22.04.2020. Преподаватель: Ревтова Л.А.

Урок Социальная адаптация

Группа № 12

Тема урока: Реабилитация инвалидов. Сущность, понятие, основные виды реабилитации инвалидов.

Профессиональная и трудовая реабилитация инвалидов.

Основы конституционного строя РФ: структура органов государственной власти, принцип разделения властей, суверенитета и т.п.

Домашнее задание: Конспект лекции.

**Статья 9. Понятие реабилитации и абилитации инвалидов**

(в ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191451/5bdc78bf7e3015a0ea0c0ea5bef708a6c79e2f0a/#dst100093) от 01.12.2014 N 419-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

(в ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_49506/3d0cac60971a511280cbba229d9b6329c07731f7/#dst100020) от 23.10.2003 N 132-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Абилитация инвалидов - система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

(часть первая в ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191451/5bdc78bf7e3015a0ea0c0ea5bef708a6c79e2f0a/#dst100095) от 01.12.2014 N 419-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов включают в себя:

(в ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191451/5bdc78bf7e3015a0ea0c0ea5bef708a6c79e2f0a/#dst100098) от 01.12.2014 N 419-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;

(в ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191451/5bdc78bf7e3015a0ea0c0ea5bef708a6c79e2f0a/#dst100099) от 01.12.2014 N 419-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию;

(в ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191451/5bdc78bf7e3015a0ea0c0ea5bef708a6c79e2f0a/#dst100101) от 01.12.2014 N 419-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и [социокультурную реабилитацию](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_213859/#dst100011), социально-бытовую адаптацию;

физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Реализация основных направлений реабилитации, абилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной, транспортной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации, абилитации инвалидов.

(часть третья в ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191451/5bdc78bf7e3015a0ea0c0ea5bef708a6c79e2f0a/#dst100102) от 01.12.2014 N 419-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

Часть четвертая утратила силу. - Федеральный [закон](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_329288/3d0cac60971a511280cbba229d9b6329c07731f7/#dst100017) от 18.07.2019 N 184-ФЗ.

(см. текст в предыдущей редакции)

# Сущность, понятие, основные виды реабилитации инвалидов

Комитет ВОЗ (1980 г) дал определение медицинской реабилитации: реабилитация - это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально - оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе. Таким образом, медицинская реабилитация включает мероприятия по предотвращению инвалидности в период заболевания и помощь индивиду в достижении максимальной физической, психической, социальной, профессиональной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания. Среди прочих медицинских дисциплин реабилитация занимает особое место, так как рассматривает не только состояние органов и систем организма, но и функциональные возможности человека в его повседневной жизни после выписки из медицинского учреждения.

Согласно международной классификации ВОЗ, принятой в Женеве в 1980 году, выделяют следующие уровни медико-биологических и психо-социальных последствий болезни и травмы, которые должны учитываться при проведении реабилитации: повреждение (impaiment англ) - любая аномалия или утрата анатомических, физиологических, психологических структур или функций; нарушение жизнедеятельности (disability англ) - возникающие в результате повреждения утрата или ограничение возможности осуществлять повседневную деятельность в манере или пределах, считающихся нормальными для человеческого общества; социальные ограничения (handicap англ) - возникающие в результате повреждения и нарушения жизнедеятельности ограничения и препятствия для выполнения социальной роли, считающейся нормальной для данного индивидуума.

В последние годы в реабилитацию введено понятие “качество жизни, связанное со здоровьем” (healthrelated quality of life, англ). При этом именно качество жизни рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных и инвалидов.

Правильное представление о последствиях болезни имеет принципиальное значение для понимания сути медицинской реабилитации и направленности реабилитационных воздействий.

Оптимальным является устранение или полная компенсация повреждения путем проведения восстановительного лечения. Однако это не всегда возможно, и в этих случаях желательно организовать жизнедеятельность больного таким образом, чтобы исключить влияние на неё существующего анатомического и физиологического дефекта. Если при этом прежняя деятельность невозможна или отрицательно влияет на состояние здоровья, необходимо переключение больного на такие виды социальной активности, которые в наибольшей степени будут способствовать удовлетворению всех его потребностей.

Идеология медицинской реабилитации за последние годы претерпела значительную эволюцию. Если в 40-е годы основой политики в отношении хронически больных и инвалидов были их защита и уход за ними, то с 50-х годов начала развиваться концепция интеграции больных и инвалидов в обычное общество; особый упор сделан ша их обучении, получение ими технических подсобных средств. В 70-е - 80-е годы зарождается идея максимальной адаптации окружающей Среды под нужды больных и инвалидов, всесторонней законодательной поддержки инвалидов в сфере образования, здравоохранения, социальных услуг и обеспечения трудовой деятельности. В связи с этим становится очевидным, что система медицинской реабилитации в очень большой степени зависит от экономического развития общества.

