

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Уральский государственный университет им. А.М. Горького»

ИОНЦ «Толерантность, права человека и предотвращение конфликтов, социальная интеграция людей с ограниченными возможностями»

Факультет политологии и социологии
Кафедра социальной работы

ХРЕСТОМАТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ
С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Авторы-составители:

Старшинова А.В., д.с.н., зав. кафедрой социальной работы

Ерина Е.Л., к.п.н., доцент кафедры социальной работы

Екатеринбург
2007

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----|
| Тема 1. Проблемы детей с ограниченными возможностями развития в контексте государственной социальной политики | 3 |
| Дж. Манро Руководство по социальной работе. Ч. 1 Методология социальной работы/ Пер с англ. Д.Токмениновой.- Екатеринбург: Изд-во УрГУ, 2003, с. 23-31 | 3 |
| Петрова В.Г., Белякова И.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? — М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 1998. — с.4-39 | 10 |
| Тема 2. Комплексная реабилитация детей с врожденными пороками развития. | 45 |
| ХолостоваЕ.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. – М.: «Дашков и Ко», 2002. – с.79-87..... | 45 |
| ХолостоваЕ.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. – М.: «Дашков и Ко», 2002. – с.140-158..... | 52 |
| Тема 3. Медико-социальные аспекты реабилитации детей с тяжелыми нарушениями зрения. | 69 |
| Обучение и коррекция развития дошкольников с нарушенным зрением: Методическое пособие/под ред. проф. Л. М. Шипицыной, - С.-Пб: «Образование», 1995 – с.66-76..... | 69 |
| Тема 4. Психолого-педагогическая реабилитация детей с тяжелыми нарушениями зрения. | 79 |
| ХолостоваЕ.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. – М.: «Дашков и Ко», 2002. – с.107-119..... | 79 |
| Тема 5. Социально-правовые аспекты реабилитации детей с тяжелыми нарушениями зрения. | 99 |
| Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: «Питер», 2004.- с. 49-79..... | 99 |
| Тема 6. Социальная работа в системе комплексной реабилитации ребенка с тяжелыми нарушениями зрения и его семьи. | 120 |
| ХолостоваЕ.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. – М.: «Дашков и Ко», 2002. – с.239-244..... | 120 |
| Обучение и коррекция развития дошкольников с нарушенным зрением: Методическое пособие/под ред. проф. Л. М. Шипицыной, - С.-Пб: «Образование», 1995 – с.11-16..... | 126 |
| Старшинова А.В. Социальная работа в детском реабилитационном центре (опыт социологического исследования, проблемы стандартизации). - Екатеринбург: Изд-во «Бонум», 1999. – с. 108-116..... | 131 |
| Тема 7. Участие семьи в реабилитации незрячего ребенка: исследование возможностей семьи. | 137 |
| Т.А. Басилова Воспитание в семье ребенка раннего возраста со сложным сенсорным или множественным нарушением: серия «Заочная школа для родителей» – М.: Изд-во Российской государственной библиотеки для слепых, 2001..... | 137 |
| Рафаловски Тереза Х. Ранняя интервенция слепых и слабовидящих детей/ Пер.с англ. Г.С.Елфимовой – серия «Заочная школа для родителей» – М.: Изд-во Российской государственной библиотеки для слепых, 2001..... | 155 |
| Слепой ребенок в семье: Книга для родителей./ Под ред. Л.И. Солнцевой – М.: НИИ дефектологии АПН СССР, 1989. – с. 44-56. | 161 |
| Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: «Питер», 2004.- с. 123-133 | 175 |
| Тема 8. Ресурсы общественных объединений в реабилитации детей с тяжелыми нарушениями зрения. | 186 |
| Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: «Питер», 2004.- с. 215-221 | 186 |

Тема 1. Проблемы детей с ограниченными возможностями развития в контексте государственной социальной политики

Дж. Манро Руководство по социальной работе. Ч. 1 Методология социальной работы/ Пер с англ. Д.Токмениновой.- Екатеринбург: Изд-во УрГУ, 2003, с. 23-31

ТЕОРИЯ ПРИОБРЕТЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ

Поскольку одной из целей социальной работы является активизация внутреннего потенциала человека для того, чтобы быть в состоянии жить независимо, будет полезно понять, каким образом у некоторых людей формируется зависимость. Вопросы беспомощности и подавления будут рассмотрены в другом разделе. Однако важно понять, что некоторые люди становятся беспомощными из-за оказываемого на них давления, имея очень маленькую возможность или не имея никакой возможности принимать решения или делать выбор в своей жизни. Оба эти вопроса тесно взаимосвязаны, однако могут быть рассмотрены по отдельности. Социальный работник должен быть способен рассматривать жизнь индивидуального человека в более широкой перспективе, т.к. если внимание уделяется только приобретенной беспомощности, это накладывает на человека вину, хотя причина может быть в общественных устоях или подавлении. Главное, во что должен верить социальный работник, это то, что люди способны самостоятельно справляться со своими трудностями У социального работника должны быть навыки и возможности для выявления и последующей максимизации скрытого потенциала каждого человека.

Теория приобретенной беспомощности основана на исследованиях, проводившихся на животных и людях психологом Селигман (Seligman), который заключил, что:

«Если то, что вы делаете никак не влияет на то, что с вами происходит, у вас формируется ощущение, что ваши действия не принесут никаких полезных результатов. У вас уменьшается возможность (не обязательно, способность) адаптировать свое поведение в зависимости от ситуации».

Поскольку их собственные действия не приносят никаких ощутимых результатов, у людей пропадает мотивация, они находятся в тревоге и депрессии, а также пропадает способность эффективно размышлять самостоятельно. Ощущение и чувство бессилия перед реальностью могут начать прогрессировать внутри индивидуума до тех пор, пока не разовьется состояние беспомощности. Вероятнее всего, именно в этот момент люди попадают с сферу внимания социальных работников и работников здравоохранения, которые проявляя заботу, часто перехватывают инициативу и принимают решения за клиентов. Если на протяжении всей своей жизни люди ощущали себя бессильными, они не стремятся контролировать свою жизнь и приобретают беспомощность.

Классический условный рефлекс

Существуют две основные теории, объясняющие тип приобретенного поведения. Первая - это *классический условный рефлекс*, где определенному воздействию соответствует конкретная условная реакция. Самым известным исследованием в этой области является опыт с собаками Павлова, при котором еда давалась собакам при звуке колокольчика. Вскоре звук колокольчика начал ассоциироваться у собак с едой и через некоторое время у собак при звуке колокольчика начинала автоматически выделяться слюна даже в том случае, когда самой еды не было. Классический условный рефлекс может проявляться и как физическая реакция. Лучшим примером является изучение сокращения кровяных сосудов, что является автоматической реакцией человеческого тела на холод. Кровеносные сосуды сокращаются, чтобы сохранить необходимую температуру тела. В течение несколько недель, люди, принимавшие участие в исследовании, должны были погружать руки в ледяную воду, в то же время слыша звон колокольчика. По прошествии нескольких недель, когда бы эти люди ни слышали звон колокольчика, их кровеносные сосуды сужались даже в отсутствие холода.

Эта теория также помогает объяснить страхи и фобии (бессознательные страхи). В исследовании, получившем название «маленький Альберт», изображение белого кролика сопровождалось внезапным громким шумом, который

пугал маленького ребенка. Вскоре развилась боязнь кроликов, которая однако получила и дополнительное развитие и как фобия относительно похожих предметов, таких как вата и снег. Страх также развился и в фобию относительно людей с бородами, и маленький ребенок начал бояться Санта Клауса. Поэтому условная реакция на какой-то раздражитель с легкостью переносится на другие раздражители. К примеру, условный страх независимости ведет к боязни таких связанных с ней вещей как боязнь преодоления трудностей и страх перемен. В большой степени, зависимость советских времен - это бессознательная реакция на ситуацию. Если люди понимают, что их потребности удовлетворяются с помощью других, они начинают зависеть от других людей все больше. Этот режим обеспечивал такое положение, при котором люди теряли способность справляться с трудностями самостоятельно, увеличивалась зависимость от государства, а также создавались дополнительные рабочие места, например, в сфере здравоохранения.

Операциональная условность

Вторая теория - это теория операциональной условности, т.е. поощрения определенного типа поведения. Исследование проводилось с тремя группами голубей. Каждая группа голубей была помещена в клетку с кнопкой, которую нужно было нажать для того, чтобы получить зерно. Первая группа голубей получала зерно при каждом нажатии на кнопку, вторая - через каждые десять ударов клювом, в третьей группе голуби получали зерно через нерегулярные интервалы времени. Когда зерно закончилось, голуби из первой группы перестали клевать кнопку почти сразу же, голуби второй группы сдались через десять минут, а голуби третьей группы продолжали клевать кнопку пока не умерли.

Если поощрение определенного поведения происходит через случайные промежутки времени, как это было в советские времена, когда такие поощрения как квартиры, мебель, статус и даже еда, выдавались для поощрения желаемого поведения, однако только через нерегулярные промежутки времени, те, кто получает поощрения, становятся пассивными. Пассивное поведение продолжается

долгое время после того, как поощрения больше не выдаются Это происходит и в настоящее время.

Если же используются как позитивное поощрение (награды) за желаемое поведение, так и негативное поощрение (наказания), чтобы уничтожить не желательное поведение, выработанную манеру поведения очень трудно впоследствии изменить. Такой тип условности оказал влияние не только напрямую на индивидуумов в советские времена, но также знание о наградах и наказаниях увеличило желаемую манеру поведения зависимости от государства во всем обществе.

Наиболее трудно внести изменения в поведение, когда плохое поведение воспринимается как хорошее и наоборот. Например, сама сущность человеческого существа в том, чтобы быть настойчивым и независимым, заботиться о других людях в обществе, быть любопытным. Понаблюдайте за естественным любопытством ребенка, его желанием ходить без помощи, желанием говорить и общаться, в конце концов принимать участие во взрослой жизни. Если настойчивость и независимость внезапно провозглашаю гая плохим поведением, а пассивность и зависимость -хорошим, возникает огромный внутренний психологический конфликт, вызывающий сбой психики, и даже физиологические изменения. С другой стороны, индивидуумы могут просто войти в состояние отрицаниями никогда не приспособиться к переменам.

« инициатива наказуема» ,

В советские времена у людей была ролевая модель, идол, которому нужно было следовать, например, Ленин, Сталин и всегда кто-то, кто говорил им, что нужно делать. Цитата, приведенная выше, являлась ключевым элементом успешности этого общества Поведение людей было обусловлено этой цитатой и все вытекающие из нее элементы поведения поощрялись при каждой удобной возможности. Все отклонения от этого поведения сурово наказывались и таким образом искоренялись. Именно поэтому, эта идея бессознательно принимается и зависимость почти, что стала естественным поведением на протяжении многих поколений.

Если кому-то все время говорили, что нужно делать, как это нужно делать и другие люди всегда помогали в различных ситуациях, у него не было возможности развивать свои собственные жизненные навыки. Люди часто и не догадываются о своих истинных возможностях, поскольку другие люди берут на себя ответственность за решение его проблем. Такое случается в различных жизненных сферах, не только при советском режиме. Это может случаться из-за чрезмерной любви и заботы. Часто нет причины винить кого-то, поскольку просто существует непонимание. Например, ребенок с ограниченными физическими возможностями, может быть, никогда не поощрялся к тому, чтобы развивать свои собственные навыки и возможности, которые во взрослой жизни помогли бы ему принимать собственные решения относительно своей жизни или справляться с трудностями. Иногда людям нужно время для того, чтобы обдумать, как справиться с ситуацией. Роль социального работника не в том, чтобы поскорее что-то посоветовать, а в том, чтобы дать возможность человеку рассмотреть все возможные идеи и поддержать их. Возможно, человек испытывал неудачи в начале жизни и у него не хватает уверенности в себе.

Часто клиенты стремятся избежать перемен. Они боятся того, что, будучи в состоянии справляться с трудностями самостоятельно, они потеряют поддержку окружающих в будущем, когда она может действительно понадобиться. Клиенты могут сопротивляться переменам, поскольку перемены вызывают страх и кажутся трудными. Вероятнее всего также присутствует страх неудачи. Люди нуждаются в уверенности и поддержке и направляющих действиях со стороны социального работника.

Основная цель социальной работы не в том, чтобы установить состояние «беспомощности и бессилия», а в том, чтобы помочь людям «помогать себе». Это не всегда просто. У социального работника, как правило, ограничено время и может присутствовать искушение дать клиенту собственные ответы. Однако, уделив чуть больше времени и терпения, социальный работник может направить усилия людей к их собственной независимости.

Чем может помочь социальный работник?

- Быть честным с клиентом с самого начала. Проинформировав клиента, что целью социальной работы является продвижение клиента к обретению независимости, предотвратит появление нереалистичных ожиданий.

- Работать с сопротивлением. Клиентам будет трудно принять мысль о том, что они будут в состоянии справляться с трудностями самостоятельно во время кризиса. Возможно, социальному работнику придется провести какое-то время с клиентом, чтоб показать, что, хотя, социальный работник не будет делать ничего за клиента, однако он или она всегда будут рядом, оказывая поддержку и одобрение.

- Использовать навыки оценки потребностей, чтобы выявить собственные стратегии людей, позволяющие им справляться с трудностями. Метод, которым пользуется один человек необязательно подойдет для другого.

- Иметь в запасе набор методов, навыков и идей, помогающих справиться с трудными ситуациями, для того, чтобы предложить клиенту, однако дать возможность клиенту выявить как можно больше собственных вариантов.

- Социальный работник должен уметь выявить, какие области жизни находятся у клиента под контролем и понять, что некоторые элементы жизни клиентов не подлежат изменениям. Это нужно обсудить с клиентом. Важно ставить реалистичные цели, с тем, чтобы можно было их достичь. Социальный работник должен уметь предотвратить постановку нереалистичных целей клиентом.

- Предложить набор вариантов с тем, чтобы клиент мог выбрать наиболее подходящие (социальный работник предлагает выборку вариантов специально для этого клиента так, чтобы выполнение предложенных вариантов были было посильным для клиента).

- Поддерживать и быть рядом с клиентом, не перехватывая, однако, инициативу. Часто это бывает довольно трудным. Довольно похожая ситуация возникает, когда ребенок учится ходить. В это время родителям обычно трудно позволить ребенку сделать несколько первых шагов самостоятельно без их помощи только потому, что мы слишком хорошо знаем о возможных последствиях.

Однако мы все равно можем просто быть рядом, быть готовыми подхватить ребенка в случае падения. С клиентом может быть ситуация, когда ему или ей предстоит трудная встреча и клиент хочет, чтобы кто-то решил этот вопрос за него/нее. Одним из методов помощи клиенту на пути движения к независимости может быть, например, работая вместе, подготовиться к встрече, обсудить возможные вопросы и ответы в свете того, что именно клиент хочет добиться. После этого, можно сопроводить клиента на встречу и использовать язык тела для одобрения и поддержки. Само по себе присутствие социального работника уже снимает дисбаланс власти для клиента на встрече. Даже если все греча не увенчается успехом, нужно обсудить все возникшие трудности с клиентом и оказать позитивное участие и поддержку. Это значит подчеркнуть, что клиент хорошо справился с трудной ситуацией и похвалить все успешные элементы встречи, поскольку, скорее всего, клиент будет помнить только негативные моменты.

