и духовный мир, приобретает культурный и социальный опыт, ему прививаются нравственные нормы того общества, в котором он живёт. Значение семьи трудно переоценить для каждого человека и для всего общества в целом.

Понятие «семья» в различных источниках имеет разное толкование. Мы обратились к официально принятому и записанному в Кодексе о браке и семье Республики Беларусь. Итак, *семья* - это объединение лиц, связанных между собой моральной и материальной общностью и поддержкой, ведением общего хозяйства, правами и обязанностями, вытекающими из брака, близкого родства, усыновления [18].

По определению А.И. Антонова, семья – это основанная на единой общесемейной деятельности общность людей, связанных узами *супружества – родительства - родства*, и тем самым осуществляющая воспроизводство населения и преемственность семейных поколений, а также социализацию детей и поддержание существования членов семьи [1].

Обратим внимание: у каждого члена семьи есть свои права и обязанности, а также – подчеркнём – своя роль (отца, матери, бабушки, дедушки, старшего или младшего ребёнка и т.д.). Существует несколько классификаций семейных ролей, мы перечислим только некоторые: ответственный за материальное обеспечение семьи, хозяин — хозяйка, роль воспитателя, роль организатора развлечений, организатора семейной субкультуры, роль «психотерапевта» и др.

Нередко членам семьи по тем или иным причинам (кризисные ситуации в стране, болезнь, появление нового члена семьи, природные катаклизмы, вооружённые конфликты и др.) приходится изменять свои социальные роли. Одним из последствий воздействия на семью различных объективных причин может быть появление инвалидности у одного или нескольких её представителей. Это крайне стрессовое состояние для всех членов семьи, т. к. изменяются их функции, изменяется социальный статус семьи, её внутренние и внешние взаимоотношения, материальное и правовое положение, появляются специфические проблемы.

Термин «инвалид» впервые стали использовать во Франции в отношении военных, которые в силу увечий, ранений, старости не могли более нести воинскую службу.

В Декларации о правах инвалидов, принятой ООН в 1975 году, понятие «инвалид» определяется так: любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его или ее физических или умственных способностей. То есть в основу определения заложены и медицинские, и социальные критерии.

На тех же критериях основывается и термин «инвалид» в Конвенции о правах инвалидов от 2006 года: лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. Это определение взято за основное в Законе Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республики Беларусь».

В настоящее время в основе признания индивида инвалидом лежат медицинские и социальные критерии: нарушения в здоровье человека по различным причинам, ограничения в жизнедеятельности (возможности самообслуживания, передвижения, общения и т.д.), острая необходимость в лечении, реабилитации, комплексной помощи.

Существует несколько подходов к инвалидности, которые рассматривают человека с ограниченными возможностями как пассивный или активный субъект общества.

С точки зрения благотворительного подхода инвалиды рассматриваются как объект благотворительной деятельности. В основе такой деятельности заложены жалость, сочувствие, опека и т.д. Но всё это характеризует в той или иной степени других людей, общественность, но не личность инвалида, который в таком случае является лишь пассивным адресатом оказываемой помощи. Такое отношение ставит человека с ограниченными возможностями в положение зависимости, жертвы, должника, ещё больше усугубляя существующие проблемы.

Медицинский подход также далёк от признания инвалида равноправным членом общества, так как суть этого подхода такова: человек не может самостоятельно принимать решения, обладать теми же правами, что и здоровые граждане, пока он болен. Поэтому нужно его вылечить, устранить его недуг с помощью средств медицины. Только полностью здоровый человек может быть самостоятельным, самоценным членом общества. А как же быть с теми людьми, чьи заболевания не поддаются по разным причинам медицинскому лечению?

Человек проживает в обществе, он включён в общественные отношения, вокруг него сформирована социальная среда. Противоречия между особенностью личности и неадаптированной средой и лишают человека с ограниченными возможностями полноценной жизни. О достоинстве личности инвалида, о её самостоятельности можно говорить, когда среда адаптирована для её полноценной жизни. При социальном подходе к

инвалидности сам инвалид является активным, деятельным, он действует на равных с остальными членами общества, если для этого созданы соответствующие условия.

Правовой подход основан на декларации достоинства каждого человека. При таком подходе инвалид обладает равными со всеми правами и возможностью их отстаивать, он защищён государством, имеет право на защиту от дискриминации в суде.

Семья – это микросистема, которая функционирует как в зависимости от внешних обстоятельств, так и в зависимости от деятельности каждого её представителя. Микросистема – часть мезосистемы, которая включает в себя системы, влияющие на семью: здравоохранения, средства массовой информации, социального обеспечения, образования. В той или иной степени семья, в которой проживает человек с ограниченными возможностями, как и обычная, зависит от этих систем: СМИ формируют отношение общественности к семье; качество медицинского обслуживания влияет на ход выздоровления и реабилитации инвалида; существенно облегчают жизнедеятельность социальные гарантии и льготы; образовательные системы дают возможность ребёнку-инвалиду получить образование, интегрироваться в общество с целью дальнейшего обучения и трудоустройства.

Макросистема, в которой функционируют мезосистемы, определяет точку зрения общества на проблемы инвалидов, формирует под влиянием экономических, социальных и политических факторов среду, в которой инвалиды чувствуют себя в той или иной мере защищёнными либо беззащитными, подверженными дискриминации.

В целом, конечно, семьи, в которых проживают лица с ограниченными возможностями, имеют схожие характеристики и проблемы, но всё же в каждой существуют особенности, которые зависят от:

- структуры семьи, стиля взаимодействия членов семьи, её традиций;
- степени заболевания инвалида;
- благоустроенности жилья и окружающих объектов;
- материального благосостояния;
- отношения к инвалиду общественности;
- уровня социальной защиты и медицинского обслуживания;
- места проживания инвалида и его семьи, экологических факторов.

Итак, *семья, имеющая близкого родственника-инвалида* - это семья с особым статусом, со специфическими проблемами.

Такая семья характеризуется:

- особыми взаимоотношениями между членами семьи, направленными на помощь (или игнорирование) члену семьи-инвалиду,
- закрытостью семьи,
- трудностями, связанными с рабочим и учебным графиком работающих и обучающихся членов семьи,

- проблемами социальной адаптации (условия проживания, обеспеченность объектов инфраструктуры приспособлениями для комфортного перемещения человека с ограниченными возможностями, отношение окружающих и др.),

- материальными проблемами,
- трудностями, связанными с медицинским обслуживанием;
- потребностью в социально-психологическом сопровождении.

Все инвалиды по разным основаниям могут быть разделены на несколько групп:

- 1) *по возрасту* — дети-инвалиды, инвалиды-взрослые;
- 2) *по происхождению инвалидности* - инвалиды с детства, инвалиды войны, инвалиды труда, инвалиды общего заболевания;
- 3) *по степени трудоспособности*: инвалиды трудоспособные и нетрудоспособные, инвалиды I группы (нетрудоспособные), инвалиды II группы (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах), инвалиды III группы (трудоспособные в щадящих условиях труда).
- 4) *по характеру заболевания* – инвалиды мобильные, маломобильные или неподвижные.

В этой связи семьи, имеющие в своей структуре инвалида, можно условно разделить на следующие *виды*:

- семья, воспитывающая ребенка-инвалида;
- семья, в которой один или оба взрослых (супруга, родителя) являются инвалидами;
- семья, в структуре которой ближайшие родственники – инвалиды (бабушка, дедушка, дядя, тетя, племянники);
- семья инвалидов войны и военной службы [43, 148-157].

Существует ряд социальных проблем, с которыми в той или иной степени сталкивается каждая семья, имеющая в своём составе инвалида. К ним можно отнести:

1. медицинские (проблемы со здоровьем, обследование, лечение, реабилитация, обеспечение необходимым оборудованием, средствами передвижения, лекарствами, наличие/отдалённость/недоступность специализированных медицинских учреждений, дефицит узких специалистов и др.);
2. психологические (психические расстройства, невостребованность, замкнутость и в то же время потребность в общении, трудности в адаптации, самообслуживании, самореализации, особое отношение общества и др.);
3. бытовые (жилищные условия, необустроенные объекты инфраструктуры, проблемы, связанные с самообслуживанием и др.);
4. экономические (проблемы с трудоустройством, материальные трудности, невысокий уровень жизни);
5. информационно-правовые (правовая неграмотность, несовершенная законодательная база, недостаточная информированность о существующих

службах поддержки, социальных службах, возможностях конкретного населённого пункта и его инфраструктуры);

6. культурные (организация отдыха, досуговая деятельность, изолированность от общества);

7. педагогические (трудности с обучением, приобретением профессии).

Медицинские проблемы связаны с различным уровнем потребности в медицинском уходе и отсутствии необходимых учреждений и профессионалов поблизости, что приводит к несвоевременному оказанию инвалиду необходимой медицинской помощи либо отсутствию условий для реабилитации. Не всегда семья, по разным причинам, может приобрести необходимые лекарственные препараты, тренажёры. Ещё одной из медицинских трудностей является недоступность информации или неполная информация о заболевании, а также обучение членов семьи навыкам ухода за инвалидом, оказанию ему первой помощи.

Психологические проблемы в семье, в которой проживает человек с ограниченными возможностями, существенно усложняются и преумножаются в сравнении с психологическими трудностями обычной семьи. Семья, в составе которой находится инвалид, переживает настороженность в отношении к окружающему миру, тревожность, неопределённость – т.е., она находится в кризисном состоянии, особенно на начальном этапе. Это обусловлено несколькими факторами: резкой сменой социальных ролей каждого члена семьи, отсутствием знаний в области права, медицины, психологии, некорректным отношением со стороны социума (пристальное внимание, любопытство, насмешки, жалость, бестактность и т.д.).

Некоторые члены семьи (особенно женщины) отказываются от собственных интересов, от работы (иногда вынужденно), посвящая свою жизнь больному человеку. Нередко встречается и обратное явление: удовлетворяются только физические потребности больного человека (кормление, гигиенические процедуры, лечение) либо уход за ним отсутствует (в случае семейного неблагополучия). Сам инвалид чаще всего чувствует себя невостребованным, усложняющим жизнь близким людям. Многим, имеющим проблемы с опорно-двигательным аппаратом, но с сохранным интеллектом, неприятно испытывать на себе только жалость окружающих. Несмотря на состояние здоровья, у таких индивидов остаётся потребность в самореализации, самообслуживании.

К тому же на семью оказывает влияние и отрицательное отношение со стороны окружающих людей. Чаще всего, это раздражение, вызванное определёнными неудобствами, ограничениями, предвзятое отношение.

Психологическое напряжение в таких семьях может привести к необратимым последствиям, которые повлияют не только на самого инвалида, но и на любого из его близких (социальная дезадаптация, конфликты, развод, уход из жизни).

Организация пространства играет немалую роль в формировании самооценки человека с ограниченными возможностями и жизнедеятельности семьи, в которой он проживает. Факторы внешней среды в глубинке неблагоприятны для полноценного существования человека с ОПФР, что усугубляет *бытовые проблемы* семьи:

- площадь жилого помещения не позволяет свободно передвигаться человеку с нарушениями опорно-двигательного аппарата с помощью специальных вспомогательных средств;

- иногда требуется отдельная комната для члена семьи-инвалида;

- площадь жилого помещения не позволяет установить необходимое оборудование для реабилитации и восстановления физических функций организма;

- узкие дверные проёмы, лифты, лестничные пролёты, высокие ступени, отсутствие пандусов, подъёмных устройств, перил, ручек как в жилых домах, так и на объектах инфраструктуры;

- отсутствие приспособлений в общественном транспорте;

- отсутствие предметов быта, гаджетов, облегчающих существование взрослого человека с ограниченными возможностями, либо их стоимость, неприемлемая для семьи.

Отсюда и *экономические проблемы*, которые как бы наслаиваются на материальные трудности, характерные для обычной семьи. Несмотря на существующее законодательство, гарантирующее инвалиду льготы и гарантии, многие семьи, имеющие близкого человека с ограниченными возможностями, не могут позволить себе приобретение необходимого по площади жилья, технического оборудования, дорогостоящих лекарственных препаратов, должного ухода или оплаты работы сиделки. Ко всему вышесказанному близкие родственники инвалида вынуждены терять в заработной плате в связи с необходимостью ухода за больным человеком (посещение процедур в рабочее время, экстренные случаи, необходимость смены рабочего места на место с более удобным графиком, но с потерей в заработной плате и т.д.). Потеря трудоспособности ранее работающего члена семьи также негативно сказывается на семейном бюджете. Необходимость в санаторно-курортном лечении, в реабилитации, в дорогостоящем медицинском обслуживании и т.д. – всё это влечёт за собой ряд экономических проблем, что также серьёзно влияет на психологию внутрисемейных отношений.

Естественно, что усугублению положения семей, имеющих инвалида, способствует и несовершенная на сегодняшний день законодательная база, с одной стороны, и незнание своих прав, дезинформированность, с другой. Чаще всего это характерно для семей, которые впервые столкнулись с проблемой инвалидности. Близкие люди не сразу ориентируются в обширном информационно-правовом пространстве. Сама информация может быть подана скудно, без комментариев, уточнений. Например, информация о

трудоустройстве инвалида: не все работодатели готовы принять на работу человека с ограниченными возможностями, не во всех областях занятости инвалиды конкурентноспособны. Нередки случаи, когда семьи не имеют возможности пользоваться льготами (скажем, в силу тех же экономических проблем). Всё это создаёт *информационно-правовые проблемы*, особенные в каждой отдельной семье.

Организация досуговой деятельности, реализация культурных запросов семей, имеющих в своём составе человека с ограниченными возможностями, остаётся серьёзной проблемой, и приобретает большую серьёзность вместе с отдалённостью места проживания от крупных социокультурных объектов. Потребность в самореализации, расширении кругозора существует у большинства людей-инвалидов с сохранным интеллектом. С потерей рабочего места, замкнутостью в пределах жилого помещения, ограниченностью в общении, у человека возрастает потребность в реализации своих способностей, знаний. Чтобы она удовлетворялась, необходимы специальные условия: поддержка со стороны семьи, наличие культурной среды, информированность о мероприятиях, в которых инвалид мог бы принять участие, техническое и материальное обеспечение, морально-волевые усилия самого человека с ограниченными возможностями. Необходимость в культурном отдыхе и неудовлетворение таких культурных запросов могут привести к фрустрированности. Отдых необходим каждому для смены ощущений, отвлечения от обыденности, самореализации, познания нового. Если эта потребность не реализуется, человек замыкается на своих проблемах, теряет надежду, возрастает уровень тревожности, что её больше усугубляет ситуацию.

Серьёзной является и *педагогическая проблема*. Имеется в виду приобретение профессиональных умений человеком, ограниченным в своих возможностях. Это может быть полная или частичная смена профессии, переквалификация в зависимости от существующих возможностей. Трудности представляют собой ограниченность в перемещении, психофизические особенности человека, состояние здоровья. Далеко не все учебные заведения осуществляют дистанционное обучение, не всегда семья может оплатить работу репетитора, преподавателя на дому, не каждый инвалид физически может овладеть необходимыми профессиональными умениями и т.п.

Таким образом, мы ещё раз теоретически подтвердили, что семья, в которой появляется человек с ограниченными возможностями, требует помощи и всесторонней поддержки на самых различных уровнях.

1.2 Анализ правовых и социальных гарантий инвалидов и членов их семей в Республике Беларусь и за рубежом

1.2.1 Истоки возникновения основ социальной защиты населения

Зачатки нынешней социальной работы учёные обнаруживают в первобытно-общинном строе, когда, по их мнению, элементы этой деятельности были закреплены за наиболее опытными и мудрыми членами общины. Пока человечество начало накапливать знания в области медицины, формировался понятийный аппарат, люди, которые имели отклонения в физическом или психическом развитии с детства или приобретали в результате воздействия различных факторов увечья, болезни, стали заметнее в сравнении с остальными, так как не могли передвигаться, выполнять ту же работу, зарабатывать на пропитание. Поначалу к таким отклонениям относились как к «каре», «наказанию свыше».

