

Пензенский государственный педагогический университет
имени В. Г. Белинского

Кафедра социологии и теории социальной работы

Т.И. Лавренова, Н.Б. Долгова, Г.А. Аристова

СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Учебное пособие



Пенза, 2011

Пензенский государственный педагогический университет
имени В. Г. Белинского

Кафедра социологии и теории социальной работы

Т.И. Лавренова, Н.Б. Долгова, Г.А. Аристова

СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Учебное пособие

Пенза, 2011

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Пензенского государственного педагогического университета
имени В. Г. Белинского

УДК 362 (075)

Социально-бытовая реабилитация: учебное пособие / Т.И. Лавренова, Н.Б. Долгова, Г.А. Аристова. – Пенза: ПГПУ, 2011. – 72 с.

В пособии для студентов, обучающихся по специальности «социальная работа», рассматривается широкий круг вопросов учебной дисциплины «Социально-бытовая реабилитация»: теоретические основы организации социально-бытовой реабилитации, способы социально-бытовой реабилитации отдельных категорий клиентов. Особое внимание уделено особенностям социально-бытовой реабилитации детей, попавших в трудную жизненную ситуацию.

Ответственный редактор –
д. филос. н., профессор А.Б.Тугаров

Рецензенты:

доктор социологических наук, профессор Л.И.Найденова;
кафедра социологии и теории социальной работы
ПГПУ им. В.Г. Белинского

*Работа выполнена при поддержке
АВЦП «Развитие научного потенциала высшей школы»
(проект № 3.2.1. / 4976)*

© Пензенский государственный
педагогический университет
имени В. Г. Белинского, 2011
© Лавренова Т.И., 2011
© Долгова Н.Б., 2011
© Аристова Г.А., 2011

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
<i>Лекционный курс</i>	6
Тема 1. Теоретические основы организации социально-бытовой реабилитации	6
Тема 2. Модель жилого помещения: организация социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата	13
Тема 3. Социально-бытовая реабилитация инвалидов с нарушениями зрения	19
Тема 4. Социально-бытовая реабилитация инвалидов с нарушениями слуха	29
Тема 5. Социально-бытовая реабилитация детей с ранним аутизмом	34
Тема 6. Социально-бытовая реабилитация инвалидов с комплексными нарушениями развития	39
Тема 7. Оккупационная терапия как метод социально-бытовой реабилитации.	42
Тема 8. Социально-бытовая реабилитация лиц, перенесших инсульт	53
<i>Материалы практических (лабораторных) занятий</i>	65
Тема 1. Техники и методы социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушением зрения	65
Тема 2. Техники и методы социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушением слуха	66
Тема 3. Техники и методы социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата	67
Тема 4. Подбор, разработка и использование средств социально-бытовой реабилитации	68
<i>Методические указания по организации самостоятельной работы студентов</i>	69
<i>Рекомендуемый список рефератов</i>	70
<i>Примерный перечень вопросов к зачету</i>	71

ВВЕДЕНИЕ

Целью учебного пособия является анализ основных направлений социально-бытовой реабилитации, рассмотрение отдельных проблем ее организации, формирование категориально-понятийного аппарата теории социальной реабилитации, ознакомление студентов с научной и учебной литературой по вопросам социально-бытовой реабилитации, определение ориентиров для самостоятельной работы. Материалы учебного пособия призваны помочь студентам при подготовке к практическим (лабораторным) занятиям, а также к зачету.

Учебное пособие содержит:

- тексты лекций;
- материалы к практическим (лабораторным) занятиям;
- темы рефератов;
- примерные вопросы к зачёту.

Учебная дисциплина «Социально-бытовая реабилитация» относится к циклу дисциплин специализации при подготовке студентов по специальности № 040101 «Социальная работа» со специализацией «Реабилитационные технологии в системе социальной защиты населения».

Отнесение учебной дисциплины «Социально-бытовая реабилитация» к данному циклу связано с тем, что своим содержанием она продолжает и завершает формирование профессиональных знаний и навыков будущего социального работника о формах и методах реабилитационной работы в системе социальной защиты населения.

«Социально-бытовая реабилитация» выступает в качестве учебной дисциплины, расширяющей и конкретизирующей знания студентов об отдельных видах реабилитационных технологий социальной помощи населению, и связана с такими дисциплинами данной специализации как «Профессионально-трудоустройство», «Инновации в социальной реабилитации» и «Адаптивные технологии в социальной реабилитации».

Целью изучения учебной дисциплины «Социально-бытовая реабилитация» является формирование у студентов представлений о процессе социально-бытовой реабилитации и развитие навыков организации социально-бытовой реабилитации.

Основными **задачами** изучения учебной дисциплины «Социально-бытовая реабилитация» являются:

- раскрытие содержания социально-бытовой реабилитации, определение основных понятий социально-бытовой реабилитации;

- формирование у студентов представления о процессе социально-бытовой реабилитации, его инновационных формах;
- изучение основных моделей социально-бытовой реабилитации;
- изучение особенностей социально-бытовой реабилитации различных категорий клиентов;
- формирование у студентов умения использовать знания о социально-бытовой реабилитации при оказании социальной помощи клиентам.

В результате изучения данной дисциплины студент должен *знать*:

- содержание социально-бытовой реабилитации;
- основные модели социально-бытовой реабилитации;
- основные виды социально-бытовой реабилитации различных категорий инвалидов;
- особенности социально-бытовой реабилитации детей, попавших в трудную жизненную ситуацию;
- особенности социальной работы с семьями инвалидов, в частности с семьями детей-инвалидов.

Студент должен *уметь*: применять полученные знания о социально-бытовой реабилитации при оказании социальной помощи различным категориям клиентов социальных служб.

Студент должен *владеть*:

- навыками организации социально-бытовой реабилитации;
- различными видами техник осуществления социально-бытовой реабилитации.

В ходе подготовки к практическим (лабораторным) занятиям важное место отводится самостоятельной работе с научной и учебно-методической литературой, т. е. сборниками научных трудов, журнальными статьями, учебниками, учебными пособиями.

Изучение такой литературы позволяет студенту расширить объём информации, углубить теоретические знания, приобрести практические навыки эффективной социально-реабилитационной работы.

При подготовке к практическим (лабораторным) занятиям и зачету студентам рекомендуется обратить внимание на перечень основных *категорий*, содержащийся в каждой теме. Это поможет систематизировать имеющиеся знания, а также более рационально и целенаправленно использовать время в ходе самостоятельной работы.

ЛЕКЦИОННЫЙ КУРС

ТЕМА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1. *Понятие социально-бытовой реабилитации.*
2. *Принципы организации социально-бытовой реабилитации.*
3. *Классификация социально-бытовых услуг.*
4. *Модель и этапы проведения социально-бытовой реабилитации.*

1. Понятие социально-бытовой реабилитации. Необходимость изучения основ социально-бытовой реабилитации связана с потребностью отдельных категорий клиентов социальных служб в получении помощи и советов по приспособлению к бытовым условиям, выполнению обыденных функций самообслуживания. Как правило, это инвалиды, лица пожилого и старческого возраста, лица, имеющие различные виды патологии: зрения, слуха, речевой деятельности, интеллекта, психические расстройства, нарушения опорно-двигательного аппарата, болезни внутренних органов и имеющие комплексные нарушения.

Социально-бытовая реабилитация является отдельной областью социальной реабилитации, которая представляет собой систему мер, направленных на восстановление способностей инвалидов к самостоятельной деятельности в быту и обеспечивающих их интеграцию в общество.

Социально-бытовая реабилитация — это приобретение больным и инвалидом (или восстановление утраченных им в результате болезни) навыков по самообслуживанию, самоуходу и физической независимости в бытовых условиях.

Способность к самообслуживанию – это способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

Способность к самообслуживанию включает:

- удовлетворение основных физиологических потребностей, управление физиологическими отправлениями;
- соблюдение личной гигиены;
- одевание и раздевание верхней одежды;
- приготовление пищи;
- выполнение повседневных бытовых потребностей;

- пользование постельным бельем и другими постельными принадлежностями;
- стирка, чистка, ремонт белья, одежды;
- пользование бытовыми приспособлениями и приборами;
- уборка помещения.

Параметрами при оценке ограничений способности к самообслуживанию могут являться:

- оценка нуждаемости во вспомогательных средствах, возможности коррекции способности к самообслуживанию с помощью вспомогательных средств и адаптации жилища;
- оценка нуждаемости в посторонней помощи при удовлетворении физиологических и бытовых потребностей;
- оценка временных интервалов, через которые возникает подобная нуждаемость (1 раз в сутки): длительные интервалы (1 раз в сутки), короткие (несколько раз в сутки), постоянная нуждаемость.

Способность к самостоятельному передвижению – это способность самостоятельно передвигаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

Способность к самостоятельному передвижению включает:

- самостоятельное перемещение в пространстве: ходьба на ровной местности в среднем темп (4-5 км/ч на расстояние, соответствующее средним физиологическим возможностям);
- преодоление препятствий: подъем и спуск по лестнице, ходьба по наклонной плоскости (с углом наклона не более 30 градусов);
- сохранение равновесия тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, возможность стоять, сидеть, вставать, садиться, сохранять принятую позу и изменять положение тела (повороты, наклоны туловища вперед, в стороны);
- выполнение сложных видов передвижения и перемещения: опускание на колени и подъем, перемещение на коленях, ползание, увеличение темпа передвижения;
- пользование личным и общественным транспортом.

Параметрами при оценке способности к передвижению могут являться:

- расстояние, на которое может передвигаться человек;
- темп ходьбы (в норме 80-100 шагов в минуту);
- коэффициент ритмичности ходьбы (в норме 0,94-1.0);
- длительность двойного шага (в норме 1-1.3 сек.);
- скорость передвижения (в норме 4-5 км/ч);

- нуждаемость и возможность использования вспомогательных средств.

Наиболее значимым видом ограничения жизнедеятельности инвалидов с нарушениями зрения является ограничение способности к ориентации – способности определяться во времени и пространстве.

Способность к ориентации осуществляется путем прямого и косвенного восприятия окружающей обстановки, переработки получаемой информации и адекватного определения ситуации.

Способность к ориентации включает:

- способность к определению времени по общепринятым признакам;
- способность к определению местонахождения по пространственным ориентирам, запахам, звукам;
- способность правильно местопологать внешние объекты, события и себя самого по отношению к временным и пространственным ориентирам;
- способность к ориентации в собственной личности, схеме тела, различие правого и левого и др.;
- способность к восприятию и адекватному реагированию на поступающую информацию, пониманию связей между предметами и явлениями.

2. Принципы организации социально-бытовой реабилитации. Организация социально-бытовой реабилитации связана с рядом научно-методических подходов, которые лежат в основе технологии этой формы реабилитации.

На этапе первичного освидетельствования инвалида в бюро медико-социальной экспертизы специалист по социальной работе по согласованию с клиницистом – экспертом выявляет тип дефекта и связанные с ним ограничения жизнедеятельности. Вслед за этим он изучает вопрос о нуждаемости инвалида в приспособлениях и вспомогательных устройствах для осуществления относительно независимого существования в быту.

На следующем этапе выявляется ситуация с наличием условий в жилище инвалида для относительной бытовой независимости.

В ходе применения технологии социально-бытовой реабилитации полученная специалистом по социальной работе так называемая социальная информация включается в индивидуальную программу реабилитации инвалида.

Сам процесс социально-бытовой реабилитации инвалидов должен предусматривать ряд последовательных, связанных по содержанию технических составляющих.

Осуществление социально-бытовой реабилитации должно начинаться с *социально-бытовой ориентации*, в ходе которой специалист по социальной работе ориентирует инвалида на его возможности проживания в каких-либо конкретных условиях, раскрывает перспективу реализации его способностей осуществления жизнедеятельности, показывает необходимость приложения определенных усилий.

Осуществление социально-бытовой реабилитации инвалида с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата предусматривает обучение его приемам восстановления утраченных навыков социально-бытового самообслуживания.

Специалисту, обучающему инвалида социально-бытовым навыкам, необходимо знать назначение приспособления и механизм его действия, уметь его использовать. При этом обучающий должен знать особенности дефекта, лежащего в основе инвалидности или заболевания. Специалист, обучающий инвалида, должен пользоваться медицинскими рекомендациями, учитывающими целенаправленность воздействия приспособления на пораженный сустав, орган или имеющиеся заболевание.

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

Особую важность приобретает создание условий, облегчающих доступность пользования бытовыми приборами, наличие специальных устройств, обеспечивающих возможность самообслуживания (открытие форточек, пользование вентилями, кранами, пользование электробритвой, зубной щеткой и т.д.), использование приспособлений, облегчающих самостоятельный прием пищи, фиксацию посуды на столе, резание хлеба и других продуктов, пользование столовыми приборами; приспособлениями для самостоятельного подъема со стула, кровати; для поднятия предметов с пола и открывания форточек, для надевания чулок, носков, обуви, одежды и др.

3. Классификация социально-бытовых услуг. Для понимания принципов организации социальной реабилитации необходимо подробнее рассмотреть перечень социально-бытовых услуг. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52143-2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг» (принят постановлением Госстандарта РФ от 24 ноября 2003 г. № 327-ст) устанавливает основные *виды социально-бытовых услуг*:

содействие населению всех категорий и групп в получении им предусмотренных законодательством Российской Федерации льгот и преимуществ в социально-бытовом обеспечении;

предоставление клиентам учреждений социального обслуживания жилой площади, помещений для организации реабилитационных и лечебных мероприятий, лечебно-трудовой и учебной деятельности, культурного и бытового обслуживания;

предоставление клиентам учреждений социального обслуживания в пользование мебели согласно утвержденным нормативам;

приготовление и подача пищи клиентам учреждений, включая диетическое питание;

предоставление мягкого инвентаря (одежды, обуви, нательного белья и постельных принадлежностей) согласно утвержденным нормативам;

оказание социально-бытовых услуг индивидуально обслуживающего и гигиенического характера клиентам стационарных учреждений, неспособным по состоянию здоровья выполнять обычные житейские процедуры, в том числе такие действия, как встать с постели, лечь в постель, одеться и раздеться, умыться, принять пищу, пить, пользоваться туалетом или судном, передвигаться по дому и вне дома, ухаживать за зубами или челюстью, пользоваться очками или слуховыми аппаратами, стричь ногти, мужчинам — брить бороду и усы;

оказание помощи в написании и прочтении писем;

предоставление транспорта при необходимости перевоза клиентов стационарных учреждений социального обслуживания в учреждения для лечения, обучения, участия в культурных мероприятиях, если по состоянию здоровья или условиям пребывания им противопоказано пользование общественным транспортом;

организация ритуальных услуг (при отсутствии у умерших клиентов родственников или их нежелании заняться погребением);

покупка и доставка на дом продуктов питания, горячих обедов; содействие в приготовлении пищи;

покупка и доставка на дом промышленных товаров первой необходимости;

помощь в уходе за детьми, другими нетрудоспособными или тяжело и длительно болеющими членами семьи;

доставка воды, топка печей, содействие в обеспечении топливом для проживающих в жилых помещениях без центрального отопления и (или) водоснабжения;

сдача вещей в стирку, химчистку, ремонт и обратная их доставка;

содействие в организации ремонта и уборки жилых помещений;

содействие в оплате жилья и коммунальных услуг;

содействие в организации предоставления услуг предприятиями торговли, коммунально-бытового обслуживания, связи и другими предприятиями, оказывающими услуги населению, в пределах района проживания;

сопровождение вне дома, в том числе к врачу;

создание условий отправления религиозных обрядов;

обеспечение сохранности вещей и ценностей, принадлежащих клиентам стационарных учреждений социального обслуживания;

содействие в направлении в стационарные учреждения.

В учреждениях социальной защиты основной формой социальной реабилитации является *социально-бытовое обслуживание на дому*, осуществляемое отделениями социальной помощи на дому, которые были созданы в порядке эксперимента в 1987 году и получили широкое признание инвалидов нашей страны и быстрое развитие во всех регионах Российской Федерации.

Его основная цель заключается в том, чтобы максимально продлить нахождение граждан в привычной для них среде обитания, поддержать их личностный и социальный статус, защитить их права и законные интересы. Эту цель реализуют отделения социального обслуживания на дому лиц пожилого возраста и инвалидов, которые, как правило, организуются при муниципальных центрах социального обслуживания или местных органах социальной защиты населения.