Несмотря на значительные различия систем медицинской реабилитации в разных странах, всё шире развивается международное сотрудничество в этой сфере, всё чаще поднимается вопрос о необходимости международного планирования и разработки координированной программы реабилитации физически неполноценных лиц. Так, период с 1983 по 1992 годы был объявлен ООН Интернациональной Декадой Инвалидов; в 1993 году Генеральная ассамблея ООН приняла “Стандартные правила уравнивания возможностей инвалидов” которые должны считаться в странах членах ООН точкой отсчёта в сфере прав инвалидов. По-видимому, неизбежна дальнейшая трансформация идей и научно практических задач медицинской реабилитации, связанная с постепенно происходящими в обществе социально экономическими переменами. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. Под редакцией А Н Беловой, О Н Щепетовой М. “Антидор” 1998 стр. 11-13.

Общие показания в медицинской реабилитации представлены в докладе Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности в реабилитации (1983). К ним относятся:

* 1) значительное снижение функциональных способностей;
* 2) снижение способности к обучению;
* 3) особая подверженность воздействиям внешней среды;
* 4) нарушения социальных отношений;
* 5) нарушения трудовых отношений.

Общие противопоказания к применению реабилитационных мероприятий включают сопутствующие острые воспалительные и инфекционные заболевания, декомпенсированные соматические и онкологические заболевания, выраженные расстройства интеллектуально-мнестической сферы и психические заболевания, затрудняющие общение и возможность активного участия больного в реабилитационном процессе.

В нашей стране, по материалам Всесоюзного НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н А Семашко (1980), из общего числа госпитализированных в отделения терапевтического профиля в восстановительном лечении нуждаются 8, 37 на 10 000 всего населения, в отделении хирургического профиля - 20, 91 на 10 000, неврологического - 21, 65 на 10 000 всего населения; в целом долечиванию подлежат от 20 до 30% в зависимости от основного профиля отделения, что требует 6, 16 койки на 10000 населения. В амбулаторной реабилитации, согласно данным Н А Шестаковой и соавторов (1980), нуждаются 14 - 15% из числа обратившихся в поликлинику, причем около 80% из низ составляют лица с последствиями повреждений опорно-двигательного аппарата. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. Под редакцией А Н Беловой, О Н Щепетовой М. “Антидор” 1998 стр. 13-15

Основные принципы медицинской реабилитации наиболее полно изложены одним из ее основоположников К Ренкером (1980):

Реабилитация должна осуществляться, начиная с самого возникновения болезни или травмы и вплоть до полного возвращения человека в общество (непрерывность и основательность).

Проблема реабилитации должна решаться комплексно, с учётом всех её аспектов (комплексность).

Реабилитация должна быть доступной для всех кто в ней нуждается (доступность).

Реабилитация должна приспосабливаться к постоянно меняющейся структуре болезней, а также учитывать технический прогресс и изменения социальных структур (гибкость).

С учётом непрерывности выделяют стационарный, амбулаторный, а в некоторых странах (Польша, Россия) - иногда ещё и санаторный этапы медицинской реабилитации.

Поскольку одним из ведущих принципов реабилитации является комплексность воздействий, реабилитационными могут называться лишь те учреждения, в которых проводится комплекс медико-социальных и профессионально-педагогических мероприятий. Выделяют следующие аспекты этих мероприятий (Роговой М. А. 1982):

Медицинский аспект - включает вопросы лечебного, лечебно-диагностического и лечебно-профилактического плана.

Физический аспект - охватывает все вопросы связанные с применением физических факторов (физиотерапия, ЛФК, механо - и трудотерапия), с повышением физической работоспособности.

Психологический аспект - ускорение процесса психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактика и лечение развивающихся патологических психических изменений.

Профессиональный - у работающих лиц - профилактика возможного снижения или потери трудоспособности; у инвалидов - по возможности, восстановление трудоспособности; сюда входят вопросы определения трудоспособности, трудоустройства, профессиональной гигиены, физиологии и психологии труда, трудового обучения переквалификации.

Социальный аспект - охватывает вопросы влияния социальных факторов на развитие и течение болезни, социального обеспечения трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношение больного и семьи, общества и производства.

Экономический аспект - изучение экономических затрат и ожидаемого экономического эффекта при различных способах восстановительного лечения, формах и методах реабилитации для планирования медицинских и социально-экономических мероприятий.

