

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ

**Дополнительная профессиональная программа
(профессиональная переподготовка)**

СПЕЦИАЛИСТ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

МОДУЛЬ 3

«ПРЕДМЕТНЫЙ»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ

ДИСЦИПЛИНЫ 3

**«ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ
КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ»**

Оглавление

[Рабочая программа дисциплины «Технологии социального обслуживания
различных категорий населения» 4](#)

[Тема 1. Понятие и классификация технологий социального обслуживания 6](#)

[Содержание раздела 6](#)

[Лекция 6](#)

[Задания для самоконтроля 10](#)

[Тема 2. Семья как объект социального обслуживания 10](#)

[Содержание раздела 10](#)

[Лекция 10](#)

[Задания для самоконтроля 18](#)

[Тема 3. технологии социального обслуживания различных типов семей 19](#)

[Содержание раздела 19](#)

[Лекция 19](#)

Задания для самоконтроля 34

Тема 4. Социальный патронаж и участковая социальная служба как технологии социального обслуживания 34

Содержание раздела 34

Лекция 34

Задания для самоконтроля 39

Тема 5. Модели социальной работы с семьей, применяемые в процессе социального обслуживания 39

Содержание раздела 39

Лекция 39

Задания для самоконтроля 47

Тема 6. Замещающая семья 48

Содержание раздела 48

Лекция 48

Задания для самоконтроля 53

Тема 7. Технологии социального обслуживания пожилых людей 54

Содержание раздела 54

Лекция 54

Задания для самоконтроля 65

Тема 8. Понятие, критерии определения инвалидности 65

Содержание раздела 65

Задания для самоконтроля 72

Тема 9. Технологии социального обслуживания инвалидов. 72

Содержание раздела 72

Лекция 72

Задания для самоконтроля 82

Тема 10. Дома-интернаты и образовательные учреждения для детей-инвалидов 82

Содержание раздела 82

[Лекция 82](#)

[Задания для самоконтроля 86](#)

[Тема 11. Технологии социальной работы учреждений социального обслуживания с дезадаптированными детьми и подростками 87](#)

[Содержание раздела 87](#)

[Лекция 87](#)

[Задания для самоконтроля 96](#)

[Литература 96](#)

[Формы аттестации и оценочные материалы по дисциплине «Технологии социального обслуживания различных категорий населения» 98](#)

Рабочая программа дисциплины «Технологии социального обслуживания различных категорий населения»

Цель программы дисциплины «Технологии социального обслуживания различных категорий населения» – овладение слушателями знаниями теории социальных технологий, принципов технологического подхода к профессиональной деятельности, конкретных методик работы с клиентами. Знания и навыки, получаемые слушателями в результате изучения дисциплины, будут содействовать социальному прогрессу, распространению нравственно-этических установок и внедрению эффективных методов работы с различными категориями людей.

Задачи программы:

- сформировать систему знаний о способах и методах выявления, решения социальных проблем общества, групп, индивида;
- уяснить сущность практики социальной работы, ее методологические основы и технологические модели;
- выработать у будущих специалистов профессиональные умения и навыки способов организации помощи различным категориям клиентов;

- изучить особенности технологии социальной работы как особого вида социальной деятельности и технологий;
- овладеть основными методами социальной работы с отдельными лицами и различными группами населения;
- сформировать мотивационно-ценностное отношение слушателей к будущей профессиональной деятельности;

знать:

- основные понятия и категории, формы, методы и уровни технологии социальной работы;
- сущность и содержание инструментария технологии социальной работы, формы и методы деятельности по преодолению трудных жизненных ситуаций и решению социальных проблем;
- основные виды технологий в различных сферах жизнедеятельности с различными группами населения.

уметь:

- найти технологическое решение социальных проблем различного уровня социальной сферы;
- спроектировать технологию социальной работы для каждого конкретного случая;
- создавать инновационные технологии социальной работы для решения практических задач.

владеть:

- основными методами социальной работы с индивидом, группой, общностью;
- технологиями социальной работы в различных сферах жизнедеятельности;

- методами координации усилий социальных служб и организаций различной ведомственной подчиненности при решении социальных проблем индивида и группы;
- основными технологиями работы в социальных органах и учреждениях;
- основными процедурами технологического процесса социальной работы различного вида.

Тема 1. Понятие и классификация технологий социального обслуживания

Содержание раздела

Социальные технологий применительно к социальному обслуживанию. Сущность социальных технологий. Классификация технологий в социальном обслуживании по различным основаниям. Характеристика классификаций в зависимости от основания классификации.

Лекция

При определении технологий в социальном обслуживании необходимо учитывать, во-первых, общую трактовку социальных технологий, во-вторых, особенности социального обслуживания как одного из видов деятельности и в связи с этим особенности объектов, субъектов, содержания, средств и других компонентов (элементов) социального обслуживания как определенной целостности (системы). ***Социальные технологий*** применительно к социальному обслуживанию - совокупность приемов, методов и воздействий, применяемых социальными службами, отдельными учреждениями социального обслуживания и социальными работниками для достижения поставленных целей в процессе осуществления социальной политики государства и общества, решения разного рода социальных проблем, обеспечения эффективности реализации задач социальной защиты населения.

Социальные технологии в этой области общественной жизни базируются на реальном опыте социального обслуживания, принципах и теоретико-методологических закономерностях, открытых социальными науками:

социологией, теорией социальной работы, теорией управления, правом, социальной педагогикой, валеологией и др.

Классификация технологий в социальном обслуживании может быть самой разнообразной, так как социальное обслуживание представляет собой определенную относительно самостоятельную систему упорядоченного множества элементов, взаимосвязанных между собой и образующих единство.

Рассматривая социальное обслуживание как особый вид деятельности, **сущность социальных технологий** можно определить в первую очередь как *совокупность приемов, методов и воздействий государственных, общественных и частных организаций, специалистов и активистов, направленных на оказание помощи, поддержки, защиты всех людей, особенно «слабых» слоев и групп населения.* Именно в социальном обслуживании в концентрированном виде выступают **социальные технологии** как *обобщение накопленных и систематизированных теоретических знаний, опыта, умений и практики работы субъектов социальной деятельности.*

Имея это в виду, классификация технологий в этой области деятельности может быть проведена по разным причинам, что понятно, поскольку социальное обслуживание - это своего рода система, которая включает такие компоненты (элементы) как объекты, предметы, контент, средства, управления, функций и целей. В соответствии с выбранными элементами технология может быть классифицирована.

Как вы знаете, объекты социального обслуживания весьма разнообразны. Это пожилые люди, люди с ограниченными возможностями и дети, подростки с девиантным поведением, бездомные, мигранты, неполные и многодетные семьи и т.д.

Теория и практика в России и за рубежом выявили целый ряд **направлений (видов) социального обслуживания** перечисленных и других групп населения:

социальная профилактика,
социальная терапия и социальная реабилитация,
социальная помощь и защита,
социальное обслуживание в сфере быта,
социальное попечительство и социальное посредничество и др.

Этими типами социальных услуг являются его основные направления, основные технологии. Они, конечно, очень тесно связаны друг с другом, в то же время относительно автономны, конкретны по назначению и функциональному контенту.

Несмотря на унифицированный характер этих технологий при работе с различными группами населения, они сильно различаются в зависимости от специфики объектов социального обслуживания.

Именно поэтому интеграция социальной деятельности с учетом особенностей объектов и особенностей видов социальных услуг имеет фундаментальное значение. Эти виды работ (технологии) очень разнообразны.

Технологии можно подразделять в зависимости от понимания социального обслуживания в *узком и широком смысле*.

В *широком смысле* технологи социального обслуживания в основе своей направлены на работы со «слабыми» слоями населения, то в *узком* — о создании таких условий, которые бы способствовали уменьшению численности и доли населения, нуждающегося в помощи и поддержке; о создании таких условий, которые помогали бы населению самому решать свои проблемы, а в итоге способствовали уменьшению численности и доли слабо защищенных слоев.

Иначе говоря, технологии применительно к социальному обслуживанию, понимаемому в *широком смысле*, должны носить опережающий, упреждающий характер, т. е. задача таких технологий (в деятельности государства, социальных институтов) состоит в том, чтобы не только содействовать лечению

«социальных болезней», но и способствовать их предотвращению. Это лучше для общества в целом и для людей, чтобы не помогать безработным, например, но делать все возможное для предотвращения безработицы, сокращения безработицы, обучения людей, развития производства, создания новых рабочих мест, реконструкции магазинов, предприятий, учреждений и т. д. Предоставление семьям социальных и экономических услуг в форме предоставления натуральной и денежной помощи, конечно, необходимо в ряде случаев, однако социальное вмешательство на самой ранней стадии развития социальной проблемы более плодотворно, когда консультативные, образовательные, организационные, психологические услуги могут помешать семьям попасть в зону бедности, чтобы позволить своим членам решать свои проблемы.

Это также можно сделать, создавая (внедряя) технологии более глобального характера, которые влияют на сам процесс функционирования и развития общества.

*Учитывая интегрированный, универсальный характер социального обслуживания, можно выделить собственно такие **социальные технологии**:*

- социально-педагогические,
- социальнопсихологические,
- социально-медицинские и другие технологии.

Различаются технологии в социальном обслуживании *по уровню сложности*:

- простые (доступные неспециалистам);
- сложные, требующие квалификации одного специалиста;
- комплексные, требующие квалификации специалистов из разных областей.

Учитывая сложность субъекта социального обслуживания, в частности социальные службы различных уровней и направлений, можно различать социальные технологии и по этому показателю.

Возможна типологизация социальных технологий и по другим критериям. Например, можно выделить социальные технологии **«внешние» по отношению к клиенту**: государственное вмешательство, помощь общественных и других организаций, частных лиц. Главное их содержание заключается в создании человеку, группам (слоям) людей таких условий, чтобы он (они) сам (сами) решал (решали) свои проблемы. Примером этого может служить создание рабочих мест на предприятиях для инвалидов. От них отличаются **социальные технологии** (т. е. способы, действия), **осуществляемые самими клиентами**, например, создание собственного дела, откладывание определенной доли дохода (процента) для социального страхования и др.

Возможно выделение технологий в социальном обслуживании с проживающими на территории страны и населением, группами, оказавшимися по тем или иным причинам за ее пределами (русскоязычным населением, русскими в государствах СНГ).

Задания для самоконтроля

(выполняются в свободной форме самостоятельно, НЕ ВЫСЫЛАЮТСЯ для проверки на сайт)

Задание. Ответьте на поставленные вопросы:

1. Дайте характеристику социального обслуживания.
2. По каким основаниям может происходить классификация технологий социального обслуживания.
3. Обоснуйте приоритетность применения какого либо вида социальных технологий.

Тема 2. Семья как объект социального обслуживания

Содержание раздела

Факторы, оказывающие влияние на выбор социальных технологий. Типология социального риска и их характеристика: социально-экономические; социально-бытовые; социально-психологические; проблемы рождаемости и планирования семьи; проблемы стабильности семьи; проблемы семейного воспитания; специфические проблемы семей группы риска.

Лекция

Принимая семью в качестве объекта социального обслуживания, ***необходимо учитывать*** ее:

- структуру,
- окружение,
- функционирование,
- традиции и обычаи.

В семье отражены все социальные проблемы, характерные для современного общества; поэтому к ним применяются различные виды социальных технологий: они направлены на социальную реабилитацию инвалидов или детей-инвалидов, помощь бедным, женщинам, военнослужащим и т. д. Существуют также специальные технологии, призванные помочь семье как таковой.

В настоящее время в Российской Федерации насчитывается более 40 миллионов семей. Наиболее распространенным типом является нуклеарная семья (от латинского - ядро), состоящая из одной пары супругов с детьми или без них. Такие семьи в структуре населения Российской Федерации составляют 2/3.

Нуклеарная семья может быть полной или неполной (состоящей из одного родителя с детьми). Количество неполных семей (в результате развода, вдовства, рождения ребенка от одной женщины и т.д.) составляет 12%, причем

преобладание в сторону неполных семей, в которых ребенок воспитывается одной матерью (около 14 таких семей на неполную семью, в которой ребенок воспитывается одним отцом). Неполной семья может стать либо результатом развода, либо в результате вдовства, либо при рождении ребенка у одинокой женщины.

Семьи также могут варьироваться в зависимости от наличия и отсутствия детей и их количества. По результатам последней переписи немногим более половины всех семей в Российской Федерации имеют несовершеннолетних детей. Среднее число детей на семью составляет 1,1, среднее число детей в семье, у которых их составляет 1,6. Большие семьи (с тремя детьми и более, а на некоторых территориях - пять детей и более) в стране насчитывают чуть более трех миллионов человек, большинство из которых имеют 3-4 детей, а 7 детей и более составляют лишь небольшую часть процент.

Существует также *типология социального риска*, то есть распределение семей, которые по объективным или субъективным причинам находятся в состоянии жизненных трудностей и нуждаются в помощи со стороны государственной системы социальной защиты и социальных услуг. Это семьи беженцев и вынужденных переселенцев; малообеспеченные семьи; семьи с чрезмерной нагрузкой (имеющие много детей или имеющих в своем составе инвалидов), в которых один работник имеет более одного зависимого лица; семьи, воспитывающие детей-инвалидов; неполные семьи; семьи призывников. В последние годы появились новые категории этих семей: семьи безработных; семьи военнослужащих; семьи, проживающие в неблагополучных регионах; семьи, члены которых работают на предприятиях и в учреждениях, которые не платят заработную плату в течение нескольких месяцев.

Весь набор проблем, связанных с современной семьей, можно разделить на следующие группы:

- социально-экономические;

- социально-бытовые; социально-психологические;
- проблемы рождаемости и планирования семьи;
- проблемы стабильности семьи;
- проблемы семейного воспитания;
- специфические проблемы семей группы риска.

Социально-экономические проблемы. В эту группу входят проблемы, связанные с уровнем жизни семьи, ее бюджетом (включая потребительский бюджет средней семьи), удельный вес структуры общества малообеспеченных семей и семей, живущих за чертой бедности, с конкретными потребностями и потребностями многодетных семей и молодых семей, государственной системы материальной помощи.

Социальные и внутренние проблемы. Эта группа включает проблемы, связанные с предоставлением семьям жилья, условий жизни, а также потребительского бюджета средней семьи, доли малообеспеченных семей и семей, живущих за чертой бедности в структуре общества, финансовых трудностей многодетные семьи и молодые семьи, семьи. Все они довольно распространены и хорошо известны, поэтому нет необходимости прибегать к примерам и статистическим данным.

Социально-психологические проблемы. Эта группа включает в себя широкий круг проблем: они связаны со знакомством, выбором партнера по браку и далее - семейной адаптацией, выбором семейных и внутрисемейных ролей, личной автономии и самоутверждения в семье.

Кроме того, включает проблемы совместимости, семейные конфликты, семейную сплоченность как небольшую группу, бытовое насилие.

Как показывает анализ реальной практики центров психологической и педагогической помощи населению, решение проблем социально-психологического характера сегодня осуществляется по двум основным направлениям:

- оказание психолого-педагогической и психотерапевтической помощи;
- социально-правовая работа и социальная педагогика.

Проблемы стабильности современной семьи. Проблему обуславливают состояние и динамика семейных разводов, их социальные, типологические и региональные аспекты; причины развода; ценность брака; удовлетворение браком как фактор стабильности семейного союза; социально-психологические характеристики семьи.

Проблемы этой группы также связаны с состоянием, динамикой, факторами рождения, его социально-типологическими и региональными аспектами, а также с состоянием и факторами планирования семьи.

Нестабильность семейного образа жизни выражается прежде всего в увеличении числа разводов. Их уровень принимается для измерения как по абсолютным значениям, так и по относительным показателям, и если первый может зависеть от числа населения в целом и возраста брака, то последний дает объективную картину, подходящую для сравнения. На каждые три заключенных брака регистрируется в среднем два развода, а в северных и восточных районах число разводов может даже превышать количество заключенных браков.

На фоне общего снижения рождаемости наблюдается увеличение числа детей, рожденных вне брака, - сегодня родители почти каждого пятого ребенка в нашей стране не зарегистрированы в браке. Частично это объясняется ослаблением моральных норм и более либеральным отношением к незаконным детям, иногда это можно рассматривать как показатель распространения фактических брачных отношений.

Специалисты учреждений социальной помощи знакомы с феноменом несовершеннолетних матерей с большим количеством детей: это, как правило, свидетельствует о наличии врожденных психических патологий или низком интеллектуальном уровне несовершеннолетнего или о ее ранней алкогольной

зависимости. Рост ранней, включая внебрачную, беременность - это проблема во всем мире, но в России это усугубляется нищетой, неграмотностью, социальными трудностями, в частности, которые являются причиной ранней проституции; недостаток средств, которые общество может выделить для решения проблемы. Внебрачные дети чаще других сталкиваются с серьезными врожденными дефектами, проблемами со здоровьем; они часто становятся клиентами социальных служб.

Наконец, еще одним признаком нестабильности в семейном образе жизни является убеждение, что одиночество - это привлекательный и комфортный образ жизни. В настоящее время существует значительное число людей (прежде всего в самых развитых странах мира), которые удовлетворены таким образом жизни.

Проблемы семейного воспитания. В данной группе проблем семьи могут рассматриваться: состояние семейного воспитания, типы семей по критерию воспитания, родительские роли, положение ребенка в семье, условия эффективности и просчеты семейного воспитания. Указанные проблемы естественным образом связаны с социально-психологическими и проблемами стабильности семьи.

Проблемы семей группы риска. Факторы, обуславливающие социальный риск, могут иметь социально-экономический, медико-санитарный, социально-демографический, социальнопсихологический, криминальный характер. Их действия приводят к потере семейных связей, увеличению числа детей, оставшихся без попечения родителей, без постоянного места жительства, без средств к существованию. Пренебрежение детьми по-прежнему остается одной из самых тревожных характеристик современного российского общества. Ежегодно выявляется около 100 тысяч детей, оставшихся без попечения родителей. Подавляющее большинство из них - социальные сироты, то есть

дети, оставленные родителями или отобранные от родителей, которые не выполняют свои обязанности по воспитанию и содержанию ребенка.