В соответствии с действующим «Положением» социально-бытовое обслуживание на дому может осуществляться на постоянной или временной основе (до 6 месяцев). Отделение создается для обслуживания не менее 60 пенсионеров и инвалидов, проживающих в сельской местности, а также в городском частном секторе, не имеющим коммунально-бытового благоустройства, а в городской местности — не менее 120 пенсионеров и инвалидов.

В зависимости от семейного положения и уровня дохода инвалидов социально-бытовая помощь им может оказываться бесплатно, с частичной оплатой или за полную плату. Так, услуги оказываются инвалидам бесплатно, если они не получают надбавку к пенсии на уход и являются одиночками или живут отдельно от родственников, обязанных содержать их по закону или в семьях, где среднедушевой доход ниже установленного для данного региона минимального уровня. Частично (в размере 25% стоимости) оп-

лациваются социально-бытовые услуги теми инвалидами, которые являются одинокими или имеют отдельно проживающих родственников, а также живущим в семьях со среднедушевым доходом ниже минимального, но получающим надбавку к пенсии за уход. Оплата социально-бытовых услуг производится в полном объеме там, где подушевой доход выше установленного минимального уровня.

Зачисление на надомное обслуживание осуществляется на основании личного заявления и заключения медицинского учреждения о нуждаемости в таком обслуживании.

Для зачисления на надомное обслуживание требуется ряд документов, в том числе справка лечебного учреждения об отсутствии хронических психических заболеваний в стадии выраженного дефекта или глубокой умственной отсталости; туберкулеза в открытой форме; хронического алкоголизма; заболеваний передаваемых половым путем и инфекционных заболеваний, бактерионосительства.

4. Модель и этапы проведения социально-бытовой реабилитации.

I. Предварительное обследование на дому с целью выявления круга нуждающихся в социально-бытовой реабилитации проводится:

- на основании сведений, получаемых из банка данных социальных учреждений и общественных организаций, призванных решать проблемы семьи, по обращениям школы, соседей и других заинтересованных организаций и частных лиц;

- по личному обращению граждан.

II. Основные *этапы* социально-бытовой адаптации:

- проведение консилиума специалистов учреждения по решению вопроса о постановке на социальный патронаж;

- оформление социального паспорта и реабилитационной карты нуждающегося;

- выявление основного круга проблем; составление плана социально-бытовой реабилитации, определение направлений работы со сроками их исполнения;

- решение проблем нуждающегося силами специалиста данного учреждения (социальный работник, специалист по социальной работе, психолог, социальный педагог, медик, юрист, массажист и т.д.);

- решение проблем, выходящих за пределы компетенции учреждения, в других организациях и ведомствах (специалистами по социальной работе):

- оформление ходатайств и направлений в различные организации по проблемам нуждающегося;

- направление нуждающихся на медицинские консультации в лечебные учреждения города;
- помощь в решении проблем трудоустройства;
- другие вопросы;
- проведение консилиума по решению вопроса о снятии с патронажа.

ТЕМА 2. МОДЕЛЬ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ: ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Теория социальной реабилитации исходит из того, что основу активного образа жизни человека составляют два основных фактора – *движение* и *деятельность*. Дефицит этих важных функций приводит к известным ограничениям жизнедеятельности, положенным в основу признания человека инвалидом и требующим реабилитационного воздействия.

Дефицит движения и деятельности выражается в ограничениях способности к передвижению и в такой важной сфере жизнедеятельности, как способность к самообслуживанию.

К нарушениям таких жизненно важных функций приводит поражение костно-мышечной системы, опорно-двигательного аппарата.

Оба вида ограничений жизнедеятельности взаимосвязаны, хотя и можно говорить о преобладании ограничений способностей к самообслуживанию при травмах верхних конечностей, а об ограничениях способности к передвижению – при повреждении нижних конечностей. Вместе с тем известно, что инвалид с поражением нижних конечностей вследствие травмы позвоночника имеет ограничения жизнедеятельности не только в сфере способности к передвижению. У него имеются в связи с этим и ограничение способности к самообслуживанию.

В сферу самообслуживания в конкретном его понимании входит способность совершения санитарно-гигиенических действий, самостоятельного одевания, приготовления и приема пищи, мытья посуды и уборки квартиры.

Для инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата особую значимость приобретает специальное оборудование, установка различных вспомогательных приспособлений, обеспечивающих бытовую и психологическую независимость, особая

планировка квартиры, позволяющая передвигаться на кресло-коляске либо с использованием ходунков.

Бытовые условия отражают оптимальную целесообразность установки бытовых приборов и возможность использования их для удовлетворения витальных потребностей.

С целью практической реализации положений о социально-бытовой адаптации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в ближайшем социуме (жилой среде) необходимо создание модели жилого помещения, которая содержала бы все жизненно важные блоки для овладения инвалидом предложенных вспомогательных устройств и реабилитационных технических средств с последующим относительно независимым образом жизни.

Модель должна предусматривать оптимальное жилое помещение, приближенное к реальному, которое содержит жизненно важные «зоны», и в котором инвалид с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата будет надежно адаптирован.

Нарушения физиологических функций опорно-двигательного аппарата приводят к ограничению жизнедеятельности в виде различной степени снижения способности к самообслуживанию и передвижению.

В перечень функций по самообслуживанию как виду деятельности должно быть включено: выполнение санитарно-гигиенических навыков, осуществление приготовления и приема пищи, хозяйственно-бытовой труд (мытьё посуды, уборка квартиры), самостоятельное одевание – раздевание, укладывание в постель.

Адаптированное жилое помещение должно включать: приспособления фиксированные (стационарные) и приспособления индивидуальные (нестационарные).

При этом необходимо учитывать два самостоятельных подхода:

- модификация, приспособление самих помещений с учетом типа физического дефекта, нарушений функций опорно-двигательного аппарата за счет специального стационарного оборудования
- оснащение этих помещений специальными (нестационарными) индивидуальными вспомогательными устройствами для облегчения самообслуживания.

К оборудованию и оснащению должны предъявлять требования двух категорий:

1. Медицинские требования:
 - точное соответствие изделия (оборудования) типу дефекта;
 - совпадение реабилитационного воздействия с физиологической функцией поврежденного органа (конечности);

- функциональность реабилитационных изделий;
 - предупреждение (избежание) возможных осложнений здоровья в ходе пользования вспомогательными устройствами;
 - ограничение эргономических усилий.
2. Технические требования:
- безопасность пользования;
 - надежность, прочность материала, из которого изготовлено изделие;
 - простота конструкции, обеспечивающая доступность для пользователя;
 - компактность функционирующего изделия.

Санитарно-гигиенический блок включает два помещения: ванная комната и туалет. Каждое из этих помещений должно быть модифицировано, т.е. отличаться от первоначального с учетом потребностей инвалидов.

Модификация ванной комнаты заключается в том, что она оборудуется горизонтальным поручнем на стороне, противоположной установленной ванны, пристенным откидным сидением, противоскользящим напольным ковриком, фигурным поручнем на стороне ванны, облегчающем самостоятельный подъем после мытья.

Ванна должна иметь подставку для самостоятельного помещения (погружения) в ванну. Необходимо оснащение ванны специальным сидением, обеспечивающим неполное погружение при мытье, специальным надонным противоскользящим ковриком, опорой для фиксации ног. Ванна должна быть оборудована гибким душевым шлангом, имеющим разновысокие штативы, что позволяет инвалиду самостоятельно использовать эти возможности при мытье, принятии душа. Желательно оборудование ванны вертикальным поручнем для принятия душа, оснащение ее стулом для душа.

Умывальник должен регулироваться по высоте для пользования инвалидом на кресло-коляске. Необходимо, чтобы умывальник имел специальное рычажное управление кранами, электрополотенце, устройство для автоматической подачи зубной пасты, жидкого мыла, зубную щетку, расческу – с удлиненной ручкой.

Ванная комната должна быть оснащена специальными (с удлиненной ручкой) мочалкой, расческой, зубной щеткой. Желательно оборудовать настенную электробритву, действие которой основано на фотоэлементе.

Модификация туалета заключается в специальном его приспособлении к потребностям инвалидов, передвигающихся на кресло-коляске, с костылями, имеющими дефекты верхних конечностей.

С этой целью туалет должен быть оборудован настенными горизонтальными поручнями, иметь напольное противоскользящее покрытие (коврик). Унитаз должен быть огражден вертикальными и горизонтальными поручнями, облегчающими подъем и обеспечивающими безопасность инвалида при пользовании унитазом. Унитаз должен быть оборудован удобным, доступным инвалиду рычажным (кнопочным) устройством для спуска воды (слива), должен иметь регулируемое по высоте сидение, держатель туалетной бумаги.

Кухонно-бытовой блок включает два помещения: кухню и столовую. Модификация *кухни* как помещения для приготовления пищи заключается в том, что она оборудуется стационарными устройствами, приспособленными для самообслуживания инвалида с физическими дефектами верхних конечностей.

К стационарному оборудованию кухонно-бытового блока относятся:

- плита;
- столы: кухонный, обеденный;
- мойка;
- шкафы: напольный, навесной.

Плита – электрическая (как наиболее безопасная) должна быть оборудована рычажными, легко управляемыми вентилями.

Кухонный стол должен иметь регулируемую высоту, что позволяет использовать его инвалидам в кресло-коляске либо в специальном рабочем кресле (стуле). Кухонный стол необходимо оборудовать специальными приспособлениями для резания твердых продуктов, для дозирования жидких и сыпучих продуктов, различными кухонными ножами, вилками, разливательными ложками для правой и левой руки.

Должны быть предусмотрены также приспособления для открывания банок, бутылок, набор держателей для кастрюли, чайника, сковородки.

Шкафы (напольный, навесной) необходимо оборудовать удобными широко захватными ручками – рычагами с неглубокими полками и вместе с тем имеющими большую площадь для свободного размещения кухонной утвари: сковородок, кастрюль, тарелок, кружек.

Мойка должна быть оборудована удобными рычажными кранами, оснащена щетками (на присосках) для мытья посуды, приспособлениями для чистки овощей.

Стол обеденный, модифицированный для инвалидов на кресло-коляске, необходимо оснастить специальной посудой: тарелки глубокие с утяжеленным дном, кружки с двумя ручками, изогнутыми

ручками, вилки, ножи, ложки (для левой и правой руки) с длинными ручками, подставки для яиц на присосках.

Спально-гостиничный блок включает в себя прихожую, гостиную и спальню.

Модификация *прихожей* должна предусматривать адаптированную дверную ручку, специальное приспособление для поворота дверного ключа, вешалку для одежды (на высоте, доступной инвалиду в кресло-коляске).

Необходимым оснащением является также комплект для подметания пола, захват для поднятия предметов с пола, доставания их с полки.

Модификация *спальни-гостиной* предусматривает функциональную кровать с противопролежневым матрасом, которая должна быть оснащена модифицированным надкроватьным столиком, горизонтальным и вертикальным поручнями для самостоятельного вставания с постели, подъемником для перемещения в кресло-коляску.

В *гостиной* должен быть предусмотрен набор приспособлений для открывания – закрывания штор, форточек (фрамуг), держатель телефонной трубки.

Важным фактором в жизнедеятельности инвалида является возможность самостоятельного одевания. В связи с этим, в модели жилого помещения должны быть предусмотрены приспособления для одевания чулок, обуви, для застегивания молний, пуговиц.

Предлагаемая модель предусматривает возможность обучения инвалида с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата пользованию модифицированным оборудованием, т.е. специально приспособленным к различным типам анатомического дефекта и нарушенных функций костно-мышечной системы.

Вместе с тем, необходимо иметь в виду, что инвалиды с данной патологией часто пользуются обычной бытовой техникой и оборудованием и потому нуждаются в переобучении, т.е. в *социально-бытовом обучении* с помощью специалиста на специально оборудованном учебно-тренировочном стенде.

Организация работы с учебно-тренировочным стендом. Цель создания учебно-тренировочного стенда состоит в том, чтобы инвалиды, имеющие дефекты функций верхних конечностей, могли бы восстановить движения в суставах кисти. При этом необходимо иметь в виду, что кисть человека может выполнять наиболее распространенные движения, так называемые *типы «захватов»*. Среди них такие, как *цилиндрический, крючковой, шаровой, щипцовый*.

В каждом из этих типов захвата обнаруживается свой приоритет участия в движении мышц кисти. При использовании всех типов захвата получается суммарный эффект восстановления движений в суставах кисти, который позволит инвалиду выполнять необходимые действия: повернуть кран, ввернуть электрическую лампочку, набрать номер телефона, закрыть самостоятельно замок и т.д., т.е. стать адаптированным в социально-бытовом отношении.

Известно, что чаще всего инвалиду приходится пользоваться обыденным оборудованием в домашних условиях, доступным потому, что оно уже существует, установлено в квартире еще до наступления инвалидности. Это оборудование, вместе с тем, становится недоступным, т.к. нормальные физиологические функции кистей рук нарушены. Цель занятий на учебно-тренировочном стенде состоит в том, чтобы без специальных вспомогательных устройств инвалид мог адаптироваться к повседневному бытовому оборудованию путем приспособления поврежденных кистей на основе обучения и тренировки.

С целью восстановления функции руки для выполнения *цилиндрического захвата* на стенде следует расположить, например, мясорубку, телефонный аппарат (трубка), дверную ручку рычагового типа.

Для тренировки *щипцового захвата* можно использовать такие предметы, как вентили газовой (электрической) плиты, шпингалеты различных конструкций, накладной замок, защелку на кошельке, вилка электрическая при вкладывании в розетку, цепочка дверная и др.

Необходима также тренировка мелкой моторики, которая нередко бывает нарушенной в силу разных причин. Этой цели может служить диск телефонного аппарата, мелкие шпингалеты, кнопочные мебельные ручки, дверная цепочка, ключ от всячего замка, электровыключатели, всевозможные вентили, шнурование, ремешок к часам и др.

Для восстановления функции *крючкового захвата* кисти руки необходимо разместить на стенде такие предметы, как дверные ручки в виде скобы различных модификаций (с тонкой и утолщенной рукояткой).

С целью тренировки функции руки для выполнения *шарового захвата* необходимо расположение на стенде шаровидных дверных ручек, электрической лампочки и других округлых предметов (водопроводные краны).

ТЕМА 3. СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Зрение является одной из основных функций человека, оно обеспечивает получение более 90% информации о внешнем мире. При частичной или полной утрате зрения человек испытывает большие трудности в самообслуживании, передвижении, ориентации, общении, обучении, трудовой деятельности, т.е. в осуществлении всей полноты жизнедеятельности.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности выделяются зрительные нарушения:

- глубокое нарушение зрения обоих глаз;
- глубокое нарушение зрения одного глаза с низким зрением другого;
- среднее нарушение зрения обоих глаз;
- глубокое нарушение зрения одного глаза, другой глаз нормальный.

Нарушения зрения, степень которых может быть уменьшена при помощи компенсирующих средств и которые можно исправить очками или контактными линзами, обычно не считаются зрительными нарушениями.

Главной характеристикой, отражающей тяжесть патологии органа зрения и определяющей ее влияние на жизнедеятельность и социальную достаточность человека, является состояние зрительных функций, основные среди которых острота и поле зрения.

При нарушении *остроты зрения* снижается различительная способность зрительного анализатора, возможность детального зрения, что ограничивает возможность обучения, получения профессионального образования и участия в трудовой деятельности. При значительном нарушении остроты зрения (вплоть до слепоты) резко ограничиваются и другие категории жизнедеятельности. Лица с концентрическим сужением *поля зрения* с трудом ориентируются в незнакомой обстановке, несмотря на относительно высокие показатели остроты зрения. Мобильность их значительно ограничена.

Абсолютная или практическая слепота приводит к резкому ограничению основных категорий жизнедеятельности. Абсолютно слепые люди практически утрачивают способность к самообслуживанию и физической независимости.

В связи с дефицитом зрения окружающая среда воспринимается незрячими с помощью других анализаторов. Преобладающей становится

информация акустическая, тактильная, кинестетическая, свето-цветовая. Приобретает значение форма и фактура предметов материального мира в целом. В процессе осязательного восприятия участвуют руки, подошвы ступней, в осязании мелких предметов – язык и губы.