- Социальному работнику гораздо важнее оставаться в роли поддерживающего, чем в роли реагирующего или лично заинтересованного, поскольку личная вовлеченность может запутать клиента и привести к зависимости.

- В заключении, очень важно разработать план действий в случае неудачи. Социальный работник должен быть готов к возможным сбоям и должен иметь стратегии помощи клиентам с целью преодоления возникших трудностей. И снова, все запланированное должно быть выполнимо как для социального работника, так и для клиента. Процесс перемен - это не прямая линия, это - цикл, в котором регресс может предшествовать прогрессу.

Заключение:

Знание теории приобретенной беспомощности полезно при работе с людьми, которые долгое время были зависимы. С социальной точки зрения, в России, у людей есть ожидания того, что помощь всегда будет оказана тогда, когда это потребуется. Это, возможно, приводит к еще большей зависимости. Социальные работники могут сыграть важную роль для уменьшения этой зависимости, работая с отдельными людьми в направлении личной независимости.

Социальные работники могут также играть еще большую роль, обучая других специалистов этой модели. Другие специалисты, работающие в России, также больше верят в метод «сделать за кого-то», чем в то, что люди должны развивать свои собственные способности. Это происходит во многом в силу культурно-исторической потребности в зависимости и взаимозависимости в обществе. Теория приобретенной беспомощности может стать полезным инструментом в работе с клиентами, однако, как и все остальные теории, это не будет единственным фактором, оказывающим влияние на жизнь клиента, и потребности каждого клиента должны быть рассмотрены индивидуально.

Путь клиента к независимости требует от социального работника серьезного образования и практики в применении навыков социальной работы, а также веры в то, что у людей есть способность изменять свою жизнь. Ролевые игры и репетиции возможных трудных ситуаций с подходящими комментариями помогут развить и улучшить навыки социальной работы. Такой метод работы требует убежденности, веры в возможности людей, времени и мультидисциплинарного подхода, чувство уверенности в том, что можно будет использовать опыт и навыки других специалистов. Просто предложить помощь - это легко, тогда как работа по изменению глубоко сложившегося поведения - это довольно трудно. Однако именно это должно, в конце концов, привести к тому, что клиент станет более самостоятельным и, через какое-то время, сократится его зависимость и потребность в привлечении различных специалистов и услуг

Петрова В.Г., Белякова И.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? — М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 1998. — с.4-39

Глава I ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТЕОРИИ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

1.1. Предмет и задачи коррекционной педагогики

Коррекционная педагогика (дефектология) — наука о закономерностях развития, воспитания, обучения и подготовки к социально-трудовой адаптации различных категорий детей с отклонениями в развитии, т.е. тех, у кого в силу физических или психических дефектов (от латинского defectus — недостаток)

имеются определенные нарушения в приеме, переработке и использовании информации, получаемой из окружающего их мира. Именно поэтому для них необходимо создавать специальные условия воспитания и обучения, направленные на корригирование присущих им недостатков, на продвижение в общем развитии и социализации. Специальные условия это не всегда специальные учебные заведения, но и специальные группы или классы при обычных детских садах или школах, а также работа с ребенком в домашних условиях, осуществляемая непосредственно специалистом или под его систематическим руководством родителями. В отдельных случаях ребенок с отклонениями в развитии может посещать и массовые учебные заведения, но при этом ему необходимо обеспечить постоянную квалифицированную помощь со стороны взрослых.

В основе отклонений в развитии ребенка лежат, в одних случаях, органические или грубые функциональные нарушения центральной нервной системы, в других — периферические поражения отдельного или нескольких анализаторов; значимыми являются также резко неблагоприятные условия жизни ребенка в раннем периоде.

Обычно выделяют 10 категорий детей с отклонениями в развитии. К их числу относятся дети с нарушениями одного из анализаторов: с полной (тотальной) или частичной (порциальной) потерей слуха или зрения, неслышащие (глухие), слабослышащие, или, как их раньше называли, тугоухие, незрячие (слепые), слабовидящие, со специфическими речевыми отклонениями (аралия, общее недоразвитие речи, заикание), с нарушениями опорно-двигательного аппарата (церебральный паралич, последствия травм позвоночника или перенесенного полиомиелита), с умственной отсталостью и с различной степени выраженности задержки психического развития (разные формы психического недоразвития с преимущественной несформированностью интеллектуальной деятельности), со сложными нарушениями (незрячие умственно отсталые, слепоглухие, слепоглухие с умственной отсталостью, слепые с нарушениями речи), аутичные (активно избегающие общения с окружающими людьми).

Преобладающее большинство детей с отклонениями в развитии относится к числу умственно отсталых и имеющих задержку психического развития. Дети с полной потерей слуха или зрения, а также с грубо выраженными сложными нарушениями и аутизмом встречаются относительно редко.

Резко отличаясь друг от друга в самых различных отношениях, дети с отклонениями в развитии имеют ряд общих черт, которые позволяют объединять их в особую категорию детей. Эти черты с различной отчетливостью обнаруживаются у тех или иных групп детей, однако они прослеживаются у всех них.

У всех детей с отклонениями в развитии наблюдаются:

а) ряд достаточно резко выраженных специфических для каждой группы особенностей, не свойственных нормально развивающимся детям, т.е. нарушения системы психической деятельности. Например, грубое нарушение пространственной ориентировки и координации движений у незрячих (слепых) детей, ущербность моторики у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, да и многое другое, препятствует успешной адаптации детей в окружающей их социальной среде.

б) своеобразие и трудности в овладении родной речью, которые особенно очевидны у детей со сниженным слухом и специфическими речевыми нарушениями;

в) отклонения в приеме, переработке и использовании информации, поступающей из окружающей среды. Так умственно отсталые дети, рассматривая предмет, выделяют у него лишь немногие части и свойства и далеко не всегда осмысливают их значение.

К числу основных задач, решаемых коррекционной педагогикой, относятся следующие:

— комплексное психолого-педагогическое и клинико-физиологическое изучение основных закономерностей физического и психического развития детей, отклоняющихся от нормы

— определение качественного своеобразия структуры их нарушений;

— разработка психолого-педагогических классификаций различных ка-

тегорий детей с нарушенным развитием; обоснование дифференцированного и индивидуального подхода при их воспитании, обучении и коррекции недостатков их познавательной деятельности и личности;

— обоснование принципов организации системы разнообразных специальных учреждений, создающих оптимальные условия для воспитания и обучения отклоняющихся в развитии детей;

— установление закономерностей коррекционного учебно-воспитательного процесса, осуществляемого в специальных детских садах и школах, а также при индивидуальном обучении. Определение целей, задач, содержания, принципов и методов воспитания, обучения, трудовой и социальной подготовки различных категорий детей с нарушением развития;

— разработка специальных технических средств, помогающих детям с отклонениями в развитии более успешно и в разных аспектах познавать окружающую их действительность, устанавливая контакты с другими детьми и взрослыми;

— определение путей и средств профилактики возникновения нарушений развития у детей;

— нахождение путей, позволяющих улучшить, сделать более комфортной жизнь лиц, имеющих отклонения в развитии, в социальной среде — в семье, в учебных и трудовых коллективах.

Основные положения коррекционной педагогики строятся на базе теоретических обобщений фактических материалов, полученных путем экспериментальных исследований и целенаправленных систематических наблюдений за отклоняющимися в развитии и нормально развивающимися детьми различных возрастов. Эта работа осуществляется в клиническом, физиологическом, нейрофизиологическом, психологическом и педагогическом направлениях.

1.2. Причины возникновения отклонений в развитии у детей

Существует два комплекса причин, обуславливающих возникновение у детей отклонений в развитии — врожденные и приобретенные.

Врожденные аномалии являются следствием различных вредных влияний на зародыш и развивающийся плод во внутриутробном периоде — интоксикации, травм, нарушений питания и т.п. Они также связаны с состоянием здоровья и образом жизни беременной женщины. Так токсоплазмоз — инфекционное заболевание, распространяемое домашними животными и птицами, перейдя на плод от больной матери, может явиться причиной врожденной умственной отсталости ребенка, поражения у него органов зрения и др.

Гормональные нарушения, заболевания печени и почек, алкоголизм матери, употребление ею во время беременности медикаментов (антибиотики, сульфаниламидные препараты и др.) — все это отрицательно влияет на развитие плода.

Внутриутробное развитие нарушается также при резусной несовместимости крови матери и плода и обуславливает различные мозговые поражения у ребенка.

Нередко врожденные детские аномалии возникают как результат действия генетических (наследственных) факторов. Нарушения в строении и числе хромосом, вызванные аномалиями хромосомных наборов родителей, являются причиной некоторых грубо выраженных форм умственной отсталости, к числу которых относится болезнь Дауна. Однако неполноценность генеративных клеток родителей может быть обусловлена не только наследственностью, но и внешними влияниями. Например, действие на организм матери ядерного облучения или экологические нарушения в месте ее проживания часто приводят к различным уродствам ребенка и к его умственной отсталости.

Алкоголизм матери вызывает изменения в центральной нервной системе плода, в его костной системе и внутренних органах, приводит к различным порокам. Наблюдается так называемый «алкогольный синдром» плода, характеризующийся задержкой роста плода и, соответственно, ребенка, микроцефалией (уменьшением размеров головы), мышечной слабостью, нарушением психомоторного развития в сочетании с проявлением повышенной возбудимости и двигательной расторможенности. Эти нарушения могут усиливаться за счет

снижения слуха. Внутриутробная незрелость, соматическая ослабленность детей с алкогольным синдромом плода ведут к более частым и тяжелым заболеваниям в первые месяцы жизни.

Еще одним фактором, вредно влияющим на развитие плода, является курение матери во время беременности. Никотин отрицательно воздействует на маточно-плацентарное кровообращение, что приводит к кислородному голоданию мозга. У курящих матерей часто рождаются недоношенные, маловесные, ослабленные дети.

В настоящее время остро встает вопрос о влиянии на ребенка различных наркотических и других одурманивающих средств, употребляемых матерью во время беременности. Установлено, что многие новорожденные, чьи матери являются наркоманами, уже в утробе превращаются в наркоманов. При рождении они страдают муками абстинентного синдрома, выражающегося в пронзительном, непрекращающемся плаче, нарушении сосательного рефлекса, уменьшении массы тела.

Эти физические терзания растягиваются порой на долгие месяцы и отрицательно сказываются на здоровье младенца и на его психофизическом развитии.

Приобретенные детские аномалии возникают как следствие различных вредных влияний на организм ребенка при его рождении и в последующие периоды развития. Опасными бывают механические повреждения плода (природовые травмы), остановка дыхания у рождающегося ребенка (природовая асфиксия).

В первые годы жизни ребенка аномалии его развития могут быть вызваны некоторыми инфекционными болезнями (энцефалит, менингит, полиомиелит, корь, грипп и др.). Меньшее значение в этот период имеют травмы и интоксикации.

Не проходят бесследно для ребенка и резко неблагоприятные социальные условия его жизни. Они обуславливают раннюю детскую депривацию, затормаживающую и физическое, и интеллектуальное, и личностное развитие.

1.3. Основные проблемы коррекционной педагогики

А) Структура психики ребенка с отклонениями в развитии

- Психика человека формируется и функционирует как единая, очень сложная система, в которой все составляющие ее звенья теснейшим образом взаимосвязаны друг с другом. Ребенок, лишенный слуха, не имеет возможности воспринимать звуковые сигналы, важные для познания окружающей действительности, для создания полных и разносторонних представлений о многих объектах и явлениях (шелест листьев, пение птиц, шум подъезжающей машины, звучание радио, телевизора и т.п.). Он не может воспринимать речь окружающих и контролировать собственное произношение. Нарушено его общение с людьми. Такой ребенок не может самостоятельно научиться говорить. Если его специально не учат, то он становится немым. При отсутствии речи все развитие ребенка приобретает резко измененный характер, что в свою очередь сказывается на процессе формирования его личности.

Структура психики ребенка с отклонениями в развитии чрезвычайно сложна. Первичный дефект, например, нарушение работы анализаторов или специфические речевые дефекты, приводят к возникновению многих других отклонений вторичного, третичного и других порядков, которые возникают в процессе онтогенетического развития ребенка.

Так резкое снижение зрения существенно ограничивает возможности ребенка знакомиться с окружающей его действительностью, ориентировку в социальной среде, так как именно зрение позволяет человеку получать огромное количество информации. Представления о правилах поведения людей в обществе, о ближайшем, а тем более отдаленных предметах и явлениях оказываются у него фрагментарными, бедными, нечеткими, а подчас и искаженными. Человеческое мышление в значительной мере основывается на восприятии и представлениях. Следовательно, наглядно-действенные и наглядно-образные формы мыслительной деятельности развиваются у незрячего ребенка с определенным ущербом. А ведь они необходимы для становления словесно-логического мышления.

Ребенок, лишенный зрения, слышит речь окружающих его людей и, кажется, сам успешно ею овладевает. Однако правильно употребляя слова, он часто недостаточно понимает значение многих из них, поскольку совершенно не представляет себе того, что они обозначают, т.е. пользуется речевыми штампами. Его речь оказывается богатой словами-«пустышками» или как принято говорить вербализмами. У слепых людей, особенно у детей, отмечаются нарушения походки. Они двигаются замедленно, неуверенно и неловко. Мимика их лица также отличается специфическим характером.

Наличие у ребенка того или иного дефекта обуславливает своеобразие его дальнейшего развития. Он так или иначе приспосабливается к обстановке, находит обходные пути компенсации своего дефекта. Так, например, у незрячих (слепых) детей формируются различные способы пространственной ориентировки, связанные с тактильными, слуховыми и другим, ощущениями, в некоторой мере заменяющие отсутствующее зрение.

Установлено, что психика каждого ребенка с отклонениями в развитии, характеризуется многими специфическими особенностями. Одни из них вызваны болезнетворными факторами и квалифицируются как первичные дефекты. Например, глухота может быть вызвана атрофией слухового нерва ребенка. В данном случае потеря слуха является первичным дефектом.

Другая группа включает так называемые вторичные, третичные и другого порядка дефекты, обусловленные первичным дефектом, зависящие от него и в той или иной степени опосредствованные им. Так, например, снижение слуха у ребенка (первичный дефект) влечет за собой нарушение его речевого развития, что является вторичным дефектом и, в свою очередь, вызывает отклонения в становлении словесно-логического мышления.

Первичные дефекты обуславливают возникновение вторичных. В свою очередь, вторичные дефекты оказывают влияние на первичные. Воздействуя на вторичный дефект можно в известной мере оказать корригирующее воздействие на ту или иную деятельность ребенка. Например, ребенок со снижением слуха по мере того, как он овладевает речью под руководством и с помощью

учителя-специалиста, т.е. по мере преодоления вторичного дефекта начинает несколько более успешно пользоваться имеющимися возможностями своего слухового восприятия, т.е. остаточным слухом.

Теоретическими и экспериментальными исследованиями, проведенными крупным отечественным психологом Л.С. Выготским и его учениками, было установлено, что педагогическое воздействие на возникший у ребенка с отклонениями в развитии вторичный дефект является более эффективным, чем работа, направленная на полную или частичную коррекцию первичного дефекта. Поэтому специальное обучение предусматривает прежде всего коррекцию отклонений, обусловленных первичным дефектом.