Таким образом, причиной возникновения социальных проблем в семьях с одним родителем является, прежде всего, нищета, поскольку у семьи есть только один трудовой доход (иногда нет трудового дохода вообще, и семья вынуждена жить по пособию по безработице или пособия на ребенка). Доход женщины, как правило, намного ниже, чем доход мужчины из-за ее отставания в социальной лестнице, вызванного выполнением обязанностей по уходу за ребенком. Доходы от алиментов, если дети имеют право на них и получают их, как правило, покрывают не более половины стоимости их содержания. Социально-экономические проблемы не присущи всем неполным семьям; в любом случае их легче решать, чем социальные и психологические проблемы, возникающие во внутриличностной сфере и межличностные отношения членов неполных семей, особенно детей.

Семьи со многими детьми, наиболее распространенные в России в прежние времена, в настоящее время составляют очень небольшую часть от общего числа семей. Более того, много детей часто не планируется, случайны (рождение близнецов или рождение ребенка в результате неэффективности контрацепции).

Все многодетные семьи можно разделить на три категории:

- семьи, многодетность в которых запланирована (например, в связи с национальными традициями, религиозными предписаниями, культурно-идеологическими позициями, традициями семьи). Такие семьи испытывают много трудностей, обусловленных малообеспеченностью, теснотой жилья, загруженностью родителей (особенно матери), состоянием их здоровья, но у родителей имеется мотивация к воспитанию детей;
- семьи, образовавшиеся в результате второго и последующих браков матери (реже — отца), в которых рождаются новые дети. Исследования показывают,

что такие семьи могут быть и вполне благополучными, но их членам присуще ощущение неполной семьи;

- неблагополучные многодетные семьи, образующиеся в результате безответственного поведения родителей, иногда на фоне интеллектуально-психической сниженности, алкоголизма, асоциального образа жизни. Дети из таких многодетных семей особенно часто нуждаются в помощи, реабилитации, страдают от болезней и недоразвития. В случае утраты родительского попечения их судьбу особенно трудно устроить, так как семейное законодательство препятствует разделению детей из одной семьи, а усыновить 3–7 детей разного возраста и разной степени социальной дезадаптации далеко не всегда возможно.

Многодетные семьи всех типов имеют общую социальную проблему, особенно связанную с большим количеством детей: дети из таких семей, по сравнению с сверстниками из преобладающих небольших семей, часто проявляют заниженную самооценку, у них неадекватные представления себе самих что может негативно сказаться на их будущей судьбе. Кроме того, небольшие интервалы в рождении детей, характерные для многодетных семей, приводят к постоянному присутствию большого количества маленьких братьев и сестер, что влечет за собой снижение социального возраста старших. Это объективная картина, прослеживаемая в различных типах семей с большим количеством детей, и не зависит от имущественного и образовательного статуса родителей.

Семьи инвалидов вынуждены преодолевать экономические трудности, вызванные дезинтеграцией системы производства и реабилитации, основанной на работе инвалидов, инвалидности и приспособляемости.

Инвалиды, как правило, очень ограничены в своей деятельности. Реализация программ, направленных на адаптацию общества к потребностям и

возможностям людей с ограниченными возможностями, затрудняется из-за отсутствия средств и организационных трудностей.

Реализация права инвалидов на работу, самодостаточность является одной из основных проблем их социальной реабилитации. Это не только способ улучшить свое финансовое положение, но и самый важный фактор самоутверждения и внутреннего развития.

Семьи с детьми-инвалидами вынуждены решать все проблемы, связанные с инвалидностью. Но часто выражают добровольное согласие на решение этих проблем, отказываясь помещать ребенка-инвалида с неустранимой врожденной патологией в специализированную школу-интернат. Разумеется, такое решение заслуживает одобрения, но трудности, связанные с воспитанием такого ребенка, чрезвычайно высоки: очень мало учреждений, которые оказывают помощь родителям в такой деятельности; уход за ребенком-инвалидом с детства часто несовместим с другими видами деятельности, поэтому мать, как правило, вынуждена покинуть работу или переходить на другую работу, более свободную по графику, расположенную ближе к дому, но с низкой оплатой.

Количество разводов в таких семьях намного выше - отцы часто не могут противостоять постоянным трудностям и покидают семью. Дети-инвалиды, которые лишены квалифицированной реабилитации и помощи в области развития, иногда приводят к почти биологическому существованию, не приобретая навыков, которые помогут им, по крайней мере, в самообслуживании, если не в самообеспечении.

Отмечается, что в семьях, в которых дети-инвалиды получают даже базовую помощь от специалистов в области социальной реабилитации, коэффициент разводов ниже среднего для этой категории семей, поскольку такая помощь делает ситуацию не столь безнадежной.

Полная малолетняя семья, находящаяся в состоянии социального или семейного неблагополучия, не относится официально к группе риска, но тоже может нуждаться в помощи.

Невыплата заработной платы, банкротство предприятий, безработица влияют как на материальное положение, так и на социально-психологическое самочувствие работающих членов семьи. Разрушение стабильности социального статуса, потеря уверенности в защищенности и незыблемости семейного мира отрицательно действуют на взрослых и детей и иногда могут привести к асоциальным реакциям. Сравнительно небольшая помощь, оказанная в такой момент семье, не имеющей формальных признаков социального риска, может помочь ей сохранить стабильность — в противном случае семья может перейти в категорию неблагополучных.

Семейные проблемы (дисфункциональность семейных связей, патологизация отношений между супругами, между родителями и детьми) не зависят от социального статуса семьи и могут быть присущи и обеспеченной, интеллигентной, и малообеспеченной или малообразованной семье.

Задания для самоконтроля

(выполняются в свободной форме самостоятельно, НЕ ВЫСЫЛАЮТСЯ для проверки на сайт)

Задание. Ответьте на поставленные вопросы:

1. Дайте характеристику социальных услуг, предоставляемых в форме социального обслуживания на дому.
2. Что относится к социальным услугам, предоставляемым в полустационарной форме.
3. В чем особенность социального обслуживания в стационарных организациях социального обслуживания со специальным социальным обслуживанием.

Тема 3. Технологии социального обслуживания различных типов семей

Содержание раздела

Виды и формы социальной помощи, а так же технологий работы применительно к семьям различных категорий клиентов. Работа с «трудными» детьми. Работа с конфликтной семьей или семьей, эмоциональный климат в которой является неудовлетворительным. Диагностическая методика. Технология направленного изменения. Технология «семейного соглашения». Проблема семейного насилия Психологические подходы системной семейной психотерапии. Технологии работы со случаями семейного насилия: кризисные центры, «шелтеры», приюты для женщин — жертв насилия и их детей.

Лекция

Применительно к семьям различных категорий клиентов: инвалидов, пенсионеров, военнослужащих, беженцев и т. д. — используются различные ***технологии социального обслуживания.***

Виды и формы социальной помощи, цель которых — сохранение семьи как социального института в целом и каждой конкретной семьи, нуждающейся в поддержке, можно разделить:

- 1) на экстренные, т. е. направленные на выживание семьи (экстренная помощь, срочная социальная помощь, немедленное удаление из семьи детей, находящихся в опасности или оставленных без попечения родителей),
- 2) направленные на поддержание стабильности семьи;
- 3) направленные на социальное развитие семьи и ее членов.

Поэтому необходимо прибегнуть к среднесрочным программам помощи, ориентированным на стабилизацию семьи, восстановление ее функциональных связей, нормализацию отношений между супругами, между родителями и детьми, взаимоотношений всех указанных членов семьи с окружающими.

Так, работа с «трудными» детьми и подростками предусматривает:

- диагностику семейной и школьной ситуаций,
- выявление первичной социальной сети ребенка,

- обязательный анализ его медико-социального и интеллектуально-психологического статуса.

На основе полученных данных составляется программа социального сопровождения семьи данного ребенка, разрешения его школьных проблем, вовлечения его в более благоприятную социальную сеть. Такая программа выполняется командой специалистов, включающей социального работника, социального педагога, психолога, иногда юриста, с возможным участием правоохранительных органов, культурных и спортивных центров.

В ходе такой работы параллельно проводятся:

- социально-психологическое консультирование семьи с целью устранения взаимного непонимания, непродуктивных видов семейного взаимодействия, конфликтности во взаимоотношениях;
- -социально-правовое консультирование, которое позволяет семье осознать и научиться отстаивать свои права во взаимоотношениях с социальной средой, в первую очередь с образовательной системой;
- педагогическое консультирование, а также педагогическая помощь, которая содействует преодолению школьных трудностей ребенка (детей).

Большое значение имеют также психокоррекционные мероприятия, изменение самооценок взрослых и детей, устранение негативных стереотипов и выработка доброжелательного и уважительного отношения друг к другу. Нередко такая деятельность содержит и собственно социальные компоненты — например оказание помощи в трудоустройстве родителей, в улучшении жилищных условий (что, безусловно, при всей своей важности зависит прежде всего от социально-экономической ситуации в стране и в конкретном населенном пункте).

Работа с конфликтной семьей или семьей, эмоциональный климат в которой является неудовлетворительным, начинается, как правило, после заявления одного из супругов, хотя иногда поводом для констатации серьезных

внутрисемейных проблем могут быть наблюдения школьного или социального педагога, детского врача, констатирующего отрицательные психосоматические последствия семейной напряженности для здоровья детей.

Социальная работа с такой семьей предусматривает:

- тщательное изучение действительной семейной проблемы, о которой супруги чаще всего имеют неверные представления;
- ознакомление с особенностями личностей супругов, их семейных и брачных установок.

Возникающие трудности могут быть вызваны любой из названных причин. Следует отметить, что внешние трудности: материальные и экономические ограничения, неопределенность в отношении будущего, безработица и т.д. - как правило, только усугубляют семейные конфликты, раскрывают их истинные причины. Отрицательные черты личности, прежде всего истерия, психастеничность, компенсированные в процессе социализации или самообразования под влиянием внешних причин, могут быть вновь актуализированы и вызывают постоянные конфликты.

Серьезное несоответствие в брачных и семейных условиях может оставаться необнаруженным в течение длительного времени, однако в решающие ключевые моменты в развитии семейной жизни или под влиянием внешних трудностей можно обнаружить, что супруги придерживаются разных семейных моделей (эгалитарные или патриархальные), имеют разные взгляды на воспитание детей, эмоциональные, внутренние, финансовые и другие отношения. Соответственно, семейная терапия включает в себя поиск компромисса в культурно-смысловой сфере, корректировку накопленных социально-психологических стереотипов, обучение навыкам бесконфликтного общения.

Такие мероприятия проводятся посредством индивидуальных интервью и интервью, групповой психотерапии или игровой терапии.

Так называемая «*да-терапия*» (Therapy Yes) - это активно используемая техника, аутодиагностическая и психокоррекционная техника, с помощью которой конфликтующие супруги рационализируют свои негативные эмоционально-психические отношения.

В ходе его осуществления предлагается ответить «да» или «нет» на ряд четко сформулированных вопросов, касающихся различных аспектов взаимоотношений супругов. В результате баланса их положительных или отрицательных ответов супруг может смягчить свое отношение к другому супругу, который привык обвинять и определить свои истинные намерения - хочет ли он улучшить отношения или развестись.

Другой диагностический метод - популярный на Западе метод «*скульптурной группы*»: члены семьи визуализируют свою идею семейных отношений, создают скульптурную группу, а при обсуждении места в ней каждого члена семьи он фактически оценивает свою позицию в нем и несоответствие его оценки с оценкой других.

Следует отметить, что понимание реальной семейной проблемы не только диагностическое, но и терапевтическое, поскольку обнаруженная и воспринимаемая трудность заставляет членов семьи пересматривать свое поведение.

Одним из многосторонних методов является *построение семейной генограммы* - схема семейной истории, созданная в соответствии с определенными правилами и отражающая отношения в поколениях дедушек и бабушек, родителей и самой семьи. Этот процесс довольно увлекателен - компиляция вашего генеалогического древа - одна из самых глубоких потребностей людей. Кроме того, во время своего создания вместе с семейным терапевтом и с его участием члены семьи, которые, возможно, давно не общались, участвуют в одной деятельности, дополняя друг друга. Наконец, окончательная картина имеет значительную информативность: чрезмерное

количество вдов или случаев развода в восходящих или боковых ветвях семьи может соответственно указывать на отрицательную биологическую предрасположенность или наличие врожденных личных проблем.

Диагностическая деятельность должна помочь клиентам осознать и признать необходимость изменения их семейных взаимоотношений, укоренить мотивацию для длительной, терпеливой и сложной работы, направленной на самоизменение, преодоление собственных нежелательных стереотипов. Следует подчеркнуть, что существующие методики манипулятивного воздействия на личность, не желающую привлечь свои собственные трансформационные возможности, непродуктивны.

Например, *технология направленного изменения* заключается в том, что член семьи, который выявил нежелательные черты или поведенческие характеристики у другого члена семьи, влияет на эмоциональное поощрение или наказание (наказание может включать в себя отсутствие поддержки, эмоциональную холодность). Только «хорошее поведение» заслуживает награды. Техника отличается от повседневных взаимодействий тем, что манипулируемое влияние не делается на рациональном, а на подсознательном уровне, и, согласно плану его разработчиков, человек за довольно короткое время научится автоматически выбирать формы поведения а затем награду. К сожалению, практика использования таких средств в семейной терапии показывает ее довольно низкую эффективность и даже контрпродуктивное воздействие в первую очередь на «манипулятора», потому что вместо спонтанных отношений доверия, открытости и взаимной поддержки здесь развиваются односторонние эффекты.

Более справедливые отношения связаны с технологией *«семейного соглашения»* (не путать с гражданским брачным контрактом). Его реализация начинается с субъективной идентификации требований супругов друг к другу и снятия эмоциональных ярлыков, таких как «у него никогда не бывает времени»

или «она всегда недовольна всеми», в процессе подготовки такие бессмысленные обвинения следует заменить описанием конкретных неправильных действий супругов. Впоследствии создается минимальный взаимоприемлемый список обязательств для изменения поведения обеих сторон в течение среднего периода времени - от месяца до шести месяцев (в более короткий период невозможно будет установить изменения поведения, более длительный период не позволит вам подвести итоги, погасить интерес к процессу). Этот список составлен двусторонним соглашением и подписан двумя супругами; конечно, юридическая сила такого договора ничтожна, санкции за его нарушение не могут быть, но не следует недооценивать моральные и психологические последствия такого документа.

Обязательства, взятые супругами, должны быть конкретными и поддающимися проверке.

После истечения срока действия договора супруги вместе с социальным психологом анализируют выполнение своих условий и, при необходимости, заключают аналогичное соглашение на следующий период - возможно, уже содержащий новые, повышенные требования. Со временем присутствие социального работника становится ненужным, супруги приобретают навыки независимой работы с этим методом.

Технологии для коррекции семейных отношений многочисленны; их выбор определяется как обстоятельствами конкретной социальной ситуации, в том числе характерными особенностями клиентов, так и личными качествами специалиста в семейной терапии, его вкусами и предпочтениями. Со временем каждый опытный специалист трансформирует методы по-своему, создает свое собственное загрязнение из нескольких подходящих форм работы. Суть всех используемых средств заключается в осуществлении и консолидации тех изменений, которые будут способствовать желаемой стабилизации семьи.

К сожалению, не все типы семейных дисфункций поддаются исправлению, и это зависит не только от неадекватности или неадекватности усилий специалиста по семейной работе. Иногда можно с большой долей вероятности предсказать неблагоприятный прогноз будущего семейного союза еще до его завершения. Некоторые варианты проблем решаются на ранних стадиях, но они усложняются по мере того, как их разрешение откладывается. Специалист по социальной работе, специалист по работе с семьей, не должен считать ситуацию безнадежной, независимо от того, насколько усугубились отношения между членами семьи, но следует помнить, что решение семейных проблем - это прежде всего вопрос свободного выбора и ответственного поведения самих членов семьи. Без их волевых усилий и настойчивости наиболее эффективным социальным технологиям не удастся решить проблему.

В последние годы возрастает ***проблема насилия в семье***.

Проблема семейной (домашней) жестокости лишь отчасти связана с внешними социальными трудностями и усугубляется общей психопатологией социально-психологической ситуацией в стране. Семейная жестокость служит средством разжигания агрессии, накопленной под влиянием психотравматических условий существования, на самых слабых и самых уязвимых (в семье это женщины и дети).

Это также объясняется традициями, которые существовали до этого, низкой компетентностью в регулировании их психологических состояний, отсутствием навыков альтернативного удаления отрицательных эмоций.

Однако существует также личная предрасположенность к насилию в семье и быть жертвой насилия: наблюдается, что женщины, избитые их мужьями в первом браке, часто подвергаются жестокому обращению и во втором браке. Используя технологии стабилизации семейных отношений, социальный работник должен учитывать личные факторы риска, а также варианты, в которых социальная терапия будет неэффективной.

Проблема насилия в семье признана серьезной и масштабной проблемой, которая порождает многие другие социальные и индивидуальные проблемы. В частности, существует понимание, что недостаточно просто наказать виновных, необходимо также реабилитировать жертву насилия и работать с лицом, совершившим насилие, чтобы избежать повторения ситуации.

Любой член семьи может быть объектом домашнего насилия. Существует три типа семейной жестокости: от родителей к детям; одним супругом по отношению к другому; от детей и внуков по отношению к пожилым родственникам.

Чаще всего дети, женщины, пожилые люди и люди с ограниченными возможностями подвергаются насильственным действиям. Мужчины, в большинстве случаев, испытывают психологическое насилие. Последствия насилия в семье представляют собой телесные повреждения, психические расстройства, самоубийство и потерю чувства собственного достоинства в жертве. Постоянное грубое обращение может спровоцировать ответ жертвы на насильственные действия против агрессора.

Кроме того, насилие над взрослыми членами семьи, соответственно, затрагивает детей, вызывая их различные психоэмоциональные и психосоматические расстройства, школьную дезадаптацию и обычно приводит к нарушениям развития и искажениям социализации. Семьи, в которых отношения основаны на насилии, подвергаются риску, потому что дети, которые выросли в такой неблагоприятной атмосфере, впоследствии становятся либо жертвами, либо сами подвергают насилию своих близких. Согласно статистике, 95% людей, содержащихся в колониях, подвергались насилию или были свидетелями этого в детстве.

Домашнее насилие нарушает такие права человека, как право каждого на равную защиту перед законом и отсутствие дискриминации по признаку пола, возраста, семьи или социального статуса; право не подвергаться жестокому

обращению; право на жизнь и физическую неприкосновенность; право на высокие стандарты физического и психического здоровья.

Используются следующие концептуальные подходы для объяснения механизмов и причин насилия в целом и насилия в семье.