Формы и методы решения социальных проблем инвалидов

Исторически понятия "инвалид-ность" и "инвалид" в России связыва-лись с понятиями "нетрудоспособ-ность" и "больной". И нередко мето-дические подходы к анализу инвалид-ности заимствовались из здравоохране-ния, по аналогии с анализом заболева-емости. Представления о происхожде-нии инвалидности укладывались в тра-диционные схемы "здоровье - заболе-ваемость" (хотя, если быть точным, за-болеваемость - показатель нездоро-вья) и "больной - инвалид". Послед-ствия таких подходов создавали иллю-зию мнимого благополучия, так как от-носительные показатели инвалидности на фоне естественного прироста насе-ления улучшались, из-за чего реальные стимулы к поиску истинных причин роста абсолютного числа инвалидов отсутствовали. Лишь после 1992 года в России произошел перекрест линий рождаемости и смертности, и явления депопуляции нации приобрели отчет-ливый характер, сопровождаясь устой-чивым ухудшением показателей инва-лидности, возникли серьезные сомне-ния в правильности методологии ста-тистического анализа инвалидности. Специалисты долгое время рассмат-ривали понятие "инвалидность", оттал-киваясь преимущественно от биологи-ческих предпосылок, расценивая ее воз-никновение в основном как следствие неблагоприятного исхода лечения. В связи с этим социальная сторона про-блемы была сужена до нетрудоспособ-ности, как основном показателе инва-лидности. Поэтому основной задачей врачебно-трудовых экспертных комис-сий было определение того, какую про-фессиональную деятельность освидетельствуемый не может выполнять, а что может - определялось на основе субъективных, преимущественно биоло-гических, а не социально-биологических критериев. Понятие "инвалид" сужалось до понятия "неизлечимо больной". Таким образом, социальная роль че-ловека в действующем правовом поле и конкретных экономических условиях от-ступала на второй план, и понятие "ин-валид" не рассматривалось с точки зре-ния многопрофильной реабилитации, использующей социальные, экономичес-кие, психологические, образовательные и другие необходимые технологии. С начала 90-х годов традиционные принципы государственной политики, направленной на решение проблем ин-валидности и инвалидов в связи со слож-ной социально-экономической ситуаци-ей в стране утратили свою эффектив-ность. Надо было создавать новые, при-водить их в соответствие с нормами меж-дународного права. В настоящее время инвалид характеризуется как лицо, ко-торое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций орга-низма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятель-ности и вызывающее необходимость его социальной защиты (Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Рос-сийской Федерации", 1995). Инвалидность является одним из важнейших показателей социального неблагополучия населения, отражает социальную зрелость, экономическую состоятельность, нравственную полно-ценность общества и характеризует нарушение взаимосвязей человеком-инвалидом и обществом. Учитывая тот факт, что проблемы инвалидов затрагивают не только их личные интересы, но и в определенной степени касаются их семей, зависят от уровня жизни населения и других соци-альных факторов, можно констатиро-вать, что их решение лежит в общена-циональной, а не узковедомственной плоскости и во многом определяет лицо социальной политики государства.

В целом инвалидность как проблема деятельности человека в условиях ог-раниченной свободы выбора, включает в себя несколько основных аспектов: правовой; социально-средовой; психо-логический; общественно-идеологический; производственно-экономичес-кий; анатомо-функциональный.

Правовой аспект решения проблем инвалидов

Правовой аспект предполагает обес-печение прав, свобод и обязанностей инвалидов.