Б) Развитие ребенка, нуждающегося в специальном обучении

Кора головного мозга ребенка характеризуется высокой пластичностью. За счет этой особенности коры дети с отклонениями в развитии способны к подлинному развитию, к положительным качественным изменениям, возникающим в личностных проявлениях, в познавательной деятельности и моторике каждого ребенка. Конечно, наблюдаемые у детей положительные сдвиги бывают очень различными и далеко не всегда происходят в короткие сроки. Все зависит от характера и степени выраженности дефекта, от окружающей ребенка социальной среды, от уровня его познавательной деятельности, личностной направленности и возможности дать волевое усилие, от квалификации работающего с ним учителя и от других факторов.

Основные закономерности нормального и аномального развития едины, хотя каждый вид отклонения придает продвижению ребенка специфический характер, замедляя и существенно изменяя его. Это положение, сформулированное Г.Я. Трошиным, акцентированное и уточненное Л.С. Выготским и другими психологами, устанавливает определенное отношение между нормальным и аномальным развитием, подчеркивая мысль об их общности, объединяет их и вместе с тем утверждает существование различий между ними. Зная закономерности развития нормального ребенка, можно продуктивно искать пути, фак-

торы и направления, способствующие развитию различных категорий детей, отклоняющихся в развитии от нормы.

Иная картина наблюдается лишь у небольшого количества дементных (слабоумных) детей, состояние которых является следствием органических заболеваний мозга или его тяжелых травм. В случаях деменции дефект носит необратимый характер и обычно ребенок с возрастом все более отклоняется от нормы.

Положение об идентичности основных закономерностей нормального и аномального развития дает основания говорить об определенной общности многих факторов, обуславливающих этот процесс, а также об их значимости.

Есть все основания разделить факторы, влияющие на продвижение ребенка с отклонениями в развитии, как и нормального, на три большие группы, выделив биологические и социальные факторы, а также собственную психическую активность ребенка.

К биологическим факторам, определяющим возможности развития аномальных детей, относятся следующие:

— характер дефекта, имеющий первостепенное значение, поскольку он обуславливает основные изменения, наблюдаемые в общей картине психического развития ребенка. Так ребенок с резким снижением зрения, во всех своих проявлениях, существенно отличается от своего сверстника с потерей слуха или с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

— выраженность дефекта, от которой зависит интенсивность проявления психологических особенностей ребенка с отклонениями в развитии. Это можно отчетливо увидеть, сопоставляя проявления детей, характеризующихся резко и слабо выраженной умственной отсталостью. Первые обычно находятся в специальных учреждениях интернатного типа, организуемые Министерством социальной защиты населения, или живут в семьях. Многие из них, хотя и не лишены слуха, не понимают обращенных к ним речи и жестов, не реагируют на свое имя, сами не научаются говорить, не усваивают элементарных форм человеческого поведения и нуждаются в постоянной помощи и опеке.

Вторые нередко посещают обычные детские сады, потом попадают в общеобразовательные массовые школы и, лишь потерпев там неудачу, переходят на специальное обучение в коррекционных классах или школах;

— время приобретения дефекта существеннейшим образом влияет на весь дальнейший ход развития ребенка. Так наиболее пострадавшими и отстающими в развитии оказываются те дети, у которых основания для умственной отсталости возникли во внутриутробном периоде.

Значительно отличаются друг от друга дети, потерявшие слух после первоначального становления речи — в 3—4 года и родившиеся с потерей слуха. В первом случае ставится вопрос о сохранении речевого опыта ребенка и его дальнейшем совершенствовании. Во втором — о формировании речи с нуля, т.е. заново;

— состояние здоровья ребенка имеет очень большое значение для его физического и психического развития. Чем более крепким и жизнестойким является детский организм, тем большее сопротивление может оказать он различным болезням.

Здоровый ребенок успешнее, чем постоянно болеющий, овладевает моторикой, успешнее и активнее усваивает многие знания, умения и навыки.

Социальные факторы играют огромную роль в продвижении детей с отклонениями в развитии. Они могут быть обозначены как обучение в широком смысле этого слова. Условно можно выделить такие его формы.

Не организованное обучение, происходящее стихийно, в силу тех или иных житейских, традиционных, обычно не учитываемых условий. Это прежде всего воздействие социальной среды, окружающей ребенка, семьи, улицы, знакомых взрослых и детей, прослушивание радиопередач, просмотр телевизионных программ и кинофильмов. Все дети с отклонениями в развитии, исключая тех, кто страдает сложными дефектами, или относится к числу глубоко умственно отсталых, непроизвольно усваивают многие знания, умения и навыки, подражая взрослым и сверстникам или следуя их требованиям, предложениям или указаниям.

Успешность такого неорганизованного обучения в значительной степени зависит от наличия благоприятной социальной среды, в которой они живут. Такой средой, в первую очередь, является благополучная, полная семья. Особое значение имеет воспитание правильных дружеских взаимоотношений ребенка с отклонениями в развитии с другими детьми из его ближайшего окружения. Не правильно думать, что отклоняющийся в развитии ребенок не может быть товарищем в обычных детских играх. Дело обстоит как раз наоборот. Общаясь с таким ребенком, играя с ним, проявляя по отношению к нему заботу и внимание, нормально развивающиеся дети становятся добрее и мягче, начинают правильно понимать его нужды и стремления. Не беда, если, обращаясь к товарищу с потерей слуха, они будут пользоваться пантомимой или воспринятыми от него мимическими знаками. Важно, что дети будут объединены общей, интересной для обеих сторон деятельностью, и нормально развивающиеся дети научатся оказывать помощь необычному ребенку, поддерживать и подбадривать, в случае необходимости будут готовы защищать его.

Что же касается ребенка с отклонениями в развитии, то дружеское общение с нормальными детьми для него бесценно. Оно предупредит возникновение чувства собственной неполноценности, ущербности, вызываемых обычно искусственно создаваемой изоляцией от других детей, положительно скажется на общем эмоциональном и умственном развитии. Ведь многие дети познают не только от взрослых, но и от сверстников, легко и непринужденно усваивая знания и навыки. К тому же постоянное взаимодействие только с взрослыми обедняет духовную жизнь ребенка, не дает ему возможности реализовать естественные детские интересы и стремление играть и дружить со сверстниками.

Не меньшую роль играет также взаимодействие со многими взрослыми, которые и не собираются учить ребенка чему-то, но всем своим поведением показывают ему пример того, как следует вести себя в тех или иных ситуациях.

Организованное обучение, осуществляемое не специалистами. Это систематические занятия родителей с ребенком, проводимые без учета имеющихся у него отклонений, пребывание в обычных детских садах и школах общего на-

значения. Следует подчеркнуть мысль о том, что если родители предъявляют ребенку слишком высокие, непосильные для выполнения требования, то у него возникает чувство собственной неполноценности, ущербности, отрицательное отношение к занятиям и другим детям, иногда и к родителям.

Если требования, предъявляемые ребенку, оказываются чрезмерно низкими, а взрослый стремится все время помогать ему, не оставляя возможности преодолевать возникающие трудности, и к тому же постоянно и необоснованно одобряет его, то ребенок начинает переоценивать свои силы, не понимая, что он может далеко не все.

Дети с отклонениями в развитии, особенно не грубо выраженными, в силу различных причин нередко оказываются в обычных детских садах и школах общего назначения. Приносит ли это им пользу? Осуществляется ли при этом процесс коррекции присущих им отклонений? Интегрирует ли он в нормальную социальную среду? Однозначно ответить на эти вопросы невозможно.

Представители теории интеграции (представители западной коррекционной педагогики) предполагают воспитание и обучение ребенка с отклонениями в развитии в группе или классе среди нормально развивающихся детей, но по индивидуальной, специально разработанной программе под непосредственным руководством специалиста-дефектолога. Это стоит очень дорого, т.к. фактически на одного, двоих или троих таких детей требуется специальный учитель или воспитатель. В настоящее время для нашей страны такое обучение фактически невозможно.

Если же ребенок с отклонениями в развитии оказывается среди нормально развивающихся детей и работающий с ним взрослый не имеет никаких сведений по коррекционной педагогике, не имеет времени и стремления уделять необычному ребенку особое внимание, то создаются далеко не самые благоприятные условия для его жизни и продвижения. Если в детском саду воспитатель безразлично и даже с раздражением относится к такому ребенку, то ребенок становится постоянно настороженным, скрытным, плаксивым или, наоборот, агрессивным и непослушным.

Что касается пребывания ребенка с отчетливо выраженными нарушениями психического развития в школе общего назначения, то оно дает незначительный положительный эффект. Конечно, ребенок кое-что усваивает, узнает правила поведения в классе, в известной мере подчиняется требованиям учителя, выполняет некоторые простейшие задания. Однако он быстро становится стойко неуспевающим учеником. Его неуспеваемость обусловлена не ленью или нежеланием учиться, а имеющимися отклонениями в развитии. Так слабослышащий ребенок не воспринимает значительную часть того, что говорят учитель и другие ученики, умственно отсталый не понимает или понимает неправильно предлагаемые ему задания, не может в должной мере овладеть навыками чтения и письма, с трудом запоминает учебный материал и не умеет пользоваться полученными знаниями.

Отстающий ученик чувствует себя в классе дискомфортно. Другие дети нередко смеются над ним. Учитель выражает недовольство. Если к тому же родители ругают и наказывают ребенка, заставляют часами делать уроки, то жизнь его становится сложной и тяжелой, а это, в свою очередь, ведет к отрицательным личностным изменениям.

В тех случаях, когда отклонения в развитии ребенка выражены не резко, то он при оказании ему систематической квалифицированной помощи со стороны родителей или приглашенного специалиста может относительно успешно обучаться вместе с нормально развивающимися детьми. Но при этом у ребенка должны быть] большая настойчивость и непреклонное желание оставаться именно в этой школе.

Специально организованное воспитание и обучение ребенка с отклонениями в развитии может проводиться в семье, где оно осуществляется родителями при систематических консультациях дефектолога или в виде индивидуальной работы с ребенком приглашенным специалистом (например, логопедом).

Специальное обучение может проводиться также в специальном детском саду или в группах обычного детского сада, в специальной школе и в специаль-

ных классах, организуемых при школа) общего назначения. Специальное обучение в наибольшей мере соответствует нуждам ребенка с отклонениями в развитии, способствует становлению его познавательной деятельности и личности.

В результате такого обучения у ребенка с отклонениями в развитии накапливаются знания, вырабатываются нужные для жизни практические умения и навыки. Кроме того, происходит коррекция и компенсация имеющегося у ребенка дефекта. Коррекция (*от* латинского *correctio* — исправление, улучшение) — это сглаживание недостатков развития ребенка с помощью различных педагогических, лечебных и технических средств.

Так, оптические приборы позволяют в известной мере скорректировать зрение слабовидящих детей. Обучение в школе для умственно отсталых детей оказывает положительное воздействие на формирование мыслительных процессов учащихся, предполагая комплексное воздействие на его познавательную деятельность, эмоционально-волевую сферу, моторно-двигательные качества, поведение и личности в целом.

Коррекционное воздействие основывается на максимальном использовании положительных возможностей ребенка с отклонениями в развитии и постепенно создает возможности для активизации нарушенных функций. Акцентируется воспитание высших психических процессов (логического мышления, произвольного запоминания и др.), которые играют ведущую роль в общем психическом развитии человека.

Эффективность коррекционно-воспитательной работы зависит от знания педагогом типологических и возрастных особенностей развития детей и индивидуальной специфики развития каждого ребенка. Особенно важно обеспечить при этом сознательное и активное выполнение детьми предложенных заданий, повысить их интерес к происходящему. Конечно, большое внимание уделяется специальной организации предметно-практической, мыслительной и речевой деятельности учащихся.

Термин «компенсация» (от латинского слова *compensatio* — возмещение) в общебиологическом значении — одна из сторон приспособляемости орга-

низма к окружающей среде при нарушении или утрате какой-либо материальной структуры или функции. Основой компенсаторного процесса является мобилизация резервных возможностей высшей нервной деятельности. В процессе компенсации происходит перестройка и замещение функций, направленная на восстановление оптимальных возможностей организма и среды. При этом, в одних случаях, функции дефектных органов замещаются другими, что позволяет организму поддерживать адекватные связи со средой, в других — нарушение, ослабленные или недоразвитые функции полностью или частично восстанавливаются, перестраиваются отношения между ними, формируются новые системы. В результате возникают новые способы получения информации, и адекватные формы поведения реализуются в условиях полного выпадения или дефектного функционирования того или иного анализатора или органа.

Формирование процессов компенсации у человека — это не только биологическая приспособляемость организма, но и формирование новых способов действия, усвоение социального опыта в условиях сознательной деятельности. Компенсация у человека связана с развитием всех сторон его личности.

Это процесс восстановления его общественно-личностных функций, а не функций отдельного органа. Компенсация дефекта у детей с отклонениями в развитии — своеобразный процесс развития, обусловленный биологическими, личностными и социальными факторами при ведущей роли последних.

Успешное развитие функций сохранных органов, замещающих ребенку с отклонениями в развитии утраченную деятельность пораженного органа (например, зрения у глухого), объясняется тем, что эти органы усиленно функционируют в его жизненном опыте. Особенности психического развития ребенка с нарушением анализатора определяются социальными последствиями, вызванными этим нарушением. Таким образом, в компенсации дефекта решающее значение имеет воспитание и обучение ребенка с отклонениями в развитии.

Конечно, не каждый дефект может быть полностью компенсирован. К тому же компенсаторные процессы при неблагоприятных условиях (переутом-

ление, заболевание) могут распадаться. В этих случаях происходит декомпенсация.

В ряде случаев может иметь место так называемая псевдокомпенсация (от греческого *psendos* — ложь, ошибка), т.е. вредные образования, возникающие у ребенка как его реакция на нежелательные проявления к нему со стороны окружающих. Так нарушение поведения у умственно отсталого ребенка часто бывает обусловлено его желанием привлечь к себе внимание окружающих, так как другим путем ему не удастся этого сделать.

Правильная организация обучения детей с отклонениями в развитии является очень сложным делом. Следует помнить, что как и для нормально развивающихся детей, наиболее эффективно такое обучение, которое осуществляется несколько опережая развитие ребенка, однако не превышает его возможностей и ведет за собой развитие.

Что же касается определения возможностей, то оно требует индивидуального обучения каждого ребенка, а для этого необходимо определить зону ближайшего развития ребенка с отклонениями в развитии. Л.С. Выготский выдвинул положение о том, что познавательная деятельность всякого ребенка характеризуется двумя зонами развития. Одна из них — зона актуального развития определяется такими заданиями, с выполнением которых ребенок в данный момент справляется самостоятельно. Другая — зона ближайшего развития может быть представлена заданиями, которые ему посильны лишь с помощью взрослого. Таким образом, зона ближайшего развития позволяет определить возможности продвижения ребенка, которые необходимо учитывать при специальном обучении.

Работа с ребенком, имеющим отклонения в развитии, не только предполагает применение определенной педагогической системы воспитания и обучения, способствующей коррекции и компенсации его дефекта и общему развитию, но и медикаментозное воздействие и использование различных технических средств — слуховых аппаратов, оптических приборов. Медикаментозное воздействие в данном случае ставит перед собой цель не излечения ребенка, но

оказания ему помощи, направленной на снятие возникающих у него дополнительных трудностей. Так у умственно отсталого ребенка, страдающего гидроцефалией (водянкой головного мозга), перенесшего черепно-мозговую травму и в ряде других случаев могут периодически возникать резкие, длительные головные боли, которые нередко могут быть ослаблены или сняты медикаментозными средствами.