В рамках *социологического подхода* ведущим фактором считается социокультурная обусловленность, т. е. насилие является стереотипом семейных отношений, принятым в данной группе населения и воспитанным с детства, а также воздействие социальных факторов (социально-экономическое положение индивида (семьи), безработица, плохие жилищные условия и проч.).

С позиций *психологического подхода* насилие рассматривается либо как результат негативного личного жизненного опыта, травмы детства, либо как результат алкоголизма и психопатологии, либо как симптом дисфункционирования семьи, парадоксальным (но неадекватным) образом стабилизирующий семейную систему. Плохое обращение может также рассматриваться как результат деструктивного семейного взаимодействия, когда один из членов семьи (например, ребенок или престарелый) независимо от наличия или отсутствия у него специфических психосоматических характеристик или особенностей поведения воспринимается как имеющий отклонения или как трудный (обуза), что вызывает риск плохого обращения.

Вообще насилие часто становится орудием установления власти и неадекватного самоутверждения. В момент применения насилия человек ощущает всю полноту своей власти («хотя бы здесь и сейчас») над другим.

С позиций *системной семейной психотерапии* жестокое обращение в семье — показатель дисфункционирования семейной системы, структурный признак нарушения внутрисемейных отношений, попытка неадекватными средствами стабилизировать семейную систему (например, насилие может применяться в рамках борьбы за контроль, порядок и власть в семье). И если существующие проблемы внутрисемейных отношений (изначально не

связанные с насилием) не устранить, то насилие принимает либо хронический, либо циклический характер.

В соответствии с концепцией *психобиологического подхода* насильственное поведение наиболее характерно для лиц с патопсихологическими отклонениями и обуславливается наличием у индивида патологических и девиантных черт.

Социально-психологический подход рассматривает насилие в семье как продукт социализации, воспроизведение той модели поведения, того жизненного опыта, который ребенок получил в семье. Например, в числе мужей, избивающих своих жен, количество тех, кто в детстве был свидетелем подобного отношения отца к матери, в три раза больше, чем число тех, кто воспитывался в благополучных семьях. С другой стороны, настоятельная потребность в самоутверждении в мужской роли обычно наблюдается у тех насильников, которые в детстве подавлялись матерью, находились под ее жестким контролем. Ощущение такого материнского доминирования сохраняется в сфере бессознательного и бывает настолько травматичным, что детерминирует совершение тяжких посягательств на женщин, глубинным смыслом которых является разрыв психологических связей с матерью.

Выявлено также, что каждый второй из тех детей, кто воспитывался в жестоких условиях, впоследствии применяет насилие в отношении своих пожилых родителей, тогда как только один из четырехсот в ряду тех, кто не подвергался плохому обращению в детстве, в дальнейшем ведет себя агрессивно.

В контексте данного подхода следует отметить внутри семейную цикличность насилия.

Проведенный Н. Ф. Бердникович анализ теорий, объясняющих природу пренебрежительного отношения и насилия в семье, позволил выделить три более частных подхода к данной проблеме:

- ситуационная модель;
- теория социальных изменений;
- модель символического взаимодействия.

Ситуационная модель исходит из того факта, что вероятность возникновения агрессии определяется продолжительностью и интенсивностью воздействия определенных ситуационных и структурных переменных. В контексте вышеуказанных факторов и причин они также включают наличие трудностей общения (например, с маленьким ребенком или пожилыми людьми), факторы, связанные с личностью опекуна (жизненный кризис, синдром горения и пр.).

Объясняя причины насилия, большое значение придается влиянию внутренних и особенно внешних факторов стресса. В одном из зарубежных исследований было отмечено, что две трети тех, кто ухаживал за пожилыми родственниками, отмечали истощение, усталость, повышенную раздражительность и гнев. Среди наиболее стрессовых внешних факторов были возраст, уровень дохода, безработица и жизненный кризис, в то время как религия, место жительства и раса были менее затронуты.

В основе *теории социальных изменений* (некоторые авторы предлагают использовать выражение «насилие, порожденное насилием», чтобы сослаться на этот подход) заключается в том, что процесс социального взаимодействия является последовательным изменением стимулов и наказаний, когда люди пытаются увеличить долю своих наград и сократить количество штрафов за них. Поскольку члены семьи с ограниченными возможностями (маленькие дети, инвалиды и пожилые люди) более беспомощны, зависимы и уязвимы по сравнению с другими членами семьи, у них, следовательно, будет меньше альтернатив при выборе последующей модели взаимодействия, которая позволяет агрессору продемонстрировать насильственное поведение, поскольку вероятность «получения сдачи» невысока.

Концепция модели символического взаимодействия основана на утверждении, что общение между людьми является непрерывным процессом обмена информацией, в ходе которого каждая предыдущая реплика определяет последующую, так что для понимания содержания сказанного необходимо установить единый шаблон для декодирования символического значения слов и ролей. Если такое «соглашение» не достигнуто, могут возникнуть несогласованности в понимании и, как следствие, увеличение вероятности конфликтов и возникновение напряженности и агрессивности в отношениях. Исходя из этого, причиной насилия в отношении родственника может быть отсутствие различий между тем, как он / она воспринимался в прошлом и его (ее) образом в настоящем.

Наиболее распространенными в мировой практике институциональными формами работы с случаями насилия в семье являются кризисные центры, приюты, горячие линии, пансионаты для престарелых, социальные услуги для семей и детей, психологические и медико-социальные центры, а также временные (приемные) или постоянные приемные семьи. Ниже приведены организационные формы и некоторых *технологий работы со случаями семейного насилия*.

Кризисные центры. Деятельность кризисных центров - оказание психологической, юридической, педагогической, социальной и иной помощи жертвам насилия, часто в условиях кризиса и опасных для физического и психического здоровья.

Кроме того, клиент может получить лично или по телефону подробную информацию о месте и способе работы необходимых специалистов и других необходимых данных.

Основной формой работы кризисного центра является постоянное консультирование. Жертвы имеют возможность напрямую общаться со

специалистами: психологи, врачи, учителя, юристы и пр. В ряде кризисных центров проводятся групповые занятия, в том числе группы самопомощи.

Если телефонный номер доверия, действующего непосредственно в кризисном центре, не известен жертве домашнего насилия, тогда полиция или городская горячая линия могут узнать номер телефона ближайшего приюта или консультанта по кризисным ситуациям.

Принимаются звонки, как правило, высококвалифицированными специалистами, которые на первом этапе могут определять состояние жертвы насилия, оказывать ей основную поддержку, адекватно оценить ситуацию, чтобы планировать дальнейшие действия (абонент может находиться в состоянии алкогольного или наркотического опьянения или быть психически нездоровым, что предполагает направление в соответствующее медицинское учреждение) или убедить жертву обратиться за помощью в кризисный центр.

В мировой практике распространена форма помощи как «*шелтер*» (из английского приюта - надежное убежище), представляет собой множество крупных центров со специальным убежищем для жертв насилия в семье (в большинстве случаев для женщин и / или детей). Например, в США, Германии, Голландии деятельность приютов является одной из независимых специализированных программ помощи жертвам насилия. Как правило, это далеко от центра города небольшие уютные здания, адрес которых хранится в секрете. Режим здесь свободен, некоторые женщины даже продолжают работать во время своего пребывания в приюте. Все построено на принципах самообслуживания; женщинам предоставляется бесплатная еда и медицинская помощь.

Средняя занятость приютов составляет 30-50 человек, а продолжительность пребывания в них составляет от 2 до 5 недель. Одной из основных задач персонала служб является психологическая реабилитация и юридическая помощь; они подробно разъясняют права женщин и детей, а в

случаях неизбежного развода они обеспечивают практическую, в том числе юридическую, помощь.

Услуги, предоставляемые в обстановке доверия и понимания риска, который несет жертва, говоря правду, обязательно предполагают размещение жилого пространства, а также для приема и консультирования, что дает уверенность в том, что они серьезно относятся к проблеме. Приюты оборудованы плакатами, стендами, в них есть библиотеки и игровые комнаты для детей. Медсестра будет заботиться о детях, если женщине требуется время для работы по дому, посещение специалиста или учебной группы.

Приюты для женщин — жертв насилия и их детей. Если женщина соглашается покинуть дом и поселиться в приюте, который может находиться в кризисном центре или где-либо еще, важно убедиться, что она полностью безопасна и минимизировать возможность утечки информации, поскольку обидчик часто делает все, чтобы найти жертву.

Поэтому женщину и ее детей сначала забирают в полицию, а затем тайно перевозят в приют.

Укрытие - временное убежище, где женщина имеет возможность укрыться от преследований ее мужа, получить первую медицинскую помощь и пройти дальнейшее лечение. Она получает финансовую поддержку, консультационные услуги, психологическую поддержку. В обстановке внимания, понимания и ухода она может оправиться, пересмотреть свою жизнь и с помощью специалиста принять решение о своем будущем.

Одним из наиболее широко используемых методов реабилитационных программ в приютах является групповая терапия, которая проводится одновременно с самой женщиной и ее детьми. Эта деятельность, направленная, с одной стороны, на преодоление чувства одиночества и отчуждения жертвы, а с другой - на укрепление отношений между матерью и детьми, позволяет обеспечить естественную взаимную поддержку. Программа групповой терапии

разработана для каждого индивидуально с учетом конкретной семейной ситуации. Занятия проводятся два раза в неделю в течение часа: 45 минут - это дискуссия и 15 минут зарезервированы для игровых занятий, предлагаемых детьми для самих себя. Существует также практика кризисного вмешательства в отделения неотложной помощи в больницах, поскольку именно сюда жертвы обращаются. В то время как врач оказывает первую помощь, социальный работник определяет причину инцидента, объясняет возможные последствия и предлагает дальнейшую помощь в изменении ситуации.

В случае необходимости (если женщина решает подать в суд), полицейских вызывают в больницу.

Для изучения (диагностики) ситуации *разработан специальный протокол в помощь социальным работникам*, практикующим при больницах (хотя он может быть использован и любым другим специалистом). Протокол содержит графы, позволяющие фиксировать замечания и наблюдения терапевта, медсестры и социального работника. Благодаря ему появляется возможность оказать наиболее адекватную медицинскую помощь. Кроме того, протокол документально подтверждает (в нем имеются фотографии) случай насилия и может быть использован, если жертва позднее решит обратиться в суд.

В протоколе перечислены справочные службы и приюты, где женщина может подать заявку в случае необходимости.

Деятельность социального работника в больницах, безусловно, важна, и все же трудности часто возникают из-за «вторичного характера» его позиции по отношению к медицинскому персоналу. Поэтому важно определить функции и статус каждого из сотрудников и утвердить их соответствующим решением. Поскольку проблема насилия в семье и пренебрежения связана с пересечением сфер деятельности специалистов разных профессий (у социального работника само по себе нет четко определенного статуса в отношении потерпевшего, недостаточного для обеспечения защиты жертвы насилия и все ресурсы,

необходимые для оказания помощи). Естественно, что междисциплинарный подход стал одним из основных и наиболее часто используемых в таких случаях.

Обычно междисциплинарная (межпрофессиональная) команда состоит из терапевта, медсестры, социального работника, консультанта-психиатра, психолога, адвоката, сотрудника полиции и координатора (менеджера). Координатор отвечает за обеспечение скоординированной работы всех членов команды, коллективное обсуждение ситуации в семье, достоверность имеющейся информации, коллективную оценку имеющихся ресурсов, а также определение стратегии управления случаями и функциональные обязанности каждого специалиста. Последний аспект деятельности команды - одна из самых серьезных проблем, поскольку очень сложно провести разделительную линию между перекрывающимися сферами деятельности.

Независимо от типа социального института и технологий, используемых для решения этого дела, психосоциальный подход наиболее распространен в прямой коррекционной и реабилитационной работе с клиентом (семьей). Такой подход позволяет повысить эффективность работы, поскольку предполагает не только использование доступных социальных ресурсов, но и активацию личных ресурсов клиента (семьи) и применение методов психологического воздействия на агрессора, жертву и семью в целом. Соответственно, коррекционная и реабилитационная деятельность может осуществляться в различных формах: индивидуальное консультирование, деятельность с диадой (супружеской или детородной), со всей семьей, а также с отдельными группами (насильники, жертвы и их родители).

Задания для самоконтроля

(выполняются в свободной форме самостоятельно, НЕ ВЫСЫЛАЮТСЯ для проверки на сайт)

Задание. Ответьте на поставленные вопросы:

1. Какие виды работ с «трудными» детьми и подростками предусматривают социальные технологии.
2. Раскройте содержание метода да-терапия в работе с конфликтной семьей или семьей, эмоциональный климат в которой является неудовлетворительным.
3. Раскройте значение специального протокола для изучения (диагностики) ситуации.

Тема 4. Социальный патронаж и участковая социальная служба как технологии социального обслуживания

Содержание раздела

Понятие и содержание патронажа. Виды патронажа и их характеристика: медико-социальный патронаж, социально-психологический патронаж; социальный патронаж; социально-педагогический патронаж. Формы и методы работы, используемые при патронировании семьи.

Лекция

Патронаж — это индивидуальная деятельность специалиста, благодаря которой семья (клиент) получает конкретную помощь и поддержку от социальной службы, призванной мобилизовать и повысить ее адаптационные возможности.

В настоящее время существует два направления социального патронажа семьи.

Первое направление основано на характере тех видов деятельности, которые осуществляются социальными службами в отношении семей и детей особого риска. Он включает такие виды патронажа, как социальный, медико-социальный, социально-педагогический, социально-психологический, социально-экономический, выраженный в предоставлении льгот, продуктов, одежды и т.д.

Второе направление основано на характеристике объектов патронажа. Они классифицируются по возрасту (дети, подростки, пожилые люди), половой принадлежности (девочки, мальчики, женщины, мужчины), медицинские показания (инвалиды, беременные женщины и пр.), социальному статусу (беспризорные дети, жертвы насилия), семейным проблемам (дисфункциональные семьи, дети алкогольных родителей) и т. д.

Принимая во внимание первое направление, мы отмечаем, что, например, **медико-социальный патронаж** работает с больными и физически неполноценными членами семьи, включая детей (инвалидов), нуждающихся в ежедневном уходе.

Содержание медицинского и социального патронажа зависит от категории этих клиентов. Он включает доставку лекарств, измерение давления, ночную дежурство, предоставление гигиенических услуг, доставку продуктов питания и кормление, уборку помещений, выполнение простых физических упражнений и т.д., т.е. все, что человек не может сделать самостоятельно.

Основной задачей сотрудника, выполняющего медицинское и социальное патронирование, помимо предоставления вышеуказанных услуг, это установление отношений взаимного доверия и терпимости.

Социально-психологическое патронирование реализуется в различных формах долгосрочной психологической и социальной помощи семьям, переживающим конфликт или стресс, имеющим проблемы в воспитании детей, находящихся в состоянии хронической социальной и психологической дезадаптации и эмоционального стресса.

Специалисты, которые проводят психологическое патронирование, проводят консультации, находят альтернативные пути выхода из конфликта с клиентами, выполняют посреднические функции между клиентом и его окружением, помогают снизить чувство тревоги у клиента, и эксперт должен умело сочетать членов семьи в процессе запланированные изменения.

Социальный патронаж способствует изучению и разъяснению ситуации с учетом социального и психологического состояния клиента при использовании средств, которые уменьшают беспокойство и оказывают эмоциональную поддержку, и направлены на оказание конкретной помощи в устранении кризиса или критической ситуации в семье и стабилизации благоприятных тенденций.

Кроме того, благодаря социальному патронату социальные работники включают и других специалистов в решение проблем, то есть они используют комплексный подход, например, экономические и культурно-образовательный, с одной стороны, психологический и психосоциальный, с другой. Основным навыком познания специалиста остается способность анализировать ситуацию. Действуя в рамках патронажа, социальный работник выполняет множество функций: доброжелательный и компетентный собеседник, помощник, посредник, советник, защитник. Он способен стабилизировать текущую ситуацию, следить за ходом патронажа на всех этапах, вовлекать членов семьи в решение своих проблем, консолидировать успехи и вносить необходимые коррективы в стратегию дальнейших действий.

Таким образом, социальный патронаж семьи обеспечивает многометодические действия специалиста по социальной работе.

Социально-педагогический патронаж включает в себя все стороннюю и действенную помощь семье, имеющей различные проблемы, силами специалистов социальных служб, ориентирующихся на собственные педагогические возможности, а также на ресурсы социально-педагогического пространства.

Социальный патронаж семьи включает следующие *направления*:

- информационно-аналитическое, связанное с идентификацией и фиксацией ситуации как неблагополучной или опасной;
- прямое вмешательство в ситуацию;

- заключение социальной службой договора о сотрудничестве и его планирование;
- непосредственная поддержка клиента патроната (патронат);
- контроль, оценка и завершение работы с клиентом.

На всех этапах работы с клиентом ответственные за патронат специалисты фиксируют на специальных учетных карточках основное содержание работы с клиентами.

В патронировании семьи используются самые *разнообразные формы и методы*:

- материальная поддержка;
- социальное и психосоциальное консультирование;
- психотерапия;
- гештальттерапия;
- тренинги (например, позитивного жизненного настроения);
- коррекционные методики (коррекция деструктивных аффектов у детей, депривированного материнства и т.д.);
- педагогическое просвещение родителей; о
- обучение социальным умениям, навыкам ухода;
- консилиумы;
- кондуктивная индивидуальная поддержка и т.д.