Важную роль в жизнедеятельности слепых играет слух. Слух у них чрезвычайно обострен и реагирует на малейшие акустические нюансы при передвижении в пространстве. В связи с этим при решении социально- реабилитационных задач важен акцент на управление звуками в среде обитания незрячих. Необходимо выделить и усилить нужные для ориентации звуки и заглушить посторонние помехи и шумы. При формировании среды жизнедеятельности для слепых следует уделять особое внимание акустическим и изоляционным характеристикам строительных материалов и конструкций.

Компенсаторная приспособляемость организма наделяет слепого фоточувствительностью кода, дающей возможность различения не только контуров, но и цвета крупных объектов. Слепой, обладающий таким качеством, по мере приближения к большим предметам чувствует препятствие, иногда может судить о размерах и материале объекта.

На использовании функций кожной чувствительности базируются вспомогательные тифлотехнические средства и приспособления, помогающие слепому при передвижении: звуковые маяки у переходов, на остановках, внутренние и наружные информаторы, рельефные надписи внутри транспортных средств и на вокзалах, электронные системы открывания дверей и др.

Наиболее значимым видом ограничения жизнедеятельности инвалидов с нарушениями зрения является ограничение способности к ориентации – способности определяться во времени и пространстве.

Способность к ориентации осуществляется путем прямого и косвенного восприятия окружающей обстановки, переработки получаемой информации и адекватного определения ситуации.

Способность к ориентации инвалида с нарушением зрения включает:

- способность к определению времени по общепринятым признакам

- способность к определению местонахождения по пространственным ориентирам, запахам, звукам.

- способность правильно местопологать внешние объекты, события и себя самого по отношению к временным и пространственным ориентирам.

- способность к ориентации в собственной личности, схеме тела, различие правого и левого и др.

- способность к восприятию и адекватному реагированию на поступающую информацию, пониманию связей между предметами и явлениями.

Социально-бытовая реабилитация инвалидов с нарушениями зрения обеспечивается системой ориентиров – осязательных, слуховых и зрительных, которые способствуют безопасности передвижения и ориентировке в пространстве.

Осязательные ориентиры: направляющие поручни, рельефные обозначения на поручнях, таблицы с выпуклыми надписями или шрифтом Брайля, рельефные планы этажей, здания т.п.; изменяемый тип покрытия пола перед препятствиями.

Слуховые ориентиры: звуковые маяки при входах, радиотрансляция.

Зрительные ориентиры: различные специально освещаемые указатели в виде символов и пиктограмм с использованием ярких, контрастных цветов; контрастное цветовое обозначение дверей и т.п.; текстовая информация на таблицах должна быть максимально краткой. Строительные элементы на путях движения у лиц с ослабленным зрением (лестничные клетки, лифты, вестибюли, входы др.) следует оборудовать системой типовых ориентиров-указателей, выполненных на основе цветового, акустического и тактильного контраста с окружающей поверхностью.

Зрительные ориентиры и другая визуальная информация должна быть достаточно продумана, чтобы не допускать их переизбытка, способствующего созданию «тепличных» условий и утрате навыков пространственной ориентировки.

Важное значение для социальной интеграции инвалидов со зрительными расстройствами имеют меры социальной реабилитации. Для реализации этих мер необходимо обеспечение незрячих *вспомогательными тифлотехническими средствами:*

- для передвижения и ориентировки (трость, системы для ориентации – локаторы лазерные, световые и др.)

- для самообслуживания – тифлосредства культурно-бытового и хозяйственного назначения (кухонные приборы и приспособления для приготовления пищи, для ухода за ребенком и др.)

- для информационного обеспечения, обучения (приборы и приспособления для чтения, письма по Брайлю, системы «говорящая книга», специальные компьютерные устройства и др.)

- для трудовой деятельности – тифлосредства и приспособления, которыми незрячих обеспечивает производство в зависимости от вида трудовой деятельности.

Для лиц с остаточным зрением и слабовидящих необходимы *специальные средства коррекции зрения*: увеличивающие приставки, лупы, гиперокуляры, телескопические очки, а также некоторые тифлотехнические средства бытового, хозяйственного и информационного назначения.

Применение тифлотехнических средств наряду с другими реабилитационными мероприятиями создает предпосылки для достижения равных со зрячими возможностей и прав разностороннего развития, повышения культурного уровня, раскрытия творческих способностей незрячих, их активного участия в современном производстве и общественной жизни.

Инвалиды с патологией зрения испытывают определенные трудности при необходимости самостоятельного пользования транспортом. Для слепых важны не столько технические приспособления, сколько адекватная информация – вербальная, звуковая (ориентирующая, предупреждающая об опасности и др.)

Слабовидящий человек нуждается при пользовании транспортом в изменении величины указателей, усилении контрастности цветовой гаммы, яркости освещения объектов, транспортных элементов, которые позволяют ему использовать, дифференцировать, различать транспортные средства и устройства (световые табло, контрастная окраска пограничных – верхней и нижней – ступеней, края платформы и др.)

Для человека с полной утратой зрения доступ к общественному транспорту возможен лишь с посторонней помощью.

Важную роль в социальной реабилитации слепых и слабовидящих, в улучшении качества их социальной защиты и расширении объема социальных услуг играет в Российской Федерации Всероссийское общество слепых (ВОС), где осуществляются самые различные формы социальной реабилитации в целом и социально-бытовой реабилитации в частности, способствующие их интеграции. Так, в системе ВОС имеется сеть производственных предприятий и объединений, где созданы специальные условия организации труда, учитывающие функциональные возможности незрячих.

В Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» прописаны льготы для инвалидов с нарушениями зрения. Инвалиды по зрению обеспечиваются бытовыми приборами, тифлосредствами, необходимыми им для социальной адаптации.

Практический интерес для социального работника представляют особенности сопровождения ребёнка с нарушением той или иной зрительной функции. В социальной реабилитации такие особенности рассматриваются через конкретные случаи социально-бытовой реабилитации.

Случай 1. Действие: определение изменения уровня поверхности.

Нарушенные зрительные функции: поле зрения, острота зрения, контрастная чувствительность, отсутствует бинокулярное зрение.

Описание трудностей: ребёнок не видит ступени лестницы, бордюры, пандус, яму, неровность поверхности и т.п.; зрительно ребёнок замечает изменение уровня поверхности только с очень близкого расстояния, поэтому идёт медленно и проверяет пространство ступеней ногами; ребёнку трудно рассчитать расстояние до изменения уровня (кажется, что ступенька дальше, чем она на самом деле и т.п.).

Рекомендация для сопровождающего: предупреждать об изменении уровня, сообщая его направление (вверх оно или вниз), и что это конкретно (например, бордюр вниз, лестница вверх и т.д.); перед тем как сделать шаг вверх или вниз на поверхность, расположенную на другом уровне, подвести ребёнка вплотную к краю этой поверхности (например, остановиться перед бордюром вверх, подвести сопровождаемого движением руки вперед так, чтобы его носки были на расстоянии 3-5 см от бордюра и только потом делать шаг вверх); обводить ребёнка вокруг ям, глубоких выбоин и т.п., объясняя причину обхода; не препятствовать ребёнку использовать трость при сопровождении.

Случай 2. Действие: определение и обход нависающих и определяемых препятствий.

Нарушенные зрительные функции: поле зрения, острота зрения, контрастная чувствительность, отсутствует бинокулярное зрение.

Описание трудностей: ребёнок не видит нависающие препятствия, которые он может задеть головой (ветки деревьев, вывески и рекламные щиты, низкая притолока и т.д.); не замечает определяемые препятствия (столы, стулья, киоски, автомобили, напольные рекламные щиты, люди и т.д.); замечает нависающее или определяемое препятствие только с очень близкого расстояния, поэтому идёт медленно и постоянно задевает его собой; ему трудно рассчитать расстояние до нависающего или определяемого препятствия (кажется, что препятствие дальше или меньше, чем оно на самом деле и т.п.).

Рекомендация для сопровождающего: следует предупреждать о нависающем или определяемом препятствии, сообщая конкретно,

что это такое (ветки деревьев, толпа людей, палатка с сувенирами и т.д.); обходя препятствие, надо сообщать сопровождаемому, с какой стороны вы его обходите (например: «Впереди палатка с сувенирами. Мы обойдём её справа»); сообщать сопровождаемому о нависающем препятствии и, если невозможно его обойти, подстраховать в момент движения (например, при прохождении проёма с низкой притолокой попросить сопровождаемого пригнуть голову и поставить руку между головой сопровождаемого и притолокой так, чтобы, если сопровождаемый и заденет препятствие головой, то коснётся руки, а не притолоки); обходя препятствие необходимо совершать повороты под прямым углом, чтобы сопровождаемому было легче ориентироваться при многочисленных поворотах; не препятствовать сопровождаемому активно использовать трость.

Случай 3. Действие: отслеживание пространства под ногами.

Нарушенные зрительные функции: поле зрения; острота зрения; контрастная чувствительность; отсутствует бинокулярное зрение.

Описание трудностей: ребёнок не видит, что находится у него под ногами: лужа, грязь, мусор и т.д.; ребёнок наступает в лужу, грязь, спотыкается о мусор (банки, бутылки, коробки и т.д.).

Рекомендации для сопровождающего: предупреждать о том, что находится впереди на поверхности (лужа, грязь, различный мусор и т.д.). Обвести ребёнка так, чтобы он не наступил в грязь, лужу и т.д.; если невозможно обойти что-либо на поверхности, то подвести сопровождаемого к краю и дать чёткие указания о том, как необходимо преодолеть препятствие (например, лежащий поперёк прохода шланг).

Случай 4. Действие: чтение табличек на дверях, информационных стендов, указателей и т.д.

Нарушенные зрительные функции: острота зрения; контрастная чувствительность; поле зрения.

Описание трудностей: ребёнок не видит табличек на дверях, не знает, где именно они расположены и не имеет возможности их прочесть. Он не может прочесть расписание занятий или другую информацию со стенда, не может найти нужный объект на картинке-карточке и т.д.; ребёнку нужно подойти на очень близкое расстояние, чтобы разглядеть табличку; ему трудно найти, где расположена табличка.

Рекомендация для сопровождающего: необходимо сопровождать ребёнка в тех местах, где ориентирование возможно только по зрительным указателям (например, нумерация кабинетов в поликлинике); делать крупношрифтовые указатели с хорошим контрастом; сообщать о том, где именно есть информационные табло и

указатели, чтобы ребёнок мог попросить кого-либо из окружающих их прочесть; научить получать информацию иным, не визуальным, образом: задать вопросы, попросить сопроводить и т.д.

Случай 5. Действие: ориентировка в пространстве и/или переход открытого пространства.

Нарушенные зрительные функции: острота зрения; контрастная чувствительность; поле зрения.

Описание трудностей: ребёнку сложно или он не может ориентироваться в помещении (столовая, спортзал и т.п.) и/или в открытом пространстве (детская площадка и т.п.).

Рекомендация для сопровождающего: сопровождать ребёнка от того места, где он находится в момент обращения за помощью и до прихода ребёнка в то помещение, которое ему было нужно.

Случай 6. Действие: сохранение прямой линии при передвижении и отслеживание направления движения.

Нарушенные зрительные функции: острота зрения, контрастная чувствительность, поле зрения.

Описание трудностей: ребёнок не может под зрительным контролем сохранять прямолинейное движение; ребёнок может передвигаться в пространстве, придерживаясь какой-либо направляющей (стена, газон и т.д.).

Рекомендации для сопровождающего: необходимо сопровождать ребёнка в тех местах, где необходимо пересекать открытые пространства (столовая, спортзал, детская площадка и т.д.).

Другие сложности: освещение.

Нарушенные зрительные функции: поле зрения, световая чувствительность.

Описание трудностей: при разном освещении ребёнок видит по-разному, т.е., например, в одних ситуациях он может увидеть препятствие, а в других – нет.

Возможные проблемы: ребёнку плохо или совсем не видно при ярком свете, особенно, если источник света направлен прямо в глаза (нарушена световая адаптация); ребёнку плохо или совсем не видно в сумерках (нарушена темновая адаптация); ребёнку требуется много времени, чтобы привыкнуть к свету, если он вышел из тени (сумерек); ребёнку требуется много времени, чтобы привыкнуть к сумеречному освещению после яркого света.

Рекомендации для сопровождающего: предлагая ребёнку сесть или постоять где-либо, социальному работнику следует поинтересоваться, как он предпочтёт расположиться относительно источника света.

Другие сложности: флюктуации зрения.

Нарушенные зрительные функции: множество глазных заболеваний (корково-психическая слепота, диабетическая ретинопатия).

Описание трудностей: у ребёнка постоянно, в зависимости от множества внешних и внутренних факторов меняется зрение (например: ребёнок видит чётко предметы и через 15 минут его зрение падает почти до нуля, а ещё через 15 минут возвращается к условной норме).

Рекомендации для сопровождающего: постоянное сопровождение.

Из приведённых выше рекомендаций видно, что дети с остаточным зрением также нуждаются в сопровождении, как и тотально незрячие. Принципиальная разница между этими двумя группами состоит в том, что тотально незрячих детей необходимо учить ориентированию и мобильности, а детей с остаточным зрением не только ориентированию и мобильности, но и навыкам эффективного использования остаточного зрения. Для этого необходимо постоянно проводить тифлосеминары для учителей, воспитателей и родителей, на которых давать взрослым навыки и приёмы сопровождения, а также обучать их приёмам и техникам, направленным на сохранение остаточного зрения.

Кроме того, чем раньше обучить ребёнка ориентированию и мобильности, тем адаптированной и реабилитированной он будет, а, следовательно, будет снижен стрессогенный фактор, который в свою очередь приведёт к психологически комфортному развитию его личности и позволит избежать ряда комплексов неполноценности. Подобные тифлосеминары необходимо проводить в детских садах, школах и центрах детского досуга. Семинары должны проводить такие специалисты как психологи, тифлопедагоги, инструктора по ориентированию и мобильности.

Социально-бытовая реабилитация инвалидов по зрению в современных условиях невозможна без широкого применения технических средств реабилитации. Наилучшим техническим средством реабилитации, облегчающим инвалидам по зрению работу с информацией, является специально адаптированная информационно — вычислительная электронная техника. Для оснащения специального рабочего места инвалида по зрению, работающего с информацией, нужно использовать компьютер и электронные тифлотехнические средства универсального назначения для работы с ним. Такими средствами являются специальные дисплеи разного типа, которые позволяют слабовидящему или незрячему человеку получать от компьютера разнообразную информацию, выдаваемую

пользователю. С их помощью инвалид по зрению может работать с большей частью системных и прикладных программ, применяемых специалистами различного профиля практически во всех отраслях деятельности.

Организация социально-бытовой реабилитации включает в себя решение вопросов о рабочем месте для инвалидов. *Типовое специальное рабочее место для инвалидов* — это специальное рабочее место, состав оборудования которого не ориентирован на использование в практической работе лицом, работающим по конкретной специальности в конкретной организации. При оснащении конкретного специального рабочего места необходимо учитывать специфику труда именно на этом рабочем месте: специальность, должность работника, взаимосвязь с другими рабочими местами в данной организации, а также, по возможности, индивидуальные особенности конкретного человека, для которого оснащается данное рабочее место — характер и степень инвалидности, навыки работы со специальной техникой и др.

Тем не менее, есть некоторые общие принципы и методы оснащения специальных рабочих мест для инвалидов. Существует определенный круг оборудования, которое может использоваться при оснащении компьютерных специальных рабочих мест для инвалидов по зрению. С учетом индивидуальных возможностей и условий труда каждого конкретного человека формируется состав оборудования его специального рабочего места из известного набора технических средств, пригодных для этой цели. Таким образом, конкретное компьютерное рабочее место создается на основе определенной типовой модели — типового специального рабочего места.

Под типовым компьютерным рабочим местом в социальной реабилитации предлагается понимать набор основного оборудования и электронных тифлотехнических средств универсального назначения, в том числе необходимого программного обеспечения. Типовое компьютерное рабочее место должно состоять из стандартного оборудования: компьютера, основного программного обеспечения к нему, электронных тифлотехнических средств универсального назначения — аппаратных и (или) программных. Это позволит любому инвалиду по зрению овладеть основными навыками работы с вычислительной техникой и электронными тифлотехническими средствами.