Президентом России подписан Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Фе-дерации". Тем самым особо уязви-мой части нашего общества даны га-рантии социальной защиты. Безусловно, основополагаю-щие законодательные нормы, регу-лирующие положение инвалида в обществе, его права и обязанности являются необходимыми атрибута-ми любого правового государства. Поэтому вступление в силу этого За-кона надо только приветствовать. История его началась еще в 1989 году. Тогда, в декабре, по предложению Центрального правле-ния ВОЙ, на сессии Верховного Совета СССР был принят Закон "Об основах социальной защищенности инвалидов". Но в связи с распадом Союза ему не довелось поработать на них. И вот новый Закон вступил в силу. Хотя он со-держит некоторые погрешности и нуждается в определенной доработ-ке. Например, в части распределе-ния полномочий между федеральны-ми органами власти и органами влас-ти субъектов Федерации. Но появление такого документа - событие значительное, и прежде всего для миллионов российских ин-валидов, получивших, наконец, "свой" закон. Ведь чтобы выжить, они должны располагать экономи-ческими, социальными и правовы-ми гарантиями. И вышедший закон определенный объем таких гарантий устанавливает. Следует отметить три принципиальных положения, составляющих основу Закона. Первое - это наличие у инвали-дов особых прав на определенные условия для получения образования; обеспечение средствами передвиже-ния; на специализированные жи-лищные условия; первоочередное получение земельных участков для индивидуального жилищного стро-ительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства, и другие. Например, жилые помещения бу-дут теперь предоставляться инвали-дам, семьям, имеющим детей-инва-лидов, с учетом состояния здоровья и других обстоятельств. Инвалиды имеют право на дополнительную жилплощадь в виде отдельной ком-наты в соответствии с перечнем за-болеваний, утвержденным прави-тельством РФ. При этом она не счи-тается излишней и подлежит опла-те в одинарном размере. Или другой пример. Вводятся особые условия для обеспечения за-нятости инвалидов. Теперь для пред-приятий, учреждений, организаций, независимо от форм собственности, имеющих численность работников более 30 человек, устанавливается квота для приема на работу инвали-дов - в процентах к среднесписочной численности работников (но не менее трех процентов). Второе немаловажное положение - это право инвалидов быть актив-ными участниками всех тех процес-сов, которые касаются принятия решений относительно их жизнеде-ятельности, статуса и т.д. Теперь федеральные органы исполнитель-ной власти, органы исполнительной власти субъектов РФ должны при-влекать полномочных представите-лей общественных объединений ин-валидов для подготовки и принятия решений, затрагивающих интересы инвалидов. Решения, принятые с нарушением этой нормы, могут быть признаны недействительными в су-дебном порядке. Третье положение провозглаша-ет создание специализированных государственных служб: медико-соци-альной экспертизы и реабилитации. Они призваны формировать систе-му обеспечения относительно неза-висимой жизнедеятельности инва-лидов. При этом среди функций, возлагаемых на государственную службу медико-социальной экспер-тизы, - определение группы инва-лидности, ее причин, сроков, вре-мени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты; опреде-ление степени утраты профессио-нальной трудоспособности лиц, по-лучивших трудовое увечье или проф-ессиональное заболевание; уровня и причин инвалидности населения и др. Закон обращает внимание на ос-новные направления решения про-блем инвалидов. В частности, в нем говорится об их информационном обеспечении, вопросах учета, отчет-ности, статистики, потребностях ин-валидов, о создании безбарьерной среды жизнедеятельности. Создание реабилитационной индустрии как промышленной базы системы соци-альной защиты инвалидов предпол-агает производство специализиро-ванных средств, облегчающих труд и быт инвалидов, предоставление со-ответствующих реабилитационных услуг и при этом частичное обеспе-чение их трудовой занятости. Закон говорит о создании комплексной системы многопрофильной реабили-тации инвалидов, включающей ме-дицинский, социальный и профес-сиональный аспекты. Затрагивает он и проблемы подготовки професси-ональных кадров для работы с ин-валидами, в том числе и из самих инвалидов. Важно, что эти же направления уже более детально разработаны в Федеральной комплексной програм-ме "Социальная поддержка инвали-дов". Собственно, с выходом Зако-на можно говорить о том, что Феде-ральная комплексная программа по-лучила единую законодательную базу. Теперь предстоит серьезная ра-бота над тем, чтобы Закон работал. Предполагается, что специализиро-ванные государственные службы бу-дут создаваться при Минсоцзащиты.

Социально-средовой аспект

Социально-средовой включает в себя вопросы, связанные с микросоциальной средой (семья, трудовой коллектив, жи-лище, рабочее место и т.д.) и макросоциальным окружением (градообразующая и информационная среды, соци-альные группы, рынок труда и т.д.).