Примером часто применяемого в практике технического средства может служить использование слухового аппарата, дающего возможность ребенку со сниженным слухом воспринимать различные звуки более громко и отчетливо, в том числе и речь окружающих. Важно подчеркнуть, что так называемая слуховая работа — дело очень сложное и тонкое. Ее должны выполнять специалисты, знающие, каким образом и в течение какого времени это следует делать. Осуществляемая человеком, не имеющим соответствующей подготовки, она может иметь и неблагоприятные последствия. Так ребенок, испытав при работе со слуховым аппаратом неприятные ощущения и даже боль в ушах, будет отказываться от его использования.

К числу технических средств относятся также различные оптические приборы (линзы, лупы и др.), облегчающие зрительное восприятие детей со сниженным зрением, позволяющие обучать их грамоте, не обращаясь к специальному (брайлевскому) шрифту. Техническим средством являются и аппараты, издающие звук при приближении на определенное расстояние к препятствию (стене, столбу, забору) и тем самым помогающие слепому избежать столкновения с ними и травмы.

Различного рода тренажеры применяются главным образом при работе с детьми, страдающими нарушениями опорно-двигательного аппарата и нарушениями зрения. Они способствуют развитию двигательной сферы этих детей, тренировке отдельных видов движений.

Начавшееся в дошкольном возрасте комплексное воздействие на ребенка, включающее педагогические и дополнительные средства, дает несомненный положительный эффект. Следует помнить также, что чем в более раннем воз-

расте ребенка с отклонениями в развитии начинают обучать и воспитывать люди, обладающие дефектологическими *знаниями*, понимающие его нужды, относящиеся к нему с сердечной теплотой, тем большего успеха можно ожидать, тем положительнее будет прогноз его развития.

Собственная психическая активность ребенка — его интересы, склонности, эмоции, возможность дать волевое усилие, сформированность произвольных процессов имеют огромное значение для его всестороннего продвижения. Именно поэтому так важно воспитание активной жизненной позиции ребенка с отклонениями в развитии.

1.4. Где воспитываются и обучаются дети с отклонениями в развитии

В настоящее время в нашей стране для воспитания и обучения различных категории детей с отклонениями в развитии функционируют разнообразные учреждения государственного и частного характера. Это специальные детские сады и специальные группы при обычных детских садах, специальные школы и школы-интернаты, а также специальные классы, создаваемые при школах общего назначения. Некоторые дети, главным образом те, у кого отклонения в развитии выражены не резко, посещают обычные детские сады и учатся в школах общего назначения. Многие родители таких детей систематически консультируются у дефектологов или опытных педагогов-практиков или приглашают их для проведения дополнительных занятий с детьми.

Часть детей, особенно из числа тех, что имеют грубые отклонения в развитии, воспитываются и обучаются в домашних условиях. Нередко с ними не проводится никакой коррекционной работы. Хотя встречаются и такие случаи, когда родители делают все возможное для того, чтобы способствовать развитию ребенка. Некоторое количество таких детей находится в интернатных учреждениях Министерства социальной помощи.

Детские сады для детей с отклонениями в развитии, как правило, оснащены, хоть и не всегда полностью, специальным оборудованием, приспособленным для проведения коррекционно-воспитательной работы. Так для детей со сниженным слухом предусмотрены слуховые кабинеты и слуховые аппараты.

Специальная мебель, разнообразные тренажеры, плавательные бассейны используются в детских садах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и т.п. К сожалению, это оборудование часто бывает не современным. Педагоги и воспитатели далеко не всегда имеют дефектологическое образование, но, как правило, являются хорошими практиками.

Однако специальных детских садов совершенно недостаточно для того, чтобы в них были приняты все нуждающиеся в этом дети. К тому же такие детские сады расположены лишь в крупных населенных пунктах.

Поскольку многие родители не хотят отдавать своих детей дошкольного возраста в учреждения, находящиеся на далеком расстоянии от их места жительства, в некоторых детских садах организуются специальные группы для тех или других категорий детей с отклонениями в развитии. Специального оборудования, необходимого для работы в этих группах фактически не предусмотрено. Так же дело обстоит с приглашением дефектологов. Однако заведующие детскими садами и опытные педагоги-практики прилагают большие усилия к тому, чтобы организовать возможно более продуктивную коррекционно-воспитательную работу и добиваются несомненных успехов.

Значительная часть детей со слабо выраженными отклонениями в развитии — дети с задержкой психического развития, с легкой степенью умственной отсталости, слабовидящие, слабослышащие, с нерезкими речевыми нарушениями и негрубыми недостатками опорно-двигательного аппарата посещают обычные детские сады. Если эти дети не имеют грубых отклонений в поведении, то они обычно остаются там до того времени, когда приходит пора поступать в школу. Конечно, никакой целенаправленной коррекционно-воспитательной работы с ними не проводится. Педагоги обычных детских садов к этому не подготовлены и не ставят перед собой подобной задачи. Фактически это самая обделенная группа детей с отклонениями в развитии, поскольку именно они, своевременно получив специальную помощь, могли бы значительно продвинуться в плане коррекции своего дефекта.

Тем не менее следует сказать, что нахождение ребенка с отклонениями в развитии в специальной группе детского сада или просто в обычном детском саду имеет для него положительное значение. Оно обусловлено его пребыванием в коллективе сверстников, широкими возможностями общения с ними, что важно для социальной адаптации и подготовки к дальнейшей жизни и обучению. Ведь обычно таким образом детей готовят к поступлению в специальную школу или школу общего назначения. Лишь небольшая часть детей (преимущественно с глубокой умственной отсталостью) после пребывания в детском саду попадает в интернатные учреждения Министерства социальной защиты или возвращается в семью.

Для всех категорий детей с отклонениями в развитии в России имеются специальные школы и школы-интернаты, а также специальные классы, организуемые при школах общего назначения.

В них работают учителя и воспитатели, часть из которых имеет дефектологическое образование. В специальных школах и школах-интернатах предусмотрено наличие медицинских работников, специалистов по массажу, лечебной физкультуре, слуховой работе, логопедов, которые проводят там свои занятия. Имеются наборы специального оборудования, необходимого для коррекции у детей слуха, зрения, моторики, наборы речевых игр и др.

В учебные программы введены занятия, имеющие большое коррекционно-развивающее значение. Это ритмика, лечебная физкультура, домоводство и социально-бытовая ориентировка и др.

В специальных школах и школах-интернатах большое внимание уделяется трудовому обучению и воспитанию учащихся. Мы имеем в виду формирование навыков самообслуживания и социально-бытовой ориентации, уроки ручного труда, включенные в программу младших классов, работу в различных мастерских и в сельском хозяйстве, осуществляемую на старших годах обучения. Кроме того учащиеся старших классов проходят трудовую практику на предприятиях, близко расположенных от школы, выполняя посильные виды работ. При некоторых школах организуются производственные цеха, в которых

работают выпускники. Эта инициатива обусловлена сложностью их трудоустройства и, вероятно, представляется временным явлением.

В специальных школах учителя и воспитатели много работают над воспитанием у учащихся положительного отношения к труду, необходимого для работы в коллективе. Это очень важное направление педагогической работы, имеющее большую коррекционно-воспитательную ценность. Ведь успешность социальной адаптации ученика зависит не только от наличия у него трудовых знаний, умений и навыков, но и от желания трудиться, от уважения к окружающим работающим людям. В зависимости от своих возможностей, состояния здоровья, места жительства выпускники специальных школ включаются в окружающую их социальную среду.

При специальных школах организуются классы для детей со сложными дефектами. Например, с нарушениями зрения и мыслительной деятельности или со снижением слуха и умственной отсталостью и т.п. Такие классы есть не в каждой школе. Они создаются по мере необходимости. Обучение в них осуществляется по особым программам, поскольку сложный дефект резко снижает познавательные возможности ребенка. В России есть одна школа для слепоглохих детей. Она находится в г. Сергиевом Посаде Московской области (бывший Загорск).

Все дети с отклонениями в развитии, кроме умственно отсталых и страдающих сложными дефектами (исключая слепоглохих) получают цензовое образование.

Они учатся в замедленном темпе по специальным методикам, но усваивают объем знаний, соответствующий программе начальных или средних классов школ общего назначения. Это дает возможность наиболее способным, стремящимся к знаниям подросткам после окончания специальной школы поступать на различные курсы, в ПТУ, в средние и высшие учебные заведения и продолжать свое образование.

В специальных классах, организуемых при школах общего назначения, с учениками проводится коррекционно-направленное обучение и воспитание,

однако лечебные мероприятия, такие важные занятия, как логопедические, слуховые, обучение чтению рельефных рисунков, трудовая подготовка, домоводство, социально-бытовая ориентировка и др. имеют место далеко не всегда. Это связано с отсутствием и соответствующей материальной базы и недостатком специалистов. Тем не менее специальные классы являются определенным выходом из сложной ситуации. Они дают возможность воспитывать и обучать ребенка с отклонениями в развитии в относительно благоприятных для него социальных условиях.

Часть детей с отклонениями в развитии в соответствии с желанием родителей посещают школу общего назначения. Если дефект ребенка не является грубым, а он умен и очень хочет учиться, если он систематически получает квалифицированную коррекционно-направленную помощь со стороны взрослых и при этом умеет пользоваться различными вспомогательными средствами (слуховой аппарат, линзы и др.), то он чувствует себя среди нормально развивающихся сверстников достаточно комфортно и является успевающим учеником. Конечно, оставленный в обычной школе без всякой дополнительной помощи ребенок скоро окажется в бедственном положении.

Труднее всего приходится в школе общего назначения умственно отсталым детям. Учебная программа оказывается для них слишком сложной, а темп ее прохождения — чрезмерно быстрым. Даже при дополнительных занятиях с дефектологом они не усваивают материал первого класса. Чем дальше, тем резче возрастают сложности. Их обучение является формальным. Оно мало способствует продвижению детей в общем развитии и коррекции дефекта.

Предоставленные самим себе умственно отсталые дети в обычной школе обучаться не могут. Если они по каким-то причинам задерживаются в ней, то пользы получают мало, но приобретают многие отрицательные личностные черты.

Некоторые дети с отклонениями в развитии вовсе не посещают школу, постоянно живут в домашних условиях. Обычно к их числу относятся те дети, у

которых дефект выражен очень резко. Например, находящиеся в лежачем состоянии или глубоко умственно отсталые (идиоты).

Однако в ряде случаев родители предпочитают воспитывать и обучать дома такого ребенка, который вполне мог бы быть школьником.

Домашнее обучение несомненно имеет свои положительные стороны. Прежде всего, ребенок не лишается постоянных эмоциональных контактов с родителями и близкими. Однако следует предусмотреть и организовать такие условия, при которых он не будет изолирован от других детей и взрослых.

Наиболее распространенным недостатком домашнего воспитания и обучения является то, что родители стремятся дать ребенку возможно больший объем знаний, вместо того, чтобы вырабатывать у него умения и навыки социально-бытового и специфически трудового плана. Однобокость обучения приводит к тому, что ребенок оказывается неприспособленным к элементарному самообслуживанию, к выполнению жизненно необходимых действий, т.е. становится беспомощным, ожидающим постоянной помощи.

1.5. Жизненные перспективы детей с отклонениями в развитии

Перспективы развития, получения дальнейшего образования, возможности социально-трудовой адаптации выпускников специальных школ весьма различны. Они зависят от многих причин. К их числу относятся характер и тяжесть дефекта, наличие дополнительных отклонений, а также индивидуальные особенности и способности подростка, организация его обучения и воспитания, воздействие ближайшего социального окружения, главным образом семьи и родственников. В настоящее время существенное значение приобретает неблагоприятная обстановка, складывающаяся вокруг подростка — безработица, наличие криминогенных структур, распространение алкоголизма, наркомании и др. Все это осложняет реализацию положительных жизненных перспектив.

Часть выпускников школ для детей с нарушениями зрения и слуха, с общим недоразвитием речи или с заиканием, с задержкой психического развития, с нарушением опорно-двигательного аппарата продолжает свое образование. Впрочем, применить полученные знания им бывает потом нелегко, поскольку

нужно успешно выдержать конкурс с нормально развивающимися сверстниками, получившими те же специальности. Так что часто вне зависимости от образования выпускников с помощью родителей, знакомых или школы устраивают на любые работы. Однако тот факт, что они стремятся работать, а не жить на пенсии или попрошайничать, уже говорит сам за себя.

Что касается умственно отсталых, то некоторые, наиболее сохранные в плане мыслительной деятельности и моторики молодые люди поступают в специальные ПТУ, готовящие рабочих по несложным специальностям, или в специальные группы при ПТУ, или проходят курсы ученичества на различных предприятиях, а затем трудоустраиваются. Большинство работает на различных, преимущественно неквалифицированных работах на предприятиях или в сельском хозяйстве.

Выпускники, страдающие сложными дефектами, окончив школу, учатся в единичных случаях. Однако имеются отдельные примеры того, что слепоглухие лица получают высшее образование, даже защищают кандидатские диссертации и становятся научными работниками (О.И. Скороходова, А. Суворов и др.).

Итак, большая часть выпускников специальных школ и классов трудятся без продолжения образования. Эти люди работают в различных отраслях народного хозяйства — на фабриках, заводах, в мастерских, в цехах специальных предприятий, частных фирмах, на собственных земельных участках и др. Некоторые молодые люди со сниженным зрением поют в хорах, в том числе и в церковных.

Многие повышают свою квалификацию в процессе труда, достигая при этом значительных успехов.

Более грустные перспективы у глубоко умственно отсталых юношей и тех, кто страдает сложными дефектами. Они живут и посильно трудятся в учреждениях, организованных Министерством социальной защиты или находятся на обеспечении своих родственников.

Подводя общий итог наблюдениям и ряду исследований, можно заключить, что многие дети с отклонениями в развитии, вырастая, адаптируются социально. Одни из них живут в семьях, проявляя заботу и внимание к своим близким. Другие — создают собственные семьи, воспитывают детей. Большинство стремится выполнять посильную работу, которая дает им возможность чувствовать себя полезными и нужными людьми, социально самоутвердиться. Напряженная коррекционно-воспитательная работа, осуществляемая в специальных школах, дает положительные результаты, хотя, конечно, имеют место и неблагополучные случаи.

Глава II ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

II.2. Незрячие и слабовидящие дети

Зрение — это оптическое восприятие, осуществляемое с помощью зрительного анализатора, представляющего собой сложную нервно-рецепторную систему человека и животных

Благодаря зрению человек получает огромное количество информации об окружающем мире. О цвете, форме, величине предметов, их взаиморасположении и расстоянии между ними человек узнает прежде всего с помощью зрения.

Деятельность зрительного анализатора очень важна для ориентировки человека в пространстве, для развития его двигательной сферы, для усвоения социального опыта. Зрительное, или как иначе говорят визуальное (от латинского *visualis* — зрительный) восприятие играет существенную роль в познании человеком мира, в формировании различных видов его деятельности, в установлении контактов с другими людьми.

Зрительный анализатор, как и любой другой анализатор (слуховой, двигательный и др.) состоит из трех основных отделов: периферического (глаз), проводникового (зрительный нерв, зрительные и подкорковые нервные образования) и центрального (мозговые клетки в затылочных долях коры головного мозга). Деятельность данного анализатора обеспечивает восприятие и анализ зрительных раздражений.