Сформировать одно типовое компьютерное рабочее место для всех инвалидов по зрению невозможно, так как разные их группы используют в качестве основного средства получения информации

различные компенсаторные механизмы. Слабовидящие (с остатком зрения от 4 — 5%) пользуются в основном зрительным остатком, и им требуются специальные средства, облегчающие получение информации таким способом (увеличение шрифта и т.п.). Тотально слепые и те, чей зрительный остаток слишком мал для работы с видеодисплеем, пользуются другими основными способами получения информации — осязанием и слухом.

От способа получения инвалидом по зрению информации, выводимой компьютером, зависит то, какие специальные аппаратные и программные средства нужно использовать для оснащения специального рабочего места для него. Существует три состава оборудования для оснащения компьютерного рабочего места для инвалидов по зрению разных групп и соответственно три вида типовых компьютерных рабочих мест для них: компьютерное рабочее место с адаптированным видеодисплеем, компьютерное рабочее место с тактильным дисплеем, компьютерное рабочее место с аудиодисплеем (синтезатором речи).

Общее обязательное требование к электронным тифлотехническим средствам, применяемым для оснащения компьютерного рабочего места, состоит в том, что они должны обладать универсальным назначением, т.е. обеспечивать работу с широким кругом стандартных прикладных программ и позволять инвалиду по зрению решать основные задачи, возникающие при использовании вычислительной техники в профессиональной деятельности большинства специалистов. При оснащении компьютерного рабочего места целесообразно использовать более широкий круг стандартного оборудования (дополнительные периферийные устройства) и электронные тифлотехнические средства функционального назначения. К последним относится, прежде всего, принтер, печатающий шрифтом Брайля.

Основными дополнительными периферийными устройствами являются сканер, модем и принтер, печатающий обычным шрифтом. Включение этого дополнительного оборудования в состав типового компьютерного рабочего места даст возможность инвалидам освоить работу с оборудованием, которое часто используется в повседневной работе с применением компьютерных технологий. В частности, сканер требуется инвалидам по зрению для работы с документами на бумажных носителях.

Кроме того, наличие в составе типового компьютерного рабочего места дополнительного оборудования позволит более детально и адресно подходить к оснащению и эксплуатации компьютерного

рабочего места инвалидов по зрению различных профессиональных групп, работающих в разнообразных условиях.

ТЕМА 4. СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Теория и практика социальной реабилитации исходят из того, что слух играет большую роль в интеллектуальном и речевом развитии ребенка. Ребенок с сохранным слухом слышит речь взрослых, подражает ей и учится самостоятельно говорить. Слушая объяснения взрослого, малыш знакомится с окружающим миром, овладевает сложным познанием действительности, усваивает значения многих слов. С помощью слуха он может контролировать собственную речь и сравнивать с речью окружающих, так он усваивает не только правильное звукопроизношение, но и лексико-грамматические средства языка. В дальнейшем сохранный физический слух является необходимым условием для овладения чтением и письмом.

Социально-медицинские исследования причин нарушения слуха указывают на инфекционные заболевания, токсические поражения, сосудистые расстройства, механические, акустические или контузионные травмы и т.д. В социальной работе важно учитывать и то, что глухота и тугоухость могут быть наследственными, врожденными и приобретенными.

Глухота — это стойкая потеря слуха, при которой невозможно самостоятельное овладение речью и разборчивое восприятие речи ушной раковины. При этом человек может воспринимать некоторые громкие неречевые звуки (свисток, звонок, удар в бубен). Глухота бывает врожденная и приобретенная. Дети с приобретенной глухотой – это рано оглохшие (ранняя глухота), безречевые дети, а также поздно оглохшие, у которых речь сформирована в той или иной степени.

Тугоухость – это стойкое понижение слуха, при котором возможно овладение речью с опорой на остаточный слух. Речь при этом имеет специфические нарушения.

Тугоухие – это слабослышащие дети с тяжелым недоразвитием речи и слабослышащие дети с достаточно развитой речью.

В социальной реабилитации различают врожденную и приобретенную глухоту. Врожденная глухота может быть наследственной либо вызванной заболеваниями внутриутробного периода, резус-конфликтом, либо приемом матерью токсических веществ во время беременности.

В соответствии с «Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» патология слуха подразделяется на:

- глубокое двустороннее нарушение развития слуха и глубокую двустороннюю потерю слуха;
- тяжелое двустороннее нарушение слуха, отсутствие восприятия речи;
- среднетяжелое нарушение слуха;
- легкое нарушение слуха, распознавание не всех элементов обычной речи.

Термин «глухой» применяется только к инвалидам, чье слуховое нарушение является настолько тяжелым, что они не воспринимают звуки любой громкости.

Из всех видов ограничений жизнедеятельности для этой категории инвалидов наиболее значимым является ограничение способности к общению.

Параметрами оценки ограничений способности к общению у лиц с нарушениями слуха могут быть:

- способность говорить (плавно произносить слова, понимать речь, произносить и производить вербальные сообщения, передавать смысл посредством речи);
- способность слушать (воспринимать устную речь, вербальные и иные сообщения);
- способность к символической коммуникации – невербальному общению: понимать знаки и символы, коды, читать карты, принимать и передавать информацию.

Письменная речь отражает все дефекты устной речи слабослышащего. Помимо специфического нарушения речи, у детей с нарушениями слуха встречаются и другие речевые нарушения.

Успешность социально-коррекционной работы с детьми, страдающими тугоухостью и глухотой зависит от ряда благоприятных факторов:

- интенсивного систематического и адекватного состоянию ребенка обучения;
- активного участия семьи в его воспитании и обучении;
- потенциальных возможностей самого ребенка, его физического состояния и личностных качеств (активности, коммуникабельности, физической выносливости, работоспособности и т. п.);
- использования сурдотехнических средств.

В целях социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями слуха используются различные технические средства. Среди них – разновидности *индивидуальных слуховых аппаратов*:

- ушные вкладыши каплевидной формы, которая максимально соответствует анатомическим особенностям слухового прохода, что позволяет избежать обратной акустической связи;

- заушные слуховые аппараты с присоединением к дужке очковой оправы;

- система индивидуального прослушивания телерадиоаппаратуры;

- усилитель акустический на телефонную трубку.

Люди, страдающие тугоухостью, постоянно сталкиваются с проблемами адаптации к слуховым требованиям повседневной жизни. Для создания максимального комфорта людям с частичной потерей слуха рекомендуется оснащение бытовых и производственных помещений следующей аппаратурой:

- индикатор телефонного вызова с возможностью подключения комнатного светильника;

- телефонная трубка с усилителем;

- световой сигнализатор дверного звонка;

- будильник со световой, вибрационной индикацией;

- телефон-принтер с памятью со встроенным экраном.

Традиционно коррекционная помощь детям с нарушенным слухом оказывается в учреждениях системы здравоохранения (сурдологические кабинеты, отделения, центры, стационары при лор-отделениях крупных больниц) и в системе образования.

Деятельность дошкольных образовательных учреждений регулируется «Типовым положением о дошкольном образовательном учреждении» (1995). Глухие и слабослышащие дети раннего и дошкольного возраста могут воспитываться и обучаться в следующих образовательных учреждениях:

- детский сад компенсирующего вида для глухих и/или для слабослышащих детей;

— детские сады комбинированного вида;

— дошкольные группы, отделения в специальных коррекционных общеобразовательных школах, школах-интернатах для глухих или для слабослышащих и позднооглохших детей. В дошкольные отделения и группы при детских садах могут приниматься дети с 1,5 – 2-х летнего возраста при наличии условий для их воспитания;

- образовательные учреждения для детей дошкольного и младшего школьного возраста «Начальная школа — детский сад» компенсирующего вида для глухих или для слабослышащих детей и образовательное учреждение для детей дошкольного и школьного возраста «Школа — детский сад» для глухих или для слабослыша-

щих детей. В структуре данных образовательных учреждений могут быть группы детей преддошкольного и дошкольного возраста, а также, либо начальное звено, либо начальная и основная школа (с 1-го по 10—12-й классы) для слабослышащих или для глухих детей.

Раздел «*Развитие речи*» является одним из ведущих в системе социально-коррекционной работы, так как его задачи связаны с преодолением специфического для глухих и слабослышащих детей нарушения речи и речевого общения. Основными задачами являются: развитие языковой способности; накопление словаря и работа над значением слова; формирование разных форм речи (устной, письменной, тактильной); отработка различных видов речевой деятельности, проведение элементарных языковых наблюдений

Важные социально-коррекционные задачи решаются в процессе развития слухового восприятия и обучения произношению, целью такой работы является формирование и развитие у детей с нарушенным слухом навыков восприятия и воспроизведения устной речи.

Дети, воспитывающиеся дома, могут получать следующую социально-коррекционную помощь:

- в сурдологических кабинетах системы здравоохранения по месту жительства;
- в стационарах при отделениях отоларингологии крупных больниц по месту жительства;
- в группах кратковременного пребывания при специальных дошкольных учреждениях (группах) и при научных медицинских и педагогических центрах;
- в Центрах медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации системы социальной защиты.

Для этой категории инвалидов существуют специальные школы для глухих и слабослышащих. Практика социальной реабилитации показывает, что чем раньше начато обучение, тем больше вероятности развития речи. В современной сурдопедагогике, как отечественной, так и зарубежной, применяются системы обучения глухих, реализующие билингвистический подход.

Билингвистический подход основан на том, что равноправными и равноценными средствами специального образовательного процесса являются: словесная речь и жестовая речь.

Жестовая речь — это способ межличностного общения людей, лишенных слуха, посредством системы жестов. Лексические и грамматические закономерности жестовой речи обусловлены свое-

образом ее основной семантической единицы — жеста, а также его функциональным назначением.

Использование жестовой речи в обучении глухих способствует:

- устранению коммуникативных барьеров между педагогами и учащимися;
- созданию доверительных отношений между детьми и взрослыми;
- эмоциональной окрашенности учебно-воспитательного процесса;
- увеличению объема учебной информации;
- ускорению ее передачи;
- восприятию учащимися;
- усвоению программы общеобразовательной школы в полном объеме.

Юноши и девушки с нарушенным слухом приобретают различные специальности:

- на учебно-производственных предприятиях Всероссийского общества глухих;
- в профессионально-технических училищах, колледжах, вузах;
- непосредственно на предприятиях, как государственных, так и частных.

Преобладающими профессиями для лиц с нарушениями слуха остаются инженерно-технические.

В связи с тем, что в основе причин глухоты лежат вредные условия труда, в реабилитационных целях применяют звукоизоляцию, вибропоглощение, дистанционное управление. Используются и индивидуальные средства защиты: виброгасящие перчатки, ушные шлемы.

Плохо слышащие и глухие испытывают затруднения при пользовании общественным транспортом. Невозможность услышать предстоящую остановку вызывает у инвалидов психологическую напряженность.

В связи с этим социально-реабилитационным мероприятием выступает информационное обеспечение инвалидов с патологией слуха на транспорте, оснащение транспорта для глухих и плохослышащих, которое представлено световым сигнализатором остановки и начала движения, «бегущей строкой» — информацией о наименовании станции, мигающим маяком.

Для действенной реализации программ социальной реабилитации инвалидов с нарушениями слуха представляется важным осу-

ществление субтитрования общественно значимых информационных и других телепередач, выпуск видеопродукции (с субтитрами), адресованной инвалидам.

Для социальной реабилитации инвалидов с патологией слуха важное значение имеет деятельность Всероссийского общества глухих, которое располагает широкой сетью реабилитационных учреждений, где осуществляется обучение, трудоустройство и меры по социальной интеграции лиц с данной патологией.

В федеральном законе «О социальной защите инвалидов в РФ» прописаны льготы для лиц, страдающих нарушениями слуха. Инвалиды обеспечиваются необходимыми средствами телекоммуникационного обслуживания, специальными телефонными аппаратами, инвалиды обеспечиваются бытовыми приборами, сурдо- и другими средствами, необходимыми для социальной адаптации. Ремонт указанных приборов и средств производится инвалидам бесплатно или на льготных условиях. Порядок обеспечения инвалидов техническими средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством РФ.

ТЕМА 5. СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С РАННИМ АУТИЗМОМ

В последнее время перспективным направлением социальной реабилитации становится социально-бытовая реабилитация детей с ранним аутизмом. Ранний детский аутизм является одним из наиболее сложных нарушений психического развития ребенка. Формируется этот синдром в своем полном виде к 2,5—3-летнему возрасту.

В теории и практике социальной работы характерные черты раннего детского аутизма определяются следующим образом:

- глубокие нарушения социального развития, проявляющиеся в трудностях взаимодействия с другими людьми и предметным миром;
- стереотипность в поведении.
- совершенно особые нарушения речевого развития (мутизм, эхолалии, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица и др.), сутью которых является нарушение возможности использовать речь в целях коммуникации.
- повышенная чувствительность (сензитивность) к сенсорным стимулам.

Современная наука исходит из того, что причиной возникновения синдрома аутизма считается биологическая неполноценность ребенка, являющаяся следствием воздействия разных патологичес-

ких факторов — метаболических, хромосомных, инфекционных, вызывающих органическую дефицитарность мозга. Большую роль играют при этом генетические факторы.

Теория и практика социальной реабилитации исходят из необходимости комплексного медико-психолого-педагогического подхода к противоречивым и неоднозначным проявлениям раннего детского аутизма. Аутичный ребенок может проявить себя умственно отсталым и высокоинтеллектуальным, одаренным (в области математики, музыки, шахмат), но при этом не имеющим простейших бытовых и социальных навыков; один и тот же ребенок в одних ситуациях оказывается неуклюжим, а в других демонстрирует незаурядную ловкость движений.

При раннем детском аутизме нарушение чувства самосохранения отмечается специалистами в большинстве случаев уже на первом году жизни ребенка. Оно проявляется как в сверхосторожности, так и в отсутствии чувства опасности (в частности, отсутствии «чувства края»). Причем достаточно характерным оказывается противоречивое сочетание этих крайностей у одного и того же ребенка, бесстрашие в реально опасных ситуациях может сосуществовать со страхами относительно вполне безобидных объектов.

Признаки нарушения аффективного контакта с людьми и, прежде всего, с близкими, является главным симптомом аутизма и прослеживаются уже на самых ранних этапах аутистического дизонтогенеза.

Оно может проявляться в пассивности, вялости такого младенца в эмоциональном общении, неприспособленности к рукам матери.

При признаках аутистического развития особенно ярко может проявляться нарушения глазного контакта. Наиболее характерным является взгляд мимо лица или «сквозь» лицо взрослого.

Сроки появления первой улыбки у большинства аутичных детей соответствуют норме. Однако она не столько адресуется человеку, сколько возникает в ответ на приятную ребенку сенсорную стимуляцию (тормошение, яркий орнамент на халате матери и т.д.). Отмечается запаздывание комплекса оживления, который возникает спонтанно, не в коммуникативной ситуации, а как реакция на какой-то неодушевленный стимул.

Привязанность у таких детей формируется, что доказывается наличием реакции на отделение, но она имеет скорее инстинктивный характер. Главное отличие от нормы состоит в том, что аутичный ребенок не использует положительных эмоциональных реакций для выражения привязанности к близкому человеку.

Коммуникативные нарушения проявляются в том, что у ребенка возникают сложности при выражении собственного эмоционального состояния в выражении просьбы.

Своеобразно *речевое развитие* аутичных детей. Помимо коммуникативных нарушений возникают трудности в самостоятельном построении речевого высказывания. Вместо этого ребенок использует речевые штампы, себя называет во втором или в третьем лице. Однако тот же ребенок может проявлять удивительное чувство языка, играя сочетаниями звуков, слов, рифмуя, изобретая неологизмы. Нередко наблюдается мутизм (отказ от речи), ребенок может отказаться от устной речи, но пользуется письменной речью.

Не менее своеобразно *развитие мышления* аутичных детей. При конкретности, буквальности и фрагментарности в понимании окружающего они могут проявлять способность к символизации, одержимо выполнять сложные мыслительные операции: сложные математические вычисления, проигрывание шахматных композиций.