Особую категорию "объектов" обслужива-ния социальными работниками представляет семья, в кото-рой имеется инвалид, либо пожилой человек, нуждающийся в посторонней помощи. Семья такого рода является микро-средой, в которой живет нуждающийся в социальной под-держке человек. Он как бы вовлекает ее в орбиту обострен-ной потребности в социальной защите. Специально проведенным исследованием Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю., Соболь А.Я. Орга-низационно-методические аспекты деятельности социально-го работника. В кн.; Социальная работа в учреждениях здра-воохранения. -- М., 1992, (Департамент проблем семьи, женщин и детей МСЗ РФ. Центр общечеловеческих ценно-стей). установ-лено, что из 200 семей с нетрудоспособными членами в 39, 6% имеются инвалиды. Для более эффективной органи-зации социального обслуживания социальному работнику важно знать причину инвалидности, которая может быть обусловлена общим заболеванием (84, 8%), связана с пребы-ванием на фронте (инвалиды войны - 6, 3%), либо являют-ся инвалидами с детства (6, 3%). Принадлежность инвалида к той или иной группе связана с характером льгот и приви-легий. Роль социального работника состоит в том, чтобы, опи-раясь на осведомленность в этом вопросе, способствовать реализации льгот в соответствии с существующим законода-тельством. При подходе к организации работы с семьей, имеющей инвалида либо пожилого человека, для социального работ-ника важно определить социальную принадлежность этой семьи, установить ее структуру, (полная, неполная). Значение указанных факторов очевидно, с ними связа-на методика работы с семьей, от них зависит и различный характер потребностей семьи. Из 200 обследованных семей 45, 5% были полными, 28, 5% - неполными (в которых преимущественно мать и дети), в 26% - одинокие, среди которых преобладали жен-щины (84, 6%). Оказалось, что роль социального работника как орга-низатора, посредника, исполнителя наиболее значима для этих семей в таких сферах: морально-психологическая под-держка, медицинская помощь, социально-бытовое обслужи-вание. При оценке нуждаемости морально-психологической поддержки из всех ее видов наиболее актуальными для всех семей оказались следующие: организация связи с органами социального обеспечения (71, 5%), осуществление контак-тов с общественными организациями (17%) и восстановле-ние связей с трудовыми коллективами (17%). В организации контактов с органами социального обеспечения из полных семей нуждается 60, 4%, из неполных - 84, 2%, одинокие в 76, 9%. В осуществлении связей с общественными организа-циями нуждаются соответственно - 27, 5%, 12, 3%, 3, 8% се-мей. В восстановлении "связей с трудовыми коллективами нуждаются 19, 8% полных семей, 5, 9% неполных и 26, 9% одиноких лиц. Крайне небольшое число семей (4, 5%) из числа обсле-дованных нуждается в реализации прав на льготы. Возмож-но, это объясняется недостаточной информированностью членов семьи о льготах, которые имеют инвалиды. Еще в меньшей степени семьи, имеющие в своем составе инвали-дов, нуждаются в устранении конфликтных ситуаций (3, 5%) и в психолого-педагогической поддержке. По-видимому, невостребованность такого рода помощи можно объяснить не-привычностью для нашего общества вмешательства в ин-тимную среду семьи, необычностью постановки вопроса, то есть несформированностью потребности. При анализе нуждаемости в организации медицинского обслуживания 71% семей испытывает необходимость в на-блюдении участкового врача, почти половина семей (49, 5%) нуждаются в консультациях узких специалистов, а 17, 5% - в диспансерном наблюдении. В полных семьях ранговые ме-ста в потребности указанных видов медицинской помощи несколько иные: на первом месте (50, 7%) стоит нуждае-мость в наблюдении участкового врача, на втором (40%) - в диспансерном наблюдении, на третьем (30, 3%) - в консуль-тациях узких специалистов. В неполных семьях наибольшая нуждаемость (37, 4%) в диспансерном наблюдении, 35, 4% се-мей нуждаются в консультациях узких специалистов и 26, 7% - в наблюдении участкового врача. У одиноких преобладает нуждаемость в консультациях узких специалистов (34, 3%) и в равной степени (по 22, 5%) в наблюдении участкового вра-ча и диспансерном наблюдении.

Установлено, что наибольшая нуждаемость обследован-ных семей касается социально-бытовых услуг. Это объясня-ется тем, что нетрудоспособные члены семей ограничены в своей подвижности, нуждаются в постоянном постороннем уходе и "привязывают" к себе здоровых, которые не могут осуществлять доставку продуктов, медикаментов и оказы-вать им различные другие бытовые услуги, связанные с вы-ходом из дома. Кроме того, в настоящее время это можно объяснить и социальной напряженностью, трудностями продовольственного обеспечения и в получении бытовых услуг. В связи с этими обстоятельствами резко возрастает роль социального работника. При оценке нуждаемости семей в организации соци-ально-бытового обслуживания выявлено следующее. Наи-большая потребность у всех обследованных семей касается услуг прачечной (88, 5%), химчистки (82, 5%), обувной мас-терской (64, 6%). Выявлена также нуждаемость в уборке квартиры (27% семей), ремонте жилища (24, 5%), в равной степени (у 20, 5% семей) - в доставке продуктов и медика-ментов. Сравнительный анализ различных категорий семей по-казал, что у одиноких по сравнению с другими семьями отмечается повышенная нуждаемость в доставке продуктов (50%), в уборке квартиры (46, 2%), в доставке медикаментов (40, 4%). Полученные данные показывают, что нуждаемость се-мей, в состав которых входят нетрудоспособные члены, определяется социально-экономическим положением в стране, с одной стороны, и ограниченными возможностями самообеспечения инвалидов, с другой. По-видимому, в связи с социально-экономической ситуацией находится и нуждае-мость обследованных семей в прикреплении пожилого чело-века к центру социального обслуживания, где он получает бесплатное питание, медицинскую помощь, а также возмо-жность, общения. Из всех изученных семей в такой помощи нуждаются 33, 5%. Наибольшая потребность в этом у одино-ких, почти половина из них (48, 1%) нуждаются в посеще-нии центра социального обслуживания. Из неполных семей нуждаются в этой помощи 33, 3%. Роль социального работника в этом последнем случае заключается не только в выявлении нуждающихся в помощи центра социального обслуживания, но и с учетом матери-ального положения семьи - в определении кратности при-крепления пожилого человека к данному учреждению. Эти-ми обстоятельствами не только определяются функции со-циального работника, но и его престижность. Таким образом, оказалось, что наибольшая нуждаемость в социальной защите всех обследованных семей в настоящее время группируется вокруг социально-бытовых проблем, наиболее уязвимые с точки зрения социальной защиты оди-нокие нетрудоспособные граждане нуждаются в доставке продуктов и медикаментов, уборке квартиры, прикреплении к центрам социального обслуживания. Невостребованность морально-психологической поддержки семей объясняется несформированностью потребностей такого рода, с одной стороны, и сложившимися национальными традициями в России, с другой. Оба эти фактора взаимосвязаны. Необходимо формирование сферы деятельности соци-ального работника. Помимо тех обязанностей, которые из-ложены в нормативных документах, квалификационной ха-рактеристике, с учетом современной ситуации важно не только выполнение организационных, посреднических функций. Определенную актуальность приобретают иные виды деятельности, среди которых: информированность на-селения о возможности более широкого пользования услуга-ми социального работника, формирование потребностей на-селения (в условиях рыночной экономики) в защите прав и интересов нетрудоспособных граждан, реализация мораль-но-психологической поддержки семьи и др. Таким образом, роль социального работника во взаимо-действии с семьей, имеющей инвалида либо пожилого чело-века, имеет много аспектов и может быть представлена в виде ряда последовательных этапов. Началу работы с семьей такого рода должно предшествовать выявлений этого "объе-кта" воздействия социального работника. С целью полного охвата семей с пожилым человеком и инвалидом, нуждаю-щихся в помощи социального работника, необходимо ис-пользовать специально разработанную методику.