В связи с формированием морально-нравственных устоев, культуры изменилось отношение общества к инвалидам. Стали появляться дома, приюты, ночлежки для нищих, больных, голодных, калек. Особую роль в их появлении сыграли религиозные организации, призывающие к милосердию. Представители самых разных религиозных конфессий организовывали простейшие медицинские и санитарно-гигиенические мероприятия во время эпидемий, пандемий. На средства, собранные в целях благотворительности, в течение многих веков оказывалась помощь больным, калекам. Ещё Иоанн Златоуст говорил о необходимости милосердия и внимания ко всем нуждающимся в них людям: «Человек более всего должен учиться милосердию, ибо оно и делает его человеком... Хотя бы даже язычника мы увидели в несчастье, и ему надобно оказать добро, и вообще всякому человеку, находящемуся в несчастных обстоятельствах... питать алчущих, напоить жаждущего, одеть нагого или имеющего недостаток в приличной одежде, посетить находящегося в темнице, посещать больных, странника в дом принять и успокоить, погребать умерших в убожестве». Например, в Киеве сестрой Владимира Мономаха было основано учреждение для призрения, обучения ремёслам и даже грамоте убогих и «аномальных» детей.

Позднее стали создаваться первые инвалидные дома для всех призреваемых, а позже – богадельни, которые существовали всё же на средства от благотворительности, пожертвований.

Только в XIX веке государство взяло в свои руки дело социальной и медицинской заботы о людях-инвалидах. Во второй половине XIX века на территории Беларуси назрела острая необходимость государственной заботы о людях с физическими и психическими отклонениями, так как именно они стали основными поставщиками антиобщественных элементов. Тогда и были приняты первые нормативно-правовые акты по защите инвалидов. На средства благотворительных обществ, частных лиц, городского и земского

самоуправления начали появляться учреждения социальной помощи, открываться приюты для детей. В конце века активизировалась деятельность врачей, медицинских сообществ в деле оказания медицинской помощи инвалидам. С бурным развитием педиатрии, дефектологии, психиатрии повысилось качество оказываемой детям медицинской помощи, значительно расширилась сеть медицинских и оздоровительных учреждений. Белорусские сурдопедагоги, логопеды, тифлопедагоги Я. Фальковский, К. Молоховцев, М.Я. Нисневич, С.О. Окунь, И.О. Васютович, Р.В. Слиозберг, И.У. Зданович, Н.В. Георгиевский, К.С. Болтуть, В.-А. Зыгмунт внесли огромный вклад в дело помощи слабовидящим и глухонемым детям [11, 45-47].

Долгое время (с конца XIX века до 1918 года) помощь нуждающимся оказывало Общество Красного Креста. Работало общество на общественных началах на пожертвования от населения (не только денежные, но в виде одежды, продуктов питания и т.п.). С 1918 года Общество стало функционировать под эгидой государства. В 1960 году при комитетах обществ Красного Креста было создано "Бюро медицинских сестер по обслуживанию больных на дому". Специально обученные медицинские сёстры прикреплялись к каждой поликлинике и осуществляли медицинский уход инвалидам, больным людям по месту их проживания. Позднее для социального обслуживания инвалидов на дому стали привлекать студентов медицинских учебных заведений.

В середине 1970-х годов в СССР впервые было организовано надомное обслуживание людей силами работников домов-интернатов для престарелых и инвалидов. Деятельность работников регламентировалась "Временным положением о порядке организации надомного обслуживания пенсионеров домами-интернатами". Так как функция надомного обслуживания была несвойственна данным учреждениям, то в скором времени назрела необходимость в создании специальной службы, которая бы специализировалась на оказании социальной помощи.

Сегодня социальная защита инвалидов, обеспечение их прав и гарантий - одно из приоритетных направлений социальной политики Республики Беларусь. В отношении данной категории граждан реализовываются государственные программы и соответствующие законодательные акты.

С целью создания условий для устойчивого повышения качества жизни инвалидов государство обеспечивает их социальную поддержку путем:

- оказания адресной социальной помощи и социальных услуг;
- предоставления льгот и гарантий, предусмотренных законодательством;
- организации медицинской, профессиональной, трудовой и социальной реабилитации инвалидов;
- посредством реализации государственных и местных программ в области предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов.

Таким образом, работа по поддержке людей с ограниченными возможностями на протяжении существования общественных отношений начиналась с личного отношения к таким людям и только в середине прошлого столетия на территории СССР стала проводиться целенаправленно на государственном уровне. От личного отношения каждого человека и деятельности благотворительных общественных организаций зависело содержание инвалидов и уход за ними, но не развитие и восстановление. О соблюдении равных прав не было и речи. И только с середины XX века началось формирование социальной политики в области защиты прав и интересов людей с ограниченными возможностями.

1.2.2 Анализ правовых и социальных гарантий инвалидов и членов их семей в Республике Беларусь

В статье 4 Закона от 11 ноября 1991 г. № 1224-XII «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» сказано, что каждый инвалид, который не в состоянии удовлетворить свои жизненные потребности собственными силами, имеет право на гарантированную помощь со стороны государства, а государственная политика Республики Беларусь в области социальной защиты инвалидов направлена на обеспечение полноправного участия инвалидов в жизни общества и проводится на основе принципов:

- соблюдения прав человека;
- запрещения дискриминации по признаку инвалидности;
- обеспечения доступности медицинской, социальной, профессиональной и трудовой реабилитации;
- равных прав инвалидов, наряду с другими гражданами, на охрану здоровья, образование и свободный выбор трудовой деятельности;
- взаимодействия государственных органов с общественными объединениями инвалидов [33].

Перечисленные принципы учтены в иных законодательных актах, которые с правовой точки зрения обеспечивают равные права инвалидов. Законодательство Республики Беларусь по вопросам инвалидов базируется на принятой в 1982 году ООН «Всемирной программе действий в отношении инвалидов» и «Декларации о правах инвалидов». Итак, права людей с ограниченными возможностями в Республике Беларусь обеспечены следующими правовыми актами:

Конституция Республики Беларусь;

Закон Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь»;

Закон Республики Беларусь «О ветеранах»;

Закон Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении»;

Закон Республики Беларусь «О социальном обслуживании»;

Закон Республики Беларусь «О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан»;

Закон Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов»;

Закон Республики Беларусь «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей»;

Закон Республики Беларусь «О занятости населения Республики Беларусь»;

Кодекс Республики Беларусь «Трудовой кодекс Республики Беларусь»;

Указ Президента Республики Беларусь «О государственной адресной социальной помощи»;

Указ «О совершенствовании порядка предоставления государственной адресной социальной помощи»;

Указ Президента Республики Беларусь «О санаторно-курортном лечении и оздоровлении населения»;

«Национальная программа демографической безопасности 2016-2020 годы»;

Государственная программа «О социальной защите и содействии занятости населения на 2016-2020 годы».

Также принят ряд Постановлений Министерств Республики Беларусь, регулирующих порядок выявления инвалидов, установления группы инвалидности, обучения людей с ограниченными возможностями, реабилитации, санаторно-курортном оздоровлении, предоставлении жилья рабочего места и других вопросов:

Постановление Совета Министров Республики Беларусь «Об утверждении Положения о порядке предоставления скидок со сформированной стоимости обучения студентам и учащимся государственных учреждений, обеспечивающих получение высшего и среднего специального образования, и размерах этих скидок»;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья»;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении Инструкции о порядке медицинского отбора пациентов на санаторно-курортное лечение»;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении перечня заболеваний, дающих лицам, страдающим ими, право на дополнительную площадь жилого помещения, и перечня заболеваний, при наличии которых признается невозможным совместное проживание с лицами, страдающими ими, в одной комнате (квартире)»;

Постановление Совета Министров «О некоторых вопросах оказания социальных услуг»;

Постановление Совета Министров Республики Беларусь «Об утверждении Положения о медико-реабилитационных экспертных комиссиях и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Республики Беларусь и их отдельных положений»;

Постановление Совета Министров Республики Беларусь «О Государственном реестре (перечне) технических средств социальной реабилитации и порядке обеспечения ими отдельных категорий граждан»;

Постановление Совета Министров Республики Беларусь «Об утверждении Положения о порядке финансирования и компенсации затрат на создание и сохранение рабочих мест для инвалидов и Положения о порядке организации и финансирования мероприятий по адаптации инвалидов к трудовой деятельности».

Существует ряд положений и инструкций, в которых прописан порядок предоставления людям с ограниченными возможностями услуг, социальной и материальной помощи и т.п.: «О порядке предоставления государственной адресной социальной помощи в виде ежемесячного и (или) единовременного социальных пособий», «О порядке направления населения на санаторно-курортное лечение и оздоровление», «О порядке обеспечения граждан техническими средствами социальной реабилитации органами по труду, занятости и социальной защите», «О порядке обеспечения граждан техническими средствами социальной реабилитации государственными организациями здравоохранения», «Инструкция о порядке выдачи медицинского заключения о наличии заболеваний, при которых признается невозможным совместное проживание с лицами, страдающими ими, в одной комнате (квартире), и медицинского заключения о наличии заболеваний, дающих лицам, страдающим ими, право на дополнительную площадь жилого помещения» и мн. др.

На законодательном уровне продуманы действия по предупреждению инвалидности. Например, в соответствии с Законом «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» предупреждение инвалидности — это система социальных, медицинских, гигиенических, педагогических, профессиональных и других мер, направленных на уменьшение частоты и тяжести инвалидности [18]. В стране сформирована и постоянно совершенствуется система ранней комплексной помощи детям с ОПФР, предполагающая максимально раннее выявление нарушений в развитии и как можно более раннее начало работы с ребенком и его семьей. На дальнейших этапах с инвалидом работают территориальные центры социального обслуживания населения, специалисты которых уделяют особое внимание социально-бытовой, социально-трудовой и социально-психологической реабилитации инвалидов. Существует и сеть стационарных учреждений социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов,

психоневрологические дома-интернаты, дома-интернаты для детей-инвалидов и молодых инвалидов).

Важнейшей задачей государства является трудовая и профессиональная реабилитация, обеспечение техническими средствами и тренажёрами, включение инвалидов в культурно-массовую и спортивную жизнь страны. Большое значение придаётся созданию безбарьерной среды, что способствует значительному облегчению в передвижении людей с ограниченными возможностями, их мобильности и самообслуживанию.

С целью координации государственной политики в отношении проблем инвалидности и выработки согласованных действий создан и функционирует Республиканский межведомственный совет по проблемам инвалидов. В его состав входят руководители республиканских органов государственного управления, а также представители общественных объединений инвалидов и других организаций.

3 октября 2016 года Республикой Беларусь ратифицирована «Конвенция о правах инвалидов».

Таким образом, в результате анализа правовых документов, мы выяснили, что в нашей стране проводится целенаправленная социальная политика по обеспечению прав и гарантий людей с ограниченными возможностями в разных сферах жизнедеятельности: жилищной, медико-реабилитационной, социальной, образовательной, профессиональной и других, а также работа, направленная на предупреждение инвалидности.

1.2.3 Анализ правовых и социальных гарантий инвалидов и членов их семей в некоторых зарубежных государствах

Механизмы закрепления прав инвалидов в развитых странах различны, но действенны. Приоритетными направлениями в социальной политике многих развитых государств является совершенствование законодательства в области защиты прав людей с ограниченными возможностями, их реабилитации, созданию доступной среды.

В Канаде – первой стране, принявшей в основном документе государства положение о правах инвалидов – принцип равноправия и запрета дискриминации инвалидов содержится в Конституции страны, в Законах «О правах человека в Канаде», «О труде», «О компенсации наёмным работникам», Акты «Об инвалидах», «О профессиональной реабилитации инвалидов» и др., федеральные, провинциальные и локальные целевые программы по реабилитации инвалидов. В стране создано Министерство здравоохранения и социальной защиты, которое занимается вопросами организации социальной защиты и реабилитации инвалидов. Интересен опыт Канады по трудоустройству инвалидов, где разработана программа «Стратегия трудоустройства молодёжи». Этой программой предусмотрены льготы для компаний, устраивающих на работу молодых специалистов-

инвалидов, компенсацию стоимости оборудования, необходимого для работы инвалидов.

В Германии законодательство об инвалидах основано на том, что реабилитация и последующее трудоустройство инвалидов экономически выгоднее, чем постоянное обеспечение их пенсиями и пособиями. Основное место в реабилитации занимают:

- профилактика, раннее распознавание и раннее целенаправленное развитие, в особенности для детей грудного и младшего возраста;
- принцип «реабилитация занимает преимущественное положение по сравнению с уходом» [50].

Реабилитация инвалидов входит в перечень услуг социального страхования, системы социальных компенсаций и содействия занятости. На трудовую, социальную реабилитацию и адаптацию рассчитаны законы «Об инвалидах», «О содействии в трудоустройстве», «О единообразии мер по реабилитации», «О содействии инвалидам в пользовании общественным транспортом», «О борьбе с безработицей среди инвалидов» и многие другие.

Здесь действует «Федеральная программа занятости лиц с тяжелой степенью инвалидности», которая гарантирует льготы и субсидии предпринимателям, трудоустраивающим инвалидов. Права инвалидов прописаны в специальном разделе «Кодекса социального права», основными принципами которого являются:

- оказание всех видов необходимой помощи любому инвалиду или лицу, которому угрожает инвалидность, независимо от причины;
- интеграция инвалидов в общество;
- вмешательство на самой ранней стадии, когда должны быть приняты все меры для уменьшения масштабов последствий инвалидности;
- принцип оказания индивидуальной помощи, ориентированной на потребности конкретного инвалида и др.

В стране существуют 3 закона, запрещающих увольнять инвалида с работы до достижения им 30-летнего возраста: «О равенстве прав инвалидов на работе», «О реабилитации инвалидов и участии их в общественной жизни» и «Об уравнивании прав инвалидов с другими гражданами страны». Там же в 1970-х годах были созданы станции социальной помощи, которые пользуются большим спросом и в наше время. Сотрудники таких станций осуществляют временный уход за инвалидами, оказывают им необходимую социальную помощь [51].

В Великобритании первые законы по защите инвалидов были приняты в 1944 году. Целым рядом законов здесь обеспечены гарантии по обучению людей с ограниченными возможностями, их трудоустройства, созданию благоприятных условий труда, безбарьерной среды (Законы «О недискриминации инвалидов», «О национальной помощи», «Об инвалидах», «О пособиях по пожизненной инвалидности и для работающих инвалидов», «О социальном обеспечении»). В стране создана нормативная база по

развитию негосударственного сектора по предоставлению услуг медицинской и социальной реабилитации.

В Израиле очень большой процент лиц с ограниченными возможностями, что объясняется бесчисленными военными действиями на территории государства и терактами. «Конвенция о правах инвалидов» здесь подписана в 2007 году. В стране существует Служба национального страхования в Израиле. Здесь не устанавливают группы инвалидности, но есть 4 степени нетрудоспособности: 60%, 65%, 74% и 100%. В израильской армии можно встретить военнослужащего на коляске или костылях, т.к. при призыве на срочную воинскую службу устанавливается «медицинский профиль» по 100-балльной шкале: 100 баллов – абсолютно здоров, 1 – абсолютно болен [16]. В стране созданы условия безбарьерной среды для всех возрастных категорий, а тех, кто не выполняет закон о равноправии людей с ограниченными возможностями, подвергаются уголовному наказанию.

В Китае с 1991 года существует Закон «О защите людей с ограниченными возможностями». Равенство в Законе выражается в запрещении дискриминации, обеспечении трудоустройства и занятости людей с ограниченными возможностями, помощи в реабилитации, а также прописывает обязанности и ответственность инвалидов. В целом, в Китае во все времена милосердие к людям с ограниченными возможностями считалась одной из добродетелей.

В США Закон «О реабилитации» был принят в 1973 году, Закон «Об образовании детей-инвалидов» - в 1976 году, Закон «О помощи посредством технических средств людям с инвалидностью» - в 1988 году, Закон «Об американцах-инвалидах», который с поправками, принятыми в 2008 году, является базовым на сегодняшний день, - в 1990 году, Закон «Об образовании лиц с отклонениями в развитии и здоровье» - в 1997 году и т.д. А, например, Закон «О справедливых трудовых стандартах» принят в 1938 году и функционирует по настоящее время.

В Японии гарантии инвалидов декларирует «Основной закон об инвалидах», направленный на обеспечение независимости лиц с ограниченными возможностями. Кроме того, Закон предусматривает принятие всеохватывающего плана по работе с инвалидами и предотвращению инвалидности. В помощь основному закону здесь существуют ещё 3 закона о защите прав инвалидов:

- Закон «О социальной защите людей с физическими ограничениями»;
- Закон «О социальной защите людей с отклонениями в умственном развитии»;
- Закон «О защите психологического здоровья и социальной помощи людям с отклонениями в психологическом развитии».