Аутичные дети нередко одержимы фантазиями. Аутистические фантазии могут быть следствием нарушения сферы влечений и интересов, навязчивыми страхами, а в некоторых случаях являются результатом осознания ребенком своей несостоятельности.

Трудности *произвольной организации поведения*. Эти проблемы становятся заметнее после года и к 2 – 2,5 годам ребенка осознаются родителями уже в полной мере. Однако признаки сложностей произвольного сосредоточения, привлечения внимания, ориентации на эмоциональную оценку взрослого появляются гораздо раньше. Это может выражаться в следующих тенденциях:

- отсутствие либо непостоянность отклика малыша на обращение к нему близких, на собственное имя;
- характерное отсутствие прослеживания взглядом направления взгляда взрослого, игнорирование его указательного жеста и слова.
- слабость подражания, чаще даже его отсутствие иногда — очень длительная задержка в его формировании.
- слишком большая зависимость ребенка от влияний окружающего психического поля.

Превышение доступного ребенку уровня взаимодействия неизбежно вызывает у него уход от возможного контакта, появление нежелательных протестных реакций: негативизма, агрессии или самоагрессии — и фиксацию негативного опыта общения.

Основные параметры, по которым можно определить этот допустимый уровень взаимодействия, следующие:

- какая дистанция общения для ребенка более приемлема.

- каковы его излюбленные занятия, когда он предоставлен сам себе: бродить или бегать по комнате, раскачиваться, подпрыгивать, что-то крутить, перебирать, раскладывать, листать книгу и др.;

- как он обследует окружающие предметы: рассматривает; обнюхивает; тащит в рот; рассеянно, не глядя, берет в руку и тотчас бросает; смотрит издали, боковым зрением;

- как использует игрушки: обращает внимание лишь на какие-то детали, манипулирует игрушкой для извлечения какого-либо сенсорного эффекта, проигрывает элементы сюжета; насколько эти манипуляции однообразны;

- сложились ли какие-то стереотипы бытовых навыков, насколько они развернуты, насколько жестко привязаны к привычной ситуации;

- использует ли он речь, и в каких целях: насколько она стереотипна, характерны ли эхоталии, в каком лице он говорит о себе;

- как он ведет себя в ситуациях дискомфорта, страха: замирает, возникают панические реакции, агрессия, самоагрессия, обращается к близким, жалуется, усиливаются двигательные стереотипии, стремится повторить или проговорить травмировавшую ситуацию;

- каково его поведение при радости: возбуждается, усиливаются двигательные стереотипии, стремится поделиться своим приятным переживанием с близкими;

- как он реагирует на запрет: игнорирует, пугается, делает на зло, становится агрессивным, кричит;

- как легче его успокоить при возбуждении, при расстройстве: взять на руки, приласкать, отвлечь (чем отвлечь? — любимым лакомством, привычным занятием, уговорами);

- как долго можно удерживать его внимание и на чем: на игрушке, книге, рисунке, фотографиях, мыльных пузырях, свечке или фонарике, игре с водой и т.д.;

- как он относится к включению взрослых в его занятие: уходит, протестует, принимает, повторяет какие-то элементы игры взрослому или отрывки его комментария.

Социально-бытовая реабилитация данной категории детей строится на том, что основная нагрузка, как физическая, так и психическая, в воспитании ребенка ложится на его мать. Поэтому нужна регулярная психосоциальная помощь специалистов, которые могли бы квалифицированно оценить состояние ребенка, его динамику, подсказать матери конкретные коррекционные приемы в работе с ним, наметить этапы психологической коррекции и обучения.

Для практического социального работника интерес представляет методика оперантного обучения (поведенческая терапия), которая предусматривает создание внешних условий, формирующих желаемое поведение. Социальная работа с аутичными детьми направлена на социально-бытовую адаптацию, речевое развитие, овладение учебными предметами, формирование производственных навыков. Обучение таких детей носит индивидуальный характер. Соответствующая программа, предусматривает создание отвечающих особенностям аутичного ребенка условий существования. В рамках такой программы решаются задачи развития невербальной коммуникации, формирования элементарных социально-бытовых навыков, четкого структурирование пространства и времени (через различные формы расписаний, дневники), опоры на визуализацию. При этом обучение речи, формирование учебных и профессиональных навыков не являются с точки зрения содержания программы обязательными.

Практика социальной реабилитации свидетельствует о том, что в России большинство детей и подростков с аутизмом обучаются в специальных школах для умственно отсталых детей, в массовых школах (хотя при этом нередко выводятся на домашнее обучение), содержатся в учреждениях системы здравоохранения и социальной защиты населения. В 2002 году были разработаны методические рекомендации по организации работы Центров помощи детям с ранним детским аутизмом (Письмо Министерства образования России от 24 мая 2002 г. № 29/ 2141-6).

Дети, направленные в такое учреждение поступают вначале в консультативно-диагностическое подразделение, где уточняется диагноз. Если состояние ребенка соответствует профилю Центра, то ребенок направляется в одно из коррекционных подразделений. Основная коррекционная вертикаль подразумевает такую динамику развития воспитанника, когда сохраняется необходимость его обучения и воспитания в специальных условиях с использованием традиционных для коррекции раннего детского аутизма методов и преимущественно индивидуальных форм психосоциальной работы. Дополнительные коррекционные вертикали могут включать сеть дошкольных и школьных экспериментальных групп и классов.

При создании и развитии системы социально-реабилитационной помощи детям с аутизмом и сходными расстройствами должны соблюдаться следующие принципы организации социальной работы с данной категорией детей, оказавшимися в трудной жизненной ситуации:

- интегративная направленность социально-коррекционного процесса в сочетании со специализированным характером оказываемой помощи при социальной реабилитации;
- преемственность социально-реабилитационной и коррекционной работы на всех возрастных этапах;
- учет интересов аутичного ребенка при выборе методического подхода к его социальной реабилитации;
- индивидуальный характер социальной коррекции на начальных ее этапах с постепенным переходом к групповым формам психосоциальной работы;
- систематическая активная психосоциальная работа с семьей аутичного ребенка.

ТЕМА 6. СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С КОМПЛЕКСНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Статистика свидетельствует о том, что прослеживается тенденция к увеличению числа инвалидов со сложными комплексными нарушениями развития. В свою очередь, сложные нарушения развития отличаются большим многообразием: это могут быть сочетания сенсорных, интеллектуальных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений, например, сочетания нарушений зрения и слуха (слепоглухота), зрения и системного нарушения речи, зрения и умственной отсталости, зрения и двигательных функций.

Специалисты по социальной работе выделяют *основные группы* людей с сочетанными нарушениями развития:

- с двумя выраженными психофизическими нарушениями, каждое из которых может вызвать аномалию развития (например, умственно отсталые глухие);
- имеющие одно существенное психофизическое нарушение (ведущее) и сопутствующее ему другое нарушение, выраженное в слабой степени, но заметно отягощающее ход развития (например, умственно отсталые с небольшим снижением слуха (так называемый “осложненный” дефект);
- с множественными нарушениями (три и более первичных нарушений), выраженных в разной степени и приводящих к значительным отклонениям в развитии): (к примеру, слепоглухонемые, умственно отсталые слабовидящие глухие)

В ранней диагностике подобных категорий инвалидов усиливается значение нейрофизиологических методов объективного исследования. Значительные трудности возникают при квалификации

отклонений в умственном, эмоциональном развитии и выяснении их причин. В практике организации социальной реабилитации инвалидов важное значение имеет медико-генетическое исследование, так как большинство сложных нарушений развития связано с действием генетического фактора.

Общей закономерностью диагностики названных категорий инвалидов является особая отягощенность условий раннего развития ребенка со сложным дефектом. Дело в том, что наличие нескольких первичных нарушений является причиной недоразвития отдельных функций (предметные действия, формирование образов предметов, пространственная ориентировка, моторика, эмоционально-чувственный контакт со взрослыми, общение), а также общей задержки психического развития.

В такой ситуации социальному работнику необходимо выявить пути развития ориентировочной деятельности ребенка, реальные и перспективные направления компенсации сложного дефекта; вывести ребенка из культурного тупика, из ситуации изолированности от окружающего мира (материально-предметного и социального). При этом принципиально важным является вопрос о степени сохранныости интеллектуального развития ребенка.

Содержательный научно-практический опыт социально-бытовой реабилитации детей-инвалидов с комплексным нарушением развития накоплен в Сергиево-Посадском детском доме (Московская область) для слепоглухих детей.

В детском доме функционируют:

- дошкольное и школьное отделения для слепоглухих детей;
- учебно-трудовые группы;
- группы для детей с множественными нарушениями.

Возраст воспитанников — от 3 до 18 лет. Специализированное учреждение рассчитано на 100 детей. Определяющими особенностями социально-коррекционного процесса является его практическая направленность. Условия, обеспечивающие усвоение слепоглухим ребенком знаний и формирование у него специфически человеческого поведения предполагают:

- практические действия с предметами (в том числе орудийные);
- использование социальных способов действия с вещами, входящими в непосредственное окружение индивида;
- направленность действий на удовлетворение потребностей ребенка.

Опыт социально-бытовой реабилитации свидетельствует, что первыми средствами общения со слепоглухим ребенком являются

жесты, обозначающие предметы и действия. В последующем от отдельных жестов переходят к тактильным словам, воспринимаемым посредством осязания. На базе дактилологии при помощи специальных приемов детей обучают рельефно-точечному шрифту Брайля и, если позволяет остаточное зрение, плоскочечному шрифту.

Формирование устной речи ведется главным образом с использованием осязания.

Для обучения детей школьного возраста с комплексными нарушениями развития применяют специальные технические средства обучения — телетактор, а для детей с остаточным зрением — визуальные дисплеи.

Программа обучения и воспитания детей дошкольного возраста представлена разделами по формированию навыков самообслуживания, развитию коммуникации, ориентировке в пространстве, формированию элементарных математических представлений. Раннее выявление нарушения зрения и слуха у детей и оказание психологической и социальной помощи семье ребенка позволяют своевременно начать его воспитание и существенно улучшить перспективы его развития. Одной из задач социальной реабилитации является психолого-педагогическая поддержка семьи.

Чуткость к состоянию ребенка, полисенсорная стимуляция при постоянном контроле ее интенсивности, стимуляция малейших проявлений самостоятельной активности ребенка являются принципами индивидуальных коррекционных занятий с ним.

Специалист по социальной работе должен не только непосредственно заниматься с ребенком, но и регулярно беседовать со всеми членами его семьи, помогать подбирать им подходящие для ребенка игрушки, консультировать по поводу обращения к другим специалистам и врачам, организовывать встречи с другими родителями и т. д.

Содержательными областями специального образования детей с комплексными нарушениями развития являются:

- трудовое обучение (включая бытовой труд и домоводство);
- профессионально-трудовое обучение;
- социально-бытовая ориентировка.

Система помощи инвалидам с комплексными нарушениями в нашей стране находится в стадии становления. Специальную помощь некоторым категориям детей со сложными нарушениями оказывают отдельные учреждения системы Министерства образования и науки РФ, Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Наряду с государственными специализированными учреждениями, оказывающими социальную помощь детям с сложным дефектом, в России создаются частные организации, занимающиеся проблемами социально-бытовой реабилитации, обучения и воспитания данной категории детей:

- Ассоциация “Даун-синдром” (Москва);
- Центр лечебной педагогики (Москва);
- Центр психолого-педагогической реабилитации “Родник” (Москва);
- Школа святого Георгия (Москва);
- Лечебно-педагогический центр (Псков) и др.

С точки зрения организации социальной реабилитации данной категории дети следует учитывать то обстоятельство, что дети со сложным дефектом развития чаще всего получают ограниченное по времени надомное образование или находятся в обычных классах специального образовательного учреждения.

ТЕМА 7. ОККУПАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В теории социальной реабилитации оккупационная терапия или терапия повседневными занятиями рассматривается как профессиональная деятельность, существующая в большинстве стран мира, которой отводится важное место в работе команды специалистов социальной работы, здравоохранения, образования. Под «occupational therapy» понимается интегральная часть комплексной программы медицинской, социальной и психолого-педагогической реабилитации, представляющая собой необходимый компонент эффективной помощи людям, испытывающим трудности функционирования в повседневных ситуациях.

Оккупационная терапия применяется в практической социальной работе достаточно широко — от стимуляции рефлексов недоношенного младенца до обеспечения безопасности и независимости слабого пожилого человека. Специалиста по оккупационной терапии в англоязычных странах называют *Occupational Therapist*, а для краткости используют аббревиатуру *ОТ*. В шведском языке эта же профессия называется «*arbetsterepi*», что ближе русскому «*трудотерапия*».

Термин трудотерапия входит сегодня в профессиональную лексику специалистов сферы социально-реабилитационных технологий. В новых учреждениях, центрах социальной реабилита-

ции, вводится ставки *трудотерапевтов*. Люди, работающие в этой должности, нередко обозначают для себя новую свою профессию как «*инструктор по труду*».

На первый взгляд эти понятия имеют много общего. В самом деле, ведь и в школе на уроках труда детей обучают тому, что им пригодится в повседневной жизни, чтобы стать самостоятельнее: готовить, шить, мастерить. Однако та профессия, которая в разных языках имеет примерно одинаковое значение, — трудотерапия, или терапия занятиями, — отличается от того, что делает учитель труда в средних образовательных учреждениях.

Эта профессия больше приближена к социально-реабилитационной и социально-оздоровительной сфере, чем к обычной образовательной системе. Ошибочно приравнять такой вид терапии и к лечебной физкультуре, хотя эти специалисты часто преследуют общие цели, методы их реализации существенно отличаются. В отечественной практике социальной помощи многое из того, чем владеет оккупационный терапевт за рубежом, включено в содержание профессиональной деятельности медика, инструктора лечебной физкультуры, дефектолога, а с недавнего времени — и социального работника, поскольку терапия социальным окружением входит в его сферу компетенции.

Часто социальный работник выступает в роли координатора предоставления социальных услуг, необходимых ребенку, взрослому или всей семье, добиваясь согласованной деятельности врача, педагога, психолога, трудотерапевта, других представителей социального окружения клиента, упрочивая сеть социальной и профессиональной поддержки всей семьи.

В теории и практике социальной реабилитации существуют различные определения трудотерапии, например, британская традиция в большей степени наполняет это понятие социальным содержанием, тогда как американская — медицинским. Однако можно выделить обобщающее определение: *трудотерапия* — это структурированная деятельность, нацеленная на уменьшение напряжения и усиление веры в самого себя у пациентов, а также тренировка их взаимодействия с другими людьми, развитие и реабилитация их повседневных и профессиональных навыков.

Обучение навыкам повседневной деятельности и социальная реабилитация иногда проходят и в группе. Так, группа по развитию навыков самообслуживания, предполагает выработку навыков личной гигиены или ведения домашнего хозяйства. Если это необходимо, тренировка включает приобретение рабочей сноровки

и профессиональных навыков (например, работа в ботаническом саду, в конторе, занятие ремеслом, творческая деятельность, занятие музыкой, движения, работа с глиной, текстилем или красками). Подбор соответствующих вспомогательных средств (коляска для передвижения, резиновое утолщение на авторучке или ложке, вилке, позволяющее ребенку с нарушениями функций тонкой моторики самостоятельно делать записи, есть), делающих человека относительно самостоятельным, — также задача специалиста по трудотерапии.

Главная цель этой профессиональной деятельности состоит в том, чтобы создать все возможные условия для обеспечения активности человека в трех наиболее важных областях жизни: работа, досуг, самообслуживание.

Существует также близкий, но не совпадающий с трудотерапией вид социальной реабилитации — *социотерапия*. Это, прежде всего, различные виды деятельности, рассчитанные на свободное время, когда ставится цель ликвидировать последствия социальной изоляции и пассивности клиента.

Из практики социальной реабилитации известно, что *инструментами* психосоциальной помощи населению служат: образовательная деятельность (кружки, заочные курсы, обучение на общеобразовательных курсах, развлечения, праздники, юбилеи); терапия окружающей средой (как физической, так и взаимоотношениями между пациентами).

Критериями эффективности такой помощи являются общая цель, добровольность, толерантность к симптому, общая ответственность, позитивная коммуникация, обмен информацией, ее доступность, максимальная открытость и учет мнения каждого. Такая социально-реабилитационная деятельность практически аналогична социокультурной анимации, существующей в ряде стран Европы.