Психологический аспект

Психологический аспект отражает как личностно-психологическую ориента-цию самого инвалида, так и эмоциональ-но-психологическое восприятие пробле-мы инвалидности обществом. Инвалиды и пенсионеры относятся к кате-гории так называемого маломобильного населения и явля-ются наименее защищенной, социально уязвимой частью общества. Это связано прежде всего с дефектами их физиче-ского состояния, вызванного заболеваниями, приведшими к инвалидности, а также с имеющимся комплексом сопутству-ющей соматической патологии и с пониженной двигатель-ной активностью, характерными для большинства предста-вителей старших возрастов. Кроме того, в значительной сте-пени социальная незащищенность этих групп населения связана с наличием психологического фактора, формирую-щего их отношение к обществу и затрудняющего адекват-ный контакт с ним. Психологические проблемы возникают при изолированности инвалидов от внешнего мира, как вследствие имеющихся недугов, так и в результате непри-способленности окружающей среды для инвалидов на крес-ло-колясках, при разрыве привычного общения в связи с выходом на пенсию, при наступлении одиночества в резуль-тате потери супруга, при заострении характерологических особенностей в результате развития склеротического про-цесса, характерного для пожилых людей. Все это ведет к возникновению эмоционально-волевых расстройств, разви-тию депрессии, изменениям поведения.

Старость - особый период в жизни человека, когда ли-бо вовсе не строятся далеко идущие планы, либо они резко суживаются и ограничиваются витальными потребностями. Это период, когда появляется множество старческих неду-гов, которые обусловлены не только, а может быть и не столько наличием хронической соматической патологии. Снижение жизненного тонуса, лежащего в основе всевозмо-жных недугов, в значительной степени объясняется психо-логическим фактором - пессимистической оценкой будущего, бесперспективностью существования. При этом, чем глубже самоанализ, присущий данной личности, тем слож-нее и болезненнее психологическая перестройка. На состоя-ние жизненного тонуса оказывает влияние и способ реаги-рования на соматические ощущения, которые также связа-ны с особенностями личности пожилого человека. Особенно чреват в этом возрасте "уход в болезнь". При подходе к процессам старения и старости рассмат-риваются две стороны этой проблемы: - особенности психической деятельности, обусловлен-ные возрастными изменениями мозговой деятельности, то есть биологическими процессами старения; - психологические феномены, представляющие собой реакции стареющего человека на эти изменения или на но-вую (внутреннюю или внешнюю) ситуацию, сложившуюся под влиянием биологических и социальных факторов. Изменения, происходящие в старости в области психи-ческой сферы, наблюдаются на различных уровнях: лично-стном, функциональном, органическом. Знание этих осо-бенностей очень важно для социальных работников, так как позволяет им оценить ситуацию общения с пожилыми людьми, скорректировать свои психологические реакции и прогнозировать ожидаемые результаты. Личностные изменения, расцениваемые как признаки биологически обусловленного старения, выражаются в уси-лении и заострении прежних свойств личности, с одной стороны, и в развитии общих, собственно возрастных ниве-лирующих черт, с другой. Первая группа изменений проявляется в том, что, например, бережливый становится скупым, недоверчивый - подозрительным и т.д. Вторая группа личностных изменений выражается в по-явлении ригидности, нетерпимости, консерватизма в отно-шении всего нового при одновременной переоценке про-шлого, склонности к нравоучительству, ранимости, обидчи-вости. Старческим изменениям личности присуща своеобраз-ная полярность: так, наряду с упрямством и ригидностью суждений наблюдается повышенная внушаемость и легковерие, наряду со снижением эмоциональности и отзывчивости - повышенная сентиментальность, слабодушие, склонность к умилению, наряду с переживанием чувства одиночества - нежелание контактировать с окружающими. Помимо личностных изменений, связанных с процесса-ми старения, важно также иметь в виду изменения психиче-ских функций. К ним относятся нарушения памяти, внима-ния, эмоциональной сферы, психомоторной деятельности, ориентировки и в целом - нарушение адаптационных меха-низмов. Особую значимость при общении с лицами старшего возраста приобретает знание социальным работником осо-бенностей расстройств памяти. При относительной сохран-ности памяти на события многолетней давности в старости страдает память на недавние события, нарушается кратко-временная память. Это может негативным образом отра-зиться на отношениях пожилого человека с обслуживающим его социальным работником, когда возникают претензии к качеству услуг, длительности и количеству посещений и т.д. Внимание в пожилом возрасте характеризуется неус-тойчивостью, отвлекаемостью. В эмоциональной сфере пре-обладает сниженный фон настроения, склонность к депрес-сивным реакциям, слезливости, фиксации на обидах. Для пожилого человека характерно замедление темпов психичес-кой деятельности, медлительность и неловкость моторики, снижена способность ориентировки в окружающем. Ломка адаптационного механизма, свойственная пожи-лому возрасту, сказывается в новых условиях (при смене ме-ста жительства, привычного окружения, при необходимости осуществления контактов в непривычной обстановке и т.д.). При этом возникают реакции дезадаптации, которые имеют различную степень выраженности - от личностных до кли-нически очерченных. Психические изменения в пожилом возрасте, связан-ные с патологическими процессами, проявляются в различ-ных (нозологических) заболеваниях, характерных для пожилого и старческого возраста. К ним относятся клинические проявления деменций, бредовых и аффективных рас-стройств. Диагностика этих состояний является прерогати-вой врача. Роль социального работника, имеющего постоян-ный контакт с пожилыми людьми, состоит в том, чтобы, бу-дучи элементарно информированными о таких состояниях, уметь выявить признаки заболеваний и организовать по-мощь специалиста.