Дети, у которых наблюдаются стойкие нарушения зрения, принято разделять на незрячих (слепых) и слабовидящих.

Категория незрячих детей очень неоднородна по своему составу. Незрячие в медицинском смысле считаются дети, у которых полностью на оба глаза оказывается утраченной способность зрительно ощущать внешний мир, т.е. у них отсутствуют светоощущение и цветоразличение. Потеря зрения на оба глаза считается абсолютной (тотальной). К ним относятся также дети, у которых поле зрения сужено до 10° .

От медицинской слепоты следует отличать практическую слепоту. Детей с данным видом слепоты называют частично видящими, т.к. у них сохраняется светоощущение или незначительное остаточное зрение, позволяющее им в какой-то мере воспринимать цвет, свет, контуры предметов. Практическая слепота (остаточное зрение) характеризуется остротой зрения от светоощущения до 0,05 при применении обычных средств коррекции (очков). Остаточное зрение помогает ориентироваться в пространстве и служит дополнительным средством при осязании предметов и восприятии какой-либо информации о них на слух.

Незрячие дети учатся читать и писать по системе Брайля (рельефно-точечный шрифт).

Слабовидящие дети имеют остроту центрального зрения на лучше видящем глазу с коррекцией (очки, контактные линзы) от 0,05 до 0,3, а также дети с более высокой остротой зрения, но имеющие другие нарушения зрительных функций (сужение границ поля зрения) или прогрессирующие заболевания органа зрения (первичная и вторичная глаукома, незаконченная атрофия зрительных нервов, пигментная дегенерация сетчатки и т.д.)

Большая часть случаев слабовидения у детей наступает в результате аномалий рефракции глаза.

Как уже было отмечено выше различают прогрессирующие и не прогрессирующие нарушения зрения. При прогрессирующих дефектах зрения наблюдается постепенное ухудшение зрительных функций, обусловленное течением патологического процесса. Так при глаукоме повышается внутриглазное давле-

ние и происходят изменения в тканях глаза. Зрение резко снижается при появлении мозговых опухолей. При несоблюдении санитарно-гигиенических условий (постоянном чрезмерном напряжении зрения, зрительном утомлении и др.) прогрессирует близорукость, дальнозоркость (вследствие этих отклонений на сетчатке образуются неясные расплывчатые изображения).

К не прогрессирующим дефектам зрительного анализатора относятся некоторые врожденные его пороки, такие как астигматизмы, катаракта и другие.

Среди незрячих детей выделяют слепорожденных, потерявших зрение еще до рождения (во внутриутробном периоде) или до трехлетнего возраста, и ослепших, т.е. лишившихся зрения после трех лет жизни. Такое разделение основывается на том, что время потери зрения ребенка имеет существенное значение для последующего его развития. Незрячие от рождения дети не сохраняют зрительных образов памяти, т.к. они их по сути не имеют, тогда как ослепшие в той или иной мере располагают этими образами.

Дети, страдающие нарушениями зрения, характеризуются различными особенностями. Так при нарушении зрения происходит сокращение и ослабление зрительных восприятий у слабовидящих и частично видящих детей и полное прекращение восприятия детьми с тотальной слепотой. Лишенные возможности воспринимать действия и поведение окружающих их людей. Незрячие не имеют образцов для подражания социальному поведению: как следует передвигаться, сидеть за столом, пользоваться столовыми приборами (ложкой, вилкой) и т.п. Незрячие дети испытывают трудности в восприятии и наблюдении предметов и явлений действительности. Многие признаки предметов и явлений визуального характера (цвет, свет, величина, форма и др.) не воспринимаются незрячими детьми непосредственно. Большие сложности возникают у них в оценке пространственных признаков: расстояния, положения, направления и т.п. Это резко обедняет их чувственный опыт, затрудняет ориентировку в пространстве, особенно при передвижении; нарушается гармоничность развития их сенсорных и интеллектуальных функций, что, несомненно, влияет на развитие наглядно-действенного и наглядно-образного мышления.

У незрячих детей накапливается определенный запас словесных, формально правильных знаний, не наполненных конкретным предметным содержанием. Нередко у них наблюдается так называемый вербализм — недостаточное понимание слов, имеющих конкретное значение.

Имеют место также существенные изменения в развитии двигательной функции и в ориентировке в пространстве, что проявляется в снижении скорости, координации, точности, темпа, соразмерности движений. Детей затрудняет овладение такими движениями как ходьба, бег. Они испытывают трудности и при выполнении физкультурных упражнений.

Ограничивается приобретение социального опыта, навыков самообслуживания и бытового труда.

В отличие от незрячих детей от рождения, ослепшие дети располагают некоторым количеством более или менее сохранных зрительных представлений, сформированных у них до потери зрения. Это имеет огромное значение для последующего воссоздания представлений о предметах и явлениях, основывающихся на восприятии их с помощью осязания или на базе словесных описаний. Сохранность зрительных представлений, их яркость, четкость, полнота, адекватность зависят от того, в каком возрасте ребенок потерял зрение, а также от правильности организуемой с ним педагогической работы. У ослепших детей также наблюдается существенное изменение в физическом развитии, в формировании двигательной функции, в ориентировке в пространстве, в усвоении социального опыта.

Слабовидящие дети имеют некоторую возможность при знакомстве с предметами и явлениями, а также при пространственной ориентировке и при движении использовать имеющееся у них зрение. Зрение остается у них ведущим анализатором. Но их зрительное восприятие сохранно лишь частично и, поэтому, является не вполне полноценным. Оно отличается большой замедленностью, узостью обзора, снижением точности. В результате запас их зрительных впечатлений оказывается ограниченным, количественно меньшим, чем в норме, а представления имеют качественное своеобразие: они менее четки и

ярки, чем у нормально видящих, а иногда искажены. Так, если у слабовидящего ребенка нарушено цветоощущение, то цветовые характеристики воспринимаемого оттенка обеднены. При резко выраженной близорукости или дальнозоркости слабовидящий не может заметить некоторых внешне слабовыраженных признаков, важных для характеристики предмета

У них нередко наблюдаются трудности в пространственной ориентировке. При зрительной работе такие дети быстро утомляются, что может привести к дальнейшему ухудшению зрения при отсутствии мероприятий по его охране и развитию. Зрительное утомление также вызывает снижение умственной и физической работоспособности.

Остаточное зрение слабовидящего ребенка имеет очень большое значение для его развития, трудовой и социальной адаптации. Поэтому оно должно оберегаться. С этой целью необходимо периодическое консультирование в глазной клинике (у офтальмолога в детской поликлинике), правильный подбор оптических средств коррекции, рациональное освещение помещения, где живет и учится ребенок с нарушениями зрения, дозировка учебной нагрузки.

Слабовидящие дети не всегда адекватно осознают свой дефект. Трудности и неудачи, возникающие в общении, при участии в играх, при обучении неправильно оцениваются ими, обижают и раздражают. Появляется почва для формирования отрицательных черт характера — замкнутости, негативизма и пр.

У незрячего и слабовидящего ребенка в условиях специального обучения формируются приемы и способы использования других анализаторов (осязательного, слухового, двигательного и др.), представляющих сенсорную основу для компенсации нарушений зрения. В начале специального обучения эта система компенсации создает условия для правильного отражения действительности.

Процессы компенсации во многом зависят от сохранности остаточного зрения. Даже самые незначительные остатки зрения очень значимы для ориентации и познавательной деятельности детей с нарушениями зрения.

Формирование компенсаторных механизмов у незрячего и слабовидящего ребенка предусматривает формирование активной личности, стремящейся к социально обусловленной деятельности. Существенное значение имеет активизация функционирования поврежденного органа, а также замещение его деятельностью других органов. Так, осязательное восприятие, ощупывание предметов в какой-то мере заменяет зрение. Оно служит основой чувственного познания незрячих, необходимого им для повседневной жизни, учебной и трудовой деятельности. Осязательное восприятие дает возможность слепому познать некоторые признаки предметов: форму, величину, фактуру. Оно чаще всего осуществляется непосредственно с помощью руки ребенка или какого-либо орудия. Например, трости при ходьбе, грифеля, при чтении брайлевского шрифта. В учебной деятельности осязание обычно сочетается с речью ребенка и взрослого. Осязание помогает незрячему ориентироваться и на улице, и дома.

Для компенсации нарушений зрения большое значение имеет слуховое восприятие. Считается, что слух является для незрячих тем же, что для нормально развивающихся детей зрение.

Слуховое восприятие используется детьми с нарушениями зрения для ориентировки, узнавания и формирования образов окружающего мира, при движении. Незрячие, пользуясь слуховым восприятием, могут не только ориентироваться во времени и пространстве, но они могут по звуку воспроизводить своеобразный звуковой пейзаж местности. При ориентации на местности незрячие преодолевают препятствия при выборе направления движения по звукам, которые обычно не воспринимаются зрячими. Следовательно, у незрячих и слабослышащих детей слуховое восприятие является важной опорой восприятия окружающего мира, необходимого для их психического развития.

Не менее важное значение для компенсации нарушений зрения играет осязательное восприятие, т.к. оно позволяет ребенку с данным дефектом дифференцировать и опознавать предметы, близкие по форме к кругу, овалу (овощи, фрукты, ягоды и т.д.), прямоугольнику и квадрату (конверт, линейка и пр.).

За счет компенсации, конечно, не происходит полной нейтрализации дефекта зрения.

Компенсация основного дефекта происходит в условиях наиболее эффективной организации системы, содержания и методов обучения и воспитания детей с зрительными нарушениями, направленных на максимальное развитие каждого ребенка.

Воспитание высших психических процессов, коррекция познавательной деятельности и личностного развития детей с нарушениями зрительного анализатора представляют собой первоочередные задачи для тифлопедагогов. Они направляют свои усилия на повышение активности детей, особенно в интеллектуальном плане, на расширение и углубление их интересов, на предупреждение и преодоление отклонений в физическом и личностном развитии и двигательной подготовленности.

Для таких детей в нашей стране существуют специальные учебно-воспитательные учреждения: детские сады, школы, школы-интернаты, где, как правило, находятся дети с тяжелыми нарушениями зрения.

Некоторые слабовидящие дошкольники в ряде случаев посещают обычные детские сады, но если зрение ребенка ухудшается, то он должен быть переведен в специальные наиболее для него благоприятные условия.

В дошкольных учреждениях содержание и методы коррекционно-воспитательной работы с этой категорией детей направлены, в первую очередь, на развитие компенсаторных механизмов и на сохранение остаточного зрения. Для этого проводятся систематические мероприятия и занятия по развитию и охране остаточного зрения, развитию осязания и мелкой моторики рук, ориентировке в пространстве и т.д.

В специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями зрения предусмотрена работа, направленная не только на обучение и воспитание учащихся, но и коррекцию их познавательной деятельности, личности и физического развития. Она осуществляется по специальным программам и методикам. В специальных школах предусмотрено обучение незрячих детей рельефно-

точечному шрифту Брайля, состоящему из выпуклых точек, различные комбинации которых в пределах шести соответствуют определенным буквам алфавита, цифрам, знакам препинания и т.д. Введены коррекционные занятия по ритмике, лечебной физкультуре, речи, мимике и пантомимике, социально-бытовой ориентировке, тифлографике и др. Большое значение придается трудовому обучению и профориентации. Трудовое обучение включает в себя курс трудовой подготовки в начальной школе и предпрофессиональной на старших годах обучения.

В связи с замедленностью процесса чтения и письма по системе Брайля, увеличением времени на ознакомление с объектами окружающей среды начальная школа работает по программе 1—4, в старших классах срок обучения увеличивается на один год. Общий срок обучения составляет 12 лет.

Обучение слабовидящих детей также, как правило, осуществляется в условиях специальной школы, т.к. пребывание этих детей в школах общего назначения часто приводит их к неуспеваемости. Слабовидящие дети в силу своих особенностей отстают от темпа работы учащихся с нормальным зрением. Слабовидящие дети в таких условиях становятся часто раздражительными, обособляются от коллектива, что может явиться одной из причин школьной дезадаптации. В связи с этим необходимо, чтоб обучение слабовидящих детей осуществлялось в специальных детских учреждениях. Для них необходимы учебники с крупным шрифтом, с четкими, без излишней детализации рисунками, тетради с четкой разлиновкой, специальные средства наглядности. Их обучение также включает предметы коррекционного цикла: ритмику, лечебную физкультуру, социально-бытовую ориентировку и пр.

Учитывая слабое зрение учащихся, их быструю утомляемость, необходимо уменьшение зрительной нагрузки до 10—15 минут.

Общий срок обучения в школах для слабовидящих детей 12 лет.

В специальных школах для детей с нарушениями зрения используются технические средства: очки, лупы, увеличивающие аппараты и другие технические приспособления (приборы для рельефного черчения и рисования, трена-

жеры, звуковые мишени, звучащие мячи), машины и аппараты (ультразвуковые локаторы, звуковые маяки, читающие машины и т.п.). Некоторые из этих технических средств начинают использовать при обучении и воспитании ребенка, когда он еще находится в стенах детского сада.

Школы для детей с тяжелыми нарушениями зрения дают учащимся цензовое неполное среднее и среднее образование.

Успехи в развитии детей с патологией зрения зависят от клинической формы, характера и тяжести нарушения зрительной функции, от сохранности других анализаторов, от уровня развития высших форм психической деятельности и личности; от возраста, в котором утрачено зрение, а также от содержания, форм, методов обучения и воспитания и от квалификации тифлопедагогов, работающих с детьми этой категории.

Обнаружить дефекты зрения у малыша во многих случаях может мать, проводящая с ним все свое время, ухаживающая за ним. Постоянно наблюдая за поведением сына или дочери, мать заметит, что ее ребенок ведет себя как-то странно: не следит за взрослым, за его лицом, руками, за двигающейся игрушкой, не пытается ее достать и т.п. В этом случае необходимо обязательно обратиться к врачу, проверить состояние зрения малыша, а затем посоветоваться с доктором и тифлопедагогом, как следует воспитывать ребенка с нарушениями зрения.

Процесс воспитания очень сложный. Любого ребенка воспитывать всегда трудно. Тем больше возникает сложностей, если он имеет нарушения зрения. Часто родители, воспитывающие незрячего ребенка, жалея его, чрезмерно опекают малыша, тем самым лишая его всякой самостоятельности. Этого не следует делать, т.к. такое воспитание принесет ему не пользу, а только вред. Родители должны знать и помнить, что в физическом воспитании ребенка с недостатками зрения следует отводить большое место формированию у него пространственной ориентировки и развитию движений. Незрячего малыша нужно учить ходить, бегать, подниматься и спускаться по лестнице, передвигаться по квартире. Надо научить ребенка узнавать по звукам и шумам, где находится он сам,

его близкие, на каком расстоянии от него препятствие (близко или далеко), чтобы уберечь его от травм; по голосам узнавать родителей, близких, своих друзей. Следует помочь ребенку преодолеть страх перед пространством, выработать у него правильную осанку и походку (не шаркать ногами и т.д.). Специальная работа должна проводиться над тем, чтобы научить его пользоваться осязанием, развить гибкость пальцев рук, точность движений.

Формируя и развивая положительные возможности незрячих и слабовидящих детей, важно всегда использовать их сохранные анализаторы, расширять практический опыт в процессе познания им окружающего мира, общаться с ним в процессе выполнения ребенком какой-либо деятельности. Для развития остаточного зрения у слабовидящих детей нужно использовать оптические средства, следить за освещением комнаты, консультироваться у офтальмолога.