Окупационная терапия начинается с функциональной диагностики, необходимой для определения числа и степени затруднений, которые испытывает человек, а также его ресурсов. Вместе с клиентом и другими членами команды социальный работник – «окупационный терапевт» разрабатывает план социально-бытовой реабилитации, зачастую используя обычные повседневные занятия в качестве средств восстановления или развития навыков.

Например, когда человек восстанавливается после перенесенного инсульта, он возвращается к обычным ежедневным занятиям: умыванию, купанию, одеванию, приготовлению пищи, уходу за домом, возобновляет социальные контакты. Все эти элементы

станут средствами социально-бытовой реабилитации, и во многих случаях ему необходим совет специалиста социального работника, чтобы избежать излишних нагрузок.

Игровая деятельность часто становится важным средством в реабилитации детей, которым необходимо улучшать координацию зрения и рук, развивать мелкую моторику, например чтобы добиться успеха в школьных занятиях. На протяжении курса реабилитации статус клиента часто пересматривается, при этом изменения в программе социальной реабилитации обсуждаются с самим клиентом и его семьей.

Ключевым элементом оккупационной терапии является выбор видов занятий, которые не только формируют навыки, важные для независимого функционирования, но и имеют значение для человека, нуждающегося в социально-бытовой реабилитации. Так, достижение самостоятельности в приготовлении пищи становится жизненно важной целью лишь для тех людей, которые прежде делали это или должны делать сейчас, чтобы оставаться независимыми.

Сущность оккупационной терапии заключена в успешном удовлетворении потребностей индивида в контексте его социального и ближайшего окружения.

Оккупационная терапия необходима *младенцам и детям* с проблемами, которые вызваны следующими диагнозами:

- недоношенность;
- церебральный паралич или мускульная дистрофия;
- отклонения в развитии, включая умственную отсталость, врожденные аномалии;
- педиатрические заболевания, например детский ревматический артрит;
- трудности в обучении, включая дислексию (избирательное нарушение способности к овладению навыком чтения и письма при сохранении общей способности к обучению), школьная неуспеваемость;
- эмоциональные расстройства, поведенческие проблемы, аутизм, фобии.

Ранняя *оккупационная терапия* для детей с этими и другими подобными проблемами позволяет:

- облегчить нормальное развитие и стимулировать раннее обучение;
- развить двигательные навыки, понимание себя, эмоциональную зрелость, когнитивную сферу, коммуникацию;
- достичь самостоятельности в жизненных навыках, включая самообслуживание, мобильность и социальную адаптацию.

Оккупационная терапия необходима подросткам и молодым людям, испытывающим жизненные трудности, связанные со следующими факторами:

- семейной и социальной адаптацией;
- алкогольной или наркотической зависимостью расстройствами аппетита;
- патологическим социальным поведением;
- неврологической недостаточностью на почве травм, ранений головного и спинного мозга;
- ортопедическими ограничениями на почве несчастного случая или заболевания;
- нервно-психическими расстройствами и трудностями в обучении.

Оккупационная терапия для подростков и молодых людей с этими и другими подобными проблемами позволяет:

- улучшить сенсорику и моторику;
- увеличить мобильность, силу и выносливость;
- облегчить привыкание к протезам и проверять их функционирование;
- стимулировать здоровые, продуктивные взаимоотношения;
- получить предпрофессиональные и профессиональные навыки.

Оккупационная терапия необходима взрослым, испытывающим проблемы, обусловленные следующими причинами:

- профессиональными травмами, включая ампутации, повреждение руки, ожоги;
- сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая инфаркт миокарда, и периферийными сосудистыми заболеваниями;
- психическими заболеваниями и угрозой психическому здоровью, включая реакции на стресс, алкогольную и наркотическую зависимость, депрессию и шизофрению;
- неврологической дисфункцией, включая опухоли мозга, склероз.

Оккупационная терапия для индивидов с этими и другими подобными проблемами позволяет:

- увеличить возможности для самостоятельного функционирования при ежедневных занятиях, требующих применения физических, социальных и когнитивных навыков;
- расширить функции с использованием терапевтической деятельности или реабилитационных технологий, включая протезирование;

- помочь в поддержании и развитии выносливости с применением техники консервации энергии и упрощения работы;
- обеспечить средства и технологии, компенсирующие недостаточность социальных функций;
- развить приемлемые навыки решения личностных проблем и управления жизненными ситуациями.

Оккупационная терапия требуется *пожилым* людям с проблемами, связанными со следующими факторами:

- утратой физических функций в результате артрита, сердечных заболеваний, рака, цереброваскулярной травмы, болезни Паркинсона;
- ослаблением когнитивного функционирования по причине болезни Альцгеймера, органического поражения мозга, артериального склероза или депрессии.

Оккупационная терапия для *пожилых людей* с этими и другими подобными проблемами позволяет:

- затормозить или предупредить дегенеративные эффекты старения или функциональных затруднений;
- увеличить самостоятельность в повседневной деятельности и связанные с ней навыки самообслуживания;
- предоставить объективную оценку когнитивного функционирования в связи с важнейшими жизненными навыками, такими как обращение с деньгами, планирование питания и приготовление пищи;
- обеспечить адаптирующее оборудование, чтобы поддержать или усилить функциональную независимость;
- оценить жизненную среду в аспекте архитектурных или инвайронментальных барьеров;
- справиться с изменениями и утратами, сопутствующими пожилому возрасту;
- найти ресурсы в социальном окружении;
- распознать и оказать сопротивление депрессии.

Социальный работник-окупационный терапевт может также обучить необходимым навыкам и тех, *кто ухаживает за больным, престарелым или инвалидом*, например:

- технике снятия физического и эмоционального стресса, возникающего при уходе за кем-либо;
- способам определения и усиления возможностей человека для самостоятельной жизни;
- технике передвижения и позициям, позволяющим уменьшить нагрузку усилий того, кто оказывает уход;

- умению найти занятия, значимые и интересные для человека;
- умению подобрать адаптирующие механизмы, протезы и другие средства, которые могут упростить задачу ухода за больным;
- способам нахождения и применения ресурсов окружения: таких, как временная няня или доставка обеда на дом;
- способам оборудования домашней среды для безопасности и мобильности.

Оккупационная терапия как практика социальной реабилитации эффективна с социально-экономической точки зрения, поскольку позволяет:

- значительно сократить пребывание человека в больнице;
- уменьшить необходимость госпитализации и институализации, т.е. содержания в специализированном стационарном учреждении социальной защиты;
- обеспечить скорейшее возвращение на работу;
- сократить число услуг и время ухода, необходимые после выписки из больницы;
- предотвратить осложнения и последующую инвалидность;
- облегчить возвращение человека в локальное сообщество.

Опыт социальной реабилитации показывает, что в ряде стран социальные работники — оккупационные терапевты и ассистенты по оккупационной терапии работают в различных учреждениях, организациях и структурных подразделениях, например:

- отделениях скорой помощи;
- центрах детского здоровья, детских поликлиниках;
- реабилитационных центрах;
- психиатрических больницах;
- общежитиях и *центрах «на полпути»* для людей, возвращающихся к нормальной жизни;
- центрах психического здоровья, психиатрических диспансерах;
- государственных и частных школах;
- поликлиниках и больницах;
- центрах дневного ухода за детьми, детских садах;
- центрах для людей с нарушениями развития;
- в частной практике;
- центрах лечения ожогов;
- клиниках, специализирующихся на реабилитации рук;
- учебных центрах микрорайонов;
- неонатальных центрах интенсивной терапии;

- ортопедических клиниках;
- домах престарелых.

Таким образом, *окупиционная терапия* представляет собой направление профессиональной деятельности в сфере социальной медицины и социально-бытовой реабилитации. Специалисты по окупационной терапии оказывают социальные услуги людям любого возраста, имеющим физическую, эмоциональную, социальную недостаточность и потому нуждающимся в особой помощи, обучении функциональным навыкам, позволяющим вести независимую, продуктивную и удовлетворяющую их жизнь.

В России это направление профессиональной деятельности социального работника входит в число новых, но, безусловно, перспективных. Знание по окупационной терапии относится к области междисциплинарного знания.

Окупиционная терапия может стать составляющей частью социального обслуживания инвалидов, с ее помощью могут решаться самые разнообразные задачи социально-медицинской работы и социально-бытовой реабилитации.

В центре внимания окупационной терапии находятся практические занятия, которые включают в себя следующие направления:

- самообслуживание или уход за собой;
- трудовую деятельность;
- проведение досуга и отдыха.

На характер занятий по уходу за собой, проведению досуга и трудовой деятельности существенно влияют социальные и культурные факторы. Действия, которые в одних условиях считаются типичными и уместными, могут считаться неприемлемыми в других. Социальный работник — окупационный терапевт должен учитывать данное обстоятельство в своей практической деятельности.

Хотя терапевтические занятия и подразделяются на три направления, в повседневной жизни их невозможно отделить одно от другого, поскольку они взаимосвязаны и взаимозависимы. Так, например, человек, имеющий оплачиваемую работу, может занимать свою должность, только если он в состоянии следить за собой, соблюдать правила гигиены. Люди часто занимаются профессиональной деятельностью по тем же причинам, по которым они проводят досуг, например, для удовлетворения своих интересов, общения с друзьями и т.д. Некоторые виды трудовой деятельности, такие как родительские обязанности или ведение домашнего хозяйства, не имеют временных границ и могут совпадать с проведением досуга.

Следует отметить, что различные виды деятельности разными людьми воспринимаются по-разному. Одинокий человек рассматривает приготовление пищи как уход за собой, семейный — как трудовую деятельность, а если оно связано с приемом гостей, то его можно рассматривать как досуг.

Уход за собой традиционно связывают с внешним видом человека. Это такого рода занятие, которое люди выполняют ежедневно, чтобы поддерживать здоровье и благополучие.

Деятельность по уходу за собой включает:

Уход за внешностью — мытье, расчесывание и укладку волос, бритье, макияж, уход за кожей и ногтями.

Купание-умывание — намыливание, обмывание и высушивание всех участков тела, безопасное принятие ванны или душа, погружение в ванну и выход из нее.

Гигиена полости рта — уход за полостью рта, зубами, деснами, зубными протезами.

Одевание — выбор одежды, одевание и раздевание, застегивание пуговиц, молний и других крепежных приспособлений, выведение пятен и ремонт одежды, надевание и снятие обуви, протезов.

Пользование туалетом — перемещение в туалет и обратно, принятие и сохранение в нем соответствующего положения, личная гигиена, уход за собой при менструации.

Прием пищи — использование столовых принадлежностей, поднесение пищи ко рту, глотание, употребление напитков, жевание, откашливание.

Передвижение — передвижение с одного места на другое, перемещение, изменение положения тела.

Транспортировка — вождение автомобиля, использование общественного транспорта.

Покупки — выбор товаров и их оплата.

Операции с деньгами — ведение бюджета семьи, определение достоинства денег, использование денег при покупке товаров, осторожность в обращении с деньгами.

Приготовление пищи — составление меню, подготовка продуктов, использование кухонных принадлежностей, хранение продуктов, мытье посуды.

Прием медикаментов — приобретение лекарств, прием лекарств в соответствии с назначением врача, безопасное хранение лекарственных средств.

Укрепление здоровья — забота о состоянии здоровья, организация здорового образа жизни.

Соблюдение мер безопасности — осторожность при использовании нагревательных и электрических приборов, транспорта и т.д.

Обычно *деятельность по уходу за собой* требует 2-3 часа в день. Хотя она не занимает основную часть времени человека, она имеет важное значение для поддержания здоровья и благополучия и является основанием для тех действий, которые человек совершает при других занятиях. Например, уход за внешностью, одевание, прием пищи готовят человека к действиям, связанным с его трудовой деятельностью.

Трудовая деятельность или продуктивная деятельность подразумевает такую активность, которая служит интересам общества и обеспечивает человека и его семью товарами и услугами. Трудовая деятельность ассоциируется с представлениями об обязанностях и обязательствах. Традиционное представление о ней предусматривает профессиональную подготовку, оплату за труд, заботу о семье и т.д.

Работа (оплачиваемая) — деятельность человека на службе или работе, за которую он получает финансовое вознаграждение.

Работа (добровольная) — деятельность, за которую человек не получает финансового вознаграждения.

Образование — деятельность, направленная на обучение и подготовку человека к трудовой деятельности.

Ведение домашнего хозяйства — деятельность, связанная с ведением домашнего хозяйства, предусматривает ведение бюджета, покупки, приготовление пищи, уборку квартиры, работу в саду и т.д.

Родительские обязанности — деятельность, связанная с уходом за младенцами, воспитанием детей и подростков.

Уход — это занятие предполагает оказание помощи и заботу о людях, которые не способны ухаживать за собой сами, например, супруги, престарелые родители, другие родственники и соседи.

Профессиональная ориентация — процесс определения характера потенциальных продуктивных занятий, круга интересов, навыков в отношении трудовой деятельности.

Пенсионное прогнозирование — определение продуктивных занятий для людей пожилого и старческого возраста.

Трудовая деятельность представляет особый интерес для социальных работников — оккупационных терапевтов, так как люди с недееспособностью уделяют этому как правило, меньше времени, чем принято, и могут быть исключены из сферы трудовой деятельности. Общество расценивает людей с недееспособностью как неспособных к труду. Современная социально- реабилитационная практика подчеркивает важность трудовой деятельности людей с

недееспособностью и помогает им адаптироваться путем созданий особых условий и приспособлений.

Досуг включает занятия такого рода, которые дают человеку ощущения удовольствия, хорошего настроения и веселья. Люди используют досуг для того, чтобы расслабиться, снять стресс, удовлетворить интересы, поддерживать себя в хорошей физической форме, участвовать в общественной жизни.

Деятельность при проведении досуга включает:

Спорт и физическую активность — роль зрителя, участника, тренера или организатора спортивных мероприятий.

Художественную деятельность — занятия живописью, рисованием, литературным и поэтическим творчеством.

Прикладное искусство — вязание, вышивание, резьба по дереву и др.

Общение с другими людьми — телефонные разговоры, написание писем, посещение и организация вечеров и др.

Заботу о животных, уход за растениями — выращивание растений и уход за животными.

Хобби — разнообразная деятельность по интересам.

Кроме того, досуг включает в себя посещение клубов, сауны и бани, игры и другие развлечения. Досуг играет особо важную роль в жизни людей с недееспособностью, когда участие в трудовой деятельности ограничено. Особую роль приобретает досуг после ухода на пенсию, когда человек должен адаптироваться к новым условиям вне сферы трудовой деятельности.

Для понимания сферы профессиональной деятельности социального работника — оккупационного терапевта следует различать понятия — *недостаточность, недееспособность и нетрудоспособность*.

Недостаточность — потеря или нарушение психологической, физиологической или анатомической структуры или функции в отношении состояния здоровья человека. Она может быть временной или постоянной и включать аномалии, дефекты или утрату конечности, органа или дефект функциональной системы организма (например, умственные отклонения).

Понятие недостаточности не указывает причину нарушения и включает травмы, врожденную или приобретенную патологию. Лицо, имеющее недостаточность не считается больным. Он не всегда ограничен в своей деятельности. Например, человек с недостаточностью, вызванной диабетом, может не иметь отклонений в своей трудовой деятельности.

Недееспособность — ограничение способности или невозможность выполнять какую-либо деятельность в объеме, нормальном для человека. С точки зрения социальной реабилитации недееспособность представляет собой отклонение от нормы в отношении производительной деятельности, она может быть временной или постоянной, обратимой или необратимой.

Практика оказания социальной помощи строится на понимании того, что *недееспособность* включает в свое содержание:

- отклонения в поведении;
- затруднения при уходе за собой;
- ухудшение моторной активности;
- снижение трудовой деятельности.

Нетрудоспособность представляет собой недостаток, который ограничивает или исключает возможность выполнения нормальных функций данного человека. Она является следствием недостаточности или недееспособности в социальном или бытовом отношении.

Стремление оккупационной терапии помочь человеку удовлетворительно и успешно осуществлять различные виды деятельности, связано с концептуальным пониманием в социальной реабилитации недееспособности. Ограничения трудовой деятельности, вызванные какой-либо недостаточностью, влияют на возможность человека осуществлять уход за собой, проводить досуг и осуществлять продуктивную деятельность. С точки зрения социально-бытовой реабилитации оккупационная терапия помогает клиенту уменьшить проявления недееспособности и нетрудоспособности.