Таким образом, патронаж в системе патроната и социального обслуживания означает:

- на уровне клиента — его начало с момента определения и квалификации социальной службой жизненной ситуации клиента как тяжелой и даже опасной для него самого и его ближайшего окружения;
- на уровне содержания патронажной работы — выдвижение тех задач, которые выходят за рамки содержания социальной помощи в обычном, традиционном

смысле, а потому и не включены в работу с периодически возникающими у людей проблемами;

- на уровне методов патронажа — использование не только традиционных путей оказания помощи, но и специальных дополнительных «обходных» путей, а также дифференцированной, многоплановой, разносторонней и поэтапной помощи, включающей формирование мотивации, развитие отношений, применение воздействий, которые чаще всего не используются при проблемно ориентированном подходе к клиенту;
- на уровне организации — это система патроната, т. е. особая форма организации среды в отношениях с клиентом к самому клиенту, которая при соблюдении принципов гуманизма и учета интересов клиента предполагает определенную долю авторитарности и жесткости, отсутствующих при реализации общих подходов в социальной работе;
- на уровне границ социальной работы — максимальное расширение ее пространства, означающее необходимость постоянного целенаправленного привлечения к процессу оказания социальной помощи и поддержки целого ряда специалистов (по горизонтали) и ведомств, организаций и учреждений за пределами социальной службы (по вертикали);
- на уровне продолжительности работы — пролонгация процесса оказания помощи и поддержки и выход за рамки какого-то одного вида и одной формы помощи (комплексный подход);
- на уровне кадрового обеспечения деятельности системы патроната и проведения патронажа — принципиальное изменение профиля образования специалистов по социальной работе, наличие подготовленного и мотивированного к такой работе специалиста-универсала, способного оказывать комплекс услуг, сочетая возможности менеджера и фасилитатора, коммуникабельного, общительного человека, готового работать не только с трудным контингентом клиентов в одной команде с другими специалистами, но и в равной мере с теми

институтами, которые остаются пока равнодушными к идеям и ценностям социальной работы;

- на уровне определения круга лиц, участвующих в патронате и патронаже средствами социальной работы, — это обязательное их расширение и подключение не только специалистов других профессий при обеспечении междисциплинарного подхода, но и добровольных помощников, волонтеров, групп самопомощи; их особая подготовка, увеличивающая потенциальные возможности специализированной и квалифицированной социальной помощи и поддержки населения и особенно его трудного контингента.

Задания для самоконтроля

(выполняются в свободной форме самостоятельно, НЕ ВЫСЫЛАЮТСЯ для проверки на сайт)

Задание. Ответьте на поставленные вопросы:

1. Раскройте содержание *социально-психологического патронажа*.
2. Назовите направления социального патронажа.
3. Раскройте значения патронажа в системе социального обслуживания.

Тема 5. Модели социальной работы с семьей, применяемые в процессе социального обслуживания

Содержание раздела

Модели социальной работы с семьей. Модель раннего выявления семейных проблем. Участковая социальная служба. Инновационные модели: организация мобильной бригады специалистов, семейный интеграционный лагерь, семейный клуб. Направления социального патроната.

Лекция

В настоящее время существуют самые различные *модели социальной работы с семьей, применяемые в процессе социального обслуживания*.

Особенно эффективной является *модель раннего выявления семейных проблем*.

Таким образом, технология раннего выявления семейных проблем (превентивный патронаж) является первым этапом системы профилактики: укрепление института семьи в целом; раннее выявление семейных проблем; своевременную адресную помощь и поддержку.

Мероприятия на этом этапе являются наиболее эффективными, наименее дорогостоящими во всех отношениях, безопасными для специалистов. Как показывает исследование, семья на ранних этапах проблем, активно пытающихся найти выход, мотивированная получить помощь, более охотно сотрудничает. Помощь таким семьям, как правило, является разовым, регулируемым характером.

Принцип прогнозирования должен быть основой для организации работы группы специалистов из различных отделов на основе участкового принципа для выявления семей, подвергающихся риску.

С этой целью проводится социальная диагностика, все семьи сертифицированы в этом районе, координируются действия системы профилактики на данной территории, направленные на объединение усилий психологов, социальных педагогов, социальных работников, врачей и т.д.

Таким образом, существует реальная возможность организации целенаправленной, систематической работы с семьями для предотвращения семейных проблем, деградации семьи, предотвращения социального сиротства, насилия; защита прав и интересов членов семьи в неблагополучных семьях.

Как показывает опыт Московской области, для организации этой деятельности была создана *участковая социальная служба*, которая на основании проведенной диагностики состояния семей составляет карту социальной реабилитации семьи.

Если это социально процветающая семья, то она активизируется для формирования терапевтической и процветающей социальной среды. Приглашают к участию в организации клубов для семей и подростков, по

пропаганде здорового образа жизни и здоровых семейных отношений; в проведении конкурсов, соревнований и т. д.

Если семья является проблемной, то разрабатывается программа психологической, педагогической или иной поддержки этой семьи.

Если семья является кризисной или дисфункциональной, в этом случае специалисты местного отдела социальной службы в сотрудничестве с другими отделами помещают ее в реестр и разрабатывают программу реабилитации.

Превентивная система позволяет организовать работу учреждений (участников превентивной системы) в соответствии с участковым принципом, когда города и районы разделены на сектора, включающие образовательные учреждения (детские сады, школы), медицинские учреждения (детские и взрослые клиники, дородовые клиники, пункты, больницы), учреждения социальной защиты (центры для семьи и детей, реабилитационные центры и т. д.), комиссии для несовершеннолетних, районные военные комиссариаты. Эта система включает в себя все спортивные учреждения, клубы, арт-дома, центры, клубы, общественные и коммерческие организации, которые предоставляют услуги семьям и детям на территории определенного участка.

Составляется социальный паспорт участка, в котором перечислены все учреждения системы профилактики, составлен реестр услуг, в результате чего создается информационное поле (банк ресурсов) для мероприятий по предотвращению социального неблагополучия и создания реальных механизмов для работы с семьями и детьми. Совет директоров формируется из директоров всех учреждений и организаций (координационный совет, микрорайонный совет - это не имя - главное, чтобы он решал возложенные на него задачи), заключают договоры о совместной деятельности, разрабатывают функциональные обязанности членов совета, определяют меры ответственности. Координационная функция системы опирается на комиссии по

делам несовершеннолетних и защиту их прав, которые контролируют деятельность системы и ее отдельных участников.

Такая организация системы позволяет привлекать ресурсы различных департаментов и общественности, объединять их, развивать тактику совместной деятельности, ограничивать область, в которой будет работать этот совет, определять сферу действия, механизмы, алгоритмы работы на уровне конкретных исполнителей (врачи, учителя, районный инспектор и т. д.).

Эта схема может быть следующей: вся информация о случаях жестокого обращения, насилия в отношении детей, членов семьи, признаков социального неблагополучия из женских консультаций, детских садов, школ, районных педиатров, районных полицейских следователей будет стекаться в социальную службу (центр семейного ухода и детей или реабилитационный центр - любое учреждение, в котором есть необходимый персонал, подготовленные специалисты для выполнения этой деятельности).

Специалисты социальной службы проводят семейный опрос, составляют ее социальный паспорт (он отражает состав семьи, ее социальный уровень, описание проблем и готовность семьи к их разрешению), подготавливают программу реабилитации для утверждения, коррекции, распределения деятельности и ответственности каждого члена совета.

Таким образом, семье может быть оказана необходимая помощь своевременно: социальная, юридическая, гуманитарная, материальная, информация, дети могут быть устроены в детских садах, на детских площадках отдыха, определены в спортивные клубы, реабилитационные центры дневного пребывания, классы выравнивания, суворовские и кадетские училища, могут быть зачислены в воинские части как воспитанники для предотвращения девиантного поведения, родители могут быть зарегистрированы в службах занятости, пройти необходимое лечение, наняты на работу, им может быть предоставлена медицинская, психологическая помощь и многое другое.

Усилия всех учреждений направлены на достижение одной цели: сохранение семьи, полное развитие ребенка, предупреждение семейного неблагополучия.

Профилактика и выявление семейных проблем осуществляется через систему участковой социальной службы.

Типы социального патронажа могут быть очень разнообразными: консультирование, обучение, организация оздоровления, семейный досуг, все виды медико-психолого-педагогической и социальной помощи.

Кризисная ситуация в неблагополучных семьях имеет свою специфику. Большинство из этих семей постоянно находятся в экстремальных или близких к экстремальным условиям, испытывают хронический стресс, беспокойство, нестабильность, эмоциональный, психологический, социальный дискомфорт.

Многолетний опыт кризиса имеет катастрофический эффект и отключает привычные способы их преодоления и преодоления. В связи с этим кризис превращается в стабильное психопатологическое состояние. Исследователи, изучающие кризисные условия, отмечают, что решающую роль играет не сам факт возникновения кризиса, а процесс его возникновения как таковой, то есть длина во времени и обусловленность психосоциальных факторов, которые вызвали это. Затянувшийся кризис, в отсутствие своевременной помощи, делает людей пассивными и покорными, неспособными к глубокому размышлению, сосредоточив внимание не на решении, а на отрицании проблем, на обвинениях всех, кроме самих себя. Жизнь в кризисном режиме становится иррациональной, подавляющей агрессией.

При учреждениях социального обслуживания создаются *инновационные службы*, цель деятельности которых — раннее выявление семейного неблагополучия, профилактическая деятельность с семьями группы риска. Такой подход позволяет быстро и своевременно выявлять случаи семейного неблагополучия, эффективно работать на их раннее выявление и профилактику.

Это стало возможным благодаря расширению комплекса услуг и частоты их оказания нуждающимся семьям.

В Светлоярском центре социальной помощи семье и детям «Семья» Волгоградской области таких нововведений несколько.

Одним из основных пунктов работы является *организация мобильной бригады специалистов*. Ее деятельность направлена в первую очередь на обеспечение доступности социальных услуг для семей, проживающих в отдаленных сельских поселениях района.

В состав мобильной бригады входят специалисты отделений:

- психологической помощи;
- профилактики безнадзорности несовершеннолетних;
- социально-медицинской помощи;
- помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Мобильная бригада специалистов предоставляет следующие услуги:

- помощь семьям на ранней стадии неблагополучия, когда проблемы еще не слишком велики, и их можно решить при помощи отдельных специалистов;
- выявление фактов жестокого обращения с детьми, эффективной работы с семьями, в которых высокий риск жестокого обращения;
- оказание услуг специалистов членам семей, которым сложно получить их в центре по причине отдаленности и труднодоступности.

Началом работы для специалистов мобильной бригады обычно служит поступление сигнала по факту раннего семейного неблагополучия. Такая информация, как правило, поступает по телефону или подается в письменной форме от сотрудников территориальных общественных советов (ТОС), фельдшеров, учителей, воспитателей, иногда от соседей неблагополучных семей. Полученный сигнал обязательно регистрируется координатором, тщательно проверяется.

При подтверждении сигнала оцениваются:

- степень сложности проблемы;
- возможности семьи, ближайшего окружения.

Мобильная служба специалистов, как правило, выезжает в течение трех дней с момента получения сигнала.

При выезде на место специалисты определяют:

- направления дальнейшей совместной работы;
- причины неблагополучия в семье;
- информируют семьи о деятельности центра;
- предоставляют членам семьи необходимые социальные услуги.

При необходимости определяется основной субъект профилактики (сотрудник социального учреждения, отдела), который будет руководить семьей дальше: оказывать помощь в получении услуг; контролировать динамику проблемы; взаимодействовать с разными специалистами. Вспомогательные участники реабилитации, включенные в программу, также участвуют в работе с семьей в максимально возможной степени.

С самого начала программы семейные проблемы на ранней стадии были выявлены в 95 семьях. Все семьи включены в программу патронажа центра.

В таких семьях специалисты проводят профилактические и реабилитационные работы.

Еще одна инновация — *семейный интеграционный лагерь*. Детско-родительская смена в лагере «Когда семья вместе, так и душа на месте» проводится на базе МУ ДОЛ «Чайка» в октябре. В первой лагерной смене приняли участие 25 семей (всего 90 человек) из Светлоярского района. Программа лагеря построена таким образом, что каждый участник может почувствовать себя частью одной команды. Семьи имеют возможность регулярно участвовать в творческих семейных мероприятиях, тренингах, играх и спортивных соревнованиях. Это позволяет максимально раскрывать социальный, педагогический, личный потенциал родителей и детей, изучать

новые знания и навыки. Консультации приглашенных специалистов (психолог, гинеколог, юрисконсульт) позволяют членам семьи получать ответы на вопросы в доступной форме. Творческие мастерские с участием приглашенных специалистов способствуют не только формированию навыков работы, объединению семьи, но и получению полезных результатов творчества (картины, предметы домашнего обихода).

В рамках реализации программы центр «Семья» проводит встречи *семейного клуба «Подсолнух»*. Основой работы клуба является тесное взаимодействие сотрудников центра с семьей. Здесь участники общаются друг с другом: за чашкой чая сотрудники центра, взрослые члены семьи делятся своим индивидуальным опытом решения семейных проблем.

В каждой семье эксперты проводят беседы, проводят социально-психологический диагноз, определяют социальные проблемы, актуальные потребности. На основе полученных данных подготовлен тематический план работы клуба, который может быть скорректирован и обновлен в течение года. На каждой встрече клуба есть определенная тема, затрагивающая вопросы семейного воспитания и функционирования семьи.

Патронажем в целом является система долгосрочной работы с клиентом, в течение которого ограничения времени практически отсутствуют, и процесс развивается в соответствии с его собственной динамикой. Однако для реалистичного восприятия этого процесса клиент и специалист задавали предельные сроки на каждом рабочем месте. Особенно важно регулировать стадию формирования и развития отношений, когда устанавливается доверие, проводится анализ и выявление проблем, а затем эти проблемы делятся на проблемы первостепенной важности и перспективной ориентации.

Основной целью индивидуальной профилактической работы является сохранение семьи, создание условий для воспитания ребенка в семье. Достижение этой цели возможно при условии, что организована сложная

социальная и психологическая поддержка семьи и ребенка, осуществляется эффективный контроль над условиями жизни и воспитанием несовершеннолетнего. Основными *этапами работы органов опеки и попечительства по установлению социального патроната* являются:

1) выявление детей, проживающих в семьях и находящихся в ситуации, угрожающей их жизни или здоровью либо препятствующей их нормальному воспитанию и развитию;

2) первичное обследование детей и их семей для планирования форм защиты прав детей и подбора лиц, осуществляющих социальный патронат;

3) составление плана по защите прав ребенка при осуществлении социального патроната;

4) предоставление помощи ребенку и семье в соответствии с договором о социальном патронате и планом работы;

5) проведение текущей оценки социального и моральнопсихологического статуса семьи, динамики изменений в семье;

6) внесение изменений в план по защите прав ребенка (прекращение работы с семьей, либо изъятие ребенка с последующей работой по возвращению ребенка в семью, либо решение вопроса об ограничении в родительских правах, и др.).

Деятельность по социальному патронажу осуществляется по двум направлениям: социально-правовым (интервью, помощь через службы социальной защиты и т.д.) и психолого-педагогическая поддержка (через образовательные учреждения) в соответствии с утвержденным планом. Социальный патронаж включает сбор информации о семье, диагноз внутрисемейных проблем, уровень развития несовершеннолетнего, причины конфликта. В работе используется технология управления случаями. Мониторинг проводится в следующих областях: медицинское, педагогическое,

психологическое и социальное. По результатам работы заполняется лист оценки мониторинга, определяется общий уровень успешности поддержки.

Те, кто осуществляет социальное покровительство, тесно сотрудничают со всеми учреждениями превентивной системы, что позволяет им оказывать различные виды помощи семьям, включая регистрацию детей в детском саду, получение субсидий, сбор документов для различных типов социальной и целенаправленной помощи. Специалисты психолого-педагогических служб, а также центры поддержки семьи и ребенка регулярно консультируются по вопросам воспитания детей и управления возникающими семейными конфликтами. Результатом такой совместной работы является доверие родителей к специалистам органов опеки и попечительства, социальная защита населения, муниципальные комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав.

В семьях, над которыми социальный патронаж проводился более шести месяцев, наблюдается положительная тенденция. Специалисты отмечают, что родители стали больше общаться, дети в этих семьях имеют мотивацию к обучению, пропуски в школе стали редкостью.

Анализ использования социального патронажа показывает, что его использование приводит к уменьшению числа родителей, лишенных родительских прав.

Задания для самоконтроля

(выполняются в свободной форме самостоятельно, НЕ ВЫСЫЛАЮТСЯ для проверки на сайт)

Задание. Ответьте на поставленные вопросы:

1. Охарактеризуйте суть модели раннего выявления семейных проблем.
2. Раскройте основные методы и приемы работы инновационных социальных служб.
3. Какие инновационные способы работы социальных служб вам известны?

Тема 6. Замещающая семья

Содержание раздела

Патронатная семья. Замещающая семья. Гостевая семья. Детские дома семейного типа. Центры содействия семейному воспитанию.

Лекция

Приоритетной средой для воспитания ребенка является кровная (биологическая) семья. В отсутствие возможности воспитывать ребенка в кровной семье ребенку должна быть предоставлена возможность получить образование в замещающей семье. В *замещающей семье* дети, оставшиеся без попечения родителей, смогут впитать все ее культурные ценности и семейные традиции, чтобы став взрослыми, создавать свои семьи по образу и подобию этой семьи. Заменяющие семьи: семья усыновителей, приемный дом, опекун, семейный детский дом, приемная семья, семейная образовательная группа.

Воспитатели приемной семьи, патронатной семьи, семейной воспитательной группы могут быть взрослыми обоих полов, у которых есть дом, без вредных привычек, судимости, инвалидности 1-й и 2-й групп, тех, кто прошел отбор, программу «воспитатель замещающей семьи». Важным условием приема на воспитание в семью чужого ребенка является абсолютное согласие всех членов семьи, проживающих в этом доме, на осуществление этой деятельности.

Особенностью педагогов семейной образовательной группы (СВГ) по сравнению с опекунами приемной семьи является специализация с точки зрения возраста, пола, личных характеристик детей и т.д. Специализированные семейные воспитательные группы более эффективно справляются с их обязанностями по установлению контактов с детьми, адаптации ребенка в чужой семье, поскольку пребывание ребенка в семье ограничено. Опыт семьи в работе с этой категорией детей, методы, формы взаимодействия, создание

особых условий, отбор для ребенка семьи, наиболее подходящего для его потребностей, помогает в кратчайшие сроки реабилитировать его в замещающей семье и готовиться к возвращению в реабилитированную в кровную семью.

Нередко молодые пары просят дать на некоторое время ребенка двух-трех лет проверить свои чувства, готовность иметь собственного ребенка, и в таких случаях важно сочетать интересы молодежи и ребенка, чья мать попала в больницу на месяц или два. Как правило, в плане ухода за ребенком такие опекуны обязательно включают вопрос о необходимости посещать мать в больнице с ребенком, чтобы и мать, и ребенок знали, что ситуация временная, и это лучший способ для всех. Чтобы реабилитировать ребенка из асоциальной семьи, подбираются более опытные педагоги.