Дети-инвалиды здесь обучаются в специальных школах-интернатах. Только в 2002 году был принят Указ, в котором говорится о возможности

обучаться в обычной школе, но только при наличии разрешения, принятого специальной комиссией.

В Финляндии в 1995 принята Программа политики нетрудоспособности, согласно которой осуществляется обеспечение социальной защиты людей с физическими нарушениями, а Государственный совет по проблемам инвалидности является консультативным органом министерств и государственных учреждений. Целью социальной политики государства является поощрение независимости, равенства, самостоятельности и деятельности лиц с нарушениями физического здоровья, предоставление им возможности для принятия решений, устранение на их пути препятствия физического, коммуникативного характера.

Таким образом, в результате анализа зарубежного опыта социальной политики, мы видим, что во многих развитых государствах мира законодательная база, касающаяся прав и гарантий людей с ограниченными возможностями, начала формироваться задолго до появления её в нашей стране. Тем не менее, правовая база каждого государства совершенствуется, расширяется в зависимости от целей социальной, демографической политики государств, внешних и внутренних факторов и в наше время, что говорит о постоянных поисках путей повышения уровня жизни людей с ограниченными возможностями, их интеграции в общество, обеспечения прав и гарантий.

1.3 Принципы социальной реабилитации инвалидов и их семей

Реабилитация инвалидов - система мер, направленных на оказание помощи инвалидам в достижении ими оптимального физического, интеллектуального и социального уровней деятельности, а также поддержание их посредством предоставления необходимых средств, услуг, информации и иными способами, обеспечивающими улучшение качества жизни и расширение рамок их независимости, состоящая из медицинской, профессиональной, трудовой и социальной реабилитации [31].

Реабилитация может включать в себя:

- восстановительные медицинские мероприятия;
- реконструктивную хирургию;
- протезирование и ортезирование;
- санаторно-курортное лечение;
- профессиональную ориентацию;
- обучение и образование;
- содействие в трудоустройстве;
- производственную адаптацию;
- социально-средовую;
- социально-педагогическую;

- социально-психологическую и социокультурную реабилитацию;
- социально-бытовую адаптацию;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт [38].

То есть, мы видим, что реабилитация представляет собой сложный комплекс всесторонней помощи человеку с ограниченными возможностями. Поэтому требуется мобилизация усилий как самого больного, так и членов его семьи, квалифицированных специалистов, государственных и общественных организаций.

При разработке модели комплексной реабилитации на основе социальной концепции инвалидности необходимо опираться на следующие практические *принципы*:

- Принцип организации обслуживания инвалидов по месту жительства (деинституционализация реабилитационных услуг).
- Формирование и активное внедрение системы комплексной оценки индивидуальных потребностей каждого клиента.
- Содействие освоению инвалидами навыков независимой жизни.
- Ориентация на индивидуальные потребности конкретного человека и на достижение конкретных целей при разработке планов реабилитации.
- Формирование индивидуальных планов/программ реабилитации на основе социальной концепции инвалидности.
- Разработка индивидуальных планов и программ реабилитации при активном участии самих потребителей услуг и их семей.
- Систематический контроль за выполнением плана реабилитации и его своевременный пересмотр.
- Последовательное применение мультидисциплинарного подхода в реабилитационных мероприятиях.
- Стимулирование развития навыков социализации и общения у лиц с ограниченными возможностями путем консультаций, информационно-просветительской работы, психотерапевтических средств.
- Практические мероприятия по расширению социальной инклюзии путем содействия включению инвалидов в группы взаимопомощи, объединения, сообщества по интересам.
- Поощрение участия общественных объединений и организаций частного сектора в реабилитационной деятельности с помощью механизмов социального порядка и социального партнерства.
- Нарращивание социального капитала (признание ценности вклада инвалидов в деятельность общества) [47].

Семья, в которой проживает инвалид, сталкивается с целым рядом проблем: материальными, медицинскими, правовыми, социальными. Также важны для неё и вопросы совместного отдыха, передышки, обучения и трудоустройства инвалида. В одиночку большая часть семей не в силах справиться с таким комплексом трудностей. Поэтому работа специалиста с семьями инвалидов имеет обширное поле деятельности: от выявления лиц с

ограниченными возможностями до координации действий государственных и общественных организаций в деле помощи семье и инвалиду и должна основываться на следующих *принципах*:

- соблюдения прав человека;
- преемственности и взаимодействия всех структур;
- комплексности;
- индивидуальности;
- ответственности.

Таким образом, нами выделены основные принципы, на которых базируется работа по реабилитации инвалида и его семьи. Что касается принципов работы с семьёй, то они требуют от специалистов по социальной работе наличия специфических профессиональных и личностных качеств.

1.4 Профессиональные и личностные требования, предъявляемые к специалистам по социальной работе с инвалидами и их семьями

Профессия специалиста по социальной работе со временем становится всё более востребованной, так как ежегодно увеличивается число людей, нуждающихся в посторонней помощи (подростки и пенсионеры, люди, утратившие дееспособность, потерявшие работу или находящиеся в любой другой тяжёлой жизненной ситуации). Социальная работа представляет собой в сущности синтез психологии, социологии, юриспруденции, медицины, культурологии, экономики и т.д. Она многоаспектна и требует от специалиста по социальной работе многофункциональности, мобильности, высокой степени ответственности и концентрации. Уникальность социальной работы заключается в том, что специалист выступает в роли посредника между государственными структурами и человеком, семьёй. В профессиональной компетентности специалиста по социальной работе исследователи выделяют два вида компетентностей:

1. управленческую (базируется на теоретических знаниях и практических умениях специалиста);
2. психолого-педагогическую (базируется на психолого-педагогических знаниях и умениях).

В Международном профессиональном стандарте подчёркивается необходимость 12 умений специалистов социальной работы. Это:

1. умение выслушать других с пониманием и целенаправленностью;
2. умение выявить информацию и собрать факты, необходимые для подготовки социальной истории, оценивания ситуации;
3. умения создавать и развивать отношения, способствующие успешной профессиональной деятельности;
4. умение наблюдать и интерпретировать вербальное и невербальное поведение, применять знания по теории личности и диагностические методы;

5. умение активизировать усилия подопечных (индивидов, групп, общины) на решение собственных проблем, добиться их доверия;
6. умение обсуждать острые темы в позитивном эмоциональном настрое и без выражения угроз;
7. умение разрабатывать новаторские решения проблем подопечных;
8. умение выявлять нужды для определения терапевтических зависимостей;
9. умение вести исследования, интерпретировать выводы исследований и положений профессиональной культуры;
10. умение обеспечивать и улаживать отношения между конфликтующими индивидами, группами;
11. умение обеспечивать межинституциональные связи;
12. умение интерпретировать социальные нужды и докладывать о них в финансирующих фондах, органах общественности, законодательных институтах [5].

Деятельность специалиста должна проходить как на уровне взаимодействия с самим инвалидом, так и с его социальным окружением. Отсюда и специфические *профессиональные требования*:

- владение знаниями в области защиты прав людей с ограниченными возможностями;
- информированность о ресурсах социума, в котором проживает инвалид и его семья, в деле оказания различных видов помощи;
- высокая информированность об актуальных изменениях в различных сферах, касающихся обслуживания, деятельности, защиты инвалидов;
- владение методами социальной работы с инвалидами (медицинскими, психологическими, правовыми и др.) и социальной реабилитации инвалидов;
- владение специфическими навыками для общения с инвалидами (со слабовидящими, глухими и др.);
- умение оказывать первую медицинскую помощь;
- умение работать в команде;
- высокая мобильность специалиста;
- умение грамотно освещать проблемы инвалидности в средствах массовой информации, при общении с должностными лицами, представителями общественных организаций.

В работе с инвалидами и их семьями, в основе которой заложен, в первую очередь, принцип гуманизма, важны следующие *личностные качества специалиста*:

- ответственность (специалист всегда должен помнить, что от его деятельности зависит состояние человека, иногда даже самооценка, настроенность на преодоление своего состояния);
- внимание к клиенту (инвалиды – особенная категория людей, которые испытывают серьёзные проблемы со здоровьем, а также могут причинить вред окружающим. Важно всегда быть готовым к оказанию первой

медицинской, психологической помощи, а также оградить окружающих от больного человека);

- сдержанность (как бы ни хотелось дать совет, сделать вместо инвалида что-то, что у него не получается, проявить эмоции в отношении его действий, всегда следует помнить о цели его присутствия. Если специалист будет выполнять то, что предписано сделать клиенту, то в чём смысл такой работы?);

- настойчивость (даже если семья или клиент не справляются с поставленными задачами, специалист должен проявить настойчивость);

- умение управлять своими эмоциями (чувство жалости, слёзы, чрезмерная заботливость говорят о непрофессионализме специалиста);

- стрессоустойчивость (в любой ситуации специалист должен держать себя в руках для того чтобы суметь своевременно отреагировать, принять меры, не допустить ухудшений в ситуации);

- эмпатичность (не понимая человека, специалисту невозможно выбрать верный путь его восстановления);

- коммуникативность (об этом качестве подробно изложено выше);

- порядочность (специалист по социальной работе с инвалидами допускается в дом, общаются с представителями государственных и общественных структур. От их порядочности во многом зависит успех не только в профессиональной деятельности, но и в семье, с которой он работает, а также его профессиональная репутация).

Таким образом, мы определили общие профессиональные и личностные требования к профессии специалиста по социальной работе и выделили среди них те, которые наиболее специфичны для специалиста по работе с инвалидами и семьями, в которых они проживают.

Выводы

1. В 1 главе выделены характерные особенности семей, в которых имеется лицо с ограниченными возможностями:

- особые взаимоотношения между членами семьи, направленные на помощь (или игнорирование) члену семьи-инвалиду,
- закрытость семьи,
- трудности, связанные с рабочим и учебным графиком работающих и обучающихся членов семьи,
- проблемы социальной адаптации,
- материальные проблемы,
- трудности, связанные с медицинским обслуживанием;
- потребность в социально-психологическом сопровождении;

2. охарактеризованы основные проблемы семей, имеющих инвалида, что говорит о необходимости помощи и всесторонней поддержки членов этих семей на самых различных уровнях;

3. дана краткая история развития деятельности общественных организаций и государства по оказанию помощи людям с ограниченными возможностями;

4. проанализирована нормативно-правовая база Республики Беларусь и некоторых зарубежных стран по защите прав и обеспечению гарантий людей с инвалидностью;

5. кратко изложены основные компоненты реабилитации людей с инвалидностью; подчеркнута, что реабилитация представляет собой сложный комплекс всесторонней помощи человеку с ограниченными возможностями, что требует мобилизации усилий как самого больного, так и членов его семьи, квалифицированных специалистов, государственных и общественных организаций;

6. выделены принципы организации социальной работы с инвалидом и его семьей:

- соблюдения прав человека;
- преемственности и взаимодействия всех структур;
- комплексности;
- индивидуальности;
- ответственности;

7. перечислены специфические требования к профессиональным и личностным качествам специалиста по социальной работе с инвалидами и их семьями.

ГЛАВА 2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ БЛИЗКОГО РОДСТВЕННОКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

2.1 Организация и методологические основы исследования

Начало нашему исследованию положил анализ литературы по теме и изучение опыта работы Хойникского ТЦСОН, в результате которого мы пришли к следующим выводам:

1. семья, в которой проживает человек с ограниченными возможностями, имеет, кроме прочих, характерные для неё особенности и проблемы;

2. одной из самых острых мы считаем проблемы закрытости семей, в которых проживают инвалиды, замкнутости на своих проблемах, нежелание впускать в семью других людей;

3. социальная политика Республики Беларусь в области обеспечения прав и гарантий инвалидов начала формироваться с образованием независимого государства с принятия Закона от 11 ноября 1991 г. № 1224-ХІІ «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь». Истоки её заложены ещё в СССР, когда появилась необходимость в специальной службе, оказывающей помощь одиноким пенсионерам и инвалидам. Результатом десятилетий работы в данном направлении стала сформированная к нашему времени законодательная база, которая позволяет обеспечивать основные права и гарантии инвалидов. Однако отношение общества к проблеме инвалидности до сих пор неоднозначное:

- люди предпочитают не замечать проблему,
- объекты инфраструктуры зачастую не облегчают передвижение людей с ограниченными возможностями, а, наоборот, создают препятствия,
- большой проблемой является транспорт и т.д.;

4. в работе с семьями инвалидов следует учитывать и опыт развитых зарубежных стран, в которых накоплен значительный опыт в сфере обеспечения прав и гарантий инвалидов;

5. работу с семьями, в которых проживают инвалиды, следует организовывать, базируясь на принципах, предложенных Холостовой Е.И., Дашкиным А.Н., Малофеевым И.В.

Итак, объектом данного исследования являются семьи, в которых проживает человек с ограниченными возможностями.

Цель – выявить комплекс проблем, с которыми сталкивается данная категория семей, проживающих на территории Хойникского района, уровень тревожности, самочувствия, активности и настроения родственников инвалидов.

Для проведения исследования членов семей нами была составлена анкета с открытыми и закрытыми вопросами, позволяющими собрать общие

данные об исследуемой группе, выявить степень сотрудничества родственников с инвалидами, проблемы в семьях и вид необходимой помощи семье (Приложение 4).

С целью оценки самочувствия, активности и настроения родных, которые проживают с инвалидами, мы использовали методику «САН» (Приложение 1) [37].

Для диагностики уровня тревожности была использована методика «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлора в адаптации Т. А. Немчинова (Приложение 2).

Для определения уровня социальной фрустрированности было проведено исследование с использованием методики Л.И. Вассермана (Приложение 3) [37].

2.2 Интерпретация результатов и анализ данных исследования

В исследовании приняли участие родственники инвалидов (60 человек), которые проживают совместно и осуществляют уход за людьми с ограниченными возможностями. Среди них абсолютное большинство женщин – 55, в основном трудоспособного возраста либо пенсионерки. Мужчин – 5; 1 из них студент, 1 холост, 3 женаты. 40% женщин не замужем.

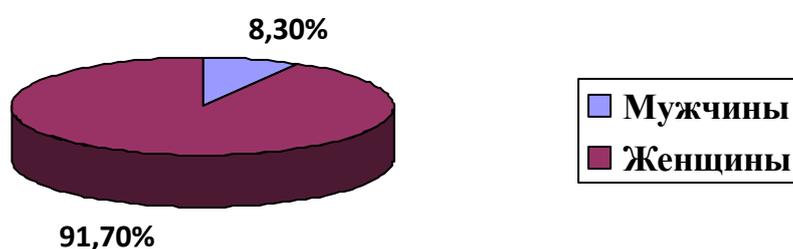


Рисунок 1 – Диаграмма соотношение исследуемых женского и мужского пола

Чаще всего среди родственных связей с инвалидами были отмечены «мать», «жена» - 60%, «сестра», «дочь» - 31,7%, «отец» - 5%, «брат» - 3,3%.

6,7% родственников-инвалидов опрошенных имеют I группу инвалидности, 93,3% – II.

Удовлетворительными условия проживания считают 40% опрошенных (60% называют следующие причины неудовлетворительных условий проживания: в доме отсутствует санузел, дом холодный, семье тесно и некоторые другие).

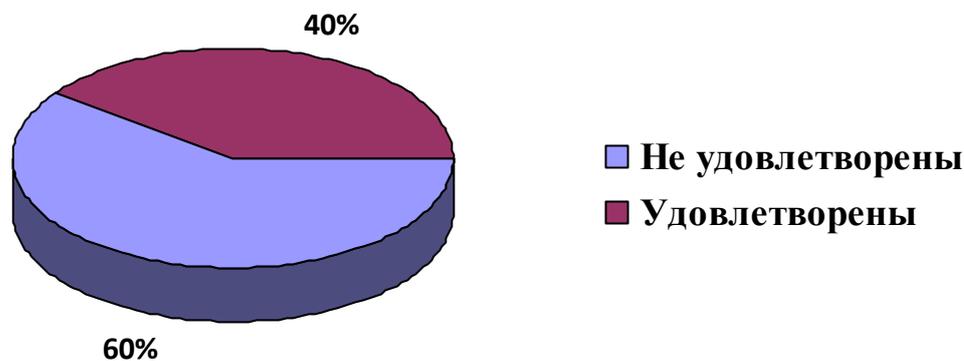


Рисунок 2 – Диаграмма мнений опрошенных об условиях проживания

Практически все респонденты считают, что в доме достаточно приспособлений для инвалидов (скорее всего, это связано с незнанием перечня технических приспособлений).