ТЕМА 8. СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Практика социальной реабилитации исходит из того, что для определения содержания реабилитационных мероприятий с лицами, перенесшими инсульт, социальному работнику необходимо рассмотреть последствия инсульта.

С точки зрения медицины инсульт является заболеванием сосудов головного мозга. Для него характерно возникновение двигательных, поведенческих, умственных, эмоциональных и других расстройств, нарушающих нормальную жизнедеятельность больного.

Инсульт следует оценивать не как единовременное событие, а как процесс, развивающийся во времени и пространстве: от незна-

чительных функциональных изменений до необратимого структурного поражения мозга — некроза.

Медицинская статистика свидетельствует о том, что заболеваемость инсультом составляет 2,5 – 3 случая на 1000 населения в год, а смертность в остром периоде инсульта в России достигает 35%, увеличиваясь на 12 – 15% к концу первого года после перенесенного инсульта; в течение 5 лет после инсульта умирают 44% пациентов. Наиболее высокую смертность наблюдают при обширных инсультах (60% в течение первого года).

Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидности и составляет 3,2 на 10 000 населения. К труду возвращается 20% лиц, перенесших инсульт, и это притом, что одна треть заболевающих инсультом являются людьми работоспособного возраста. Таким образом, в России инсульт ежегодно развивается у 400 – 450 тыс. человек, примерно 200 тыс. из них погибают. В стране проживают более 1 миллиона человек, перенесших инсульт, причем 80% из них являются инвалидами.

Инсульт коварен тем, что на первых этапах его развития человек может не испытывать никаких болевых ощущений. Немеют рука, щека, слегка изменяется речь, иногда появляется головокружение или помутнение зрения. Ни сам больной, ни его родные не подозревают, что происходит мозговая катастрофа. Поэтому зачастую упускается драгоценное время: те шесть часов от начала развития болезни, когда адекватная терапия может уменьшить размеры поражения мозга.

При инсульте происходит разрыв, спазм или закупорка одного из сосудов мозга. Инсульт делится на геморрагический (кровоизлияние в мозг) и ишемический (инфаркт мозга).

Наиболее тяжелый вариант болезни представляет геморрагический инсульт, являющийся чаще всего осложнением гипертонической болезни. Кровеносный сосуд, не выдержав повышенного давления на стенку, разрывается, при этом кровь попадает в вещество мозга. Возникшее кровоизлияние сдавливает мозг, вызывает его отек, и этот участок мозга погибает.

Практика показывает, что подобный инсульт возникает чаще всего после трудного, напряженного дня. К вечеру голова раскалывается от боли, предметы видятся в красном цвете, появляются тошнота, рвота. Но это еще только предвестники инсульта. Сам же инсульт характеризуется нарушением движения, речи, чувствительности.

Другой разновидностью болезни является ишемический инсульт. В этом случае сосуд сохраняет целостность стенки, но ток

крови по нему прекращается из-за спазма или закупорки тромбом. Тромбы — сгустки крови — способны закупорить сосуд в любом органе, вызывая инфаркт сердца, почки, мозга и др. Закупорка сосуда может произойти и кусочком жировой ткани, попадающей в общий ток крови, например, при переломе длинных трубчатых костей или при полостных операциях у тучных людей. Газовая эмболия — закупорка сосудов пузырьками газа — может возникнуть при операции на легких.

Заботы и стрессы, колебания атмосферного давления и микроклимата, переутомление, алкоголь и курение, избыточный вес, резкое колебание уровня сахара в крови — это наиболее типичные факторы, которые могут привести к длительному спазму сосудов головного мозга со всеми атрибутами ишемического инсульта.

Смертность в результате инсульта варьирует в зависимости от характера (ишемический или геморрагический) инсульта, месторасположения пораженного сосуда и его диаметра. Прогноз для жизни при ишемическом инсульте более благоприятный: смертность варьируется от 12 до 60% и зависит, прежде всего, от диаметра пораженного сосуда. При поражении менее значимых артерий летальность составляет 12% и более. Геморрагический тип инсульта более опасен и в большинстве случаев приводит к смерти. Смертность при кровоизлиянии составляет свыше 60% и находится в прямой зависимости от объема излившейся крови и месторасположения пораженного сосуда.

Многие пациенты имеют сопутствующие заболевания, которые увеличивают риск повторного инсульта и снижают возможности больного участвовать в активной реабилитации. Исследование частоты сопутствующих заболеваний у больных, перенесших инсульт, показало, что у больных с инсультом гораздо чаще встречаются артериальная гипертония, коронарная патология, ожирение, сахарный диабет, артриты, гипертрофия левого желудочка и сердечная недостаточность.

По данным «Национального регистра» 31% пациентов, перенесших инсульт, требуется постоянный уход, а 20% пациентов не могут самостоятельно ходить. Лишь около 20% выживших больных, как уже отмечалось, способны вернуться к прежней работе.

Особую категорию составляют больные, перенесшие инсульт, но не получившие полного и адекватного курса реабилитационных мероприятий в течение первых 6 – 12 месяцев после сосудистой катастрофы. В дальнейшем эти больные часто оказываются «за бортом» реабилитационных мероприятий, поскольку считается, что

в отдаленном периоде инсульта восстановительная терапия почти бесперспективна.

Теория и практика социальной реабилитации исходят из того, решающее значение в снижении смертности и инвалидизации вследствие инсульта принадлежит первичной профилактике. Но можно отметить и существенный эффект от оптимизации системы медико-социальной помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения, введение лечебных и диагностических стандартов для этих больных, включая социально-реабилитационные мероприятия, предполагающие лечебную физкультуру, массаж, занятия с логопедом, трудотерапию и профилактику повторных инсультов.

Специалисты по социальной работе отмечают, что граница между реабилитационными и профилактическими мероприятиями становится очень тонкой. К задачам социально-медицинской реабилитации в период восстановления человека после инсульта относят устранение последствий заболевания, восстановление самостоятельности и трудоспособности, уменьшение ограничений его активности, повышение резервов участия в актуальной жизни, способствование благоприятному воздействию окружающей среды и нейтрализация факторов риска. К задачам социально-профилактических мероприятий на данном этапе относят предотвращение появлений вторичных нарушений; снижение смертности и инвалидизации; изменений, ограничивающих повседневную жизнедеятельность человека; уменьшение напряжения и усиление веры в самого себя. Другими словами, можно сказать, что реабилитационные мероприятия одновременно носят и профилактический характер.

При реабилитации больных, перенесших инсульт, социальному работнику необходимо учитывать ряд особенностей. Следует помнить о том, что сосудистое заболевание, приведшее к мозговой катастрофе, при распространенном поражении сосудов мозга делает возможным повторные нарушения мозгового кровообращения. Другой особенностью постинсультных состояний является частое сочетание поражений мозга и сердца (наличие стенокардии, хронической коронарной недостаточности, а нередко и инфаркта миокарда). Эти особенности необходимо учитывать при проведении занятий. Контроль социальным работником состояния этих больных в процессе восстановительных занятий должен быть усилен.

Особенность занятий с больными, имеющими патологию сосудов, заключается в том, что занятия проводятся в комплексе с элементами лечебной физкультуры, точечным массажем на фоне действия миорелаксантов (для больных с повышенным тонусом).

При этом строго соблюдается принцип доступности, последовательности и дозированной нагрузки, применяются упражнения на расслабление и элементы самовнушения. Значительная часть занятий проводится по социально-бытовой реабилитации с идеомоторной тренировкой на первых этапах и сюжетной — на поздних. Овладение элементами трудовой деятельности и инструментами, а также посильная работа может осуществляться в специализированных мастерских.

С незначительными изменениями данная восстановительная методика применяется и у больных с повреждениями спинного мозга, если двигательные функции у них сохранены, но ограничены (особенно у больных с травмами шейного отдела). Если двигательные функции отсутствуют, то уделяется большое внимание идеомоторным упражнениям, направленным в первую очередь на движения рук и ног при выполнении простейших элементов самообслуживания.

Так же к специфике профилактических мероприятий с лицами, перенесшими инсульт можно отнести временной фактор. Имеется в виду, что профилактика вторичных нарушений наиболее эффективна в первые 6 -12 месяцев после инсульта. Это обусловлено физиологическими процессами. От правильности построения профилактических мероприятий в этот период будет зависеть эффективность восстановления и вся дальнейшая деятельность человека.

Таким образом, к специфике восстановительных мероприятий с лицами, перенесшими инсульт можно отнести: неразрывность проведения профилактических и реабилитационных мероприятий; временное ограничение в видах деятельности в 6 – 12 месяцев после инсульта; задачами медико-социальных профилактических мероприятий в этот период считаются предотвращение появления повторного инсульта, вторичных нарушений, изменений ограничивающих повседневную жизнедеятельность человека, уменьшение напряжения и усиление веры в самого себя.

С точки зрения социально-бытовой реабилитации важно также отметить, что эмоциональный стресс считается, по мнению специалистов, главной причиной сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому в период восстановительных мероприятий профессиональные усилия специалиста по социальной работе связаны с необходимостью обеспечивать психо-эмоциональный комфорт клиенту.

При осуществлении социально-бытовой реабилитации лиц, перенесших инсульт, особое значение имеет трудотерапия. В теории и практике социальной работы, а также восстановительной

медицины различают несколько определений трудотерапии. Одни исследователи определяют трудотерапию как активный метод восстановления нарушенных функций и трудоспособности у больных при помощи трудовых операций, полноценной, разумной работы, направленной на создание полезного продукта.

Данный метод включает лечебный и профилактический факторы:

- с физической точки зрения трудотерапия восстанавливает или улучшает мышечную силу и подвижность в суставах, нормализует кровообращение и трофику, приспособливает и тренирует больного для использования в оптимальных условиях остаточных функций.

- с психологической точки зрения трудотерапия развивает у больного внимание, вселяет надежду на выздоровление, сохраняет физическую активность и снижает уровень инвалидности.

- с социальной точки зрения трудотерапия предоставляет больному возможность работать в коллективе.

По мнению других специалистов трудотерапия — это структурированная деятельность, направленная на уменьшения напряжения и усиление веры в самого себя у пациентов, а также тренировка их взаимодействия с другими людьми, развитие и реабилитация их повседневных и профессиональных навыков.

В справочной медицинской литературе трудотерапия («occupational therapy») определяется как лечение различных физических и психических заболеваний с помощью привлечения больных к определенным видам деятельности. Данное обстоятельство позволяет больным постоянно быть занятыми работой и достичь максимальной независимости во всех аспектах их повседневной жизни.

Виды трудовой деятельности, к которым привлекается больной, специально подбираются таким образом, чтобы максимально использовать способности каждого человека; при этом всегда необходимо учитывать его индивидуальные потребности и склонности. К таким видам деятельности относятся: изготовление изделий из дерева и металла, роспись изделий из глины и другие художественные промыслы, домоводство, различные социальные навыки (для психически больных людей) и активный досуг (для престарелых). К трудотерапии также относится процесс освоения механических средств передвижения и адаптация к жизни в домашних условиях.

По мнению отечественных ученых, общее значение трудотерапии находит свое выражение в следующих моментах: 1) трудовая деятельность стимулирует процессы жизнедеятельности и повы-

шает сопротивляемость организма, благоприятствует развитию процесса компенсации; 2) трудовая деятельность создает нервно-психическую динамику, отвлекающую от болезненных представлений или тормозящую их по механизму отрицательной индукции; 3) труд укрепляет высшие регуляторные (интеллектуально-волевые) процессы у больного в соответствии с условиями и требованиями реальности; 4) труд оказывает психотерапевтическое воздействие, основанное на предыдущих моментах (повышает психический тонус, освобождает от сознания неполноценности); 5) труд имеет социально-терапевтическое значение, восстанавливая связи больного с коллективом и осознание себя не как иждивенца, а как работоспособного человека, приносящего пользу обществу.

Если сравнивать определения таких понятий как *эрготерапия* и *окупуационная терапия*, можно прийти к выводу, что это очень близкие по значению понятия. Как правило, и трудотерапия, и эрготерапия, и окупуационная терапия понимаются как метод восстановительной терапии, осуществляемый путем обучения повседневным занятиям, отработка навыков движений используемых в работе, досуге и самообслуживании. В данном случае эти понятия можно объединить и рассматривать их значение с точки зрения понятия *трудотерапия*.

В социально-бытовой реабилитации различают следующие формы трудовой терапии:

- восстановительную (функциональную), в основе которой лежит производительная деятельность, направленная на восстановление функций опорно-двигательного аппарата;

- общеукрепляющую, направленную на поддержание общего жизненного тонуса клиента, его трудоспособности и способности к физической нагрузке, сниженных в результате перенесенного инсульта;

- производственную, являющуюся формой трудовой терапии, подготавливающей клиента к профессиональной деятельности и осуществляемой в условиях, близких к производственным.

С точки зрения практической социальной работы акцент делается на общеукрепляющую форму трудотерапии, поскольку она в большей степени отвечает задачам реабилитационно-профилактической работы с лицами, перенесшими инсульт. Общеукрепляющая трудотерапия, как было отмечено, является средством повышения общего жизненного тонуса клиента.

Она оказывает, прежде всего, общеукрепляющее действие на организм клиента и, в частности, на деятельность нервно-мышеч-

ного аппарата, сердечно-сосудистой системы и внутренних органов. Участие в различных трудовых процессах мобилизует волю клиента, улучшает его настроение, приучает к концентрации внимания, дисциплинирует и таким образом вводит в деятельное состояние. Под влиянием трудовых занятий, в процессе выполнения трудовых операций возникают психологические предпосылки, необходимые для восстановления трудоспособности. Прежде всего, это — способность к длительному волевому усилию и напряжению.

При восстановительной трудовой терапии укрепляются мышцы рук и восстанавливается тонкая моторика, способность к захвату и удержанию пальцами различных инструментов, а также выносливость к длительной статической и физической нагрузке (общей и локальной). Подбор трудовых процессов проводится на основе детального анализа функции мышц, движений, совершаемых в суставах пальцев и всех двигательных возможностей рук индивида, перенесшего инсульт.

Трудовые процессы назначают в соответствии с клиническими особенностями заболевания и функциональными возможностями двигательного аппарата.

Различают следующие группы трудовых операций:

- трудовые операции с облегченной нагрузкой, увеличивающие амплитуду движений пальцами (картонажные работы, сматывание ниток, изготовление игрушек из поролона и т.д.)
- виды труда, восстанавливающие преимущественно мышечную силу (лепка, работа рашпилем, пилой);
- трудовые операции, вырабатывающие тонкую координацию движений пальцами и повышающие их чувствительность (плетение, вязание, работа на пишущей машинке и т.д.).

Разнообразие видов труда представляет возможность использовать их в зависимости от патологических изменений и профессии клиента. Для практического применения в социально-бытовой реабилитации социальному работнику рекомендуется разделение видов труда на пять категорий:

I категория — подсобные работы (она включает элементы, аналогичные хозяйственной работе по системе самообслуживания); категория предназначена для клиентов, не имеющих или глубоко утративших профессиональные навыки, а также для клиентов с измененными трудовыми навыками.

II категория — простые ручные однообразные работы с несложными подсобными механизмами, сборочные работы на одной, оторванной от цикла, операции, несложные хозяйственные работы

по системе самообслуживания (уборка мусора, протирание верстаков, стеллажей и т. п.).

III категория — ручной труд с элементами разнообразных операций или с применением усложненных механизмов, сборочные работы на нескольких операциях неполного цикла сборки, хозяйственные работы (уборка мусора и производственных отходов, мытье полов, стен, побелка и покраска помещения и т.д.).

IV категория — квалифицированный станочный труд, сборочные работы по всем циклам сборки изделия и другие работы аналогичной сложности, хозяйственные работы различного характера по системе самообслуживания, желательно с учетом квалификации больного.

V категория — творческие виды труда, требующие исходного образовательного уровня (работа наладчика, ремонтные и конструкторские работы по рационализации производства, художественно-оформительские работы и т.д.).