Очень важна благожелательная обстановка в семье. Ребенок с нарушениями зрения должен знать и быть уверенным в том, что его любят все члены семьи, и что он сам является не обузой своей семье, а ее равноправным членом, помощником для родителей.

Детям с нарушениями зрения необходимо общаться со своими зрячими (нормально видящими) сверстниками. Это полезно как для незрячих и слабовидящих, так и для нормально видящих детей. Однако лучше, если совместные игры проходят в присутствии взрослых, которые всегда готовы и могут прийти на помощь ребенку с дефектом зрения в случае возникновения каких-либо сложностей.

В настоящее время появилась возможность обучать ребенка с нарушениями зрения в домашних условиях. Вместе с тем, родители должны знать, что осуществлять обучение на дому должен не просто педагог, а специалист-тифлопедагог, знающий психологические особенности незрячих и слабовидящих детей, владеющий методами и методикой их обучения, хорошо знающего содержание специальных коррекционных занятий, строго выполняющий все рекомендации офтальмолога. Только в этом случае процесс обучения детей с нарушениями зрения в домашних условиях будет эффективным.

В целом можно говорить о том, что в результате специальной коррекционной работы дети с дефектами зрения достигают относительно высоких результатов в интеллектуальном развитии, приобретают положительные черты личности, необходимые для активного участия незрячих и слабовидящих детей в жизни общества.

Тема 2. Комплексная реабилитация детей с врожденными пороками развития.

Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. – М.: «Дашков и Ко», 2002. – с.79-87

Раздел II Социальная среда жизнедеятельности инвалидов

§ 1. Жилая среда

Жилая среда включает микросреду, т.е. жилище, среду обитания, в которой предусматриваются коммунальные удобства, соблюдение санитарных норм жилой площади, уют жилых помещений, оснащение жилищ мебелью, обеспечивающей безопасность пользования (проживания, передвижения, самообслуживания, досуга и т. д.) и комфортность.

Понятие комфортности жилища включает: бесперебойное энергоснабжение, обеспечивающее возможность освещения, обогрева, приготовления пищи; коммунальные услуги (водопровод, канализацию, центральное отопление), наличие лифтов и мусоропроводов, телефонов и ряд других удобств. Помимо этого общепринятого понятия комфортности, самого элементарного его выражения, комфортность обеспечивается также и архитектурно-планировочными решениями: увеличение санитарных норм жилой площади вспомогательных помещений (кладовых, антресолей, эджий, помещений для тренажеров и др.)

Указанные понятия и требования комфортности жилищ распространяются на все виды жилых помещений для всех категорий жителей. Применительно к инвалидам понятие комфортности жилищ имеет особую специфику. Эта специфика объясняется тем, что для инвалида должен быть доступ к пользованию комфортными условиями. Этим, по существу, определяется возможность создания доступной среды жизнедеятельности с помощью вспомогательных ус-

ройств и приспособлений, специальных архитектурно-планировочных решений.

В жилых помещениях обеспечивается возможность беспрепятственного перемещения инвалида за счет устранения порогов между комнатами и при выходе на балкон, установки горизонтальных настенных поручней, облегчающих передвижение.

Для инвалидов, пользующихся креслами-колясками, предусматривается широкий дверной проем лифта, пандус при выезде из подъезда, перила и поручни при спуске с лестницы.

В ВСН 62-91 предусмотрен ряд требований, предъявляемых к жилым зданиям, в которых могут проживать инвалиды.

При проектировании жилых зданий учитываются возможности пользования ими инвалидами, в том числе передвигающимися с помощью кресел-колясок или других вспомогательных средств и приспособлений.

Квартиры пользующихся для передвижения креслами-колясками и другими приспособлениями одиноких инвалидов и инвалидов с семьями, а также жилые ячейки в специализированных жилых зданиях и общежитиях, номера в гостиницах и санаториях с местами для таких инвалидов рекомендуется располагать, как правило, на первом этаже.

При устройстве выхода на придомовой земельный участок с расположенных на первом этаже здания балконов квартир для инвалидов, пользующихся креслами-колясками, этот выход должен быть снабжен пандусом или подъемником.

Площадь кухни в квартирах для инвалидов, пользующихся креслами-колясками, должна быть не менее 9 кв. м.

Ширина помещения туалетной комнаты в квартирах должна быть не менее 1,2 м, а ее глубина — не менее 1,6 м.

В передней квартиры или жилой ячейки для инвалидов, пользующихся креслами-колясками, или в непосредственной близости от передней следует предусматривать место или кладовую для хранения кресла-коляски.

При проектировании в составе предназначенной для проживания инвалида квартиры кладовой для хранения инструментов, материалов и изделий, используемых при работах на дому, площадь такой кладовой должна быть не менее 4 кв. м.

Встроенные в жилые здания или встроенно-пристроенные к ним помещения культурно-бытового и медицинского обслуживания инвалидов следует располагать не выше второго этажа.

Жилые помещения в специализированных жилых зданиях проектируются непроходными в составе жилых ячеек, которые должны объединяться в жилые группы вместимостью не более 25 человек.

В специализированных жилых зданиях для инвалидов и престарелых должны предусматриваться помещения культурно-бытового и медицинского обслуживания.

Ниже приведенные требования к входам в здания и помещения, измененные в ВСН 62-91, могут быть распространены и на жилые здания и сооружения.

Все здания и сооружения, которыми могут пользоваться инвалиды, должны иметь не менее одного доступного для них входа, который при необходимости должен быть оборудован пандусом или другим устройством, обеспечивающим возможность подъема инвалида на уровень входа в здание, его первого этажа или лифтового холла.

Предназначенные для инвалидов входы в здания и сооружения следует защищать от атмосферных осадков и предусматривать перед входом площадку размерами в плане не менее 1,0 x 2,5 м с дренажем, а в зависимости от местных климатических условий — с подогревом.

Предназначенные для инвалидов входные двери в здания, сооружения и помещения должны иметь ширину в свету не менее 0,9 м. Применение дверей на качающихся петлях и дверей-вертушек на путях передвижения инвалидов запрещается.

В полотнах входных в здания и сооружения дверей, предназначенных для инвалидов, следует предусматривать смотровые остекленные панели из проти-

воударного стекла, нижняя часть которых должна располагаться не выше 0,9 м от уровня пола. В качестве остекления дверей следует применять закаленное или армированное стекло. Нижняя часть дверных полотен на высоту 0,3 м должна быть защищена противоударной полосой.

При проектировании стеклянных входных дверей следует предусматривать автоматическое их открывание и яркую маркировку.

Входы в здания и помещения на путях передвижения инвалидов не должны иметь порогов, а при необходимости устройства порогов их высота не должна превышать 0,025 м.

В зависимости от типа дефекта, функциональных расстройств, поражения конкретной области (опорно-двигательной, психической, сенсорной) специальные приспособления носят специфический характер. В связи с этим личное жилище инвалида, помимо общих требований (комфорт, уют, дизайн, санитарные нормы площади и т. д.), должно отвечать еще и специфическим потребностям инвалидов с учетом типа дефекта.

Микросреда для инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата включает два рода приспособлений и оборудования для осуществления относительной бытовой независимости.

Стационарные устройства:

- * поручни (вертикальные, горизонтальные) настенные, облегчающие вставание с постели, передвижение по квартире, самостоятельное пользование туалетом, ванной;

подъемники в санузле, ванной, жилой комнате, специальное оборудование квартиры (розетки, выключатели, дверные и оконные запоры, специальные вентили для кухонных плит, кранов);

- * функциональные кровати; 4 стулья пристенные;

- * средства связи и коммуникации (системы внутриквартирной связи, аппараты дистанционного управления, экстренного вызова);

- * устройство для ограждения и подтягивания инвалида в кровати;

- * нескользящее покрытие пола в ванной, туалете;

- * крепление для туалетной бумаги;
- * лесенка для безопасного переступания в ванну и из нее;
- * раковина, регулируемая по высоте;
- раковина, доступная для инвалида в коляске;
- столы с варьируемым наклоном и высотой;
- * дверной замок без ключа (кодовый);
- * дверной замок с дистанционным управлением;
- * сохраняющая пространство дверь.

Нестационарные приспособления индивидуального пользования:

* приспособления для приема пищи (ложки, вилки, ножи с кольцами, объемной ручкой и проч., сосуды для питья, тарелки с бортиками, держатели столовых приборов, столовой посуды и др.);

* приспособления для приготовления пищи (держатели ножей, ножниц, столовой и кухонной посуды, устройства для сливания воды и мытья посуды, для открывания банок, приспособления для чистки и резки продуктов, насадки для кранов, газо- и электроплит и др.);

* приспособления для одевания и раздевания (для застегивания и расстегивания пуговиц, "молний", одевания и снятия чулок, носков, обуви, насадки и приспособления для одевания и раздевания нижней и верхней одежды);

* приспособления для выполнения санитарно-гигиенических процедур (держатели для зубных щеток, мыла, мочалки, щеток, расчесок, электробритвы и проч., приспособления для выдавливания зубной пасты, кремов и др., сиденья для унитаза, ванны, противоскользящее устройство для ног в ванне, рычажные приспособления для водопроводных кранов, душа и проч.);

* приспособления для пользования помещениями и их оборудованием (для уборки квартиры, стирки белья, пользования ключами, для открывания дверей, окон, занавесок, форточек, замков, специальные бытовые приборы и приспособления для их использования, для чтения, письма, шитья, настольных и подвижных игр и др.);

* оборудование и приспособления для обычных домашних занятий (чтение, письмо, шитье, вязание, вышивание и др.);

* комплект приспособлений для пользования принадлежностями творческой деятельности (кисти, краски, карандаши и др.);

* вспомогательные приспособления для передвижения (трости, костыли, ходунки);

* вспомогательные устройства для сохранения позы (ремни, головодержатели, спинодержатели, бандажи, подголовники, специальные сиденья, подушки и др.);

* приспособления для настольных игр (шашек, шахмат, домино, лото и т.д.).

Перечисленные технические средства реабилитации используются инвалидами не только для самообслуживания, они также выполняют функции досуговых принадлежностей, обеспечивают любительские занятия.

Микросреда для инвалидов с сенсорными расстройствами включает два ряда приспособлений с учетом характера сенсорных расстройств. Для инвалидов с нарушениями слуха предусматриваются:

* средства сигнализации, световые и вибрационные сигнализаторы времени, каких-либо внешних событий (будильников, телефонных и дверных звонков, сигналов опасности, плача ребенка и др.), вибротактильные устройства;

* специальные приборы (телефонные аппараты с усилителями, насадками, "бегущей строкой", "телеавтографы", декодеры для приема телепередач со скрытыми субтитрами, видео- и кинофильмы для глухих, приборы "видимой речи" и другие индикаторы звуков).

Инвалиды с нарушениями слуха нуждаются в индивидуальных технических средствах в виде различных слуховых аппаратов (заушные, карманные, соединенные с очками и др.).

Для инвалидов с нарушениями зрения необходима тифлотехника, которая представлена следующим набором:

* приборы и приспособления для ориентировки в пространстве (трости, электрощупы, ультразвуковые локаторы, звуковые и импульсные сигнализаторы и др., вибротактильные устройства);

* пандусы телескопические;

* приспособления, заменяющие необходимость зрительного восприятия (дозаторы сыпучих веществ, лекарств, приспособления для шитья, для определения уровня жидкости, оборудование для незрячих: весы, метры, линейки, часы, термометры и др.);

* специальные устройства и приборы для слабовидящих и незрячих (приборы, грифели для письма шрифтом Брайля и укрупненным шрифтом, пишущие машинки, "говорящие книги" на кассетах, пластинках, магнитной ленте и др., вычислительные машинки, географические карты, приборы для записи нот и др.);

* головоломки с крупной печатью;

* тактильные головоломки;

* брайлеровские книги для раскрашивания;

* тактильная карточная игра;

* индивидуальные технические средства для коррекции зрения (очки, лупы, гиперокуляры, телескопические и микроскопические очки, электронно-оптические средства и др.).

Таким образом, жилая среда для инвалидов, имеющих ограниченные возможности общения с внешним миром, выполняет более широкие функции, чем простое обеспечение комфортным проживанием. Она компенсирует инвалиду дефицит ряда других видов жизнедеятельности (любительские занятия, досуг, обучающая занятость и др.).

Наряду с этим жилая среда для инвалидов может служить базой трудовой деятельности, когда организуется надомный труд.

В этой связи возникает необходимость оборудования рабочего места:

- стол рабочий — поворотный;

- устройство для подвижного и фиксированного крепления руки инвалида над рабочей зоной;
- комплект приспособлений для пользования принадлежностями творческой деятельности (держатели для карандашей, ручек, инструментов и т. д.);
- приспособления для перелистывания книги различной модификации (с увеличенной зоной охвата, для левой руки и др.);
- приспособление для работы на пишущей машинке;
- опора для рукоделия, к которой можно крепить спицу, крючок для вязания, грибок для штопания, раму, пяльца для вышивания и др.);
- специальные устройства для плетения сетей;
- швейные машины с педалями электропривода;
- швейные иглы для слепых и инвалидов с поврежденными руками;
- пишущая машинка с шрифтом Брайля;
- приспособления для мытья пола, стен, окон;
- ящикообразный совок для сбора мусора;
- щетки половые специальные и совок;
- калькулятор с крупной печатью;
- калькулятор с голосовым выводом;
- тактильные средства для счетных операций.

Специалисты по социальной работе должны быть информированы о тех требованиях, которые предъявляются к жилищам для инвалидов. Эта информация необходима указанным специалистам при решении вопросов расселения инвалидов в приспособленных для них квартирах. Не исключено, что в будущем при рассмотрении проектов жилых домов с квартирами для инвалидов будут принимать участие специалисты по социальной работе.

Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. – М.: «Дашков и Ко», 2002. – с.140-158

§ 6. Физкультура и спорт как специфическая (оздоровительная) среда в социально-средовой реабилитации инвалидов

Одним из путей вовлечения инвалидов в активную социальную жизнь и профессиональную деятельность, создание благоприятных условий для их физической, психологической и социальной реабилитации является физкультурно-оздоровительная и спортивная деятельность.

Среди наиболее часто встречающихся ограничений жизнедеятельности у инвалидов является ограничение способности к передвижению. В связи с патологией костно-мышечной системы либо других органов и систем возникает дефицит двигательной активности, что в результате приводит к так называемой гипокинетической болезни. В основе ее лежат гипокинезия и гиподинамия, их кумулятивное воздействие.

Гиподинамия означает абсолютное и относительное снижение объема и интенсивности двигательной активности человека, сопровождающейся малыми мышечными усилиями. Гипокинезия характеризуется низким уровнем затрат энергии на мышечную работу, локальным характером мышечных действий, длительной фиксированностью вынужденной позы, упрощением и обеднением координационной деятельности.

Кумулятивное воздействие гиподинамии и гипокинезии приводит к негативным последствиям, которые проявляются в следующем:

- * трофические и дегенеративные изменения опорно-двигательного аппарата, его нервно-мышечного и костного компонентов;

- * снижение тонуса мышц, нарушение устойчивости и надежности координации двигательных актов;

- * контрактуры суставов, создающие предпосылки для аномального взаиморасположения костей скелета;

- * нарушение обменных процессов, приводящее к увеличению объема жировых тканей;

- * детренированность мышц живота, негативно отражающаяся на функции пищеварения (атония кишечника);

- * нарушение сердечной деятельности и силы сокращения сердечной мышцы;

* изменение дыхания, характеризующееся уменьшением жизненной емкости легких и легочной вентиляции;

* уменьшение объема циркулирующей крови за счет депонирования ее в органах, что сопровождается ослаблением тонуса сосудов и ухудшением снабжения тканей кислородом.