Общественно - идеологический аспект

Общественно-идеологический аспект определяет содержание практической деятельности государственных институ-тов и формирования государственной политики в отношении инвалидов и ин-валидности. В этом смысле необходимо отказаться от господствующего взгляда на инвалидность, как показателя здоро-вья населения, а воспринимать его как показатель эффективности социальной политики, и осознавать, что решение проблемы инвалидности - во взаимо-действии инвалида и общества.

Развитие социальной помощи на дому яв-ляется не единственной формой социального обслуживания нетрудоспособных граждан. С 1986 года начали создаваться так называемые Центры социального обслуживания пенсио-неров, в состав которых помимо отделений социальной по-мощи на дому вошли совершенно новые структурные под-разделения - отделения дневного пребывания. Целью организации таких отделений было создание своеобразных центров досуга для пожилых людей, независи-мо от того, проживают они в семьях или одиноки. Преду-сматривалось, что в такие отделения люди будут приходить утром, а вечером возвращаться домой; в течение дня они бу-дут иметь возможность находиться в уютной обстановке, об-щаться, содержательно проводить время, участвовать в раз-личных культурно-массовых мероприятиях, получать одно-разовое горячее питание и при необходимости доврачебную медицинскую помощь. Основной задачей деятельности таких отделений явля-ется помощь пожилым людям в преодолении одиночества, замкнутого образа жизни, наполнение существования но-вым смыслом, формирование активного образа жизни, час-тично утраченного в связи с выходом на пенсию.

Исследование мотивов посещения отделения дневного пребывания показало, что ведущим для подавляющего боль-шинства лиц является желание общаться (76, 3%), вторым по значимости является возможность получения бесплатного или по льготной стоимости обеда (61, 3%); третьим в иерар-хии мотивов является желание содержательно проводить свой досуг (47%). Такие мотивы, как стремление избавить себя от процесса приготовления пищи (29%) и неудовлетво-рительная материальная обеспеченность (18%) не занимают ведущего положения у основного контингента посещающих отделение. В то же время почти у половины граждан (46, 7%) имеются еще и другие мотивы, привлекающие их в отделение дневного пребывания. Так, ежедневное посеще-ние заставляет их "быть в тонусе", "дисциплинирует", "напо-лняет жизнь новым смыслом", "позволяет расслабиться". У отдельных граждан длительное посещение отделения спо-собствовало существенному улучшению состояния здоровья (урежение приступов бронхиальной астмы, сосудистых кри-зов и др.). Положительное воздействие на эмоциональную сферу оказывает уютная обстановка, доброжелательность ра-ботников отделения, а также возможность в любой момент получить медицинскую помощь, заниматься лечебной физ-культурой.