На вопрос «Удобны ли для посещения совместно с инвалидом объекты инфраструктуры?» подавляющее большинство ответило отрицательно, уточнив основные причины своих ответов так: слишком высокие ступени, не везде есть поручни, скользкие во время снегопада пандусы.

Практически ежедневно на прогулку совместно с инвалидом выходят 5% опрошенных, среди остальных ответов популярными были «1-2 раза в неделю», «иногда». Связано это с тем, что большинство опрошенных работают. В таких семьях инвалиды гуляют непродолжительное время самостоятельно либо совместно, но в выходные дни (в основном, к магазину, по двору либо просто сидят на скамейке). Для тех, кто проживает в многоэтажных домах, частота прогулок обусловлена и тяжёлым спуском/подъёмом по лестнице (дома в основном 5-этажные, лифты в них не предусмотрены). При этом, почти все опрошенные (95%) не чувствуют дискомфорта во время прогулок. Остальные отметили, что дискомфорт связан с трудностями передвижения инвалида.

На вопрос об удовлетворённости медицинским обслуживанием ответы были следующими: «да» – 21,7%; «не совсем, не всегда» – 31,7%; «нет» – 46,7%.

Отрицательные ответы подкреплены комментариями в личном общении и сводятся к общему мнению: большие очереди к каждому специалисту, отсутствие некоторых необходимых специалистов.

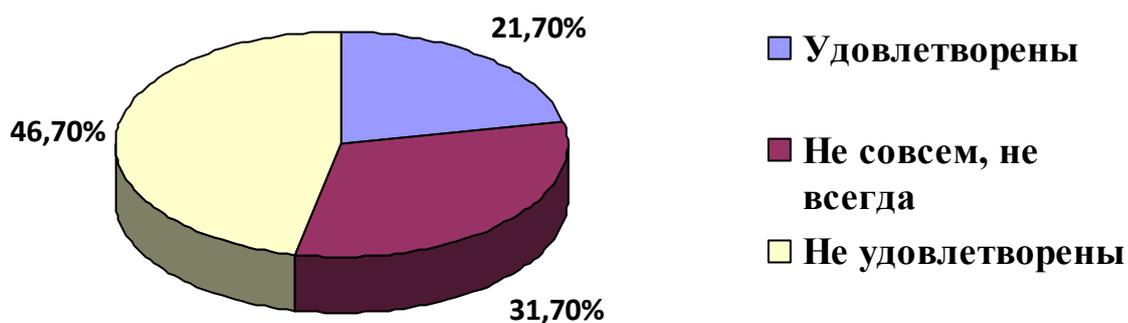


Рисунок 3 – Диаграмма мнений опрошенных о медицинском обслуживании

Большинство опрошенных (71,7%) считают свои семьи достаточно сплочёнными и уверены, что другие члены семьи могут ухаживать за инвалидом во время их отсутствия. Среди традиций, способствующих сплочению семьи, названы праздники, приезд детей с внуками.

По поводу частоты возникающих конфликтных ситуаций 5% отметили, что такие ситуации бывают часто (из-за вредных привычек), 56,6% ответили «иногда», «как и у всех», 36,7% - «редко», 1,7% отметил, что конфликтов в семье не бывает. Среди путей выхода из конфликтных ситуаций названы примирение, поиск компромисса, замалчивание (обида на некоторое время), разговор. 3,3% опрошенных написали, что никаких мер для выхода из конфликта не предпринимают («никак» и прочерк вместо ответа).

На вопрос «Есть ли у вас возможность посещать культурные мероприятия, кинотеатры, выставки?» 60% опрошенных ответили «нет», объяснив такой ответ отдалённостью, отсутствием автомобиля, материальных средств, занятостью. 1 респондент отметил, что не интересуется такими мероприятиями, 1 дал ответ «отсутствует желание». По поводу совместного отдыха в санаториях, на море, на природе только 3,3% ответили «да», 1,7% - «отдыхаю один», 1,7% - «один раз», 1,7% - «очень редко», 5% - «на природе», 87% - «нет».

Никто из опрошенных не считает, что семья материально обеспечена:

55% определили уровень материальной обеспеченности своей семьи как средний;

45% - как недостаточный.

При этом:

70% исследуемых указали на необходимость материальной (денежной) помощи;

20% - медицинской;

3,3% - психологической;

3,3% - социальной;

1,7% - помощи по хозяйству;

10% отметили, что им необходим автомобиль;

1,7% ответили «не поможет»;

15% респондентов на вопрос «Испытываете ли вы необходимость в консультациях психолога или семейного терапевта?» ответили положительно.

Безвыходным положение своей семьи считают 5% опрошенных, «иногда» таковым его видит 1,7%.

Стресс и напряжённость из-за проблем, связанных с инвалидностью родственника:

- «иногда» бывает у 95% опрошенных;
- «никогда» не бывает у 1,7% опрошенных;
- случается «довольно часто» у 3,3% опрошенных.

На вопрос «Что бы могло улучшить ситуацию в вашей семье?» были даны следующие ответы: «материальная поддержка», «взаимопонимание», «кодирование от алкоголизма», «хорошая зарплата», «жильё, смена места жительства», «хорошее медицинское обслуживание», «здоровье», «выздоровление», «лечение», «автомобиль», «свой дом и двор», «не знаю».

На вопрос «Достаточно ли вы информированы о правах, социальных гарантиях, льготах члена семьи, имеющего инвалидность?» ответы распределились следующим образом: «да» - 20%; «нет» - 1,7%; «не могу определить» - 78,3%.

Для оценки психоэмоционального состояния членов семей, в которых проживают люди с ограниченными возможностями, нами была использована методика «САН». Методика позволяет выявить психоэмоциональную реакцию взрослого человека на нагрузку на момент обследования исходя из следующих показателей: средний балл шкалы равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже четырех свидетельствуют об обратном. Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 5-5,5 баллов.

Результаты исследования представлены в Таблице 1.

Таблица 1 – Результаты исследования психоэмоционального состояния респондентов

Характеристика	Ниже 4 баллов	4 балла и выше	5-5,5 баллов	Выше 5,5 баллов
Самочувствие	35%	31,7%	30%	3,3%
Активность	20%	45%	20%	15%
Настроение	1,7%	56,7%	35%	6,7%

Таким образом, средние и нормальные психоэмоциональные показатели преобладают над «благоприятными» и «неблагоприятными», кроме показателя «самочувствие» (35%). По условиям методики, важны не только значения отдельных показателей, но и их соотношение. В целом, в

группе исследуемых самочувствие и активность несколько ниже, чем настроение, что говорит о потребности в отдыхе у значительного количества опрошенных. Настроение большинства респондентов при этом – на среднем и нормальном уровнях (56,7 и 35% соответственно).

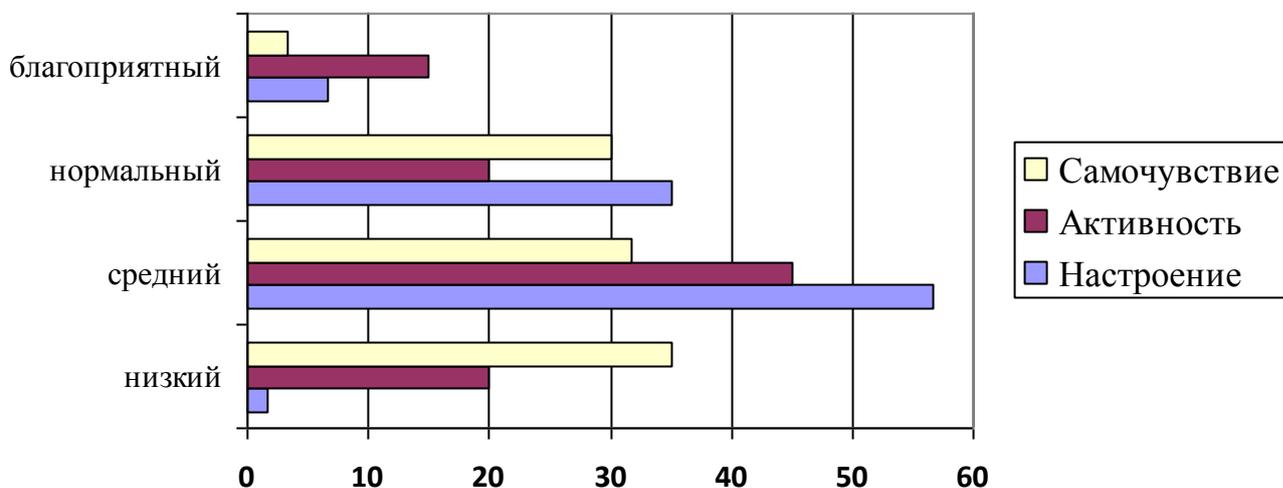


Рисунок 4 – Диаграмма соотношения отдельных показателей (самочувствия, активности, настроения)

По результатам, 21 респондент (35%) имеет низкий уровень самочувствия. Это связано с тем, что бытовые дела, уход за родственником-инвалидом и другими родственниками отнимают много времени у тех, кто осуществляет этот уход, сокращая таким образом время на отдых. К тому же большинство опрошенных работают либо являются людьми пенсионного возраста, что также сказывается на самочувствии.

Для измерения уровня тревожности родственников, проживающих с инвалидами, была использована методика «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлора. В результате проведенного исследования были получены следующие данные:

- 1,7% - очень высокий уровень тревожности;
- 38,3% - высокий;
- 46,7% - средний (с тенденцией к высокому);
- 13,3% - средний (с тенденцией к низкому).

Наглядно результаты диагностики тревожности представлены в рисунке 5.

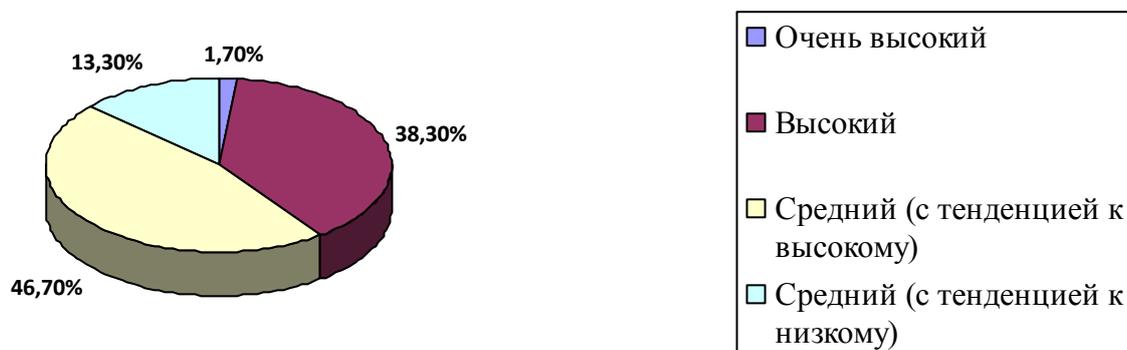


Рисунок 5 – Диаграмма уровня тревожности респондентов, проживающих с родственниками-инвалидами

Таким образом, из диаграммы видно, что большинство опрошенных имеют средний с тенденцией к высокому уровень тревожности. Велик процент людей и с высоким уровнем. Это говорит о том, что в семьях, в которых проживают люди с ограниченными возможностями, накопились проблемы, с которыми родственники инвалидов самостоятельно не могут справиться. Отсюда и закрытость семей, а также потребность в отдыхе, разгрузке, помощи.

В исследовании по методике Л.И. Вассермана приняли участие не все респонденты (49 человек), так как часть вопросов методики касается профессиональной сферы деятельности, а также предполагает наличие детей и супруга. Методика позволяет выявить уровень социальной фрустрированности группы респондентов по отдельным жизненным показателям. Результаты представлены в Таблице 2.

Таблица 2 – Результаты исследования уровня фрустрированности респондентов

№	Удовлетворены ли вы?	Индекс фрустрированности и его интерпретация
1	Своим образованием	2,3 (неопределённый)
2	Взаимоотношениями с коллегами по работе	1,3 (очень низкий)
3	Взаимоотношениями с администрацией	2,1 (неопределённый)
4	Взаимоотношениями с субъектами своей профессиональной деятельности	1,6 (пониженный)
5	Содержанием своей работы в целом	1,8 (пониженный)
6	Условиями профессиональной деятельности	2 (неопределённый)

Продолжение таблицы 2

7	Своим положением в обществе	2,4 (неопределённый)
8	Материальным положением	2,9 (умеренный)
9	Жилищно-бытовыми условиями	2,4 (неопределённый)
10	Отношениями с супругом (супругой), другом (подругой)	2 (неопределённый)
11	Отношениями с ребенком (детьми)	1,4 (очень низкий)
12	Отношениями с родителями	1,6 (пониженный)
13	Обстановкой в обществе (государстве)	1,6 (пониженный)
14	Отношениями с друзьями, ближайшими знакомыми	1 (очень низкий)
15	Сферой услуг и бытового обслуживания	2,8 (умеренный)
16	Сферой медицинского обслуживания	2,4 (неопределённый)
17	Проведением досуга	2,5 (умеренный)
18	Возможностью проводить отпуск	2,4 (неопределённый)
19	Возможностью выбора места работы	2 (неопределённый)
20	Своим образом жизни в целом	2,4 (неопределённый)

Значения индексов выявленного уровня социальной фрустрированности от очень низкого до умеренного. Социальной фрустрированности повышенного и очень высокого уровня не выявлено. Самые высокие показатели – 2,8-2,9 (крайние значения характеристики «умеренный») – получены при оценке материального положения, сферы услуг и бытового обслуживания. Индекс 2,5 – при оценке досуговой деятельности.

Неопределённый уровень выявлен по 10 позициям:

- образование;
- взаимоотношения с администрацией;
- положение в обществе;
- условия профессиональной деятельности;
- отношения с супругом (супругой), другом (подругой);
- жилищно-бытовые условия;
- сфера медицинского обслуживания;
- возможность проводить отпуск;
- возможность выбора места работы;
- образ жизни в целом.

Пониженный и очень низкий уровни социальной фрустрированности выявлены в сфере взаимоотношений, оценке обстановки в государстве и содержании работы.

В связи с тем, что контингент исследуемых постоянно проживает с инвалидами, закономерно предположение о повышенной частоте стрессовых

ситуаций, сложностей, связанных со здоровьем близкого человека. Это подтверждают и данные, полученные в результате анкетирования: 5% опрошенных считают положение своей семьи безвыходным, 95,1% иногда испытывают стрессы, связанные именно с инвалидностью близких (при этом случаются и характерные для всех семей стрессовые ситуации). Как следствие, у членов семей возрастает уровень тревожности, который может привести к самым тяжёлым последствиям.

Проанализировав данные исследования, мы сделали предположение: тревожность как психическое состояние влияет на уровень социальной фрустрации личности. Высокий уровень тревожности влияет на самооценку личности, снижает самоуважение, способность к самоактуализации, не позволяет двигаться вперёд, но приводит к состоянию «застревания» на существующей ситуации. Следовательно, при выявлении высокого уровня тревожности у исследуемых мы увидим и соответствующий уровень фрустрированности.

Итак, опираясь на полученные в результате исследования цифровые значения уровня тревожности и социальной фрустрации, мы провели статистический анализ данных методом коэффициента ранговой корреляции.

Для этого мы:

1. составили таблицу значений и выполнили ранжирование этих значений (Приложение 5);
2. произвели подсчет разности между рангами А и В (колонка d);
3. возвели разность d в квадрат (колонка d²);
4. подсчитали суммы квадратов.

После этого:

5. произвели расчет коэффициента ранговой корреляции r_s по формуле:

$$r_s = 1 - 6 \cdot \frac{\sum d^2}{N \cdot (N^2 - 1)};$$

6. вычислили результаты и пришли к выводу: коэффициент зависимости социальной фрустрации от уровня тревожности равен 0,808.

То есть, уровень фрустрированности напрямую зависит от уровня тревожности.

Возникает вопрос: почему же при довольно высоком уровне тревожности (в общей сложности у 40% опрошенных) уровень фрустрированности повышенного или очень высокого индекса не выявлен?