Гиподинамия и гипокинезия являются причиной не только снижения функциональных возможностей организма и сокращения сроков профпригодности, но и оказывают влияние на продолжительность жизни.

С учетом описанных обстоятельств особую значимость приобретает профилактика гиподинамической болезни, в частности у инвалидов. Среди ряда факторов одно из главных мест занимает оздоровительная физическая культура в связи с воздействием физических упражнений не только на костно-мышечную систему, но и на психологическое состояние инвалидов. Физкультура и спорт рассматриваются как средство физической, психологической и социально-средовой реабилитации.

Именно физкультура и спорт в силу активирующего воздействия на организм, на повышение уровня физической подготовки, расширение круга общения, стимуляции "духа состязания" рассматривается как оздоровительная среда.

Физическая культура как оздоровительная среда состоит из ряда последовательных этапов, смена которых не обязательно будет осуществлена в каждом конкретном случае. Это зависит от физических и психологических задатков и степени выраженности реабилитационного потенциала.

Признано, что одним из первых этапов, а вместе с тем необходимых компонентов физической культуры является физическое воспитание, которое выполняет функцию систематической физической подготовки, в частности, инвалидов с детства к практической жизни. В ходе физического воспитания формируются личностные свойства инвалида, воля, способность преодолевать трудности.

Неразвитость в нашей стране физкультуры и спорта инвалидов обусловлена рядом причин: неразработанность концептуального подхода, отсутствие

специализированных спортивных сооружений и оборудования, неподготовленность профессиональных организаторов и тренеров для инвалидов, низкая мотивация инвалидов к самосовершенствованию.

В процессе физического воспитания осуществляется формирование и совершенствование моторных функций и особенно тех, которые нарушены вследствие патологического процесса. В ходе физического воспитания происходит компенсация основного дефекта и коррекция вторичных нарушений, возникших в связи с основным заболеванием. Двигательные упражнения развивают мышечно-суставное чувство, ориентировку в пространстве, тренируют память на последовательность движений, совершенствуют умение выполнять движения по вербальной инструкции, способствуют укреплению сердечно-сосудистой системы, активизируют обмен веществ, стимулируют интеллектуальные способности инвалидов, улучшают общий тонус организма.

Цель физического воспитания — дать возможность инвалиду самому корректировать и компенсировать свои недостатки.

Следует отметить, что физическое воспитание как специальный метод совершенствования физического и нравственного потенциала инвалида само по себе еще не представляет собой среду с точки зрения социально-средовой реабилитации. Оздоровление инвалида с использованием утренней зарядки, производственной зарядки, лечебной физкультуры и других индивидуальных методов воздействия еще не создает оздоровительную среду. Для этого необходимо введение, "включение" множества других факторов соревновательного, игрового характера, что помимо развития и совершенствования моторики должно создать именно среду. Оздоровляющее ее воздействие будет сказываться в таком случае и на психологическом состоянии инвалидов. В ходе состязаний выявится возможность самореализации, самоутверждения инвалидов, что создает предпосылки их социальной интеграции.

В основе физического воспитания лежат коррекционно-компенсаторные приемы. Независимо от категории инвалидов, типа дефектов решаются общие оздоровительные задачи, которые предполагают организацию работы таким

образом, чтобы оказывать влияние не только на общее состояние, но восстанавливать те или иные нарушенные болезнью функции организма. Эти задачи включают в себя физическое оздоровление, создание условий для правильного физического развития, закаливание, коррекцию особенностей соматического состояния (коррекцию акта дыхания, нарушений сердечно-сосудистой системы).

Воспитательные задачи предполагают выработку определенных характерологических черт (воля, настойчивость, чувство коллективизма, организованности, активности, смелости и т. д.), обеспечивают стимуляцию психического развития. Развивается внимание, память, находчивость, улучшается ориентация, осуществляется развитие интеллекта.

Воспитание основных физических качеств (силы, ловкости, быстроты, выносливости) инвалидов до недавнего времени считалось нецелесообразным в связи с комплексным поражением организма и мнением о невозможности полноценного приспособления их к самостоятельной жизни.

Решение образовательных задач по формированию двигательных умений и навыков в работе с инвалидами предполагает прежде всего помощь естественному процессу формирования возрастных моторных функций. Кроме того, необходимо формирование тех двигательных умений и навыков, которые инвалид самостоятельно не может освоить из-за патологических изменений двигательной сферы, часто встречающихся у всех категорий инвалидов.

При многократном повторении упражнений идет совершенствование моторной и сенсорной ориентировки, разлитое возбуждение постепенно переходит в строго дифференцированный импульс, так же как и неоформленная, генерализованная двигательная реакция.

В физическом воспитании инвалидов решается ряд специальных коррекционных задач, имеющих самостоятельное значение, но тесно взаимосвязанных. Это, прежде всего, задачи, включенные в компенсацию основного дефекта и в коррекцию вторичных нарушений, обусловленных основным заболеванием, выполнение таких двигательных заданий, которые развивают мышечно-

суставное чувство, ориентировку в пространстве и времени, степень напряжения и расслабления мышц, память на последовательность движений по качеству их выполнения. Правильно подобранные и дозированные, они являются мощными афферентациями, адресованными в различные отделы центральной нервной системы, которые изменяют соотношение возбудительных и тормозных процессов в коре больших полушарий и могут быть направлены на перестройку патологических, условных рефлексов, возникших в процессе заболевания.

В физическом воспитании инвалидов должны широко использоваться все средства системы физического воспитания. Вместе с тем они должны быть разработаны в строгом соответствии с коррекционно-компенсаторными задачами с учетом занимающихся.

Так, в работе со здоровыми не выделяют специальные упражнения на включение в движение, на координацию, воздействующие на вестибулярный аппарат. Считается, что любое физическое упражнение в какой-то мере используется в этих целях. Но у инвалидов имеются настолько значительные дефекты при включении в движение координации движений и сохранения равновесия, что восстановить их общими упражнениями не удастся. Необходимы специальные упражнения для коррекции и компенсации этих нарушений.

В физическом воспитании инвалидов выделяют две группы упражнений: общеподготовительные (общеразвивающие упражнения, используемые в малых формах физического воспитания, зарядки, физкультминутки и т. д.) и специальные (ходьба, бег, плавание и т. д.).

Основными формами физического воспитания инвалидов являются:

- * самостоятельные занятия физическими упражнениями (утренняя гигиеническая гимнастика, прогулки, ближний туризм, коррекционные занятия с использованием методических материалов);

- * организованные групповые и секционные занятия физической культурой и спортом (ЛФК и коррекционные занятия в лечебно-санаторных учреждениях и реабилитационных центрах, занятия доступными видами спорта в груп-

пах и секциях общественных физкультурных организаций, производственная гимнастика для лиц, занятых в сфере материального производства и службы быта, и др.);

4 инваспорт (организация и проведение соревнований по доступным видам спорта).

Утренняя гигиеническая гимнастика проводится ежедневно до завтрака в течение 10—20 мин, в зависимости от характера, степени и уровня патологии, функционального состояния и возраста инвалидов. Цель утренней гигиенической гимнастики — подготовка организма к переходу от состояния физиологического покоя к повседневным физическим нагрузкам, связанным с бытовой и трудовой деятельностью. Утренняя гигиеническая гимнастика, как правило, проводится в палатах, холлах, залах ЛФК, на спортивных площадках под руководством инструктора ЛФК групповым методом в специальных лечебных и санаторно-курортных учреждениях, а также в домашних условиях с помощью родственников или самостоятельно.

Занятия проводят сидя на стуле, в кресле-каталке или стоя в фиксирующих аппаратах. Дозировка упражнений зависит от степени и уровня повреждений, возраста, функционального состояния организма занимающихся или от уровня их физической подготовленности.

Лечебная физкультура — одна из основных форм организации занятий физическими упражнениями для инвалидов. Это определяется, с одной стороны, широтой воздействия лечебных физических упражнений на различные функциональные системы организма — сердечно-сосудистую, дыхательную, опорно-двигательную, нервную, эндокринную, а с другой — тренирующим и восстановительным эффектом этих упражнений при недостаточности различных функций организма. Необходимо лишь выделить основные принципы, отражающие специфику применения ЛФК:

1. Четкая дифференциация целей и задач ЛФК исходя из анализа возможностей, обеспечивающих восстановление мышечной силы и координации движений, предупреждение и устранение контрактур, выработку самостоятельного

передвижения, развитие способностей к манипулятивным действиям, приобретение навыков бытового самообслуживания, нормализацию обмена веществ, дыхания, установление контролируемых основ мочеиспускания и дефекации, приобретение новых профессиональных навыков.

2. Интерактивное использование в комплексе ЛФК различных методик.

3. Дифференциация методики с применением гимнастических упражнений, спортивных и подвижных игр, упражнений прикладного характера.

4. Гимнастические упражнения, включаемые в комплекс, должны определяться клиническим синдромом двигательных расстройств, типом нарушения мышечного тонуса, состоянием координации. Целесообразно выполнять активные, пассивные и активно-пассивные упражнения с помощью методиста, из оптимальных исходных положений, с применением резиновых бинтов, тренажерных систем.

Особенно важными являются упражнения по восстановлению функций кистей, способности к манипулятивным действиям.

5. Четкая дифференциация применения различных видов массажа — классического сегментарного, точечного, их сочетания, вибро-, гидро- и самомассажа, электро- и вибростимуляции пораженных мышц.

6. Упражнения прикладного типа должны включать комплексную систему развития и обучения ходьбе как способу

самостоятельного передвижения. Наиболее эффективно последовательное применение упражнений:

* в кровати с переменным расположением угла ложа;

* с применением укороченных костыликов;

* с использованием подвесов и резиновых бинтов;

* ходьба между параллельными брусками в зале и в бассейне;

* передвижение при помощи монорельса, козелков, костылей, челочек;

* ходьба по лестнице с перешагиванием, с ношей, в темноте, падение и вставание.

7. Эффективным является включение в комплекс спортивных игр и соревнований. Индивидуальные и групповые занятия ЛФК проводятся в течение 10—30 мин один-два раза в день в залах ЛФК стационарных лечебных и санаторно-курортных учреждений, поликлиник, на спортивных площадках, в бассейнах и др.

Производственную гимнастику как самостоятельные занятия физическими упражнениями в условиях быта необходимо включать ежедневно в режим двигательной активности инвалидов. В течение дня целесообразно проводить 3—4 занятия продолжительностью 15—30 мин. В целях повышения эффективности физических упражнений на функциональное развитие организма и уровень физической подготовленности рекомендуется использование в индивидуальных занятиях различных тренажерных систем, приспособлений и снарядов (гантели, эластичные, резиновые бинты, эспандеры, блочные системы и др.), что позволит облегчить задачу нормирования физических нагрузок, создания программ локального воздействия на отдельные группы мышц и системы организма.

Коррекционные занятия необходимо включать в недельный двигательный режим путем ежедневных занятий продолжительностью 15—30 мин.

Прогулки, ближний туризм — формы физического воспитания, не требующие длительной подготовки и использования сложного оборудования и приспособлений. Прогулки включают в ежедневный двигательный режим на всех этапах реабилитации. Длительность прогулок зависит от температуры окружающей среды, функционального состояния инвалидов, возможности использования этого вида самостоятельных занятий в домашних условиях. Ближний туризм может быть организован группой инвалидов, занимающихся в одной секции или объединении по территориальному принципу (специальные районы, дома для инвалидов, лечебные учреждения санаторного типа), а также самостоятельно проводится, как правило, в течение одного дня. Включение ближнего туризма в недельный двигательный режим инвалидов, позволяющий обеспечить сочетание активного восприятия окружающей среды с дозирован-

ной физической нагрузкой, способствует снижению напряжения нервной системы, улучшению функционального состояния основных систем организма, повышению уровня физической подготовленности инвалидов.

При занятиях с инвалидами могут быть использованы следующие организационные методы:

1. Индивидуальный, т. е. метод, определяющий возможность организации занятия тренером с одним спортсменом-инвалидом. В этом случае методика подбирается строго индивидуально, с учетом особенностей патологии спортсмена-инвалида, его функциональных возможностей и подготовленности.

Индивидуальный метод организации занятий является наиболее эффективным.

2. Групповой, т. е. метод, при котором тренер работает с группой инвалидов до 10 человек. Как правило, в этом случае целесообразно присутствие ассистентов, выполняющих в основном чисто вспомогательные функции по организации занятия и установке оборудования и инвентаря.

3. Индивидуально-групповой, т. е. метод, при котором методически занятие организует и ведет тренер, а ассистенты работают индивидуально со спортсменами под руководством тренера.

Эффективность этого метода также очень высока. Кроме того, в этом случае в занятии участвуют сразу несколько инвалидов, что повышает эмоциональный тонус, формирует навыки общения в коллективе. Особенно ценно участие здоровых ассистентов, которое является мощным фактором социальной адаптации инвалидов.

4. Метод самостоятельных занятий подразумевает организацию занятий по рекомендации тренера или самостоятельно, использование этого метода позволяет повысить эффективность занятий за счет непрерывности воздействия независимо от внешних факторов.

При систематических занятиях инвалиды достаточно эффективно осваивают навыки, а также получают оптимальную функциональную подготовку. Наряду с постепенным усложнением заданий от занятия к занятию увеличива-

ется и физическая нагрузка. Поэтому специалист должен регулировать величину физических нагрузок изменением интенсивности выполняемых упражнений, темпа их выполнения, продолжительности отдыха между упражнениями и т. д.

Таким образом, применение физических нагрузок различного содержания в профилактических, корректировочных и тренировочных целях двигательной сферы инвалидов должно быть реализовано специалистом на основе руководства следующими закономерностями:

- * глубокое знание функционального состояния нервной системы инвалидов;

- * физические нагрузки различного характера, применяемые локально и интегрально в профилактике и коррекции двигательной сферы инвалидов, в каждый момент проведения занятий должны быть оптимальными, с учетом функционального состояния их нервно-мышечной системы и системы внутренних органов.

В организационном плане рекомендуется создание школ (на базе муниципальных центров социального обслуживания) для реализации программы социально-средовой реабилитации, которая включает гимнастику, кинезотерапию, аэробику и т. д.

Государственная политика в отношении спорта для инвалидов выражена в Указе Президента РФ "О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности", а также в ряде нормативных документов, касающихся зданий и сооружений спортивного назначения. Они предусматривают требования к залам, помещениям, спортивным площадкам и плавательным бассейнам, предназначенным для инвалидов, занимающихся спортом.

Необходимо особо отметить значимость социально-оздоровительной реабилитационной среды, физической культуры и спорта в системе реабилитации психически больных, находящихся в стационарных психоневрологических учреждениях социального обслуживания.

Эндогенной психической патологии нередко сопутствует моторная заторможенность, которая обусловлена как нейрофизиологическими причинами,

так и угнетением побудительных мотивов. В результате этого формируется гиподинамия (гипокинезия), в свою очередь оказывая негативное воздействие на функции различных органов и систем.