Интересный подход найден в СРЦ «Надежда» г. Саратова, где форма

Другие виды замещающей семьи: опекунская, приемная, патронатная — применимы в ситуации, когда у ребенка установлен статус сироты. **Патронатная семья** является формой семейной реабилитации ребенка-сироты, устанавливаемой детским домом. Патронатный воспитатель также является сотрудником учреждения, получает заработную плату и средства на содержание ребенка. Но лучше всего, чтобы ребенок находился в одной семье до совершеннолетия, что помогло бы ему сформировать устойчивую привязанность, доверительное отношение к воспитателю, приобрести навыки самообслуживания, научиться самостоятельности и ответственности, усвоить семейные обязанности, роли, культурные и нравственные ценности и нормы.

Предпочтительно, чтобы патронатные семьи были полными, мужчина и женщина были в возрасте от 28 до 55 лет, имели возможность, силы, здоровье и желание соответствовать потребностям ребенка в развитии, общении, организации культурного досуга, активного отдыха и спорта.

В некоторых регионах в качестве самостоятельной формы реабилитации функционирует так называемая *гостевая семья*. Данная форма используется в учреждениях для детей-сирот только в период знакомства ребенка и патронатной (приемной) семьи, для того чтобы и воспитатель, и ребенок поближе познакомились друг с другом и приняли решение о возможности совместного проживания или другом выборе. Ознакомительные встречи не могут продолжаться длительное время.

Существуют *Правила организации детского дома семейного типа*. Основными задачами детского дома семейного типа являются создание благоприятных условий для воспитания, обучения, оздоровления и подготовки к самостоятельной жизни детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в условиях семьи.

Детский дом семейного типа организуется на базе семьи при желании обоих супругов взять на воспитание не менее 5 и не более 10 детей и с учетом мнения всех совместно проживающих членов семьи, в том числе родных и усыновленных детей (а с 10-летнего возраста только с их согласия). Общее количество детей в детском доме семейного типа, включая родных и усыновленных детей находящихся в зарегистрированном браке супругов, не должно превышать 12 человек.

Организаторами детского дома семейного типа не могут быть лица:

- находящиеся в кровном родстве с принимаемыми на воспитание детьми;
- отстраненные от обязанностей опекуна (попечителя) за ненадлежащее выполнение возложенных на них обязанностей;
- лишенные родительских прав или ограниченные судом в родительских правах;
- имеющие заболевания, при наличии которых нельзя взять детей на воспитание;

— признанные в установленном порядке недееспособными или ограниченно дееспособными.

Основным ориентиром государственной политики в сфере защиты детства остается задача формирования системы, которая обеспечит право каждого ребенка жить и воспитываться в семье.

Одним из ключевых компонентов Модели профилактики социального сиротства и развития семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей, является переход от интернатного воспитания в детских домах к созданию *центров содействия семейному воспитанию* (далее — ЦССВ).

В условиях центров содействия семейному воспитанию возможно комплексно оказывать помощь различным категориям детей, находящимся в трудной жизненной ситуации (воспитываемым в условиях кровной или замещающей семейной заботы или в условиях семейных групп центров содействия семейному воспитанию).

В каждом центре создаются условия, приближенные к проживанию в обычной семье, так называемые семейные жилые группы квартирного типа. В каждой квартире будет проживать группа из семи-восьми детей с постоянно работающей социальной мамой / социальной тетей. Перед открытием в здании проводится капитальный ремонт и перестройка помещений для проживания группы семейного типа в условиях отдельной квартиры, деятельность по организации новых условий проживания детей-инвалидов.

Основными целями деятельности центров содействия семейному воспитанию являются:

- осуществление содержания и воспитания детей, оставшихся без попечения родителей, помещенных в организацию под надзор;
- осуществление социальной реабилитации детей, помещенных в организацию;

— предоставление воспитанникам комплексной медикосоциальной и психолого-педагогической помощи и реабилитации, направленной как на преодоление травматического опыта, связанного с насилием, ненадлежащим обращением или с самим фактом разрыва с семьей, так и на обеспечение безопасности и иных потребностей развития ребенка (здоровье и физическое развитие, умственное развитие, образование, развитие познавательного интереса, поведенческое развитие и социальная адаптация);

— обеспечение прав и законных интересов воспитанников организаций;

— подготовка воспитанников к возвращению в семью или к помещению в замещающую семью;

— деятельность с кровной семьей воспитанников, направленная на возвращение ребенка в семью (поиск родителей, родственников, значимых людей для ребенка, налаживание и поддержание с ними контакта, проведение комплексной социальнореабилитационной работы, предоставление необходимой социальной, психологической, правовой и иной помощи);

— предоставление ребенку и семье социально-психологической поддержки после возвращения ребенка в семью (при наличии запроса или решения органа опеки и попечительства);

— поиск и подготовка замещающих семей для воспитанников организаций, подбор для каждого воспитанника совместимой с ним замещающей семьи;

— оказание замещающей семье комплексной психологопедагогической, социальной и правовой поддержки, проведение мониторинга развития ребенка и помощь в выборе оптимальной программы реабилитации (при наличии запроса или по решению органов опеки и попечительства);

— организация групп постинтернатной адаптации для воспитанников, не устроенных в семью, для малолетних или молодых матерей, проживающих совместно с детьми, обратившихся выпускников из замещающих семей;

предоставление им возможности для проживания, психологической и социальной реабилитации на период получения основного общего, полного среднего и среднего профессионального образования, до достижения возраста 23 лет или до получения жилого помещения.

На базе центров содействия семейному воспитанию оказываются следующие государственные *услуги*:

- социальный патронат;
- содержание и воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- временное содержание и воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- реализация дополнительных общеразвивающих программ;
- содействие в передаче воспитанников из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на семейные формы устройства;
- подготовка замещающих семей (Школа приемных родителей);
- сопровождение замещающих семей;
- постинтернатный патронат.

В центрах сформирована система воспитательной работы и дополнительного образования воспитанников по следующим направлениям: художественно-эстетическое, военно-патриотическое, социально-педагогическое, физкультурно-спортивное, научно-техническое. Дети посещают образовательные учреждения и детские сады, которые находятся в ближайшем социальном окружении ЦССВ.

На сегодняшний день в г. Москве работает 15 центров содействия семейному воспитанию.

Задания для самоконтроля

(выполняются в свободной форме самостоятельно, НЕ ВЫСЫЛАЮТСЯ для проверки на сайт)

Задание. Ответьте на поставленные вопросы:

1. Дайте краткую характеристику: патронатной семьи, гостевой семьи, детского дома семейного типа, центра содействия семейному воспитанию.
2. Кто может стать воспитателем приемной семьи, патронатной семьи, семейной воспитательной группы?

Тема 7. Технологии социального обслуживания пожилых людей

Содержание раздела

Технологии социального обслуживания пожилых людей. Теории старения. Принципы работы с пожилыми людьми. Формы социального обслуживания пожилых.

Лекция

Одной из тенденций, в последние десятилетия в развитых странах мира, является рост абсолютного числа и относительной доли пожилых людей. Существует устойчивый, довольно быстрый процесс сокращения доли детей и молодежи в общей численности населения и увеличения доли пожилых людей.

Согласно прогнозам демографического развития народонаселения мира, число людей старше 60 лет, которые в 2000 году составляло около 600 миллионов человек, в 2050 году составит около 2 миллиардов человек. Доля населения мира по отношению к категории пожилых людей возрастет с 10% в 1998 году до 15% в 2025 году. В Европе и Северной Америке доля пожилых людей увеличится с 20 до 28% и с 16 до 26% , соответственно.

Во всем мире прогнозируется, что процент пожилых людей и молодежи будет уравновешен. К 2050 году доля людей старше 60 лет возрастет до 21%, а доля детей уменьшится на треть (с 30 до 21%).

Демографическое старение является заметным явлением мирового развития. Это будет в дальнейшем влиять на индивидуальную, национальную и международную жизнь в будущем, трансформировать все аспекты человеческой

и социальной жизни: социальные, экономические, политические, культурные, психологические и духовные.

Эта ситуация усиливает важность государственной поддержки семей с пожилыми людьми и испытывает социально-экономические трудности: нищета, безработица, многодетные семьи, болезнь, переселение и т.д. Это уже не исключение, а скорее тенденция к увеличению числа одиноких пожилых людей.

Социальная деятельность с престарелыми, которая является технологической основой социальных услуг для этой категории населения, включает в себя использование различных теорий, таких как: освобождения, активности, меньшинств, субкультуры, возрастной стратификации и др.

Согласно *теории освобождения* в процессе старения люди отчуждаются от тех, кто моложе; кроме того, происходит процесс освобождения пожилых людей от социальных ролей (имеются в виду роли, связанные с трудовой деятельностью, а также руководящие и ответственные роли).

Данная теория вытесняется в настоящее время *теорией активности*, приверженцы которой утверждают, что стареющие люди, расставаясь со своими привычными ролями, ощущают чувство утраты и своей ненужности в обществе. При этом ущемляется чувство собственного достоинства. Для поддержания своего морального духа и позитивного самосознания им следует не отказываться от активной жизни, а наоборот, заняться новой деятельностью. Продолжая исполнять активные социально значимые роли и общаться с окружающими (например, работать неполный рабочий день или заниматься добровольной общественной деятельностью), пожилые люди сохраняют психологическое спокойствие.

Авторы *теории меньшинств* отмечают, что старики составляют меньшинство населения, что предопределяет их низкий социально-экономический статус, дискриминацию, предубеждения против них и многие другие явления.

Теория субкультуры относит пожилых людей к некоей субкультуре, которая определяется как совокупность своеобразных норм и ценностей, отличных от норм и ценностей, господствующих в обществе. Если стареющим людям удастся завести новых друзей и поддерживать уже сложившиеся связи, они способны создать такую субкультуру, и это помогает им сохранить чувство психологической стабильности.

Пожилые люди имеют право на полноценную жизнь, а это возможно лишь в том случае, если они сами принимают деятельное участие в решении касающихся их вопросов, когда у них есть свобода выбора. Некоторые специалисты считают наиболее плодотворной *теорию возрастной стратификации*, согласно которой каждое поколение людей уникально и обладает только ему присущим опытом.

Разумеется, выработка адекватных сложной природе человека теорий старения, учитывающих позитивные возможности человека в пожилом возрасте, равно как и распространение их в обществе наряду с соответствующими социальными мерами, продолжается. Данный процесс может стать дополнительным фактором достижения долголетия для всех членов общества, поскольку в идеале эти теории и формирование на их основе индивидуальных вариантов образа жизни должны способствовать возрастанию активного долголетия.

Вместе с тем *терапевтические модели*, образующие фундамент практической *работы с пожилыми людьми*, должны использовать три *принципа*:

- 1) изучение индивида в его социальной среде;
- 2) понимание психосоциального становления и развития личности как пожизненного процесса;
- 3) учет социокультурных факторов формирования и развития индивида.

Разумеется, разные теории в разной степени соответствуют каждому из названных принципов.

Современная социальная работа с престарелыми должна строиться в соответствии с Принципами ООН в отношении пожилых людей «Сделать полнокровную жизнь лиц преклонного возраста» (приняты резолюцией Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1991 г.).

Данный документ рекомендует правительствам всех стран предпринять следующие меры в области социальной поддержки пожилых людей:

- 1) разработать национальную политику в отношении престарелых, тем самым укрепляя связь между поколениями;
- 2) поощрять благотворительные организации;
- 3) защитить пожилых людей от экономических потрясений;
- 4) обеспечить качество жизни в специализированных учреждениях для престарелых;
- 5) полностью обеспечить пожилого человека социальными услугами независимо от места его проживания — на родине или в другой стране.

Эти принципы сгруппированы следующим образом:

I. Независимость.

II. Участие.

III. Уход.

IV. Реализация внутреннего потенциала.

V. Достоинство.

Система социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов Российской Федерации представляет собой многокомпонентную структуру, в которую входят социальные учреждения и их подразделения (службы), предоставляющие услуги пожилым людям. В настоящее время принято выделять такие *формы социального обслуживания*, как *стационарное*,

полустационарное, нестационарное социальное обслуживание и срочная социальная помощь.

По мнению социальных геронтологов, *одним из основных факторов успешной социальной адаптации пожилых людей является сохранение их потребности в социальной активности, в выработке курса позитивной старости.*

Стационарные учреждения социального обслуживания пожилых людей и инвалидов

За десять лет число стационарных учреждений социальных услуг для престарелых и инвалидов выросло в 1,3 раза.

В настоящее время законодательство закрепляет право каждого пожилого человека, нуждающегося в постоянной помощи, на получение стационарных социальных услуг. В то же время нет стандартов для создания пансионатов в разных населенных пунктах. Учреждения расположены на территории страны и по некоторым субъектам Российской Федерации довольно неравномерно.

Динамика развития сети стационарных учреждений социальных услуг, а также их основных типов не полностью удовлетворяла потребности пожилых граждан и приводила к необходимости открытия геронтологических отделов (чаще геронтопсихиатрических) и благотворительных отделов в уже существующих стационарных учреждениях социальной помощи.

Полустационарные формы социального обслуживания пожилых людей и инвалидов

Все большее место в деятельности учреждений занимают стационарные технологии замещения.

В Омской области активно внедряются стационарные технологии замещения. Одна из них - поддержка частных пансионатов. Первая частная больница начала свою работу в 2013 году. В начале 2015 года в Омской области

было создано четыре частных пансионата, основанных индивидуальными предпринимателями.

Активно развивается предоставление услуг на дому для тяжелобольных пожилых людей, нуждающихся в постоянной посторонней помощи.

Использование этой технологии позволяет не отправлять в больницы более тысячи граждан, которые являются потенциальными клиентами стационарных социальных служб. Плата за услуги сиделки взимается в соответствии с тарифом.

Приемные семьи создаются для одиноких или одиноких пожилых граждан, инвалидов I и II групп, а также взрослых недееспособных граждан, нуждающихся в постоянной внешней помощи. В настоящее время организовано 232 приемных семьи. Для граждан, ухаживающих за такими пациентами, устанавливается ежемесячный платеж.

Ежемесячная выплата предоставляется при осуществлении ухода за подопечным, стоявшим в очереди на предоставление стационарного социального обслуживания более трех месяцев, или проживавшим в государственном стационарном учреждении социального обслуживания Омской области. Территориальными органами министерства труда осуществляется постоянный контроль деятельности приемной семьи, проводится обследование в целях проверки санитарно-гигиенических условий проживания подопечного, психологического климата в семье, соблюдения условий договора об осуществлении ухода за подопечным. В случае не надлежащего исполнения обязанностей по уходу за подопечным, территориальный орган имеет право досрочно расторгнуть договор.

Для **опекунов** совершеннолетних недееспособных граждан установлено ежемесячное денежное вознаграждение в размере 6387 руб. за осуществление опеки. Денежную выплату получают более 500 человек. Порядок предоставления денежной выплаты установлен постановлением Правительства

Омской области от 2 июля 2014 г. № 140-п «Об утверждении Порядка назначения и выплаты ежемесячного денежного вознаграждения за осуществление опеки опекунам, заключившим договор об осуществлении опеки над совершеннолетними недееспособными гражданами». Данная технология предполагает предоставление ежемесячного вознаграждения за содержание в семье совершеннолетних недееспособных граждан, являющихся потенциальными клиентами стационарных учреждений социального обслуживания, опекуны которых, ухаживая за ними, не могут позволить себе трудоустройство. Право на предоставление данной меры поддержки имеют опекуны в возрасте до 65 лет, которые не состоят в трудовых отношениях и не являются инвалидами.

Специальные дома обычно состоят из квартир или однодвухместных комнат, помещений административного и социально-бытового назначения (кухня, комната отдыха, бытовая комната и т. д.). Проживающим в таких домах гражданам предоставляется необходимый набор социальных услуг, что обеспечивает своевременное решение бытовых проблем, с которыми сталкиваются пожилые люди в повседневной жизни, проведение уходовых мероприятий и организацию досуга. В этих условиях у граждан отсутствует необходимость в стационарном социальном обслуживании.

В 2014 г. введены ежемесячные денежные выплаты по договору *пожизненной ренты* для пенсионеров, имеющих благоустроенное жилое помещение на праве собственности.

Ежемесячная денежная выплата по договору пожизненной ренты предоставляется супружеским парам и одиноко проживающим пенсионерам, достигшим 75 лет, а также одиноко проживающим инвалидам I группы, достигшим 65 лет, и одиноко проживающим инвалидам II группы, достигшим 70 лет, имеющим на праве собственности благоустроенное жилое помещение.

Суть данной технологии состоит в том, что гражданин, пользуясь жилой площадью, передаваемой в собственность Омской области по договору пожизненной ренты, живет дома, получает ежемесячную денежную выплату и не состоит в очереди граждан, нуждающихся в предоставлении стационарного социального обслуживания, в минтруде.

Отделения дневного пребывания, временного проживания и социально-реабилитационные отделения. Подавляющее большинство пожилых людей и инвалидов предпочитают получать социальные услуги в полупостоянных социальных службах. Эта форма представлена центрах социального обслуживания отделениями дневного пребывания, отделами временного размещения и отделами социальной реабилитации. В то же время не все центры социального обслуживания имеют эти структурные подразделения.

Основным видом полустационарных услуг социальной защиты являются центры социального обслуживания.

Надомная форма социальных услуг. Эта форма, предпочтительная для пожилых людей, наиболее эффективна в соотношении «ресурсы - результаты». Надомные социальные услуги для пожилых людей и людей с инвалидностью осуществляются через отделения социального обслуживания на дому и специализированные отделения социальных и медицинских услуг на дому, которые часто являются структурными подразделениями центров социального обслуживания. Там, где таких центров нет, филиалы функционируют как часть органов социальной защиты населения и реже в структуре стационарных учреждений социальной помощи.

Активно развиваются специализированные отделения социально-медицинского обслуживания на дому, предоставляющие различные медицинские и иные услуги. Доля лиц, обслуженных этими отделениями, в общей численности обслуженных всеми отделениями надомного обслуживания

пожилых людей и инвалидов с 90-х гг. прошлого столетия возросла более чем в четыре раза.

Социально-оздоровительные центры. С каждым годом все более видное место в структуре геронтологической службы занимают социально-оздоровительные центры.

Базой для них чаще всего становятся бывшие санатории-профилактории, дома отдыха, пансионаты и пионерские лагеря, которые по разным причинам перепрофилируют направление своей деятельности.