Остановимся на причинах возникновения фрустрации. Это могут быть постоянные стрессы, мелкие неудачи, которые постепенно накапливаются и не разрешаются, разочарования. То есть, это проблемы разного характера: как внешние, так и внутренние. Социальная фрустрация возникает в том случае, когда удовлетворение социальных потребностей личности постоянно связано с какими-то препятствиями. Тогда и возникает состояние разочарования, в котором человек ощущает, что лишен того, к чему стремился. Таким образом передается отношение человека к позициям,

которые он сумел или не сумел занять в обществе на данный момент своей жизни.

По результатам диагностики, по позициям, касающимся положения в обществе (образование, взаимоотношения с администрацией, положение в обществе, образ жизни в целом), выявлен неопределённый уровень фрустрированности. То есть, большинство родственников людей с ограниченными возможностями не испытывают критической неудовлетворённости своим положением в обществе. Основными же причинами «умеренной» фрустрированности у опрошенных являются их материальное положение, сфера услуг, бытового обслуживания и досуговой деятельности. Это подтверждают и результаты анкетирования:

1. подавляющее большинство опрошенных отметило неприспособленность объектов инфраструктуры под возможности инвалидов: слишком высокие ступени, не везде есть поручни, скользкие во время снегопада пандусы. Этими же причинами, кроме прочего, обусловлена и частота прогулок с инвалидом;

2. медицинским обслуживанием частично удовлетворены 31,7% опрошенных, не удовлетворены 46,7%;

3. на вопрос «Есть ли у вас возможность посещать культурные мероприятия, кинотеатры, выставки?» 60% опрошенных ответили «нет», объяснив такой ответ отдалённостью, отсутствием автомобиля, материальных средств, занятостью;

4. никто (!) из опрошенных не считает, что его семья материально обеспечена: 55% определили уровень материальной обеспеченности своей семьи как средний; 45% - как недостаточный.

5. среди основных видов желаемой помощи были названы: материальная (70%), медицинская (20%), автомобиль (10%);

6. 5% респондентов считают положение своей семьи безвыходным, иногда таковым его видит 1,7%;

7. стресс и напряжённость из-за проблем, связанных с инвалидностью родственника «иногда» бывает у 95% опрошенных, случается «довольно часто» у 3,3% опрошенных.

В качестве «нивелирующих» фрустрированность позиций выступают, по результатам исследования, ситуация в стране (возможно, такой результат основан на сравнении с ситуацией в соседних странах), взаимоотношения с родными и удовлетворённость содержанием трудовой деятельности. По всем этим позициям выявлен очень низкий уровень фрустрированности.

Таким образом, мы видим, что в семьях, имеющих инвалидов, можно выделить ряд специфических проблем, чему посвящён следующий раздел.

2.3 Выявление основных проблем, возникающих в семьях, имеющих близкого родственника с ограниченными возможностями

В первой главе мы выделили ряд социальных проблем, с которыми в той или иной степени сталкивается каждая семья, имеющая в своём составе инвалида:

1. медицинские;
2. психологические;
3. бытовые;
4. экономические;
5. информационно-правовые;
6. культурные;
7. педагогические.

Существующий список можно уточнить выявленными в результате диагностики проблемами семей данной категории, проживающих на территории Хойникского района:

- нехватка времени на бытовые дела и продуктивный отдых (что подтверждают результаты исследования: 60% опрошенных не имеют возможности посещать культурные мероприятия, кинотеатры, выставки; 35% опрошенных имеют низкий уровень самочувствия; индекс оценки досуговой деятельности по методике Вассермана – 2,5 – один из самых высоких);

- регулярная забота об остальных членах семьи (возможно, это связано с гиперответственностью отдельных членов семьи, неумением распределять обязанности);

- отсутствие помощи от остальных членов семьи в уходе за инвалидом и за собой (в 28,3% случаев);

- отдалённость от районного центра и неудобное расписание рейсового общественного транспорта;

- отсутствие собственного транспорта для беспрепятственного передвижения в любое время;

- убеждённость в безысходности (6,7%), стрессовые ситуации, связанные с инвалидностью одного из членов семьи (которые «иногда» бывают у 95,1% опрошенных; случаются «довольно часто» у 3,3% опрошенных);

- усугубляющие ситуацию вредные привычки других членов семьи: алкоголизм, курение, лень;

- закрытость семей, в которых проживают инвалиды, замкнутость на своих проблемах, нежелание впускать в семью других людей.

Выявленные проблемы способствуют высокому уровню напряжённости у 40% опрошенных и среднему (с тенденцией к высокому) у 46,7%, а также подтверждают результаты методики «САН»: 35% опрошенных имеют низкий уровень самочувствия, 31,7% - средний.

Как вывод из полученных данных, семьям, имеющим в своём составе людей с инвалидностью, требуется социальная, материальная, психолого-педагогическая, медицинская помощь.

Мы полагаем, что снизить уровень тревожности можно, способствуя устранению проблемы транспорта, материальных трудностей, касающихся инвалидов, решая проблему свободного времени.

С некоторыми проблемами после обучения семья сможет справиться самостоятельно. Например, те, кто ухаживает за инвалидами, могли бы привлекать остальных родственников к решению бытовых вопросов (хозяйство, уборка, самообслуживание), тем самым освобождая время для отдыха, отвлечения от домашних дел, расширяя свой кругозор. Отказ от вредных привычек смог бы сэкономить приличные суммы для других нужд семьи, уменьшил бы количество конфликтов. Причём для этого имеется неплохой потенциал: 71,7% опрошенных всё же считают свои семьи достаточно сплочёнными, большинство пытаются решить конфликтные ситуации своими силами, принимая компромиссное решение, разговаривая, обсуждая проблему, с помощью примирения.

Выводы

Итак, во второй главе:

1. проведено исследование членов семей, в которых проживают инвалиды, методом анкетирования. В результате выявлены специфические проблемы семей, имеющих инвалида и проживающих на территории Хойникского района:

- нехватка времени на бытовые дела и продуктивный отдых;
- регулярная забота об остальных членах семьи (возможно, это связано с гиперответственностью отдельных членов семьи, неумением распределять обязанности);
- отсутствие помощи от остальных членов семьи в уходе за инвалидом и за собой (в 28,3% случаев);
- отдалённость от районного центра и неудобное расписание рейсового общественного транспорта;
- отсутствие собственного транспорта для беспрепятственного передвижения в любое время;
- убеждённость в безысходности (6,7%), стрессовые ситуации, связанные с инвалидностью одного из членов семьи;
- усугубляющие ситуацию вредные привычки других членов семьи: алкоголизм, курение, лень;
- закрытость семей, в которых проживают инвалиды, замкнутости на своих проблемах, нежелание впускать в семью других людей;

2. были проанализированы статистические данные по динамике инвалидности районе за последние 7 лет (Рис.6).

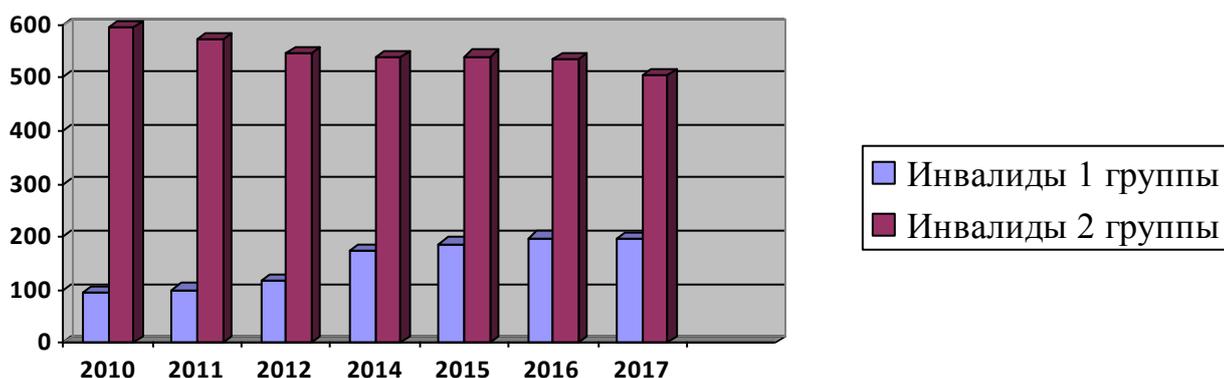


Рисунок 6 – Гистограмма динамики инвалидности в Хойникском районе в 2010-2017 гг.

3. по результатам исследования родственников инвалидов с помощью методики «САН» были получены следующие данные: средние и нормальные психоэмоциональные показатели преобладают над «благоприятными» и «неблагоприятными», кроме показателя «самочувствие» (35%). В целом, в

группе исследуемых самочувствие и активность несколько ниже, чем настроение, что говорит о потребности в отдыхе у значительного количества опрошенных. Настроение большинства респондентов при этом – на среднем и нормальном уровнях (56,7 и 35% соответственно);

4. по «Шкале тревожности» Дж. Тейлора получены следующие результаты:

1,7% опрошенных - очень высокий уровень тревожности;

38,3% - высокий;

46,7% - средний (с тенденцией к высокому);

13,3% - средний (с тенденцией к низкому);

5. исследование по методике Л.И. Вассермана не выявило значений индексов социальной фрустрированности повышенного и очень высокого уровня. Самые высокие показатели – 2,8-2,9 (крайние значения характеристики «умеренный») – получены при оценке материального положения, сферы услуг и бытового обслуживания. Индекс 2,5 – при оценке досуговой деятельности. Неопределённый уровень выявлен по 10 позициям, пониженный и очень низкий уровни социальной фрустрированности выявлены в сфере взаимоотношений, оценке обстановки в государстве и содержании работы;

6. статистическое исследование данных методом коэффициента ранговых корреляций показало прямую зависимость уровня фрустрированности людей, проживающих с инвалидами, от уровня тревожности.

ГЛАВА 3 СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ БЛИЗКОГО РОДСТВЕННОГО С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ, В «ХОЙНИКСКОМ ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ»

3.1 Содержание деятельности специалиста по социальной работе при проведении социальной реабилитации семей, имеющих близкого родственника с ограниченными возможностями

Учреждение «Хойникский территориальный центр социального обслуживания населения» создано в г. Хойники в 2004 году с целью оказания помощи незащищённым категориям населения. Под пристальным вниманием специалистов Хойникского ТЦСОН находятся одинокие пожилые люди, инвалиды, дети-сироты, семьи, требующие особого внимания. Сотрудники предлагают нуждающимся квалифицированную психологическую, юридическую, социальную и другую помощь; выезжают на дом; организуют временный приют людям, оказавшимся в кризисной ситуации (работа «Кризисной комнаты»); организуют работу кружков, секций. Штат сотрудников – 45 специалистов.

Учреждение состоит из шести отделений:

1. Отделение первичного приема, информации, анализа и прогнозирования.
2. Отделение дневного пребывания для инвалидов.
3. Отделение социальной адаптации и реабилитации.
4. Отделение социальной помощи на дому.
5. Отделение дневного пребывания для граждан пожилого возраста.
6. Отделение срочного социального обслуживания.

Как видно из структуры Хойникского ТЦСОН, для работы с инвалидами в нём организовано особое отделение. Это связано с численностью людей с ограниченными возможностями и спецификой реабилитационной работы с данной категорией населения (см. Рис.6).

Анализ статистических данных за период с 2010 по 2017 гг. показал, что количество инвалидов 2 группы по сравнению с 2010 годом, в среднем по району снизилось, но значительно увеличилось число людей с 1 группой инвалидности: с 96 человек в 2010 г. до 196 – в 2017 г.

Инвалиды 1 и 2 групп в Хойникском районе по показателям на 01.04.2017 г. составляют около 52% от общего числа людей с инвалидностью (примерно 48% – люди с 3 группой и дети). Число людей-инвалидов 1 и 2 групп в Хойникском районе, таким образом, - 3,8% от общего количества населения района.

Работа с инвалидами и их семьями в ТЦСОН проводится в условиях полустационара, где люди с ограниченными возможностями могут посещать кружки, выбранные ими или рекомендованные в зависимости от физических

и интеллектуальных возможностей, способностей и потребностей. Здесь работают кружки «Серебряные нити», «Богатырь», «Хозяюшка», «Чудомышь», «Позитив-плюс», а также клубы «Фокус», «Левзея» и «Надежда».

Основные направления работы отделения:

- выявление потребностей инвалидов; формирование у них практических умений и навыков, обеспечивающих автономию в быту;
- вовлечение инвалидов в творческую деятельность, физкультурно-оздоровительные мероприятия;
- работа с родственниками инвалидов;
- привлечение общественных организаций для оказания помощи инвалидам.

Социально-бытовая помощь людям с ограниченными возможностями оказывается отделением социальной помощи на дому. Таким образом, деятельность центра направлена на социальное обслуживание и поддержку инвалида и его близких родственников, оказание им комплекса социальных услуг и содействие социальной адаптации и реабилитации в условиях полустационара и на дому.

В специальной литературе большое внимание уделяется внутреннему резерву семей по решению кризисных ситуаций. В работе с семьёй, имеющей инвалида, специалисты ЦСОН делают упор на преодоление «комплекса жертвы»; формирование чувства самодостаточности каждого члена семьи; восстановление прежних, «докризисных», функций семьи. Важно отметить, что содержание деятельности отдельного социального работника с семьёй, в которой проживает инвалид, регламентируется теми задачами, которые вытекают из данных, полученных в результате изучения конкретной семьи. В одном случае в основе социальной реабилитации будет заложено сопровождение семьи, в другом – организационная работа, в третьем – посредническая. Отметим, что посредническая функция характерна для деятельности социального работника в любом случае, но в различной степени.

Цель специалистов центра, работающих с семьями инвалидов, – содействовать адаптации всей семьи. Во избежание повторного кризиса в семье, факторов, провоцирующих нестабильные взаимоотношения, специалист выбирает наиболее оптимальные варианты социальной терапии, направляет членов семьи, при необходимости, к соответствующим специалистам.

Содержание деятельности специалиста по реабилитации семей, имеющих близкого родственника с ограниченными возможностями, состоит из следующих компонентов:

- диагностика;
- установление партнёрских, доверительных взаимоотношений;
- восстановление социальных ролей и связей семьи;
- профилактика новой или повторной кризисной ситуации;

- обучение созданию такой среды в семье, которая бы позволяла инвалиду проявлять в максимальной степени самостоятельность, тем самым не давая развиваться комплексу неполноценности, иждивенчеству, унынию;
- обучение, в то же время, навыкам ухода за человеком с ограниченными возможностями;
- содействие восстановлению и развитию духовно-нравственного потенциала семьи;
- оказание посреднической помощи семье в правовой, психологической, медицинской, экономической и социальной сферах деятельности;
- повышение правовой, психолого-педагогической грамотности всех членов семьи, информирование семей об изменениях в правовых документах, касающихся проблем семьи;
- вовлечение семьи в культурно-досуговую деятельность;
- организация знакомства с семьями, имеющими похожие проблемы и трудности;
- ведение дневника наблюдений, осуществление контроля за ведением дневника.

Диагностика, мониторинг проводятся специалистами в начале работы с выявленной семьёй и на завершающем этапе. Это объёмный труд, от результатов которого зависит выбор технологий работы с семьёй, выявление необходимых семье видов помощи.

От степени доверия членов семьи специалистам по социальной работе зависит эффективность реабилитации. Как показал опыт сотрудников Хойникского ТЦСОН, семьи, в которых проживают люди с ограниченными возможностями, чаще всего закрыты для общения, неохотно допускают посторонних людей – даже пришедших для оказания помощи! – в свой дом. Семья, в которой проживает лицо с ограниченными возможностями, замыкается в своём тесном мире от всего остального общества и даже своих родных. Часты случаи, когда члены семьи не хотят делиться своей трагедией, испытывая стрессовое состояние, непонимание и даже игнорирование происходящего; в эмоциональной сфере наблюдаются подавленные настроения, неверие в свои силы, безысходность.

Важно научить членов семьи самостоятельно взаимодействовать с различными социальными институтами для решения трудностей, не отступать в достижении той или иной цели, пользоваться правами, которые обеспечивают нормальную жизнедеятельность инвалида. Участие семьи совместно с инвалидом в общественно-культурной жизни, посещение культурных мероприятий, активная деятельность по организации и проведению мероприятий способствуют укреплению внутрисемейных связей, снятию напряжения, появлению новых знакомств, отвлечению от социально-бытовых трудностей, самоутверждению людей с ограниченными возможностями. Так, слабовидящая представительница г. Хойники на

областном фестивале декоративно-прикладного творчества среди молодых инвалидов «Волшебный мир фантазии» заняла в текущем году 1 место со своей работой «Платье из листьев капусты».