В последние годы в ряде Центров социального обслу-живания появилось новое структурное подразделение - Служба срочной социальной помощи. Она предназначена для оказания неотложной помощи разового характера, на-правленной на поддержание жизнедеятельности граждан, остро нуждающихся в социальной поддержке. Организация такой службы была вызвана изменением социально-эконо-мической и политической ситуации в стране, появлением большого числа беженцев из горячих точек бывшего Совет-ского Союза, бомжей, а также необходимостью оказывать срочную социальную помощь гражданам, оказавшимся в экстремальных ситуациях в связи с природными катаклиз-мами и т.д. В соответствии с нормативным документом Приказ Минсоцзащиты населения РСФСР от 04.02.1992 г. №21 "Об утверждении Положения о территори-альной службе срочной социальной помощи"., Служ-ба срочной социальной помощи должна размещаться в спе-циально отведенном помещении, имеющем все виды ком-мунального благоустройства, складские помещения для хра-нения предметов натуральной помощи (одежды, обуви, по-стельного белья, набора лекарственных препаратов и пере-вязочных средств для оказания срочной доврачебной помо-щи и др), иметь телефонную связь. Основными направлениями деятельности Службы явля-ются: - предоставление необходимой информации и кон-сультаций по вопросам социальной помощи; - обеспечение бесплатным горячим питанием или про-дуктовыми наборами (по талонам в закрепленном предпри-ятии общественного питания; талоны могут выдаваться на одно посещение столовой либо, после обследования соци-ально-бытовых условий потерпевшего сроком на месяц); - предоставление одежды, обуви и других предметов первой необходимости; - оказание материальной помощи; - содействие в получении временного жилья (в ряде случаев совместно с иммиграционной службой); - направление граждан в соответствующие органы и службы для квалифицированного и полного разрешения их вопросов; - оказание экстренной психологической помощи, в том числе, по "телефону доверия"; - оказание других видов помощи, обусловленных реги-ональными особенностями (в том числе, срочной юридичес-кой помощи инвалидам и лицам старших возрастов, не име-ющих возможности получить услуги государственной юри-дической службы).

«Государственная власть в Российской Федерации осуществляется...» (ст. 10 Конституции РФ) (одна власть, а не три власти) на основе ее разделения на законодательную, исполнительную и судебную.

**Принципы системы органов государственной власти РФ**: 1) разделение властей; 2) единство ор­ганов государственной власти.

В РФ выделяются три **ветви власти:**законодатель­ная (Федеральное Собрание РФ); 2) исполнитель­ная (Правительство РФ); 3) судебная (Конституци­онный Суд РФ, Верховный Суд РФ, федеральные суды общей юрисдикции и т.д.).

Президент РФ является главой государства и не относится ни к одной из ветвей власти, но его пол­номочия наиболее близки к исполнительной.

Глава государства в РФ является как бы противо­весом между законодательной и исполнительной властью. Он сдерживает путем применения согла­сительных и принудительных мер Федеральное Соб­рание РФ в случае, если то выразило недоверие Правительству РФ, в свою очередь Федеральное Собрание вправе отрешить Президента РФ от за­нимаемой должности, если политика, диктуемая им Правительству РФ, не отвечает интересам России и является преступной.

Разделение властей означает разграничение ор­ганов власти в их компетенции, но существует в условиях единой системы органов власти и при наличии взаимодействия этих органов, взаимного контроля, «сдержек и противовесов».

Поэтому можно выделить **черты разделения властей:**1) самостоятельность и независимость ветвей власти в осуществлении своих полномочий, установленных Конституцией РФ; 2) наличие взаи­модействия и взаимного контроля законодательной, исполнительной и судебной властей. **Взаимодействие властей:**1) законодательная власть издает законы, на основании которых действу­ют исполнительная и судебная власти, осуществляет бюджетный контроль, назначает или утверждает долж­ностных лиц исполнительной и судебной властей; 2) исполнительная вносит в парламент проекты законов, отвечает за исполнение бюджета, внешней и внутренней политики; 3) судебная применяет законы и толкует Конституцию РФ, может признать законы, акты правительства или их отдельные пред­писания недействующими в силу их несоответствия Конституции или законам, осуществляя таким образом контроль за решениями, принимаемыми органа­ми государственной власти.

Каждая из ветвей власти самостоятельна и неза­висима в пределах своей компетенции, но не мо­жет вмешиваться в деятельность иной власти, т. е. не вправе нарушать самостоятельность и независи­мость других органов власти.

Единство государственной власти выражается в единстве природы власти: все ветви получают свои полномочия только от народа России, так как только он является единственным носителем госу­дарственной власти в РФ.

Единство органов государственной власти также предполагает, что их компетенция, порядок форми­рования, формы взаимного контроля и взаимодей­ствия установлены Конституцией РФ, федеральны­ми конституционными и федеральными законами. Компетенция, порядок формирования и т. п. установлены для всех уровней власти: федерально­го и субъектов РФ.