Специальные дома для одиноких пожилых. Одиноким пожилым людям может быть оказана помощь через *систему специальных домов*, организационно-правовой статус которых остается спорным. Государственной статистической отчетностью специальные дома учитываются вместе с нестационарными и полустационарными структурами. При этом они являются скорее не учреждениями, а типом жилья, в котором на оговоренных условиях проживают только пожилые люди. При специальных домах могут быть созданы службы социально-бытового назначения и даже размещаться филиалы (отделения) центров социального обслуживания.

Число лиц, проживающих в специальных жилых домах, несмотря на нестабильное развитие их сети, медленно, но неуклонно растет.

Большая часть специальных домов для одиноких престарелых граждан являются домами малой вместимости (менее 25 проживающих). Большинство из них расположены в сельской местности, только 193 специальных дома (26,8%) располагаются в городской местности.

Небольшие специальные дома не располагают службами социально-бытового назначения, но их жильцы, как и пожилые граждане, проживающие в домах других типов, могут получать услуги отделений социального и социальномедицинского обслуживания на дому.

Пока не все субъекты РФ имеют специальные дома. Их отсутствие в какой-то степени, хоть и далеко не во всех регионах, компенсируется выделением **социальных квартир**, количество которых составляет свыше 4 тыс., в них проживают более 5 тыс. человек. Более трети проживающих в социальных квартирах лиц получают социальные и социальномедицинские услуги на дому.

Другие формы социального обслуживания пожилых.

К деятельности системы социального обслуживания граждан старшего возраста и инвалидов с определенными оговорками можно отнести и **обеспечение пожилых людей бесплатным питанием и товарами первой необходимости по доступным ценам.**

Доля **социальных столовых** в общем количестве предприятий общественного питания, занимающихся организацией бесплатного питания, составляет 19,6%. Ими обслуживается порядка полумиллиона человек.

В системе социальной защиты населения успешно развивается сеть **социальных магазинов и отделов**. К ним прикреплено свыше 800 тыс. человек, что составляет почти одну треть лиц, обслуженных всеми специализированными магазинами и отделами (секциями).

Большинство социальных столовых и социальных магазинов входит в структуру центров социального обслуживания или комплексных центров социального обслуживания населения. Остальные находятся в ведении органов социальной защиты населения либо фондов социальной поддержки населения. Статистические показатели деятельности данных структур отличаются значительным разбросом, а по некоторым регионам — некорректностью представленных сведений.

Несмотря на рост числа граждан, проживающих в стационарных учреждениях и обслуживаемых на дому, потребность пожилых людей в социальном обслуживании увеличивается.

Важную роль в развитии общественных форм поддержки пожилых людей призвано сыграть *сотрудничество центров социального обслуживания населения с общественными организациями старшего поколения*. Осознание данного направления как перспективного привело ряд ЦСО к организации смотров-конкурсов на лучшую работу с общественными организациями пожилых людей. Эти смотры рассматриваются как средство включения самих пожилых людей, в том числе не имеющих возможности выходить из дома, в посильную активную деятельность. Смотры-конкурсы предусматривают открытие клубов домашнего общения, деятельность которых будет направлена на обслуживание пожилых людей, прежде всего не имеющих возможности выходить из дома, силами самих пожилых людей — активистов, выявленных социальными работниками, домовыми и уличными комитетами, а также общественными организациями пенсионеров. Планируется включение в состав клуба активистов клубов общения, функционирующих на базе центров общения и здоровья ЦСО города, студентов вузов города, обучающихся на факультетах социальной работы.

В ряду других современных технологий социальной работы с пожилыми людьми является *создание клубов по интересам*.

Главной целью клубов пожилых людей является предоставление возможности выгодно и приятно проводить свободное время, удовлетворение разнообразных культурнопросветительных потребностей, а также пробуждение новых интересов, облегчение установления дружеских контактов.

Эти учреждения должны предлагать пожилым людям определенные услуги, помощь, советы и организовать их отдых и развлечения. Для наиболее активных людей они должны быть местом полезной и нужной окружающей деятельности.

В целом задачей клубов является удовлетворение разных духовных потребностей людей пожилого возраста. Существуют два основных типа клубов

пожилых людей: клубы по месту работы, преимущественно при заводах и фабриках, а также территориальные, по месту жительства. Первые организуются для пенсионеров — бывших работников предприятий. В этих клубах встречаются люди, давно знающие друг друга, что способствует созданию особой атмосферы в клубе и дает ощущение сохраняющейся связи с предприятием, уменьшая тем самым у некоторых людей стресс, вызванный внезапным выходом на пенсию.

Сочетание социальной и двигательной активности, целесообразного умственного напряжения лиц пожилого возраста и инвалидов достигается с помощью различных *технологий трудотерапии*. Трудотерапия помогает пожилым людям организовать продуктивную, независимую жизнь и получать от нее удовольствие. Труд в данном случае подразумевает любую деятельность, занятие, включая производительные, досуговые, бытовые формы.

Применительно к пожилым людям трудотерапия предполагает осуществление индивидуально подобранных мероприятий по восстановлению социальных навыков, коммуникативных возможностей, способности принимать решения по организации своей жизни, проведению досуга; всемерное содействие активной и самостоятельной жизнедеятельности.

В данном контексте трудотерапию можно рассматривать как инструмент социальной реабилитации, направленный на возможно более полную реализацию реабилитационного потенциала даже в случаях, когда он весьма ограничен и не касается профессиональной деятельности.

В старшем возрасте очень важно, чтобы труд приносил радость и удовлетворение, а его результаты были наглядны.

Для пожилых людей целесообразно организовывать такие виды деятельности, как цветоводство, занятия творческим трудом, изготовление предметов по технологиям традиционных художественных промыслов.

Практика свидетельствует о том, что социальная реабилитация в форме трудотерапии дает положительный эффект, выражающийся в улучшении объективных показателей соматического и психического состояния, в более высокой самооценке, положительном эмоциональном тоне, ощущении полноценной, полноправной жизни.

Задания для самоконтроля

(выполняются в свободной форме самостоятельно, НЕ ВЫСЫЛАЮТСЯ для проверки на сайт)

Задание. Ответьте на поставленные вопросы:

1. Раскройте суть приемной семьи для одиноких или одиноко проживающих граждан пожилого возраста.
2. Охарактеризуйте надомную форму социального обслуживания.
3. Какие еще формы социального обслуживания пожилых вам известны?

Тема 8. Понятие, критерии определения инвалидности

Содержание раздела

Ограничение жизнедеятельности. Признаки инвалидности. Маркеры инвалидности. Группы инвалидности. Категории инвалидности детей.

Лекция

По разным подсчетам в среднем практически каждый десятый житель в развитых странах имеет те или иные ограничения здоровья. Отнесение к числу инвалидов конкретных видов ограничений или дефектов зависит от национального законодательства; следовательно, численность инвалидов и их доля в населении каждой конкретной страны могут значительно отличаться, притом что уровень заболеваемости, утраты тех или иных функций в странах, достигших определенной степени развития, является вполне сопоставимым.

Ограничение жизнедеятельности выражается в полной или частичной утрате лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание,

самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

В соответствии с признанными в мире критериями инвалидность определяется отклонениями или расстройствами в различных сферах. Слепые, глухие, немые, люди с дефектами конечностей, нарушенной координацией движения, полностью или частично парализованные и т. п. признаются инвалидами в силу очевидных отклонений от нормального физического состояния человека. Инвалидами признаются также лица, которые не имеют внешних отличий от обычных людей, но страдают заболеваниями, не позволяющими им функционировать в разнообразных сферах жизнедеятельности так, как это делают здоровые люди. Например, человек, страдающий ишемической болезнью сердца, неспособен выполнять тяжелые физические работы, но умственная деятельность может быть ему вполне по силам.

При этом большинство инвалидов не нуждаются в изоляции, они способны самостоятельно (или с некоторой помощью) вести независимую жизнь, многие из них — работать на обычных или приспособленных рабочих местах, иметь семьи и самостоятельно содержать их.

Социальные изменения, объективно происходящие в современном обществе и отражающиеся в сознании людей, выражаются в стремлении расширить содержание терминов «инвалид», «инвалидность».

Так, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) приняты в качестве стандартов для мирового сообщества такие признаки инвалидности:

- любая потеря или нарушение психологической, физиологической или анатомической структуры или функции;
- ограниченность или отсутствие (из-за указанных выше дефектов) способности выполнять функции так, как считается нормальным для среднего человека;

- затруднение, вытекающее из указанных выше недостатков, которое полностью или частично мешает человеку выполнять какую-то роль (учитывая влияние возраста, пола и культурной принадлежности).

Системное понимание инвалидности, представленное Всемирной организацией здравоохранения, отходит от ее узкой трактовки, которая делала акцент на профессиональных ограничениях и на способности/неспособности к труду.

Наличие инвалидности и степень ущербности рассматриваются как показатели расстройств в регулировке взаимоотношений инвалида с его социальным окружением. При этом анализ социальной практики показывает, что имеются люди, у которых расстройство общения и социального поведения, дезадаптация и социальная маргинализация не связаны с нарушениями здоровья. Такие индивиды (девиантного поведения) также нуждаются в социальной реабилитации, однако с целью организации специализированной помощи необходимо различать маргиналов, имеющих затруднения в области социальной адаптации на основе социопатии или расстройств поведения, и людей с психосоматическими отклонениями.

Многофакторный анализ социального состояния инвалидности позволяет сделать вывод, что:

- *с экономической точки зрения* — это ограниченность и зависимость, вытекающая из слабой трудоспособности или из нетрудоспособности;
- *с медицинской точки зрения* — это длительное состояние организма, ограничивающее или блокирующее выполнение им обычных функций;
- *с правовой точки зрения* — это статус, дающий право на компенсационные выплаты, другие меры социальной поддержки, регламентируемые нормами национального или регионального законодательства;
- *с профессиональной точки зрения* — это состояние затрудненной, ограниченной возможности трудоустройства или состояние полной нетрудоспособности;

- *с психологической точки зрения* — это, с одной стороны, поведенческий синдром, с другой стороны — состояние эмоционального стресса;
- *с социологической точки зрения* — это утрата прежних социальных ролей, невозможность участвовать в реализации стандартной для данного общества совокупности социальных ролей, а также это стигматизация, наклеивание ярлыка, предписывающего инвалиду определенное ограниченное социальное функционирование.

В настоящее время признаются следующие **маркеры инвалидности**:

- *биологические* (организменные дефекты вследствие заболеваний, травм или их последствий, стойкие функциональные нарушения);
- *социальные* (нарушение взаимодействия отдельного человека и общества, особые социальные потребности, ограничение свободы выбора, особый социальный статус, потребность в социальной защите);
- *психологические* (особые коллективные личностные установки, особое поведение в социальной среде, особые взаимоотношения внутри популяции и с иными социальными группами населения);
- *экономические* (ограничение свободы экономического поведения, экономическая зависимость);
- *физические* (барьеры доступности). Все эти маркеры, или факторы, формируют социальную специфичность состояния индивида, препятствующую нормальному для данной среды (т. е. социально признанному набору моделей) функционированию.

Все инвалиды по разным основаниям делятся на несколько групп:

- *по возрасту*: дети-инвалиды, инвалиды-взрослые;
- *по происхождению инвалидности*: инвалиды с детства, инвалиды войны, инвалиды труда, инвалиды общего заболевания;
- *по общему состоянию*: инвалиды мобильных, маломобильных и неподвижных групп;

- *по степени трудоспособности*: инвалиды трудоспособные и нетрудоспособные, инвалиды I группы (нетрудоспособные), инвалиды II группы (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах), инвалиды III группы (трудоспособные в шадящих условиях труда).

Критерием для определения *I группы инвалидности* является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к резко выраженному ограничению какой-либо категории жизнедеятельности либо их сочетанию.

Критерием для установления *II группы инвалидности* является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травмы или дефектами, приводящими к выраженному ограничению какой-либо категории жизнедеятельности либо их сочетанию.

Критерием для определения *III группы инвалидности* является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи вследствие нарушения здоровья со стойким незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к не резко или умеренно выраженному ограничению какой-либо категории жизнедеятельности или их сочетанию.

Основными *категориями жизнедеятельности*, определяющими установление соответствующей группы инвалидности, являются:

- *способность к самообслуживанию* — способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и применять навыки личной гигиены;

- *способность к передвижению* — способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности;
- *способность к трудовой деятельности* — способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы;
- *способность к ориентации* — способность определяться во времени и пространстве;
- *способность к общению* — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации;
- *способность контроля над своим поведением* — способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм.

Также выделяют способность к обучению, ограничение которой может быть основанием для установления II группы инвалидности при сочетании с одной или несколькими другими категориями жизнедеятельности. *Способность к обучению* — это способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (социальными, культурными и бытовыми).

Рассматривая детскую инвалидность, обычно выделяют 10 категорий детей с отклонениями в развитии. К их числу относятся:

дети с нарушениями одного из анализаторов: с полной (тотальной) или частичной (парциальной) потерей слуха или зрения;

неслышащие (глухие), слабослышащие или со специфическими речевыми отклонениями;

с нарушениями опорнодвигательного аппарата (церебральный паралич, последствия травм позвоночника или перенесенного полиомиелита);

с умственной отсталостью и с различной степенью выраженности задержки психического развития (различные формы психического недоразвития с преимущественной несформированностью интеллектуальной деятельности);

с комплексными нарушениями (незрячие умственно отсталые, слепоглухие, слепоглухие с умственной отсталостью, слепые с нарушением речи);

аутичные (имеющие болезненное расстройство общения и избегающие общения с окружающими людьми).

Несмотря на все более впечатляющие успехи медицины, численность инвалидов не только не сокращается, но неуклонно растет, причем практически по всем типам обществ и всем социальным категориям населения.

В основе возникновения инвалидности лежит множество разных причин.

В зависимости от *причины возникновения* условно можно выделить три группы форм инвалидности:

- 1) наследственно обусловленные формы;
- 2) формы, связанные с внутриутробным положением плода, повреждением плода во время родов и в самые ранние сроки жизни ребенка;
- 3) формы, приобретенные в процессе развития индивида в результате заболеваний, травм, иных событий, повлекших за собой стойкое расстройство здоровья.

Приобретенные формы инвалидности делятся:

- на инвалидность вследствие общего заболевания.
- инвалидность, приобретенную в процессе трудовой деятельности (вследствие трудового увечья или профессионального заболевания); • инвалидность вследствие военной травмы;
- инвалидность, связанную с чрезвычайными ситуациями природного и техногенного характера (радиационные воздействия, землетрясения и иные катастрофы).

Существуют формы инвалидности, в происхождении которых взаимодействуют наследственные и другие (инфекционные, травматические) факторы. Кроме того, нередко инвалидом человека делает не столько объективное состояние его здоровья, сколько неспособность (в силу различных причин) его самого и общества в целом организовать полноценное развитие и социальное функционирование в условиях именно такого состояния здоровья.

Задания для самоконтроля

(выполняются в свободной форме самостоятельно, НЕ ВЫСЫЛАЮТСЯ для проверки на сайт)

Задание. Ответьте на поставленные вопросы:

1. Что означает ограничение жизнедеятельности?
2. Что относится к признакам инвалидности?
3. Дайте характеристику инвалидности с социологической точки зрения, с профессиональной точки зрения.
4. Объясните значение категорий жизнедеятельности для установления соответствующей группы инвалидности.

Тема 9. Технологии социального обслуживания инвалидов.

Содержание раздела

Социальное обслуживание на дому (в том числе социально-медицинское обслуживание). Полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания. Стационарное социальное обслуживание в стационарных учреждениях (домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их наименования). Срочное социальное обслуживание.

Лекция

На основании индивидуальной программы реабилитации с инвалидами осуществляется социальная деятельность в учреждениях социального обслуживания, которая включает в себя:

1) социальное обслуживание на дому (в том числе социально-медицинское обслуживание);

2) полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;

3) стационарное социальное обслуживание в стационарных учреждениях (домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их наименования);

4) срочное социальное обслуживание;

5) социально-консультативную помощь.

Социальное обслуживание на дому направлено на максимально возможное продление пребывания инвалидов в привычной для них социальной среде в целях поддержания их социального статуса, а также на защиту их прав и законных интересов. Инвалидам в комплексных центрах социального обслуживания населения предоставляются социально-бытовые услуги, в частности покупка и доставка на дом продуктов питания, горячих обедов, промышленных товаров первой необходимости, оплата услуг коммунально-бытового обслуживания.

Социальные работники оказывают социально-медицинские и санитарно-гигиенические услуги: доврачебную помощь, в том числе вызов врача на дом; обеспечивают лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения (по заключению врача); содействуют в госпитализации, сопровождают нуждающихся в лечебно-профилактические учреждения. Социальные работники посещают инвалидов в стационарных учреждениях здравоохранения в целях оказания морально-психологической поддержки, оказывают помощь в проведении медико-социальной экспертизы, получении страхового медицинского полиса.

Социально-медицинское обслуживание на дому предоставляется инвалидам, нуждающимся в постоянной или временной (до 6 месяцев)

посторонней помощи, в связи с частичной или полной утратой способности к самообслуживанию.

Социальные работники предоставляют социально-бытовые, социально-правовые, социально-экономические услуги.

В штат данного отделения введены медицинские сестры, которые осуществляют патронаж инвалидов на дому и оказывают следующие услуги: наблюдение за состоянием здоровья, кормление ослабленных больных, санитарно-гигиенические процедуры (измерение температуры тела, артериального давления, контроль приема лекарств). Медсестры проводят медицинские процедуры в соответствии с назначением лечащего врача (при наличии у государственного учреждения социального обслуживания лицензии на медицинскую деятельность): подкожное и внутримышечное введение лекарственных препаратов; наложение компрессов; перевязку; обработку пролежней, раневых поверхностей; забор материалов для проведения лабораторных исследований; оказывают помощь в пользовании катетерами и другими медицинскими изделиями. Медицинские работники обучают родственников инвалидов практическим навыкам общего ухода за больными. При комплексных центрах социального обслуживания открываются социальные столовые, которые за отдельную плату обеспечивают доставку горячих обедов инвалидам на дом.

Полустационарное социальное обслуживание реализуется в отделениях дневного пребывания комплексных центров социального обслуживания населения. Оно включает социально-бытовое, медицинское и культурное обслуживание инвалидов, организацию их питания, отдыха, обеспечение их участия в посильной трудовой деятельности и поддержание активного образа жизни. На полустационарное социальное обслуживание принимаются инвалиды, сохранившие способность к самообслуживанию и активному

передвижению, не имеющие медицинских противопоказаний к зачислению на социальное обслуживание.