Немаловажной является и деятельность по отслеживанию результатов работы, которая позволяет ставить прогнозы, выдвигать цели для дальнейшей работы с семьёй инвалида, корректировать существующие направления работы.

Таким образом, работая над первой частью третьей главы, мы описали деятельность специалистов ТЦСОН г. Хойники по социальной работе с инвалидами и их семьями, выделив в виде диаграммы количественный состав инвалидов первой и второй групп; выявили содержательные компоненты деятельности специалиста по реабилитации семей.

3.2 Выявление направлений работы по реабилитации семей, имеющих близкого родственника с ограниченными возможностями

В социально-педагогической, психологической, медицинской литературе огромное внимание уделяется реабилитационной работе с инвалидами: разработаны рекомендации, предлагаются методики работы. Актуальными и широко разработанными являются темы реабилитационной работы с детьми-инвалидами, их социализации, адаптации, ухода за детьми-инвалидами. Однако семья состоит не только из человека, требующего особого ухода, но и из тех членов семьи, которые этот уход осуществляют. Серьёзное заболевание одного человека, как было отмечено выше, оказывает влияние на всю семью: нарушается привычный уклад жизни, усугубляются материальные проблемы, меняются функции членов семьи, которые нередко по причине болезни близкого человека теряют место работы. Замечено, что у здоровых членов семьи впоследствии появляются эмоциональные, коммуникативные проблемы.

В такой ситуации основным направлением работы специалистов с семьёй должно стать формирование положительного психологического климата в семье, снятие напряжённости у того члена семьи, который находится в этом состоянии.

Для достижения положительных результатов реабилитации *семьи*, в которой проживает инвалид, специалисты ставят перед собой следующие *задачи*:

1. организация сотрудничества;
2. выявление основных проблем, создающих угрозу сохранности семьи и благоприятным условиям для реабилитации инвалида;
3. определение путей реабилитации отдельного члена семьи, всей семьи (чаще) на основе результатов диагностики;
4. составление программы социальной реабилитации;
5. создание условий для реализации программы.

Направления работы по реабилитации семьи, в которой проживает человек с инвалидностью, имеют свою специфику. В зависимости от задач, которые ставит перед собой специалист, мы выделили *направления работы по реабилитации семьи*:



Рисунок 7 – Схема «Направления работы специалиста по реабилитации семьи, в которой проживает инвалид»

Многие научные исследования показали: чем выше психологические связи между членами семьи, чем она сплочённее, тем продуктивнее это сказывается на результатах реабилитации больных членов семьи. Давно известно, что оптимистичный настрой всей семьи играет решающую роль в улучшении состояния больного. Ещё в начале XX века П.П. Кащенко обосновал идею психологического воздействия семьи на больного необходимостью создания препятствия для его аутизации путём взаимодействия с близкими. Известный психиатр подчёркивал важность

«благоприятного стечения индивидуальных особенностей семьи» при лечении психических нарушений [15]. Отсюда и общая для всех специалистов задача в работе по реабилитации семьи: создание в ней настроения, веры в успех общего дела ухода за инвалидом.

В медицинской литературе выделяют 3 группы критериев социальной поддержки:

- на уровне чувства (ощущение любви, уважения);
- на уровне подтверждения (ободрение того, как справляется со своей ситуацией пациент);
- на уровне помощи (деньгами, информацией, советом, временем).

При этом обращается внимание на зависимость соблюдения пациентами медицинских рекомендаций от их семейных обстоятельств [9]. Думаем, что эти критерии показательны и для социальной работы с семьёй, в которой проживает инвалид.

Таким образом, в данной части работы мы определили, что от общего настроения семьи, психологического климата в ней зависит и улучшение состояния больного человека. Также, анализируя проблемы семей, к общему списку добавлены выявленные в результате исследования семей. На основе этих данных названы направления работы специалиста по социальной работе с семьёй инвалида.

3.3 Разработка инновационных технологий реабилитации семей, в которых проживают лица с ограниченными возможностями

Социальная работа по реабилитации семей, в которых проживают люди с ограниченными возможностями, предполагает подключение для оказания помощи семьям всех локальных структур: государственных и общественных, частный бизнес, средства массовой информации, церковь, благотворительные фонды, социальные сети. Только общими усилиями и целенаправленными действиями, в основе которых заложен принцип гуманизма, можно организовать социальную работу с целью повышения качества реабилитации семей, имеющих инвалида.

Многоаспектность проблем семей, в которых проживают люди с ограниченными возможностями, влечёт за собой и необходимость в разработке инновационных технологий для их разрешения.

Инновация (нововведение) — создаваемые (осваиваемые) новые или усовершенствованные технологии, виды товарной продукции или услуг, а также организационно-технические решения производственного, административного, коммерческого характера, способствующие продвижению технологий, товарной продукции и услуг на рынок.

Новые технологии – система производственных и иных операций, методов и процессов, обладающая более высокими качественными характеристиками по сравнению с лучшими аналогами, доступными на

данном рынке, на определенном сегменте рынка или рыночной ниши, для которых эти технологии являются новыми [34].

На наш взгляд признаками инновационных проектов в социальной работе для данного региона должны быть:

- соответствие запросам клиента;
- малобюджетность;
- стационарозамещение (мобильность);
- информационная открытость, доступность.

Ориентируясь на нужды семей, проживающих в данном регионе, мы предлагаем примерный перечень мероприятий для реабилитации. Наряду с традиционными технологиями мы включили в него и инновационные, разработанные в соответствии с актуальными запросами населения данного района.

Таблица 3 - Примерный перечень мероприятий для социальной реабилитации семьи, в которой проживает инвалид

Вид помощи	Мероприятие, проект	Предполагаемый результат
Социальная	<ul style="list-style-type: none"> - содействие в формировании жизненной среды обитания для инвалидов и их семей; - координация усилий всех структур для помощи семье; - проект «Фургон взаимопомощи»; - акция «Такси добра»; 	<p>Обеспечение безбарьерной среды для инвалида и его семьи;</p> <p>оперативное и квалифицированное разрешение проблем семьи.</p>
Психолого-педагогическая	<ul style="list-style-type: none"> - выявление ресурсов семьи; - работа комнаты арт-терапии «Тихий остров»; - работа «Кризисной бригады»; - обучение членов семьи бесконфликтному поведению; - обучение навыкам психологической поддержки инвалида; - коррекция внутрисемейных взаимоотношений и ролей; - вовлечение в работу кружков, клубов на базе ТЦСОН; 	<p>Благоприятные внутрисемейные отношения, способствующие улучшению и стабилизации состояния здоровья инвалида;</p> <p>организованный отдых для членов семьи, восстановление эмоционального равновесия;</p>

Продолжение таблицы 3

	<ul style="list-style-type: none"> - организация участия семьи культурно-массовых мероприятий; - организация сотрудничества с представителями церкви. 	<p>повышение значимости семьи в обществе, внимания к ней со стороны социума</p>
Медицинская	<ul style="list-style-type: none"> - обучение членов семьи навыкам ухода за инвалидом, наблюдения за его состоянием; - оказание помощи в оформлении документов; - работа «Кризисной бригады». 	<p>Повышение качества ухода за инвалидом, недопущение случаев ухудшения состояния.</p>
Правовая	<ul style="list-style-type: none"> - оказание посреднической помощи семье в оформлении документов; - разъяснение прав и возможностей семьи в деле реабилитации инвалида и семьи в целом; - работа по повышению правовой грамотности членов семьи. 	<p>Оперативное решение правовых вопросов, повышение правовой грамотности членов семьи.</p>
Информационная	<ul style="list-style-type: none"> - освещение информации о работе социальных проектов района, нацеленных на оказание помощи семье, имеющей инвалида; - освещение достижений семей в прессе, положительного опыта сотрудничества с семьёй; - координация работы по запросу клиентов по телефону, в социальных сетях. 	<p>Изменение отношения общества к семье инвалида, проблеме инвалидности; повышение самооценности семьи; оперативное вмешательство по запросу семьи.</p>

Принципы, которыми следует руководствоваться при выборе технологии работы с семьёй инвалида и которые увеличат эффективность реабилитационной работы:

- этапность,
- последовательность,
- непрерывность,
- дифференцированность,
- индивидуальность,
- преемственность,

- комплексность,
- сотрудничество,
- доступность,
- бесплатность,
- целесообразность.

В основе перечисленных принципов заложен характер социальной работы по реабилитации семьи инвалида: поэтапный, длительный, непрерывный, комплексный, квалифицированный.

Мы предлагаем наряду с традиционными включить в перечень возможных мероприятий несколько социальных проектов, актуальных для семей, в которых проживают лица с ограниченными возможностями.

Технология «Фургон взаимопомощи»

Задача:

- доставка необходимых для инвалида предметов мебели, оборудования, одежды, лекарств, продуктов питания в отдалённые населённые пункты района.

Девиз проекта: «То, что для одного – ненужный хлам, для другого – недоступная роскошь» (Р.Брэдбери)

Порядок работы: «Фургон взаимопомощи» направлен на развитие сотрудничества и взаимопомощи семей, в которых проживают люди с ограниченными возможностями. Связь между семьями может осуществляться по телефону или через группу социальной сети «ВК» «Фургон взаимопомощи». Семья даёт объявление, заявку на необходимый инвалиду предмет. Возможно, он у кого-то имеется. В таком случае человек связывается с руководителем проекта, сообщает, когда и где можно забрать необходимое. Семья, оформившая заявку, получает необходимую вещь, обязательно оставляя при этом что-то для других (например, продукты питания с собственного участка, обувь, одежду или то, на что есть конкретная заявка).

В основе проекта идея о том, что часто мы выбрасываем, складываем бесполезные для нас вещи, в которых нуждается кто-то другой. Например, у одних дома годами стоят костыли, которыми когда-то пользовался кто-то из членов семьи. Сейчас они никому не нужны, а вот километрах в 40 семья инвалида остро нуждается в этом оборудовании, но не имеет средств для его приобретения. Зато в этой семье есть инвалидная коляска, которая теперь не нужна в связи с улучшениями в здоровье и только занимает место в доме. И т.д.

Проект предназначен для тех семей, которые испытывают проблемы с доставкой необходимых вещей, технических приспособлений ввиду отсутствия собственного автотранспорта. Населённые пункты района недостаточно связаны между собой с помощью общественного транспорта (Приложение 6), что и отмечено опрошенными в ходе исследования

Ещё одна технология - «Кризисная бригада».

Задачи:

- оказание экстренной квалифицированной социальной, психологической, медицинской, педагогической помощи семьям, в которых проживают инвалиды;
- обеспечение временного отсутствия в доме членов семьи, осуществляющими уход за инвалидом;
- уход за инвалидом во время отсутствия в доме членов семьи, осуществляющими уход за инвалидом.

Специалисты: водитель, медицинский работник, психолог, специалист по социальной работе, педагог, волонтер.

Технология направлена на удовлетворение запроса семьи, которой необходимо время передышки либо срочная помощь. Например, это могут быть:

- 2 часа для посещения выездного парка аттракционов;
- время для рекреации семьи, посещения кружков в ТЦСОН, иных организаций;
- время, необходимое для посещения поликлиники с ребёнком;
- период обострения болезни у того, кто осуществляет уход за инвалидом (если это единственный член семьи) и т.д.

Следующий проект: ежемесячная акция «Такси добра».

Задача:

- разовая бесплатная доставка инвалида в сопровождении родственника к месту назначения и обратно.

Суть проекта: не всегда удобно и возможно перевезти тяжелобольного человека, допустим, в районную поликлинику для прохождения медкомиссии, необходимой процедуры или, предположим, для оформления документов. Трудности, с которыми столкнётся при этом член семьи, который осуществляет уход за инвалидом:

- нужно выбрать время, свободное от работы, а оно не всегда совпадает с графиком работы нужного учреждения и общественного транспорта;
- общественный транспорт не приспособлен для перевозки пассажиров с ограниченными возможностями;
- отсутствие материальных средств для оплаты услуг такси.

Так как необходимость перевозки тяжелобольного, действительно, может быть однократной, но необходимой, то и работа «Такси добра» планируется в виде разовой ежемесячной акции. В г. Хойники имеется городское и междугородное такси, которые и можно привлечь 1 раз в месяц для оказания помощи в перевозке инвалидов, что существенно облегчит усилия семьи, затрачиваемые в этом направлении, особенно в зимний период.

Комната арт-терапии «Тихий остров».

Задачи:

- снятие эмоционального напряжения;
- восстановление психологического состояния индивида;
- кратковременная передышка, отдых;
- выплеск эмоций в творческой деятельности.

Суть технологии: организовать обстановку тишины, покоя, условий для выплёскивания негативных эмоций, отдыха. Возможно, данную технологию уже используют во многих учреждениях, так как это действенный способ снятия напряжения, усталости.

Комната «Тихий остров» должна представлять собой тихий оборудованный кабинет с уютной обстановкой и материалами для рисования, лепки, пескотерапии, оригами, природным материалом. Можно расставить кресла-мешки, сенсорные дорожки, включить тихую спокойную музыку.

В такой комнате особенно нуждаются те, кто перегружен делами, не успевает заниматься собой, у кого участились конфликты с родственниками, а в домашних условиях снять напряжение не удаётся.

Итак, предложенные нами технологии «Фургон взаимопомощи», «Тихий остров», «Такси добра», «Кризисная бригада» призваны решать проблемы, которые были выявлены в результате исследования семей инвалидов, проживающих на территории Хойникского района. Данные проекты направлены на:

- оптимизацию внутрисемейных отношений для объединения всех резервов семьи в деле оказания помощи инвалиду;
- повышение уровня психического здоровья членов семьи, снятие психического напряжения;
- обучение членов семей способам выхода из конфликтных ситуаций;
- обучение членов семей навыкам ухода за инвалидом с учётом его особенностей;
- оказание содействия в решении материальных проблем.

Инновационность данных проектов заключается в их уникальности и актуальности для данного региона. Предложенные решения проблем семей, имеющих инвалида, требуют апробации и последующего анализа эффективности. При достаточно высоких показателях эффективности проекты возможно усовершенствовать с учётом всех составляющих и внедрять в других населённых пунктах Республики Беларусь с аналогичными потребностями семей, имеющих инвалида.

Выводы

В третьей главе мы описали опыт работы Хойникского ЦСОН с инвалидами, проживающими на территории района (на 01.04.2017 г. составляют около 52% от общего числа людей с инвалидностью (примерно 48% – люди с 3 группой и дети).

Отметим, что социальное обслуживание семей, в которых имеются лица с ограниченными возможностями, специалистами ЦСОН представляет собой оказание целого комплекса услуг, направленных на адаптацию и реабилитацию не только самих инвалидов, но и семьи в целом.

Задачи социальной реабилитации *семьи* инвалида, которые специалисты ставят перед собой:

1. организация сотрудничества с семьёй;
2. выявление основных проблем, создающих угрозу сохранности семьи и созданию благоприятных условий для реабилитации инвалида;
3. определение путей реабилитации отдельного члена семьи, всей семьи (чаще) на основе результатов диагностики;
4. составление программы социальной реабилитации;
5. создание условий для реализации программы;
6. проведение мониторинга по результатам работы с семьёй, организация последующего патронажа семьи.

В соответствии с задачами нами выявлены следующие *направления работы* по повышению уровня реабилитации семей, в которых проживают инвалиды:

- оптимизация внутрисемейных отношений для объединения всех резервов семьи в деле оказания помощи инвалиду;
- повышение уровня психического здоровья членов семьи, снятие психического напряжения;
- обучение членов семей способам выхода из конфликтных ситуаций;
- обучение членов семей навыкам ухода за инвалидом с учётом его особенностей;
- оказание содействия в решении материальных проблем и информационной поддержки.

Итак, опираясь на характер проблем семей, в которых проживают инвалиды, содержательный аспект деятельности специалистов по социальной работе, мы предлагаем несколько технологий, нацеленных на успешную реабилитацию данной категории семей:

1. Технология «Фургон взаимопомощи», задача которого - доставка необходимых для инвалида предметов мебели, оборудования, одежды, лекарств, продуктов питания в отдалённые населённые пункты района.

2. Технология - «Кризисная бригада».

Задачи:

- оказание экстренной квалифицированной социальной, психологической, медицинской, педагогической помощи семьям, в которых проживают инвалиды;

- обеспечение временного отсутствия в доме членов семьи, осуществляющими уход за инвалидом;

- уход за инвалидом во время отсутствия в доме членов семьи, осуществляющими уход за инвалидом.