Трудовая терапия может быть показана при двигательных расстройствах, обусловленных патологией периферической нервной системы, а также вследствие нарушений мозгового кровообращения, черепно-мозговых травм, детского церебрального паралича. В этих случаях необходим строго дифференцированный подбор трудовых операций в соответствии с характером нарушений движений, их глубиной и объемом, преимущественной локализацией. Трудовую операцию следует тщательно дифференцировать в связи с тем, что у лиц с поражениями нервной системы быстро развивается утомление.

В социальной реабилитации утвердилось мнение, что общеукрепляющая трудовая терапия является средством повышения общего жизненного тонуса лиц, перенесших инсульт. Участие в различных трудовых процессах мобилизует волю таких клиентов, улучшает их настроение, дисциплинирует, вводит в деятельное состояние. Общеукрепляющее воздействие трудовой терапии сказывается на деятельности нервно-мышечного аппарата и внутренних органов.

Производственная трудовая терапия способствует развитию у клиентов компенсаторных процессов, восстановлению временно утраченных трудовых навыков. Помимо чисто лечебных целей производственная трудовая терапия имеет значение для последующего трудоустройства инвалидов. Производственная трудовая терапия дает возможность правильно ориентировать клиента с учетом анатомического или функционального дефекта на работу по прежней специальности или новой, но доступной для него профессии.

Трудовая терапия применяется в сочетании с различными методами лечебной физкультуры, особенно в форме активных физических упражнений. Дозировка физической нагрузки определяется общим состоянием клиента, локализацией патологического процесса, объемом функциональных нарушений, периодом восстановительного лечения (острый, хронический), а также видом трудотерапии.

При строгой дозировке физической нагрузки на сердечно-сосудистую, дыхательную систему и нервно-мышечный аппарат трудотерапия так же, как и лечебная физкультура может быть использована уже на ранних этапах лечения инсульта.

Трудотерапию назначают в соответствии с клиническими особенностями заболевания или повреждения клиента и функциональными возможностями его двигательного аппарата.

Трудовой режим устанавливается индивидуально для каждого клиента. В социальной реабилитации выделяются следующие режимы:

0 — режим временного непосещения клиентом отделения трудотерапии;

1 — режим палатный (клиент занимается трудотерапией в лечебном учреждении);

2 — режим ученический (период освоения рекомендованного вида труда); перевод на другие виды труда; при этом режиме требуется наибольшее внимание к клиенту со стороны инструктора;

3 — режим сокращенного рабочего дня (предусматривает предоставление клиенту по медицинским показаниям сокращенного рабочего дня);

4 — режим полного рабочего дня с ограничением используемых видов работы (предусматривает стабильность трудовой установки клиента); назначается при неспособности клиента к переключению от несложной стереотипной трудовой операции к другим видам;

5 — режим полного рабочего дня: клиент выполняет различные трудовые операции в пределах рекомендованных видов труда, хозяйственной работы по системе самообслуживания.

В формировании правильного и прочного навыка рабочих движений выделяют несколько этапов.

Первый этап заключается в том, что клиенты должны получить основные сведения о трудовой операции, оборудовании рабочих мест. Важно возбудить интерес клиента к работе, желание овладеть ею.

На втором этапе обучения происходит освоение клиентами трудовых навыков, необходимых для восстановления нарушенных функций. Клиентам показывают и объясняют приемы трудовых опера-

ций. Во время упражнений клиенты стараются закрепить вначале простейшие, а затем и более сложные приемы, показанные инструктором. После этого группа обучающихся переходит к индивидуальным занятиям и самостоятельной работе. Клиенты имеют возможность при такой планировке занятий работать в разном темпе.

По мере усвоения рабочих приемов в третьем периоде обучения у клиентов формируются навыки выполнения комплексных работ. В этот период закрепляются приемы трудовых операций, обращается внимание на скорость работы.

Для клиентов с нарушением элементарных функций конечностей в систему трудотерапии включается самообслуживание.

Важным этапом в обучении самообслуживанию является возвращение клиента в дом, в семью и приспособление его к жизни в своем доме, где продолжают вырабатываться и закрепляться навыки, необходимые ему для новых условий жизни. Кроме обучения самообслуживанию в условиях социально-реабилитационных учреждений возможно применение и других методов трудотерапии: активизирующей (тонизирующей) трудотерапии и функциональной трудотерапии.

Активирующая (тонизирующая) трудотерапия имеет в основном психотерапевтическое значение, повышает эмоциональный тонус клиента, создает положительный фон настроения, отвлекает внимание клиента от болезни.

Функциональная терапия направлена на использование различных видов трудовой и бытовой деятельности с целью разработки движений в тех или иных мышечных группах. Например, работу на ножной швейной машинке можно использовать для разработки движений в стопе.

Там, где по тем или иным причинам нельзя создать специальные лечебно-трудовые мастерские, элементы трудотерапии и особенно социально-бытовая реабилитация должны включаться в комплекс лечебной гимнастики. Профессиональная трудотерапия не может быть осуществлена в условиях медицинских реабилитационных учреждений (в реабилитационных стационарах и поликлинических центрах, отделениях восстановительного лечения больниц и поликлиник) и выходит за рамки медицинской реабилитации, то есть собственно восстановительного лечения.

По мере улучшения общего состояния и двигательной функции бытовые навыки клиента следует восстанавливать в специально созданном кабинете социально-бытовой реабилитации, в котором должны быть все необходимые предметы домашнего обихода. Заня-

тия проводятся группой в 5-7 человек, а с тяжелобольными — индивидуально. Продолжительность занятий не должна превышать 30-45 мин с перерывами для отдыха через каждые 15 мин.

На заключительном этапе восстановительных мероприятий, когда у клиента значительно улучшается способность обслуживать себя самостоятельно, тренировки вновь проводятся в специализированном отделении.

Социальному работнику необходимо знать:

об абсолютных противопоказаниях к трудотерапии:

- 1) обострение основного заболевания;
- 2) воспалительные заболевания в фазе обострения;
- 3) склонность к кровотечению;
- 4) каузалгия;
- 5) злокачественные новообразования.

об относительных противопоказаниях к трудотерапии:

- 1) обострение основного заболевания;
- 2) субфебрильная температура различного происхождения;
- 3) гнойные раны в период, требующий покоя.

Правильно организованная система трудотерапии при восстановительном лечении способствует полноценной социально-бытовой и профессионально-трудовой реабилитации лиц, перенесших инсульт.

Подводя итог *лекционному курсу*, следует отметить, что в теории и практике социальной работы выделяют несколько направлений социальной реабилитации. Среди них: социальная реабилитация инвалидов; ветеранов; лиц, страдающих алкогольной или наркотической зависимостью; жертв репрессий, произвола, насилия, нарушения прав человека; лиц, пострадавших в результате террористического акта; лиц, участвующих в борьбе с терроризмом и др.

С точки зрения социально-бытовой реабилитации наибольший интерес представляют вопросы организации восстановительных мероприятий с инвалидами. Связано это с тем, что целью социально-бытовой реабилитации различных категорий инвалидов, в конечном счете, является восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости.

Основными принципами социально-бытовой реабилитации инвалидов являются: как можно более раннее начало осуществления реабилитационных мероприятий; непрерывность и поэтапность их проведения; системность и комплексность; индивидуальный подход.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ (ЛАБОРАТОРНЫХ) ЗАНЯТИЙ

Тема 1. Техники и методы социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушением зрения — 6 часов.

1. Способы ориентации людей с нарушением зрения в пространстве. Основные ориентиры.
2. Организация жизни слепого ребенка в семье. Навыки самообслуживания. Навыки гигиены. Участие в домашних делах.
3. Использование сохранных анализаторов. Трость и ее использование в ориентировке.

Задания:

1. Назовите основные способы ориентации людей с нарушением зрения в пространстве.
2. Какие требования предъявляются к организации пространства в доме человека с нарушением зрения?
3. Как правильно обучать слепого ребенка навыкам гигиены?
4. Как можно использовать остаточное зрение ребенка?
5. По каким деталям отличают изнаночную и лицевую сторону одежды?
6. Как обучить слепого ребенка застегивать и расстегивать пуговицы?
7. Как обучить слепого ребенка шнуровать ботинки?
8. В каких домашних делах может принимать участие слепой ребенок?
9. Перечислите игрушки, необходимые для полноценного развития слепого ребенка.
10. Как можно использовать сохранные анализаторы при социально-бытовой реабилитации?
11. Опишите в чем особенность трости для слепых?
12. Как ориентироваться с помощью трости?

Литература:

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. – М., 1991.
2. Гонеев А.Д. и др. Основы коррекционной педагогики: Учебное пособие для студ. высш. учебн. заведений / Под ред. В.А.Сластенина.- М.: «Академия», 1999.

3. Дыскин А.А., Танюхина Э.И. Социально-бытовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан: Руководство для подготовки социальных работников. — М.: Логос, 1996.

4. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учебн. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: ВЛАДОС, 2003.

Тема 2. Техники и методы социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушением слуха – 6 часов.

1. Общение с окружающими. Виды патологии слуха.
2. Способы компенсации. Виды компенсирующих приспособлений.
3. Разработка средств социально-бытовой реабилитации для людей с нарушением слуха.

Задания:

1. Какие заболевания приводят к нарушению слуха?
2. Перечислите нарушение речи. Вследствие чего они возникают?
3. С помощью чего можно компенсировать нарушение слуха? Какие вы знаете виды компенсирующих приспособлений?
4. Как используются компенсирующие приспособления в социально-бытовой реабилитации?
5. Какие сложности возникают у людей с нарушением слуха при общении?
6. Разработайте средства социально-бытовой реабилитации для людей с нарушением слуха.

Литература:

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. — М., 1991.
2. Гонеев А.Д. и др. Основы коррекционной педагогики: Учебное пособие для студ. высш. учебн. заведений / Под ред. В.А.Сластенина.- М.: «Академия», 1999.
3. Дыскин А.А., Танюхина Э.И. Социально-бытовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан: Руководство для подготовки социальных работников. — М.: Логос, 1996.
4. Инвалиды: язык и этикет. М.: «Перспектива», 2000.

5. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учебн. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: ВЛАДОС, 2003.

Тема 3. Техники и методы социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата – 12 часов.

1. Виды двигательных расстройств.
2. Способность к самообслуживанию.
3. Модель социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.
4. Вспомогательные технические средства в квартире (поручни в туалетной и ванной комнате, коридоре и т.п., подъемник для пользования ванной).

Задания:

1. Перечислите виды двигательных расстройств.
2. Опишите модель социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.
3. Продемонстрируете алгоритм перемещения инвалида-колясочника с кресла-коляски на кровать. Какие вспомогательные средства можно использовать при этом?
4. С помощью каких средств реабилитации компенсируется отсутствие или недееспособность верхних конечностей?
5. Продемонстрируйте порядок одевания рубашки/кофты при отсутствии или недееспособности верхних конечностей.
6. Использование средств реабилитации в приготовлении пищи при различных видах нарушения опорно-двигательного аппарата.
7. Использование средств реабилитации в организации самообслуживания при различных видах нарушения опорно-двигательного аппарата.

Литература:

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. – М., 1991.
2. Дыскин А.А., Танюхина Э.И. Социально-бытовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан: Руководство для подготовки социальных работников. — М.: Логос, 1996.

3. Инвалиды: язык и этикет. М.: «Перспектива», 2000.
4. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учебн. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 368 с.

Тема 4. Подбор, разработка и использование средств социально-бытовой реабилитации – 6 часов.

1. Основные виды средств социально-бытовой реабилитации, их устройство и функционирование.
2. Отработка навыков использования средств социально-бытовой реабилитации.

Задания:

1. На какие виды разделяют средства социально-бытовой реабилитации?
2. Опишите устройство известных вам средств социально-бытовой реабилитации.
3. Разработайте и объясните принцип действия средства социально-бытовой реабилитации.

Литература:

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. – М., 1991.
2. Преодолевая барьеры инвалидности. — М.: Инст-т соц. работы, 1997.
3. Дыскин А.А., Таннохина Э.И. Социально-бытовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан: Руководство для подготовки социальных работников. — М.: Логос, 1996.
4. Инвалиды: язык и этикет. М.: «Перспектива», 2000.
5. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учебн. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: ВЛАДОС, 2003.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Целью самостоятельной работы студентов является приобретение навыков использования учебной и научной литературы, составления докладов и рефератов по темам курса, В процессе самостоятельной работы студенты углубляют знания по теории и технологии социальной работы, конкретным технологиям социально-бытовой реабилитации, развивают необходимые умения и навыки составления и реализации программ социально-бытовой реабилитации различных категорий инвалидов.

В содержание самостоятельной работы студентов входят: подбор литературы по темам курса социально-бытовой реабилитации, подготовка докладов по рекомендуемому списку с целью обсуждения на практических занятиях. Другие темы докладов могут быть предложены студентами самостоятельно, но все темы должны быть согласованы с преподавателем.

Необходимую литературу студенты могут найти в библиотеке ПГПУ им. В.Г. Белинского, в Пензенской областной научной библиотеке им. М.Ю. Лермонтова, а также воспользоваться интернет-ресурсами.

Наиболее содержательные доклады следует рекомендовать на ежегодные научные студенческие конференции ПГПУ им. В.Г. Белинского и для опубликования в ежегодном межвузовском сборнике студенческих работ.

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СПИСОК РЕФЕРАТОВ

1. Общие принципы социально-бытовой реабилитации лиц с ограниченными возможностями.
2. Структура социальной реабилитации.
3. Социально-бытовая реабилитация инвалидов с нарушением зрения.
4. Социально-бытовая реабилитация инвалидов с нарушением слуха.
5. Социально-бытовая реабилитация инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата.
6. Партнерство как метод социальной работы с семьей инвалида.
7. Система ранней интервенции в социальной работе с детьми-инвалидами.
8. Использование технических средств в социально-бытовой реабилитации.
9. Модель социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.
10. Особенности подбора вспомогательных средств для социально-бытовой реабилитации.
11. Цикл выполнения программы реабилитации.
12. Основные тактики работы с родителями детей инвалидов.
13. Услуги, оказываемые специалистами в рамках системы ранней интервенции.
14. Опыт работы реабилитационных учреждений.
15. Сущность и содержание социально-бытовой реабилитации.

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ

1. Общие принципы социально-бытовой реабилитации.
2. Структура социально-бытовой реабилитации.
3. Социально-бытовая реабилитация инвалидов с нарушением зрения.
4. Социально-бытовая реабилитация инвалидов с нарушением слуха.
5. Социально-бытовая реабилитация инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата.
6. Социально-бытовая реабилитация детей с ранним детским аутизмом.
7. Партнерство как метод социальной работы с семьей инвалида.
8. Система ранней интервенции в социальной работе с детьми-инвалидами.
9. Задачи ранней интервенции.
10. Использование технических средств в социально-бытовой реабилитации.
11. Модель социально-бытовой реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.
12. Особенности подбора вспомогательных средств для социально-бытовой реабилитации.
13. Цикл выполнения программы реабилитации.
14. Основные тактики работы с родителями детей инвалидов.
15. Услуги, оказываемые специалистами в рамках системы ранней интервенции.
16. Опыт работы реабилитационных учреждений.
17. Социально-бытовая реабилитация инвалидов с комплексными нарушениями.
18. Оккупационная терапия как метод социально-бытовой реабилитации.
19. Социально-бытовая реабилитация лиц, перенесших инсульт.

Пензенский государственный педагогический университет
имени В.Г. Белинского

Кафедра социологии и теории социальной работы

**Татьяна Ивановна Лавренова,
Наталья Борисовна Долгова,
Галина Александровна Аристова**

СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Учебное пособие

В авторской редакции

Верстка О. В. Сиротин

План ПГПУ 2011 г. (Поз. 43)

Подписано к печати 4.04.2011. Формат 60x84/16.
Бумага писчая белая. Уч.-изд. л. 4,5. Усл. печ. л. 4.
Тираж 100 экз. Заказ № 45/11. Цена С. 45.



Издательство ПГПУ им. В. Г. Белинского:
440026, Пенза, ул. Лермонтова, 37. Корп. 5. Комн. 466

Типография ПГПУ им. В. Г. Белинского
440026, Пенза, ул. Лермонтова, 37. Корп. 8. Комн. 311