В отделениях дневного пребывания комплексных центров социального обслуживания населения (центров социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов) предоставляются следующие услуги:

- социально-психологические,
- социально-бытовые,
- социально-медицинские,
- социальнoправовые,
- социально-педагогические, к которым относятся анимационные услуги (проведение праздников, юбилеев и других культурных мероприятий).

Культурное обслуживание инвалидов предполагает организацию и проведение клубной и кружковой работы для формирования и развития их интересов. Оздоровительно-реабилитационные мероприятия (массаж, лечебная физкультура) организуются для клиентов с учетом рекомендаций врача. Инвалиды по желанию в соответствии с медицинскими рекомендациями могут участвовать в посильной трудовой деятельности в специально оборудованных лечебно-трудовых мастерских или подсобном хозяйстве. В последнее время распространена практика организации деятельности отделений дневного пребывания для инвалидов от 18 лет до 31 года.

Срочное социальное обслуживание осуществляется в целях оказания неотложной, экстренной помощи единовременного характера инвалидам, остро нуждающимся в социальной поддержке, и включает следующие социальные услуги: разовое обеспечение бесплатным горячим питанием или продуктами наборами, одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости; разовое оказание материальной помощи. Специалисты по социальной работе содействуют инвалидам в получении временного жилого помещения;

организуют юридическую помощь в целях защиты их прав и экстренную медико-психологическую помощь с привлечением для этой работы психологов и священнослужителей и выделением для этих целей дополнительных телефонных номеров. В отделениях срочного социального обслуживания действует прокат специализированной техники для инвалидов и приспособлений по уходу за тяжелобольными. Специалист по социальной работе осуществляет консультирование инвалидов, результатом которого является адаптация граждан с ограниченными возможностями в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье, а также обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства.

В ряде регионов России функционируют *реабилитационные центры для инвалидов*, являющиеся учреждениями, предназначенными для профессионального образования и трудового обучения, социальной адаптации, медицинского обслуживания, устройства инвалидов молодого возраста, не способных или ограниченно способных к самостоятельной жизни в обществе.

В подобных центрах предусматриваются отделения для постоянного, пятидневного и дневного пребывания инвалидов.

В целях реабилитации в центрах:

- предусматривается медицинская часть с соответствующим оснащением лечебно-диагностических и вспомогательных кабинетов для медицинской реабилитации;
- для профессионального и трудового обучения инвалидов создается учебная часть с оснащенными соответственно процессу обучения кабинетами, классами и учебнопроизводственными мастерскими;
- для социально-бытовой ориентации инвалидов создается служба психологов и социальных педагогов (воспитателей), оснащенная специальными помещениями для проведения работы по реабилитации и адаптации инвалидов.

Основными задачами центра являются:

- определение реабилитационного потенциала инвалида;
- разработка и реализация индивидуальных программ реабилитации;
- проведение медицинской реабилитации инвалидов;
- проведение профессиональной реабилитации инвалидов, включающей профессиональную ориентацию, профотбор, трудовое и профессиональное обучение, профессиональнопроизводственную адаптацию;
- проведение социальной реабилитации инвалидов, включающей социально-средовую адаптацию, социально-бытовую адаптацию;
- материально-техническое обеспечение проживающих в центре;
- организация социальной защиты инвалидов, включающая консультирование инвалидов по правовым вопросам, обеспечение инвалидов специализированными изделиями, облегчающими их труд и быт.

В соответствии с задачами центр осуществляет:

- прием инвалидов и организацию их адаптации к новой обстановке;
- профессиональное обучение в соответствии со специальными программами, учебными пособиями и т. д.;
- обеспечение проживающих благоустроенным жильем, мебелью, инвентарем, постельными принадлежностями, одеждой и обувью;
- организацию рационального питания проживающих;
- медицинское и консультативное обслуживание в оснащенных лечебно-диагностических и вспомогательных кабинетах;
- санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия;
- культурно-массовую работу;
- оздоровительную и спортивную работу.

Все лица, имеющие показания к пребыванию в центре, принимаются независимо от наличия родственников, обязанных содержать их по закону.

Противопоказаниями к приему в центр являются:

- острые и подострые стадии основного заболевания, нуждающиеся в специальном стационарном лечении;
- любые приступообразные и прогредиентно текущие психические заболевания со склонностью к частым обострениям или рецидивам болезни с частыми декомпенсациями, требующие лечения в стационаре;
- эпилепсия с частыми припадками, склонность к серийным припадкам, эпилептический статус, сумеречное состояние сознания, дисфории;
- хронический алкоголизм, наркомания, а также другие заболевания, осложненные хроническим алкоголизмом или любыми видами наркомании.

Лица, получившие профессиональную подготовку с вручением диплома или другого документа (свидетельства, справки), считаются закончившими обучение в центре.

Дома-интернаты как учреждения реабилитационного типа. Дома-интернаты, являясь стационарными учреждениями системы социальной защиты, в течение многих лет выполняют реабилитационные функции. Деятельность их профилирована и дифференцирована. В центре реабилитационной деятельности — медико-социальная реабилитация. На эти учреждения распространяются сложившиеся понятия о медицинской, социальной и трудовой реабилитации.

Профилирование основано на особенностях контингента, которые определяются рядом факторов: возраст, нозологическая принадлежность заболевания, тяжесть патологических проявлений и др. С учетом этих факторов различаются дома интернаты общего типа (для инвалидов и пожилых людей) и психоневрологические интернаты. В *домах-интернатах общего типа* для инвалидов и пожилых людей находятся лица с тяжелыми хроническими заболеваниями, с последствиями травм, врожденными уродствами (инвалиды с детства) и др. Деятельность этих учреждений носит дифференцированный

характер. В основу дифференциации их деятельности положены такие критерии, как способность к самообслуживанию и передвижению.

В связи с указанными обстоятельствами в стационарных реабилитационных учреждениях (специализированных домах-интернатах) с учетом особенностей контингентов цели реабилитации различны.

В *домах-интернатах реабилитационного типа* основополагающей является медицинская реабилитация, содержание которой заключается в восстановлении соматического здоровья, в компенсации защитных сил организма, в оживлении адаптационно-приспособительных механизмов.

Для реализации этих задач в домах-интернатах реабилитационного типа имеется материально-техническая база: физиотерапевтические кабинеты, комнаты ЛФК, кабинеты массажа, комнаты оксигенотерапии, ортотерапии и др.

Предпочтение при организации медицинской реабилитации отдается немедикаментозному воздействию, приемам активизирующего характера, которые способствуют активизации моторики и психической деятельности пожилых.

В домах-интернатах реабилитационного типа существенная роль отводится социально-средовой реабилитации, в которой в равной степени важны как социально-психологическая адаптация, так и социально-бытовая реабилитация. Первая направлена на снятие стрессовой ситуации, связанной с поступлением в дом-интернат и трудностями приспособления к новым условиям. Вторая имеет целью восстановление утраченных навыков самообслуживания в связи с болезнью, травмой и другими причинами.

В задачи социально-средовой реабилитации входят также предупреждение и устранение конфликтов между людьми разных поколений (между молодыми инвалидами и лицами пожилого возраста), организация содержательного и занимательного досуга, организация связей с окружающей (внешней) средой и др.

Социально-трудовая реабилитация в домах-интернатах общего типа носит специфический характер. Она не ставит целью овладение профессиональными навыками, хотя в отдельных случаях это не исключено. Главная задача социальнотрудовой реабилитации пожилых людей в домах-интернатах состоит в организации их трудовой занятости и общественно полезной деятельности.

Для реализации этих задач в домах-интернатах созданы лечебно-трудовые мастерские (в 80,1% учреждений), подсобные хозяйства (в 85,7% учреждений), осуществляется трудоустройство.

Несмотря на довольно ограниченные потенциальные возможности пожилых людей, часть из них трудоустроена на штатные должности в домах-интернатах.

Психоневрологический интернат как стационар, по существу, по принципам содержания больных представляет собой учреждение, где организована «больничная» и «внебольничная» реабилитация, характерная для лечебных учреждений системы здравоохранения.

Реабилитационные мероприятия складываются из медикаментозного воздействия, трудовой терапии и терапии средой. В связи с тем что клиническое состояние больных, находящихся в психоневрологических интернатах, отличается преобладанием не продуктивных, а дефицитарных симптомов и характеризуется относительной стабильностью, медицинская реабилитация носит «подчиненный» характер. Значительно больший акцент делается на организацию образа жизни, на воздействие «организованной» среды, если учесть многолетнее пребывание инвалидов в условиях социальной изоляции.

Реабилитационные мероприятия в рамках *терапии средой*, социально-средового воздействия осуществляются в зависимости от особенностей контингента. Выделяются три категории психически больных в этих учреждениях: лица с выраженной и глубокой умственной отсталостью (40,7%),

больные шизофренией (25,0%) и инвалиды с интеллектуальнопсихическими расстройствами различного генеза (34,3%).

Создание терапевтической среды для умственно отсталых лиц преследует цель организации направленного образа жизни, формирование санитарно-гигиенических и хозяйственно-бытовых навыков, вовлечение их в активную общественно полезную деятельность (помощник библиотекаря, культработника), побуждение интересов и потребностей. При организации досуга важное место занимают познавательные-развивающие мероприятия, развитие коммуникативных способностей.

Для больных шизофренией терапевтическая среда — это создание ситуаций, которые требуют активизации деятельности, собранности, способности принять решение. Это реализуется путем введения свободного режима содержания, который предполагает бытовую независимость больных, возможность перемещения в пределах интерната без постороннего контроля.

Для больных с интеллектуально-психическими нарушениями социально-средовая реабилитация — это мероприятия по информированию их о службах дома-интерната, по хронологической ориентации, по поддержанию коммуникативных способностей.

Социально-средовая реабилитация требует участия специалистов по социальной работе, психологов, реабилитологов.

Организация *социально-трудоустройственной реабилитации* инвалидов в психоневрологических интернатах также носит дифференцированный характер.

Для лиц с умственной отсталостью основным содержанием является формирование навыков производительного труда, элементарных профессиональных навыков. Делается акцент на развивающую, корригирующую и социализирующую роль труда, формирование установок на труд, более зрелые потребности и мотивы труда. В зависимости от уровня сформированности трудовых и профессиональных навыков умственно отсталые

лица заняты трудовой деятельностью различной социальной ценности: хозяйственно-бытовой труд, деятельность в лечебно-трудовых мастерских, в постоянных (временных) выездных бригадах, на штатных должностях.

Для больных шизофренией социально-трудовая реабилитация имеет целью их эмоциональную активизацию, побуждение интересов, восстановление межличностных связей, адаптацию в психоневрологическом интернате. Утраченная в результате длительного хронического заболевания способность планирования деятельности и прогнозирования результатов ограничивает их участие в таких элементарных видах труда, как шлифовка простых деталей, резка шнура, клейка пакетов и т. д., т. е. видов труда стереотипного характера.

Для умственно отсталых лиц разработаны обучающие программы: обучение профессиям швеи, плотника, штукатурамаляра, сапожника, навыкам работы грузчика, дворника, подсобного рабочего в прачечной, на пищеблоке, сельскохозяйственным видам труда.

Получение трудовых и профессиональных навыков обеспечивает умственно отсталым лицам возможность социальной интеграции, реализация которой зависит от многих других (социально-экономических) условий.

Социальная реабилитация пожилых людей и разных категорий инвалидов может осуществляться и в других типах учреждений социального обслуживания.

Задания для самоконтроля

(выполняются в свободной форме самостоятельно, НЕ ВЫСЫЛАЮТСЯ для проверки на сайт)

Задание. Ответьте на поставленные вопросы:

1. Кому предоставляется социально-медицинское обслуживание на дому?
2. Какие услуги предоставляются в отделениях дневного пребывания комплексных центров социального обслуживания населения?
3. Назовите цели срочного социального обслуживания.
4. Что относится к основным задачам реабилитационного центра?

Тема 10. Дома-интернаты и образовательные учреждения для детей-инвалидов

Содержание раздела

Образовательных учреждения: цели и задачи в работе с детьми-инвалидами. Реабилитационные центры. Отделения образовательных учреждений.

Лекция

Продолжает развиваться стационарное обслуживание детей-инвалидов. В системе органов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации функционирует 152 дома-интерната для детей-инвалидов. Очередь на помещение в эти дома-интернаты составляет менее 2% от числа проживающих.

В основе деятельности ***образовательных учреждений*** лежит профессиональное обучение инвалидов. Оно базируется на следующих принципах:

- ориентация обучаемых на новые сферы трудовой деятельности (предпринимательство, малый бизнес);
- обучение конкурентоспособным профессиям;
- дифференцированный подход к обучению с учетом характера дефекта и степени функциональных нарушений;
- социализация личности, возможность ее реинтеграции в общество;
- социальная защищенность инвалида в период профессиональной подготовки.

Существует три варианта образовательных учреждений для профессионального обучения инвалидов:

- обычные учебные заведения начального, среднего и высшего профессионального образования;

- специальные учебные заведения для инвалидов;
- условия производства.

Главной задачей учреждений *начального профессионального образования инвалидов* системы социальной защиты населения является проведение профессиональной реабилитации, в том числе профессиональной ориентации, получение инвалидами профессионального образования в комплексе с мероприятиями по медицинской и социально-бытовой реабилитации, содействие в трудоустройстве.

Профессиональное училище осуществляет реализацию образовательных программ начального профессионального образования, обеспечивающих приобретение обучающимися конкретной профессии соответствующего уровня квалификации с получением среднего (полного) общего образования.

В специализированные учреждения начального профессионального образования принимаются инвалиды I, II, реже III группы с основным общим образованием, средним (полным) образованием, начальным профессиональным образованием.

Процесс обучения и профессионального становления тесно связан с процессом социализации личности. Процесс профессионализации рассматривается как составляющая процесса самоопределения.

Выделяют три уровня процесса профессионального становления личности в системе профессиональной подготовки:

1. Существенное развитие личности, становление человека.
2. Формирование и самореализация личности в процессе трудовой деятельности как существенной составляющей социального и профессионального становления личности.
3. Регуляция и саморегуляция формирования личности как биосоциальной системы.

Кроме профессионально-технических училищ и техникумов имеются и *высшие учебные заведения для инвалидов*. Так, в Москве с 1991 г. работает институт-интернат для инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательной системы (ныне *Московский государственный социально-гуманитарный институт* (МГСГИ)), в котором инвалиды получают высшее образование на факультетах иностранных языков, экономическом, юриспруденции, прикладной математики и информатики, книгоиздания и редактирования. При институте работает центр социальной реабилитации, который помогает решать проблемы психологической и физической реабилитации студентов-инвалидов. Имеются тренажерный зал, комнаты психологической разгрузки опытные инструкторами и индивидуальной программой реабилитации.

Таким образом, задачей образовательных реабилитационных учреждений является не только дать возможность инвалидам овладеть специальными знаниями, умениями, навыками, но и создать условия для успешной социально-психологической адаптации.

Реабилитационные центры и отделения. В последние годы в России растет число реабилитационных центров самого разного профиля. Так, в Пензенской области работает *Центр реабилитации молодых инвалидов* (ЦРМИ), в котором социальная реабилитация осуществляется через проведение социально-бытовой адаптации и социально-средовой ориентации инвалидов.

Социально-бытовая адаптация предусматривает:

- специальное обучение навыкам самообслуживания, ухода за собой, передвижения и перемещения;
- помощь в подборе технических средств реабилитации и обучение пользованию ими;
- разработка индивидуальных решений вопросов адаптации жилищно-коммунальных условий, рабочего места для нужд инвалида.

Для проведения этой работы в ЦРМИ оборудованы учебные модели кухни, гостиной, санитарно-бытовых помещений.

Эти помещения оснащены мебелью и всем основным оборудованием, которое может иметься у инвалида в его собственном доме или квартире. Кроме основного оборудования (холодильник, электрическая плита, раковина, утюг, швейная машина, телевизор и др.) помещения снабжены специальным оборудованием, помогающим инвалиду быть независимым в повседневной деятельности и в самообслуживании. Очень часто клиенты испытывают трудности в элементарных действиях, т. е. они не могут включить плиту, нарезать хлеб, сделать бутерброд, почистить овощи, принять пищу без посторонней помощи. Используя же специальные коврики из нескользящего материала, накладные бортики для тарелки, клиент самостоятельно может принимать пищу, воспользоваться столовыми приборами с большими ручками; контурными устройствами, позволяющими без труда повернуть какие-либо выключатели, например, включить или выключить электрическую плиту. Инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата учатся одеваться при помощи деревянной палочки крючком, облегчающим одевание, пользоваться ложкой для обуви с длинной ручкой, расческой с длинной ручкой, приспособлениями для надевания носков и чулок. Для особо тяжелых больных, передвигающихся с помощью креслаколяски, очень удобен поднос для мытья головы в раковине, передвижной стульчак на колесиках, велокресло для душа, кроватное подъемное устройство «веревочная лестница».

Социально-средовая ориентация — это, как известно, коррекция когнитивного, социокультурного, духовного компонентов деятельности индивида. Для реализации этих задач в ЦРМИ используются психокоррекционная работа, метод арт-терапии, досуговая деятельность.

Большая роль в психокоррекционной работе отводится психологу. В частности, для получения навыков общения психологом ЦРМИ разработан

социально-психологический коммуникативный тренинг, цель которого — повышение компетентности в общении, приобретение знаний, формирование умений, навыков общения, развитие установок, определяющих поведение в общении. Кроме того, разработана программа психокоррекционных упражнений, направленных на снижение уровня расогласования в мотивационно-личностной сфере инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Работают педагоги дополнительного образования, которые занимаются преподаванием изобразительного искусства и прикладного народного творчества, которые считают, что основой воспитания и образования является красота природы, человека и человеческой мысли, красота отношений, красота созданных трудом человека предметов. В основе занятий — метод тематических заданий, когда пациенты знакомятся с народным искусством, а затем сами выполняют задания в материале: дереве, ткани, бумаге т. д.

Как известно, целью реабилитации является эффективное и как можно более раннее возвращение больных и инвалидов к общественно полезной деятельности; формирование у них устойчивого положительного отношения к жизни, труду, обучению, семье, обществу. Реабилитация представляет собой активную функцию общества по отношению к личности, когда идет борьба не только против болезни, но и за человека и его место в обществе. Поэтому вся деятельность в отделениях социальной реабилитации носит социальную направленность.