3. Следующий проект: ежемесячная акция «Такси добра». Задача данного проекта - разовая бесплатная доставка инвалида в сопровождении родственника к месту назначения и обратно.

4. Комната арт-терапии «Тихий остров».

Задачи:

- снятие эмоционального напряжения;

- восстановление психологического состояния индивида;

- кратковременная передышка, отдых;

- выплеск эмоций в творческой деятельности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проанализировав источники литературы и результаты проведенного нами исследования, мы выявили, что семья, в которой проживает инвалид, имеет целый ряд специфических проблем и задач, требующих решения и внешней помощи. Между тем, семья – это та среда, которая может, используя свой психоэмоциональный, духовный потенциал, эффективнее всех остальных структур содействовать восстановлению инвалида, улучшению в его состоянии.

Работая над теоретической частью, мы рассмотрели различные подходы к проблеме инвалидности, остановившись подробнее на взаимодействии инвалида и общества. Конечно, мы не первые, кто подчеркнул, что противоречия между особенностью личности и неадаптированной средой лишают человека с ограниченными возможностями полноценной жизни, что о самостоятельности личности инвалида, о её самостоятельности можно говорить, лишь когда инвалид имеет равные со здоровыми людьми возможности, чувствует себя полноправным гражданином общества.

Для внедрения в социальную среду приспособлений, способствующих социализации людей с ограниченными возможностями, а также их социальной реабилитации по всему миру, включая наше государство, создана законодательная база, гарантирующая равные со здоровыми людьми права инвалидов. В Республике Беларусь социальные гарантии для инвалидов существуют практически во всех сферах деятельности. Но тем не менее, в результате исследования мы выделили ряд проблем, с которыми сталкиваются семьи инвалидов, делая акцент на проблемах, специфических для Хойникского района: продолжает существовать проблема среды, создающей препятствия, остаются острыми и вопросы медицинского обслуживания, транспорта, невысокий материальный достаток семей, одной из самых главных проблем остаётся замкнутость такой семьи, стремление в одиночку бороться с бедой, нежелание обращаться за помощью к специалистам.

Пытаясь определить место семьи в деле реабилитации инвалида, мы пришли к выводу, что семья обладает всеми необходимыми резервами для успешной реабилитации инвалида при условии самостоятельности каждого её члена и гибкости в целом. Помощь семье в этом деле призван оказывать специалист по социальной работе.

Среди основных *направлений работы* специалистов по реабилитации семьи, в которой проживает инвалид, мы выделили следующие:

- оптимизация внутрисемейных отношений для объединения всех резервов семьи в деле оказания помощи инвалиду;
- повышение уровня психического здоровья членов семьи, снятие напряжения;

- обучение способам выхода из конфликтных ситуаций;
- обучение навыкам ухода за инвалидом с учётом его особенностей;
- оказание содействия в решении материальных проблем;
- оказание информационной поддержки.

Проведённое исследование членов семей, в которых проживают люди с инвалидностью, показало, что:

1. средние и нормальные психоэмоциональные показатели активности и настроения преобладают над «благоприятными» и «неблагоприятными», кроме показателя «самочувствие» (низкий уровень у 35%);

2. 1,7% опрошенных имеет очень высокий уровень тревожности, 38,3% - высокий, 46,7% - средний (с тенденцией к высокому), 13,3% - средний (с тенденцией к низкому);

3. уровень фрустрированности в среднем нейтральный и напрямую зависит от уровня тревожности;

4. большинство родственников людей с ограниченными возможностями не испытывают критической неудовлетворённости своим положением в обществе. Основными же причинами «умеренной» фрустрированности у опрошенных являются их материальное положение, сфера услуг, бытового обслуживания и досуговой деятельности;

5. уровень фрустрированности людей, проживающих с инвалидами, напрямую зависит от уровня их тревожности.

Специалистам по социальной работе следует составлять программу реабилитации семьи с учётом полученных результатов, выводить семью за рамки микроуровня, опираясь на потребность членов семьи в отдыхе (35% опрошенных имеют низкий уровень самочувствия). Восстановление общественных связей, встречи и общение с такими же семьями будут способствовать психологической разгрузке, снятию напряжённости. Обучение всех членов семьи уходу за инвалидом, способам снятия напряжённости и решения конфликтов будет способствовать разгрузке одного члена семьи и распределению дополнительной нагрузки на каждого из них. Знание об источниках материальной помощи, возможностях общественных организаций помогут частично решить материальные проблемы семей.

В итоге работы над проблемой реабилитации, в которых проживают люди с ограниченными возможностями, нами были разработаны некоторые инновационные технологии, использование которых, на наш взгляд, могло бы способствовать снижению уровня напряжённости и усталости членов семей, освобождению времени для отдыха, решению некоторых материальных проблем:

- «Фургон взаимопомощи»;
- «Кризисная бригада»;
- «Такси добра» (в виде ежемесячной разовой акции);
- Комната арт-терапии «Тихий остров».

Все перечисленные технологии малозатратны (кроме, может быть, «Фургона взаимопомощи»), могут быть организованы на основе уже существующих структур и с задействованием работающих на базе ТЦСОН и ЦРБ специалистов. Между тем, эти проекты окажут фактическую помощь семьям в решении насущных вопросов.

Инновационность данных проектов заключается в их уникальности и актуальности для данного региона. Предложенные решения проблем семей, имеющих инвалида, требуют апробации и последующего анализа эффективности. Данные технологии можно рассмотреть к применению и в других районах нашей страны с целью успешной реабилитации семей, в которых проживают люди с ограниченными возможностями.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК:

1. Антонов, А.И. Социология семьи: учебник / А.И. Антонов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М., 2007. – 640 с.
2. Басов, Н.Ф. Основы социальной работы / Н.Ф. Басов. – 4-е изд. – М., Издат. центр «Академия», 2008.
3. Бобла, И.М. История становления и развития специального образования детей с особенностями психофизического развития в Беларуси: учеб. пособие / И.М. Бобла, И.Ю. Макавчик. – Минск.: БГПУ, 2010. – 180 с.
4. Богданович, Л. Н. О государственной политике Республики Беларусь в отношении инвалидов / Л. Н. Богданович, В.Б. Смычек, А.И. Богданович // Здоровоохранение. – 2015. – №12. – с.12-18.
5. Бочарова, В.Г. Педагогика социальной работы / В.Г. Бочарова. – М.: Аргус, 1994. – 207 с.
6. Вертынская, Л. А. Психологическое благополучие лиц с ограниченными возможностями в передвижении / Л.А. Вертынская. // Журнал практического психолога. – 2010. – № 5. – С. 59-70.
7. Ветрова, И.Ю. Проблемы социальной адаптации инвалидов / И.Ю. Ветрова. – М.: Дело, 2000. – 256 с.
8. Воробьева, И.В. Роль культурно-досуговой деятельности в процессе социализации лиц с ограниченными возможностями (на примере общества глухих) / Профессиональная подготовка специалистов социальной и образовательной сфер в условиях трансформации современного общества: проблемы и перспективы: материалы междунар. науч.-практ. конф. / Витебск, 2005.
9. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] / ВОЗ, 2017. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/>. – Дата доступа: 05.11.2017.
10. Гозман, Л.Я. Психология эмоциональных отношений / Л.Я. Гозман. – М., 1987. – 187 с.
11. Григорьев, А.Д. Становление отечественной социальной работы в Республике Беларусь / А.Д. Григорьев // Сацыяльна-педагагічная работа. – 2011. – № 5. - с.45-47.
12. Григорьев, А.Д. Формирование в дореволюционной Беларуси системы социальной помощи аномальным детям / А.Д. Григорьев // Сацыяльна-педагагічная работа. – 2000. – №1. – с.46-58.
13. Дворянчикова, И.А. Семья инвалида в социальной структуре общества: автореф. канд. социолог. наук: 22.00.04 / И.А. Дворянчикова; Самарский гос. ун-т. – Самара, 2003. – 206 с.
14. Добровольская, Т.А., Шабалина, Н.Б. Социально-психологические особенности взаимоотношений инвалидов и здоровых / Т.А. Добровольская, Н.Б. Шабалина // Социологические исследования. – 1993. - №1. - с. 62-66.

15. Добряков, И.В. Психология семьи и больной ребенок: учеб. пособие: Хрестоматия / И.В. Добряков, О.В. Заширинская. – СПб.: Речь, 2007. – 400 с.

16. Кабакович, Г.А. Монографический анализ положения людей с ограниченными возможностями в азиатских странах [Электронный ресурс] / Г.А. Кабакович, К.В. Полежаева. — Режим доступа: <http://www.scienceforum.ru/2014/524/6426>. – Дата доступа: 28.10.2017.

17. Карякина, О.И. Основы реабилитации инвалидов: учеб. пособие / О.И. Карякина, Т.Н. Карякина. – Волгоград: Изд-во Волг. гос. ун-та, 1999. – 88 с.

18. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье [Электронный ресурс]: от 11 ноября 1991 г. № 1224-ХІІ: с изм. и доп. от 15 марта 2001 г. № 2/304. // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <http://etalonline.by/>. – Дата доступа: 14.11.2017.

19. Козак, Е. И. Социальная реабилитация детей-инвалидов в Беларуси: состояние, проблемы, перспективы / Е. И. Козак // Сацыяльна-педагагічная работа. – 2008. – № 1. – с. 36-38.

20. Конституция Республики Беларусь 1994 года : с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. – 10-е изд., стер. [Электронный ресурс] / Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <http://pravo.by/>. – Дата доступа: 02.11.2017.

21. Копыток, А.В. Тенденции формирования показателей первичной инвалидности населения Республики Беларусь / А.В. Копыток, Т.С. Голубева, Т.П. Дубовик, М.А. Якушина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №3. – с.12-18.

22. Кузьмицкая, П. Первая белорусская модель с ДЦП: Несовершенство – это признак настоящей жизни” [Электронный ресурс] / tut.by – Режим доступа: <https://lady.tut.by/news/work/451973.html>. – Дата доступа: 06.11.2017.

23. Кулагина, Е.В. Семьи с детьми-инвалидами: социально-экономическое положение (на примере Москвы) / Е.В. Кулагина // Народонаселение. – 2002. – №1. – с.20-32.

24. Кутузова, Е.Ю. Методические рекомендации для специалистов по социальной работе. – Саратов, 2002.

25. Лавриненко, В.Н. Социология: учебн. для вузов / В.Н. Лавриненко [и др.]; под. ред. В.Н. Лавриненко . – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2004. – 407 с.

26. Национальный статистический комитет Республики Беларусь. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by/> - Дата доступа: 25.10.2017.

27. Никончук, А.С. Введение в методические основы социально-педагогической работы / А.С. Никончук. – Минск.: АПО, 2005. – 240 с.

28. Никончук, А.С. Семейная терапия в первом приближении. / А.С. Никончук. // Сацыяльна-педагагічная работа. – 2007. – №5. – с.24-34.
29. Никончук, А.С. Социальная политика государства как основа социальной работы / А. С. Никончук // Сацыяльна-педагагічная работа. – 2011. – № 6. – с. 3-8.
30. Нестерова, Г.Ф. Социальная диагностика семей с инвалидами / Г.Ф. Нестерова // Учёные записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2006. – №1. – с. 33-37.
31. О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов [Электронный ресурс]: Закон Республики Беларусь от 23.07.2008 № 422-3 // Правовой портал Беларуси. - Режим доступа: <http://pravo.newsby.org/belarus/zakon0/z545.htm>. – Дата доступа: 04.11.2017.
32. Орлова, В.В. Методы комплексного исследования и оценки положения молодёжи в обществе: учеб. пособие / В.В. Орлова. – Томск: изд-во Томск. гос. ун-та систем управления и радиоэлектроники, 2013. – 224 с.
33. О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь [Электронный ресурс]: Закон Республики Беларусь от 11.11.1991 г. № 1224-XII: в ред. от 17.07.2009. – Режим доступа: http://kodeksy-by.com/zakon_rb_o_sotsialnoj_zashite_invalidov.htm. – Дата доступа: 04.11.2017.
34. Об утверждении Положения о порядке создания субъектов инновационной инфраструктуры и внесении изменения и дополнений в Указ Президента Республики Беларусь [Электронный ресурс]: Указ Президента Республики Беларусь № 1от 03.01.2007 г., от 30 сентября 2002 г. № 495 / Режим доступа: <http://www.pravo.by/>. – Дата доступа: 02.11.2017.
35. Пантюк, И.В. Профессиональные компетенции специалиста по социальной работе: учебн. пособие / И.В. Пантюк. – Минск.: БГУ. – 2011. – 304 с.
36. Пантюк, И.В. Теоретические основы социальной работы / И.В. Пантюк. – Минск: Амалфея. – 2010. – 338 с.
37. Психологические тесты для профессионалов / авт.-сост. Н.Ф. Гребень. – Мн.: Современ.шк., 2007. – 496 с.
38. Реабилитация и абилитация инвалидов [Электронный ресурс] / Интернет-портал ГБ МСЭ Министерства труд и социальной защиты РФ. – Режим доступа: <http://gbmsem.ru/> - Дата доступа: 11.11.2017.
39. Роль семейных взаимоотношений в реабилитации больных, перенесших инсульт: метод.реком. / О.А. Балунов [и др.]. – СПб.: 2000. – 31с.
40. Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычэк, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Минск: Юнипак, 2005. – 420 с.
41. Смычек, В. Б. Основы МКФ / В.Б. Смычэк. – Минск, 2015. – 432 с.
42. Смычек, В. Б. Реабилитация больных и инвалидов / В.Б. Смычэк. – М.: Медич. литература, 2009. – 542 с.

43. Социальная работа с инвалидами: учеб. пособие / Н.Ф. Басов [и др.]; под ред. Н.Ф. Басова. – М.: КНОРУС, 2012. – 400 с.
44. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов [Электронный ресурс] / Интернет-портал ООН. – Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disabled.shtml. – Дата доступа: 02.11.2017.
45. Сурмач, А. Гендерные аспекты прав человека в социально-педагогической работе / А.Сурмач, М.Сурмач. // Сацьяльна-педагагічная работа. – 2003. – № 4. – с. 29-42.
46. Фирсов, М.В. Теория социальной работы: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / М.В. Фирсов, Е.Г. Студенова. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 432с.
47. Холостова, Е. И. Зарубежный опыт социальной работы: учеб. пособие / Е.И. Холостова, А.Н. Дашкина, И.В. Малофеев. — М.: «Дашков и К°», 2013. — 368 с.
48. Холостова, Е. И. Социальная работа с инвалидами: учеб. пособие / Е.И. Холостова. – М.: «Дашков и К°», 2006. – 240 с.
49. Холостова, Е.И. Социальная реабилитация: учеб. пособие. / Е.И. Холостова, Н.Ф. Дементьева. – 4-ое изд. – М.: "Дашков и Ко", 2006. – 340с.
50. Холостова, Е.И. Теория социальной работы: учебник / под ред. Е.И. Холостовой. – М.: Юристъ, 2001. – 334 с. с.272-273.
51. Чалдаева, Д.А. Зарубежный опыт социальной реабилитации инвалидов./ Д.А. Чалдаева, И.Г. Нигматьянова // Вестник Казанского технологического университета. – 2010. – №3. – с. 20-30.
52. Черников, А.В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики / А.В. Черников. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. – 208 с.
53. Численность инвалидов, получающих пенсию в органах по труду, занятости и социальной защите, по состоянию на 01.11.2017 [Электронный ресурс] / Интернет-портал Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь. – Режим доступа: <http://www.mintrud.gov.by/ru/chislinv>. – Дата доступа: 01.11.2017.
54. Энциклопедический социологический словарь / под общ. ред. акад. РАН Г.В. Осипова. – М., 1995. – 392.
55. Якжик, В. В. Социально-педагогическая работа в учреждениях образования Республики Беларусь / В.В. Якжик // Сацьяльна-педагагічная работа. – 2010. – № 2. – с. 7-12.

Методика и диагностика самочувствия, активности и настроения.

Цель методики САН: Экспресс-оценка самочувствия, активности и настроения.

Описание методики САН. Опросник состоит из 30 пар противоположных характеристик, по которым испытуемого просят оценить свое состояние. Каждая пара представляет собой шкалу, на которой испытуемый отмечает степень выраженности той или иной характеристики своего состояния.

Инструкция методики САН. Вам предлагается описать свое состояние в данный момент с помощью таблицы, состоящей из 30 пар полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние, и отметить цифру, которая соответствует степени выраженности данной характеристики.

Обработка данных методики САН. При подсчете крайняя степень выраженности негативного полюса пары оценивается в 1 балл, а крайняя степень выраженности позитивного полюса пары — в 7 баллов. При этом нужно учитывать, что полюса шкал постоянно меняются, но положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные — низкие. Полученные баллы группируются в соответствии с ключом в три категории, и подсчитывается количество баллов по каждой из них.

Самочувствие — сумма баллов по шкалам: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активность — сумма баллов по шкалам: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настроение — сумма баллов по шкалам: 5, 6, И, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10. Средний балл шкалы равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, свидетельствуют о благоприятном состоянии испытуемого, ниже 4 — о неблагоприятном состоянии. Нормальные оценки состояния располагаются в диапазоне 5,0—5,5 баллов. Следует учесть, что при анализе функционального состояния важны не только значения отдельных показателей, но и их соотношение.

Типовая карта методики САН

Фамилия, инициалы _____ Пол _____ Возраст _____

1	Самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	Самочувствие плохое
2	Чувствую себя сильным	3	2	1	0	1	2	3	Чувствую себя слабым
3	Пассивный	3	2	1	0	1	2	3	Активный
4	Малоподвижный	3	2	1	0	1	2	3	Подвижный
5	Веселый	3	2	1	0	1	2	3	Грустный
6	Хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	Плохое настроение
7	Работоспособный	3	2	1	0	1	2	3	Разбитый
8	Полный сил	3	2	1	0	1	2	3	Обессиленный
9	Медлительный	3	2	1	0	1	2	3	Быстрый
10	Бездеятельный	3	2	1	0	1	2	3	Деятельный
11	Счастливый	3	2	1	0	1	2	3	Несчастный
12	Жизнерадостный	3	2	1	0	1	2	3	Мрачный
13	Напряженный	3	2	1	0	1	2	3	Расслабленный
14	Здоровый	3	2	1	0	1	2	3	Больной
15	Безучастный	3	2	1	0	1	2	3	Увлеченный
16	Равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	Взволнованный
17	Восторженный	3	2	1	0	1	2	3	Унылый
18	Радостный	3	2	1	0	1	2	3	Печальный
19	Отдохнувший	3	2	1	0	1	2	3	Усталый

Продолжение табл. «Типовая карта методики САН»

20	Свежий	3	2	1	0	1	2	3	Изнуренный
21	Сонливый	3	2	1	0	1	2	3	Возбужденный
22	Желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	Желание работать
23	Спокойный	3	2	1	0	1	2	3	Озабоченный
24	Оптимистичный	3	2	1	0	1	2	3	Пессимистичный
25	Выносливый	3	2	1	0	1	2	3	Утомленный
26	Бодрый	3	2	1	0	1	2	3	Вялый
27	Соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	Соображать легко
28	Рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	Внимательный
29	Полный надежд	3	2	1	0	1	2	3	Разочарованный
30	Довольный	3	2	1	0	1	2	3	Недовольный

Личностная шкала проявления тревоги
(Дж. Тейлор, адаптация Т. А. Немчинова)

Методика предназначена для диагностики уровня тревоги испытуемого. Шкала лживости, введенная В. Г. Норакидзе в 1975 г., позволяет судить о демонстративности и неискренности.

Опросник состоит из 60 утверждений.

Текст опросника

1. Я могу долго работать не уставая.
2. Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет.
3. Обычно руки и ноги у меня теплые.
4. У меня редко болит голова.
5. Я уверен в своих силах.
6. Ожидание меня нервирует.
7. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
8. Обычно я чувствую себя вполне счастливым.
9. Я не могу сосредоточиться на чем-то одном.
10. В детстве я всегда немедленно и безропотно выполнял все то, что мне поручали.
11. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
12. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
13. Я думаю, что я не более нервный, чем большинство людей.
14. Я не слишком застенчив.
15. Жизнь для меня почти всегда связана с большим напряжением.
16. Иногда бывает, что я говорю о вещах, в которых не разбираюсь.
17. Я краснею не чаще, чем другие.
18. Я часто расстраиваюсь из-за пустяков.
19. Я редко замечаю у себя сердцебиение или одышку.
20. Не все люди, которых я знаю, мне нравятся.
21. Я не могу уснуть, если меня что-то тревожит.
22. Обычно я спокоен и меня нелегко расстроить.
23. Меня часто мучают ночные кошмары.
24. Я склонен все принимать слишком серьезно.
25. Когда я нервничаю, у меня усиливается потливость.
26. У меня беспокойный и прерывистый сон.
27. В играх я предпочитаю скорее выигрывать, чем проигрывать.
28. Я более чувствителен, чем большинство людей.
29. Бывает, что нескромные шутки и остроты вызывают у меня смех.

30. Я хотел бы быть так же доволен своей жизнью, как, вероятно, довольны другие .
31. Мой желудок сильно беспокоит меня.
32. Я постоянно озабочен своими материальными и служебными делами.
33. Я настороженно отношусь к некоторым людям, хотя знаю, что они не могут причинить мне вреда.
34. Мне порой кажется, что передо мной нагромождены такие трудности, которых мне не преодолеть.
35. Я легко прихожу в замешательство.
36. Временами я становлюсь настолько возбужденными, что это мешает мне заснуть.
37. Я предпочитаю уклоняться от конфликтов и затруднительных положений.
38. У меня бывают приступы тошноты и рвоты.
39. Я никогда не опаздывал на свидание или работу.
40. Временами я определенно чувствую себя бесполезным.
41. Иногда мне хочется выругаться.
42. Почти всегда я испытываю тревогу в связи с чем-либо или с кем-либо.
43. Меня беспокоят возможные неудачи.
44. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.
45. Меня нередко охватывает отчаяние.
46. Я - человек нервный и легко возбудимый.
47. Я часто замечаю, что мои руки дрожат, когда я пытаюсь что-нибудь сделать.
48. Я почти всегда испытываю чувство голода.
49. Мне не хватает уверенности в себе.
50. Я легко потею, даже в прохладные дни.
51. Я часто мечтаю о таких вещах, о которых лучше никому не рассказывать.
52. У меня очень редко болит живот.
53. Я считаю, что мне очень трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
54. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я не могу долго усидеть на одном месте.
55. Я всегда отвечаю на письма сразу же после прочтения.
56. Я легко расстраиваюсь.
57. Практически я никогда не краснею.
58. У меня гораздо меньше опасений и страхов, чем у моих друзей и знакомых.
59. Бывает, что я откладываю на завтра то, что следует сделать сегодня.
60. Обычно я работаю с большим напряжением.

Обработка и интерпретация данных

Шкала тревоги. В 1 балл оцениваются ответы «Да» к пунктам 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 56, 60.

Ответы «Нет» к пунктам 1, 3, 4, 5, 8, 14, 17, 19, 22, 39, 43, 52, 57, 58.

Шкала лжи. В 1 балл оцениваются ответы «Да» к пунктам 2, 10, 55; ответы «Нет» к пунктам 16, 20, 27, 29, 41, 51, 59.

Вначале следует обработать результаты по шкале лжи. Она диагностирует склонность давать социально желательные ответы. Если этот показатель превышает 6 баллов, то это свидетельствует о неискренности испытуемого. Затем подсчитывается суммарная оценка по шкале тревоги:

40 – 50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги;

25 – 40 баллов - свидетельствует о высоком уровне тревоги;

15 – 25 баллов - о среднем с тенденцией к высокому уровню;

5 – 15 баллов - о среднем с тенденцией к низкому уровню;

0 – 5 баллов - о низком уровне тревоги.

**Методика диагностики уровня социальной фрустрированности
Л.И. Вассермана
(модификация В.В. Бойко)**

Социальная фрустрированность - вид (форма) психического напряжения, обусловленного неудовлетворенностью достижениями и положением личности в социально заданных иерархиях. Социальная фрустрированность передает эмоциональное отношение человека к позициям, которые он сумел занять в обществе на данный момент своей жизни.

Ниже предлагается опросник, который фиксирует степень неудовлетворенности социальными достижениями в основных аспектах жизнедеятельности.

Прочтите каждый вопрос и укажите один наиболее подходящий ответ.

- 0 - полностью удовлетворен;
- 1 - скорее удовлетворен;
- 2 - затрудняюсь ответить;
- 3 - скорее не удовлетворен;
- 4 - полностью не удовлетворен.

Удовлетворены ли вы:	0	1	2	3	4
своим образованием					
взаимоотношениями с коллегами по работе					
взаимоотношениями с администрацией на работе					
взаимоотношениями с субъектами своей профессиональной деятельности (пациенты, учащиеся, клиенты)					
содержанием своей работы в целом					
условиями профессиональной деятельности (учебы)					
своим положением в обществе					
материальным положением					
жилищно-бытовыми условиями					
отношениями с супругом (супругой), другом (подругой)					
отношениями с ребенком (детьми)					
отношениями с родителями					

Продолжение таблицы «Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко)»

обстановкой в обществе (государстве)					
отношениями с друзьями, ближайшими знакомыми					
сферой услуг и бытового обслуживания					
сферой медицинского обслуживания					
проведением досуга					
возможностью проводить отпуск					
возможностью выбора места работы					
своим образом жизни в целом					

Обработка данных.

По каждому пункту определяется показатель уровня фрустрированности. Он может варьироваться от 0 до 4 баллов. Каждому варианту ответа присваиваются баллы: полностью удовлетворен - 0, скорее удовлетворен - 1, затрудняюсь ответить - 2, скорее неудовлетворен - 3, не удовлетворен полностью - 4.

Если методика используется для выявления показателя у группы респондентов, то надо:

- 1) получить отдельно произведение числа респондентов, выбравших тот или иной ответ, на балл, присвоенный ответу;
- 2) подсчитать сумму этих произведений;
- 3) разделить ее на общее число ответивших на данный пункт. Можно определить итоговый средний индекс уровня социальной фрустрированности. Для этого надо сложить показатели фрустрированности по всем пунктам и разделить сумму на число пунктов (20).

В массовых обследованиях весьма показателен процент лиц, выбравших тот или иной вариант ответа на конкретный пункт.

Интерпретация результатов.

Выводы об уровне социальной фрустрированности делаются с учетом величины балла (среднего балла) по каждому пункту. Чем больше балл, тем выше уровень социальной фрустрированности:

- 3,5-4 балла: очень высокий уровень фрустрированности;
- 3,0-3,4: повышенный уровень фрустрированности;
- 2,5-2,9: умеренный уровень фрустрированности;
- 2,0-2,4; неопределенный уровень фрустрированности;

1,5-1,9: пониженный уровень фрустрированности;
0,5-1,4: очень низкий уровень;
0-0,5: отсутствие (почти отсутствие) фрустрированности.

Анкета участника исследования

1. Пол: ж; м.
 2. Возраст: до 20 лет; до 30 лет; до 40 лет; старше 40.
 3. Семейное положение: состою в браке, холост, сожительствую.
 4. Ваше образование: _____.
 5. Есть ли дети в семье: 1, 2, 3, более 3.
 6. Ваша занятость (работаете, в д/о, ведёте домашнее хозяйство...)
-
7. Кем вы приходитесь инвалиду? _____
 8. Какова причина утраты здоровья: инвалид труда; инвалид войны; инвалид детства; инвалид общего заболевания?
 9. Какова степень утраты здоровья члена семьи-инвалида: I; II; III?
 10. Считаете ли вы условия своего проживания удовлетворительными: да; нет.
 11. Имеются ли в вашем доме (квартире) все необходимые для инвалида приспособления? _____
 12. Удобны ли для посещения совместно с инвалидом объекты инфраструктуры (магазины, кафе, центр социального обслуживания, поликлиника, ДК, парикмахерская и т.д.)? _____
 13. Удовлетворены ли Вы медицинским обслуживанием?
-
14. Как часто вы бываете на прогулке совместно с инвалидом? _____
 15. Чем обусловлена такая частота прогулок? _____
 16. Доставляет ли Вам дискомфорт Ваше появление на улице, в общественных местах вместе с членом семьи - инвалидом? _____

17. Все ли члены вашей семьи хотят и могут помочь инвалиду?

18. Считаете ли Вы свою семью сплочённой? _____

19. Как часто в вашей семье бывают конфликты? _____

20. Как вы решаете конфликтные ситуации? _____

21. Есть ли в вашей семье традиции? Способствуют ли они укреплению семьи? _____

22. Есть ли у вас возможность посещать культурные мероприятия, кинотеатры, выставки? Если нет, обоснуйте, пожалуйста, причину? _____

23. Отдыхаете ли вы всей семьёй в санаториях, на море, на природе? _____

24. Ваша оценка материальной обеспеченности семьи: достаточная, недостаточная, средняя.

25. Испытываете ли Вы необходимость в консультациях психолога или семейного терапевта? _____

26. Достаточно ли Вы информированы о правах, социальных гарантиях, льготах члена семьи, имеющего инвалидность? да, нет, не могу определить.

27. Насколько часто вы испытываете стресс, напряженность из-за проблем, связанных с инвалидностью? никогда, иногда, довольно часто, постоянно.

28. Какие виды помощи вам необходимы более всего? _____

29. Часто ли вам кажется безвыходным положение вашей семьи? _____

30. Что бы могло улучшить ситуацию в вашей семье? _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Таблица значений статистического анализа данных методом коэффициента ранговой корреляции

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
1	6	1	1.1	2.5	-1.5	2.25
2	15	7.5	1.5	5	2.5	6.25
3	23	23	2.0	22	1	1
4	17	12	1.9	12.5	-0.5	0.25
5	9	2	2.0	22	-20	400
6	24	27.5	2.0	22	5.5	30.25
7	23	23	2.1	33	-10	100
8	29	35	2.1	33	2	4
9	34	39	2.1	33	6	36
10	18	14.5	2.0	22	-7.5	56.25
11	15	7.5	1.1	2.5	5	25
12	19	16.5	2.0	22	-5.5	30.25
13	20	18.5	1.9	12.5	6	36
14	37	44.5	2.2	39	5.5	30.25
15	14	4	1.9	12.5	-8.5	72.25
16	24	27.5	2.0	22	5.5	30.25
17	34	39	2.4	45	-6	36
18	16	10	2.0	22	-12	144
19	31	36	2.3	42.5	-6.5	42.25
20	36	42.5	2.5	46	-3.5	12.25
21	40	46	2.3	42.5	3.5	12.25
22	19	16.5	1.8	8	8.5	72.25
23	20	18.5	1.9	12.5	6	36
24	18	14.5	2.0	22	-7.5	56.25
25	14	4	1.1	2.5	1.5	2.25
26	23	23	2.1	33	-10	100
27	22	20	2.0	22	-2	4
28	23	23	2.1	33	-10	100
29	15	7.5	2.0	22	-14.5	210.25
30	17	12	1.8	8	4	16
31	23	23	2.0	22	1	1
32	28	33.5	2.1	33	0.5	0.25
33	24	27.5	1.7	6	21.5	462.25
34	17	12	1.8	8	4	16
35	26	32	2.2	39	-7	49
36	25	30.5	2.0	22	8.5	72.25
37	25	30.5	2.1	33	-2.5	6.25
38	33	37	2.1	33	4	16
39	14	4	1.1	2.5	1.5	2.25
40	24	27.5	1.9	12.5	15	225
41	34	39	2.3	42.5	-3.5	12.25

Продолжение «Таблицы значений статистического анализа данных методом коэффициента ранговой корреляции»

42	35	41	2.1	33	8	64
43	28	33.5	2.2	39	-5.5	30.25
44	37	44.5	2.3	42.5	2	4
45	36	42.5	2.0	22	20.5	420.25
46	15	7.5	1.9	12.5	-5	25
Суммы		1081		1081	0	3110

Территория Хойникского района протянулась с севера на юг и площадь её составляет 2 028 км². По данным Социально-радиационного паспорта Хойникского района Гомельской области, населённых пунктов в районе – 50, из них 1 город. Большинство территории на юге района относится к ПГРЭЗ, населённые пункты пустыют. Таким образом, площадь обслуживания «Фургона взаимопомощи» автоматически сокращается. Деревни связаны между собой в большинстве просёлочными или асфальтированными дорогами.



Рисунок 8 – Карта Хойникского района