Задания для самоконтроля

(выполняются в свободной форме самостоятельно, НЕ ВЫСЫЛАЮТСЯ для проверки на сайт)

Задание. Ответьте на поставленные вопросы:

1. Назовите виды образовательных учреждений для профессионального обучения инвалидов.

2. Раскройте принципы работы образовательных учреждений с детьми-инвалидами.
3. Раскройте содержание социально-средовая ориентации.

Тема 11. Технологии социальной работы учреждений социального обслуживания с дезадаптированными детьми и подростками

Содержание раздела

Адаптация и дезадаптация. Факторы, влияющих на процесс дезадаптации подростков. Задачи учреждений, работающих с дезадаптированными подростками. Социальные приюты. Семейные (воспитательные) группы. Социально-реабилитационные центры.

Лекция

Поскольку социальная *адаптация* — это включение индивида или группы в социальную среду, приспособление их к соответствующим правилам, системе норм и ценностей, практике и культуре организации, то социальная *дезадаптация* подростков — это нарушение процесса социального развития, социализации индивида. Признаки социальной дезадаптации — нарушение норм морали и права, асоциальные формы поведения и деформация системы ценностных ориентаций, утрата социальных связей с семьей и школой, резкое ухудшение нервно-психического здоровья, увеличение ранней подростковой алкоголизации, склонность к суициду.

В исследовательской литературе перечисляется несколько факторов, влияющих на процесс дезадаптации подростков:

- наследственность (психофизическая, социальная, социокультурная),
- психолого-педагогический фактор (дефекты школьного и семейного воспитания),

- социальный фактор (социальные и социально-экономические условия функционирования общества),
- социальная деятельность самого индивида, т. е. активноизбирательное отношение к нормам и ценностям своего окружения, его воздействию,
- личные ценностные ориентации,
- способность к саморегулированию своего окружения.

Можно выделить ряд социально-экономических, политических и духовно-нравственных факторов, так или иначе влияющих на увеличение количества социально дезадаптированных подростков:

- чрезмерная коммерциализация общества;
- распад целого ряда социальных институтов, работающих на детство;
- социально-экономические условия функционирования семьи (низкий материальный уровень, плохие жилищные условия);
- сложное экономическое положение, в котором оказалось большинство семей;
- криминализация общества, возрастающее влияние культа силы;
- потеря престижа образования и честного заработка.

Эти и многие другие факторы привели к переоценке жизненных ценностей, возникновению нового идеала — так называемого нового русского, обладающего огромными доходами, но зачастую не имеющего образования, достигшего богатства социально не одобряемыми способами. Это приводит к тому, что у подростка возникает желание достичь успеха, не прилагая к этому серьезных усилий.

Постоянную тенденцию к увеличению имеет социальное сиротство, т. е. ситуация, при которой дети по вине родителей, не выполнивших предназначенных им функций, оказываются на улице и становятся бомжами, попрошайками, беспризорниками.

Однако социальная дезадаптация — процесс обратимый, поэтому, по мнению многих ученых и практиков, можно не только предупреждать отклонения в социальном развитии детей и подростков, но и управлять процессом ресоциализации социально дезадаптированных детей и подростков.

В силу того что сложившаяся система социально-профилактической и коррекционной работы не соответствует сегодняшней усложнившейся ситуации, актуальной задачей стало формирование новой социальной политики профилактики детской безнадзорности и социального сиротства, создание специализированной системы учреждений для дезадаптированных детей и подростков, предназначенной для целенаправленной работы по их социальной реабилитации.

Специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, призваны оказывать помощь той категории детей и подростков, которая раньше не пользовалась вниманием властей. Брошенные семьей и школой, они в лучшем случае интересовали лишь правоохранительные органы в связи с совершением противозаконных действий. В нарушение международных правовых норм дети и подростки, не совершившие правонарушений, нередко подолгу содержались в приемниках-распределителях органов внутренних дел, ожидая направления в детские учреждения интернатного типа. Статистических данных о количестве и составе дезадаптированных подростков официально не существует, но различные пилотные исследования дают основание утверждать, что детская беспризорность и безнадзорность по-прежнему является одной из острейших и трудноразрешимых проблем.

Система специализированных учреждений для дезадаптированных детей и подростков в России начала создаваться с 1992 г. Благодаря усилиям федеральных и региональных органов социальной защиты количество таких

учреждений значительно возросло, реабилитацию в них сегодня проходят тысячи несовершеннолетних.

Задачами учреждений для дезадаптированных детей и подростков являются:

- профилактика безнадзорности, бродяжничества, дезадаптации;
- психолого-медицинская помощь детям, попавшим по вине родителей или в связи с экстремальной ситуацией (в том числе в связи с физическим и психическим насилием или с опасными для жизни и здоровья условиями проживания) в безвыходное положение;
- формирование у детей и подростков положительного опыта социального поведения, навыков общения и взаимодействия с окружающими людьми;
- выполнение попечительских функций по отношению к тем, кто остался без родительского внимания и заботы, средств к существованию;
- психологическая и педагогическая поддержка, способствующая ликвидации кризисных состояний личности;
- содействие возвращению в семью;
- обеспечение возможности получить образование;
- забота о дальнейшем благоустройстве, месте жительства.

Иными словами, основная цель деятельности таких учреждений — социальная защита и поддержка нуждающихся в этом детей, их реабилитация и помощь в жизненном определении. Создание специализированного учреждения для детей и подростков предоставляет реальную возможность оказать им экстренную помощь. Специалисты подобных учреждений выделяют три основных *этапа в работе* с детьми:

- диагностическая работа;
- реабилитация, программа которой основана на данных, полученных после всесторонней диагностики;
- постреабилитационная защита ребенка.

Прежде всего в системе социально-реабилитационных служб для несовершеннолетних создаются *социальные приюты* для детей и подростков. Каждый из приютов отличается своеобразием вследствие различий в уровне и глубине понимания специалистами стоящих перед ними задач, их профессиональной подготовленности, опыта работы с детьми (особенно с трудными). Различны и их материально-техническая база, возможности финансирования и осуществления контактов со всевозможными организациями.

Состав несовершеннолетних в социальных детских приютах весьма сложен в социальном и педагогическом плане и отличается от такового в детских домах или школах-интернатах, поскольку:

- подавляющее большинство детей уже приобщились к курению, систематическому употреблению алкоголя;
- подавляющее большинство детей находятся в кризисном или пограничном с ним состоянии вследствие социальнопсихологической депривации в семье, физического или сексуального насилия, школьной дезадаптации;
- почти у всех детей выявлены различные хронические заболевания; многие дети нигде и никогда не учились, у них не сформированы (или утрачены) элементарные социальные и бытовые навыки, не сформирован (или утрачен) опыт жизни в семье;
- у многих детей отмечена задержка психического развития.

В специализированное учреждение для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, принимаются несовершеннолетние на основании:

- личного обращения;
- направления органов, осуществляющих социальную защиту населения;
- постановления комиссий по делам несовершеннолетних;

- заявления родителей, ходатайства органов образования, здравоохранения, опеки и попечительства, органов внутренних дел;
- постановления или определения суда, прокурора или следственных органов, если родители или лица, их заменяющие, осуждены либо к ним в качестве меры пресечения применено заключение под стражу.

Одной из главных задач приютов, в которых дети могут получить кров и пищу, является восстановление широкого спектра их отношений с миром, обучение их общению со взрослыми, сверстниками, обретению чувства семьи, своей значимости.

Индивидуальная программа реабилитации ребенка создается на основе изучения его личности и анализа всей доступной информации (состояние его физического и психического здоровья, степень образовательной подготовки и т. д.), которая обуславливает не только проведение общих оздоровительных мероприятий, но и лечение хронических заболеваний, которые имеются у ребенка на момент поступления в приют.

Большое значение в реабилитации подростка имеют психологическая диагностика и коррекция. Работникам приютов приходится сталкиваться с двумя главными психологическими проблемами: отставание ребенка в психическом развитии и преодоление последствий его психической депривации.

Естественно, что социальные и психологические проблемы проявляются у детей в разной степени и в различных формах. Соответственно, и реабилитация проводится индивидуально для каждого ребенка. Специалисты используют *два способа психологической реабилитации*: групповой и индивидуальный.

Участие ребенка в психокоррекционных группах способствует его личностному росту, самораскрытию, приобретению определенных знаний, умений, навыков, прежде всего умения общаться; индивидуальная же реабилитация прежде всего призвана снять у ребенка чувство тревоги и

неуверенности, повысить его самооценку, помочь справиться со страхами, сформировать доверие к людям.

Но даже самый хороший приют — это лишь временное место пребывания подростка, поэтому одна из главных задач социальной помощи подростку — устройство его дальнейшей судьбы. Идеальным вариантом является возвращение ребенка в родную семью, но это возможно лишь при соответствующей работе с родителями и детьми.

Сотрудники приюта изучают условия жизни семьи, ее функциональные способности, возможность проживания ребенка в конкретных семейных условиях. Посещение семьи социальным работником дает возможность оценить перспективы возвращения ребенка в семью. Однако очередной срыв со стороны родителей может вернуть ребенка в приют.

Если возвращение ребенка в семью невозможно, используются другие пути. До недавнего времени законодательство предусматривало только такие формы жизнеустройства детей, как усыновление, опека (попечительство) либо государственное сиротское учреждение, куда в основном и направлялись дети. Конечно, продуктивной формой семейного устройства является передача детей под опеку или на усыновление родственникам, однако последние зачастую не выражают желания сделать это в силу разных причин: наличие у подростка каких-либо заболеваний, стесненные жилищные и материальные условия и т. д. Если возвращение в семью невозможно, многие приюты вынуждены передавать подростка в интернат.

Но есть и другой способ социальной помощи дезадаптированным подросткам, который практикуется сейчас многими учреждениями, — *создание семейных (воспитательных) групп*.

Сначала о наличии таких детей оповещают через средства массовой информации или специальный банк данных.

При наличии семьи, желающей взять ребенка на воспитание, тщательно обследуются ее материально-бытовые условия, после чего заключается контракт на два месяца. Подросток в течение двух месяцев посещает по выходным дням попечительскую семью, а затем передается туда окончательно.

Семейная группа рассматривается как структурное подразделение приюта, а один из родителей оформляется в приют в качестве воспитателя.

Кроме того, психолог дает необходимые рекомендации каждой семье. Специалисты не без оснований считают, что в идеальном варианте каждый воспитанник приюта должен пройти через домашнюю группу, поскольку это один из реальных и эффективных путей его реабилитации, при котором восстанавливаются утраченные им социальные, нравственные и духовные связи с окружающим миром. Находясь в домашней группе, ребенок остается под опекой государства до тех пор, пока семья оформляет опеку или усыновление, но даже если усыновление не состоится, жизнь в здоровой семейной обстановке в домашней группе становится для ребенка важным условием социальной реабилитации.

Кроме того, во многих приютах пытаются моделировать отношения, похожие на домашние. Правда, это не так просто: сказывается отсутствие у воспитателей опыта работы с такой сложной категорией детей, как социально дезадаптированные подростки.

Таким образом, деятельность приюта — это создание условий, способствующих вовлечению детей в нормальный жизненный процесс, выводу из кризисной ситуации, восстановлению нарушенных связей с семьей, решению вопросов их дальнейшего жизнеустройства. Рассмотрим технологию реабилитации дезадаптированных детей и подростков на примере другого учреждения — *социально-реабилитационного центра*, основными направлениями деятельности которого являются:

- профилактика безнадзорности несовершеннолетних, помощь в ликвидации трудной ситуации в семье ребенка;
- обеспечение несовершеннолетним временного проживания на полном государственном обеспечении до определения и осуществления совместно с органами опеки и попечительства оптимальных форм жизнеустройства;
- обеспечение доступной и своевременной квалифицированной социальной, правовой, психолого-медико-педагогической помощи детям, имеющим различные формы дезадаптации, на основе индивидуальных программ социальной реабилитации, включающих профессионально-трудовой, учебно-познавательный, социокультурный, физкультурнооздоровительный и иные компоненты.

Самое сложное направление деятельности центра — работа с семьей. Социальная реабилитация в центре непременно ориентирована на решение семейных проблем детей и подростков. Работа с конфликтными семьями основана на взаимодействии с психологом на уровне консультирования; работа с аморальными семьями ведется на уровне социального патронажа.

После возвращения детей в семью продолжаются социальный патронаж, прямые контакты с членами семей и консультации специалистов (психологов, юристов, врачейнаркологов и др.).

Из существующих в настоящее время типов социальнореабилитационных учреждений для детей и подростков центр для несовершеннолетних, имеющий в качестве подразделения социальный приют, призван решать наиболее важные задачи по преодолению роста числа дезадаптированных подростков, устранять причины проявлений дезадаптации еще на начальном этапе, до разрыва отношений подростка с семьей. Такое направление деятельности, безусловно, перспективно в общей системе социально-реабилитационных учреждений, так как на его базе можно целостно решать проблемы коррекционно-

реабилитационной работы, ориентируя ее как на ребенка, оказавшегося в трудной ситуации, так и на его семью.

Вместе с тем социальная реабилитация подростка значительно облегчается, если она протекает на фоне эмоционального принятия им новых условий, правил жизни, новых людей. Поэтому первейшая задача всех социальных работников — оказать подростку, прибывшему в реабилитационное учреждение, максимальную поддержку в процессе освоения им новой жизни. Анализируя опыт, можно отметить такое несомненно перспективное направление деятельности, как *программы «Дети улицы»*, в рамках которых осуществляются работы с дезадаптированными подростками непосредственно в их привычной среде обитания — на улице. Это направление помогает на раннем этапе предотвратить разрушение связей подростка с семьей, осуществить профилактику правонарушений.

Анализируя практику деятельности социально-реабилитационных учреждений для безнадзорных подростков, следует отметить, что, несмотря на общие основания деятельности, в разных регионах России они имеют свои варианты.

Так, в *Саратовской области* работают три реабилитационных центра для несовершеннолетних с социальными приютами, кроме того, функционируют отдельно еще два социальных приюта для подростков. В 30 центрах социального обслуживания населения работают отделения социальной помощи семье и детям, в штате которых есть специалисты по профилактике детской безнадзорности и работе с неблагополучными семьями. Это — специалисты по социальной работе, психологи, социальные педагоги, юристы.

При всем многообразии работы этих учреждений особое внимание в них уделяется главным направлениям:

- созданию в учреждениях семейной атмосферы и проведению всесторонней медико-социально-психологической реабилитации;

- нормализации обстановки в семье и восстановлению семейных связей; • координации деятельности всех организаций (образования, здравоохранения, социальной защиты, ОВД, молодежных организаций и т. д.) для успешной социализации подростка.

Задания для самоконтроля

(выполняются в свободной форме самостоятельно, НЕ ВЫСЫЛАЮТСЯ для проверки на сайт)

Задание. Ответьте на поставленные вопросы:

1. Раскройте понятия адаптация и дезадаптация.
2. Назовите факторы, влияющие на процесс дезадаптации подростков.
3. Перечислите и раскройте содержание задач работы приютов для дизадаптированных детей и подростков.

Литература

Нормативные акты

1. Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // <http://www.consultant.ru>
2. «Семейный кодекс Российской Федерации» от 29.12.1995 N 223-ФЗ (ред. от 29.12.2017) // <http://www.consultant.ru>
3. Федеральный закон от 24.04.2008 N 48-ФЗ (ред. от 31.12.2017) «Об опеке и попечительстве» // <http://www.consultant.ru>
4. Федеральный закон от 17.07.1999 N 178-ФЗ (ред. от 28.12.2017) «О государственной социальной помощи» // <http://www.consultant.ru>

Литература

1. Холостова Е.И. Социальная работа с дезадаптированными детьми / Библиотека социального работника. М., 2006. // <http://soc-education.ru/wp-content/uploads/2017/11/Holostova-SocRabSDeaAdaptDet.pdf>

2. Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2006. — 240 с.// <http://edu.vspu.ru/doc/user/2828/1167/Holostova.-Sotsialnaya-rabota-s-invalidami.pdf>
3. Холостова, Е. И. Социальная работа: история, теория и практика : учебник / Е. И. Холостова. — М. : Издательство Юрайт ; Юрайт, 2011. — 905 с. — Серия : Основы наук.// <http://college-balabanovo.ru/Student/Bibl/Pravo/HolSocialRabota.pdf>
4. Зуева Н. Л. Социальное обслуживание населения: административно-правовое регулирование : монография / Н. Л. Зуева ; Воронежский государственный университет. – Воронеж : Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 2013. – 216 с. // Pdf
5. Настольная книга социального работника по реализации федерального закона от 28 января 2013г. №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». – М.: ГАУ ИДПО ДСЗН, 2015. // Pdf
6. Панов А. М. Система социального обслуживания населения в Российской Федерации: этапы формирования, современное состояние и перспективы развития / А. М. Панов // <https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-sotsialnogo-obsluzhivaniya-naseleniya-v-rossiyskoj-federatsii-etapy-formirovaniya-sovremennoe-sostoyanie-i-perspektivy>

Электронные ресурсы

1. <http://www.unicef.org> - ЮНИСЕФ - Детский фонд ООН.
2. <http://ssopir.ru/> Союз социальных педагогов и социальных работников
3. <http://www.socpolitika.ru> Информационно-аналитический портал:
4. <http://www.soc-work.ru/> Социальная работа. Социальным работникам о социальной работе.

5. <http://home.novoch.ru> Социальная работа: независимый информационно-образовательный сервер социальной работы и общественных наук

***Формы аттестации и оценочные материалы по дисциплине
«Технологии социального обслуживания различных категорий
населения»***

Форма контроля	Виды оценочных материалов
Зачет 1	Дифференцированный зачет в форме теста

Для перехода к обучению по следующей дисциплине программы пройдите тест. Для этого перейдите на сайт: <https://institut.moscow> и авторизуйтесь. Перейдите в раздел «Мои заявки» и выберите нужный вам курс, модуль и дисциплину программы. Нажмите кнопку «Пройти тест».

Критерии оценивания:

- от 30 до 60 % правильных ответов теста – оценка «удовлетворительно»;
- от 60 до 90 % правильных ответов теста – оценка «хорошо»;
- от 90 % правильных ответов теста – оценка «отлично».