Моторная деятельность больных с выраженной умственной отсталостью также ущербна. В процессе онтогенеза развитие двигательных функций и познавательной деятельности взаимосвязано, в связи с чем задержке психических функций сопутствуют и двигательные нарушения в виде торпидности, заторможенности движений, а также и нарушения тонкой моторики пальцев кистей рук.

Гиподинамия и гипокинезия как проявление низкого уровня двигательной активности в результате кумулятивного воздействия приводят к негативным изменениям в организме, которые проявляются в снижении функциональной активности органов и систем, в нарушениях регуляторных механизмов.

Гиподинамия психически больных, находящихся в психоневрологических интернатах, носит еще и ситуационный характер: скученность, недостаточные санитарные площади, наличие "границ" территории учреждения, нередко отсутствие спортивных залов и площадок — все это предопределяет ограниченные возможности развития физической культуры в этих учреждениях. Имеющиеся спортивные залы в психоневрологических интернатах не отвечают архитектурно-строительным требованиям, недостаточно оснащены спортивным оборудованием и инвентарем, которое позволяло бы широко организовывать физкультурно-оздоровительную работу.

Между тем необходимость использования физической культуры очевидна. В настоящее время общепризнано положительное терапевтическое воздействие двигательной активности, в том числе физической культуры и спорта на психическое и соматическое состояние здоровья человека. Адекватная по нагрузкам, рационально подобранная физическая активность для психически больных способствует стимуляции деятельности центральной нервной системы больного, дезактуализации патологически окрашенных переживаний больных, повышению их социальной активности и коммуникативных способностей.

Применение средств физической культуры в целях медицинской реабилитации позволяет снизить число и частоту обострений хронических заболеваний. Отмечено профилактическое и терапевтическое воздействие физической культуры при предотвращении патологических реакций в стрессообразующих ситуациях на развитие и течение атеросклеротического процесса.

В процессе физического воспитания на основе многократного повторения движений идет формирование и совершенствование моторной и сенсорной ориентировки, тренировка нервно-мышечного аппарата. Развивается мышечно-суставное чувство, ориентировка в пространстве и времени, память на последовательность движений, умение выполнять движение по словесной инструкции, анализ движения по качеству их выполнения.

Физические упражнения, правильно подобранные и дозированные, являются мощными афферентациями, адресованными в различные отделы центральной нервной системы, которые отвечают за соотношение возбуждательных и тормозных процессов в коре головного мозга. Они могут быть направлены на перестройку патологических, условных рефлексов, возникших в процессе заболевания.

Физическая культура как оздоровительная среда является компонентом реабилитационных мероприятий комплексного воздействия на больных и инвалидов.

Перед органами социальной защиты населения, руководителями и специалистами стационарных психоневрологических учреждений встает важная задача по определению и разработке принципиально новых до недавнего времени нетрадиционных форм и методов реабилитации больных, а именно широкое вовлечение больных в занятия физической культурой и спортом с учетом медицинских, в первую очередь психиатрических, показаний и противопоказаний.

Практический опыт организации мероприятий по вовлечению больных, проживающих в стационарных психоневрологических учреждениях социального обслуживания, в физкультуру, накопленный в Москве, свидетельствует о не-

обходимости определенной систематизации и установления этапности в использовании средств физической культуры и спорта в рамках мероприятий по реабилитации больных.

Для назначения больному тех или иных форм и видов занятий физической культурой врачи психоневрологических интернатов должны иметь определенную подготовку и знания в вопросах физической культуры. Необходимо обеспечить учреждения методическими пособиями по данным вопросам: методы дозирования физических нагрузок, показания и противопоказания к занятиям теми или иными видами физической культуры и спорта, система контроля за занятиями больных с психическими расстройствами физкультурой и спортом, критерии оценки влияния физических нагрузок по отдельным видам спорта и физической культуры на психосоматическое состояние здоровья и др. Врач учреждения должен с участием специалистов по спортивной медицине и врачебному контролю решать вопрос о включении в реабилитационную программу больного физической культуры и спорта как самостоятельного конкретного вида реабилитации. На специалистов по лечебной физкультуре, преподавателей по физической культуре учреждений, как имеющих специальные, профессиональные знания и практический опыт, должны быть возложены обязанности организации занятий физической культурой больных. При этом методическое руководство проведения оздоровительных мероприятий средствами физической культуры и спорта должны осуществлять территориальные врачебно-физкультурные диспансеры, которые, как и иные лечебно-профилактические учреждения органов здравоохранения, приказом территориального органа управления здравоохранения должны быть прикреплены к стационарному психоневрологическому учреждению социального обслуживания. Такая организация врачебного контроля за участием больных и инвалидов в занятиях физической культурой и спортом позволит наиболее полно реализовать возможности каждого учреждения по вовлечению больных в занятия физической культурой как конкретную форму реабилитации.

Второй компонент — второй этап физкультурно-оздоровительной среды — массовый спорт для инвалидов. Если физическое воспитание создает начальную базу для развития физических способностей и двигательных навыков, формирует предпосылки для их развития, то массовый спорт способствует полному раскрытию этих возможностей, позволяет испытать удовлетворение от владения телом, от преодоления определенных трудностей. Спорт дает возможность установления контактов с другими людьми, взаимодействие с общественными организациями.

Для реализации положений о массовом спорте инвалидов необходима подготовка специальных кадров, создание материально-технической базы, создание производств по изготовлению специального спортивного инвентаря и оборудования, организация научных исследований.

В 1963 г. создана Международная спортивная организация для инвалидов с целью обеспечения международных спортивных соревнований среди незрячих, ампутантов и лиц с другими нарушениями опорно-двигательного аппарата. С 1964 г. соревнования инвалидов проводятся регулярно после Олимпийских игр и называются параолимпийскими.

Среди глухих проводятся соревнования по футболу, лыжам, конькам, стрелковому, велосипедному спорту, гимнастике, теннису, шахматам, гребле, боксу и плаванию, легкой атлетике.

Незрячие инвалиды участвуют в соревнованиях по легкой атлетике, гимнастике, плаванию, классической борьбе, гребле, туризму, лыжам и конькам. Освоена новая спортивная игра для незрячих — роллинсбол (командная игра с озвученным мячом).

Для занятий спортом незрячих разработаны специальные требования:

* в спортивных залах поверхность покрытия пола игровых площадок и зон для занятий людей с полной или частичной потерей зрения должна быть ровной и гладкой;

* в спортивных залах, предназначенных для занятий людей с полной или частичной потерей зрения, следует предусматривать звукопоглощающие аку-

стические потолки, а также в стенах залов — обшивку мягкими и упругими материалами на высоту не менее 2 м от пола и установку горизонтальных поручней;

*не допускается для этой категории инвалидов использование отдельных площадок и зон, выделенных в многосекционных залах перегородками, не обеспечивающими акустической изоляции.

Специальные игровые площадки для незрячих инвалидов обустроиваются полосами безопасности (1 м) по периметру и вдоль беговых дорожек.

Ориентация при занятиях спортом инвалидов с полной или частичной потерей зрения обеспечивается посредством использования в качестве ориентиров для направления движения звуковых маяков, устройством вдоль дорожек для бега или разбега перед прыжком полос ориентации с фактурной поверхностью покрытия и яркой контрастной окраской шириной не менее 1,5 м, размещаемых между кромкой площадки и полосой безопасности, выделением цветом фактурой поверхности покрытия поворотов беговых дорожек, зон стартов и финишей, толчковых зон при прыжках.

Примером массового спорта для инвалидов является программа международной спортивной организации "Специал Олимпик Интернешнл", которая своей основной задачей ставит внедрение физкультуры и спорта в жизнь людей с нарушениями интеллекта. Зародившись в США в 1963 г., это движение приобрело международный характер. Философия движения основана на том, что люди с нарушением интеллекта при соответствующем обучении могут участвовать в индивидуальном и коллективном спорте, выигрывают физически, социально и психологически. Участие в спортивных соревнованиях умственно отсталых лиц способствует их психическому развитию, расширению социального опыта. Помощь в этом им оказывают семьи, органы социальной защиты населения, общество в целом.

Это движение объединяет 250 млн человек, в нем участвуют 145 стран мира. Для организации всей работы изданы руководства по спортивному искусству, методики для тренеров по 22 официальным видам спорта. Все соревнова-

ния проводятся под девизом: "Дай мне победить, но если я не смогу, то пусть я буду смелым в этой попытке".

Проводятся круглогодичные тренировки спортсменов с нарушениями интеллекта, а также ежегодные Летние и Зимние Олимпийские игры на местном, региональном и национальном уровнях в странах-участниках.

В России это движение охватывает 24 административно-территориальных округа. В нем участвует более 25 тысяч спортсменов из 305 учреждений образования и 76 учреждений социальной защиты населения.

Цель Специальных Олимпийских соревнований и, в частности, Специальных Олимпийских игр России — пропаганда Олимпийского движения, привлечение внимания общественности к проблемам умственно отсталых лиц, активизация деятельности государственных, общественных и других организаций в решении проблем по укреплению здоровья и адаптации к жизни в обществе лиц с нарушением интеллекта.

Специальные Олимпийские игры проводятся в несколько этапов (4 этапа). Соревнования на всех этапах проводятся по правилам "Спешиал Олимпик Интернешнл".

На I этапе соревнования должны проводиться в учреждениях для умственно отсталых лиц: коллективах вспомогательных школ, вспомогательных школах-интернатах, детских домах-интернатах и психоневрологических интернатах.

Команды или участники, победившие на соревнованиях I этапа, получают право участвовать в областных соревнованиях "Спешиал Олимпикс", которые соответствуют II этапу Специальных Олимпийских игр.

Победители II этапа получают право участвовать в межрегиональных соревнованиях "Спешиал Олимпикс", которые являются соревнованиями III этапа.

Только победители межрегиональных соревнований (III этап) могут принимать участие в Специальных Олимпийских играх России, которые дают воз-

возможность участвовать в международных (летних или зимних) Специальных Олимпийских играх.

Возможности широкого общения с другими инвалидами и здоровым окружением, дух состязания, положительные эмоции в ситуации успеха, расширение социального опыта — все это создает реабилитационную (физкультурно-оздоровительную) среду для лиц с умственной отсталостью. Особенно положительный реабилитационный эффект достигается по отношению к инвалидам, находящимся в домашних условиях, в известной степени лишенных возможности общения со сверстниками. Участие в массовом спорте для такого рода инвалидов является истинной реабилитационной ситуацией.

Специальное оборудование спортивных залов, бассейнов, спортивных площадок, оснащение этих помещений специальными снарядами и специфическими приспособлениями — все это будет содействовать более эффективной социальной интеграции инвалидов посредством воздействия на различные сферы их жизнедеятельности.

Тема 3. Медико-социальные аспекты реабилитации детей с тяжелыми нарушениями зрения.

Обучение и коррекция развития дошкольников с нарушенным зрением: Методическое пособие/под ред. проф. Л. М. Шипицыной, - С.-Пб: «Образование», 1995 – с.66-76

Содержание работы врача-офтальмолога

Работа специализированного детского учреждения направлена на решение задачи системного подхода в лечении и воспитании детей с тяжелой зрительной патологией. В отечественной литературе имеются публикации о работе офтальмолога в школах для слепых и слабовидящих детей (А. И. Кальман, В. И. Белецкая, А. Н. Гнеушева) и в детском саду для детей с косоглазием и амблиопией (Л. И. Медведь, Э. С. Аветисов и др.). В них показана необходимость работы врача-окулиста и многообразие видов его деятельности в специализированных учреждениях данного профиля.

Прежде всего, следует обратить внимание на изменившийся контингент детей, поступающих в специальное дошкольное учреждение. Раньше в ясельную группу специального детского сада принимались дети с 1,5-2 лет, когда у слепого (слабовидящего) ребенка уже формировались стойкие вторичные отклонения. Кроме того, члены семьи слепого малыша не имели целенаправленного систематического обучения и не могли своевременно включиться в процесс раннего воспитания и развития ребенка. С 1992 г. в созданном в Санкт-Петербурге Центре абилитации дошкольников организованы консультативные группы, куда принимают детей со зрительной патологией уже в возрасте 3 - 6 мес., а также дошкольников с комбинированной патологией. Это слепые и слабовидящие дети с заболеваниями нервной системы, опорно-двигательного аппарата, с серьезной соматической патологией, с нарушениями интеллектуальной и психоэмоциональной сферы, которые не могут быть приняты в специальный детский сад, но нуждаются в регулярных консультациях и занятиях с педагогами.

В 1993 г. среди 45 детей, посещавших консультативные группы Центра, выявлено 35 человек с серьезными заболеваниями нервной системы, 25 с задержкой психического и психомоторного развития, 10 с неврозами, 12 с нарушениями костно-мышечной системы, 13 с соматическими и др. заболеваниями. По заключению врача-психиатра, 10 - 15% детей имели тяжелые нарушения психики. Данные о сочетанной патологии у слепых и слабовидящих детей имеются также в литературе, поэтому совершенно обоснованным является наличие в штате Центра врачей-специалистов - невропатолога, педиатра, психиатра, врача лечебной физкультуры. Комплексный подход к обследованию и терапии детей позволяет осуществить принцип лечения не болезни, а больного. Окулист имеет возможность в тесном контакте с невропатологом назначать и проводить такие виды лечения, как свето-, электро- и магнитостимуляцию. В то же время назначения других врачей, занятия ЛФК, массаж, прививки, физиотерапевтические процедуры проводятся обязательно с учетом рекомендаций офтальмолога.

Характер лечебно-восстановительной работы обусловлен возрастом детей и патологией, структура которой представлена в таблице 2. Из приведенных дан-

ных видно, что Центр посещает 59 слепых детей (33 из них имеют остаточное зрение), 35 слабовидящих и 6 детей с косоглазием-амблиопией. Слепота чаще всего обусловлена ретинопатией недоношенных (РН), затем атрофией зрительных нервов, катарактой, преимущественно осложненной микрофтальмом, нистагмом и др. Слабовидение вызвано врожденной высокой миопией, затем РН и нистагмом.

**Структура зрительной патологии детей Центра абилитации на
01. 1994г.**

| | Незрячие | | Слабовидящие | | Всего |
|-----------------------------|-----------|-----------|--------------|-----------|------------|
| | 0-5 л. | 5-7 л. | 0-5 л. | 5-7 л. | |
| Миопия высокая | - | - | 7 | 6 | 13 |
| Гиперметропия | - | - | - | 1 | 1 |
| Глаукома | 1 | - | - | - | 1 |
| Катаракта, афакия | 4 | 5 | 2 | - | 11 |
| Атрофия зрит, нервов | 9 | 3 | 2 | - | 14 |
| Дегенерация сетчатки | - | 2 | - | - | 2 |
| Ретинобластома | - | 1 | - | - | 1 |
| Ретинопатия недоношенных | 15 | 14 | 3 | 4 | 36 |
| Нистагм | - | - | 4 | 3 | 7 |
| Другая врожденная патология | 4 | 1 | 1 | 2 | 8 |
| Амблиопия - косоглазие | . | . | . | . | 6 |
| Всего | 33 | 26 | 19 | 16 | 100 |

Анализ литературы и собственный длительный опыт работы с дошкольниками со зрительными нарушениями показывает, что за последнее десятилетие изменилась структура патологии - значительно увеличилось количество детей с РГЩ. Так, в 1984 - 1986 гг. на 130 — 150 слепых и слабовидящих детей специального детского сада № 5 Ленинграда приходилось 7-12 детей с РН, в настоящее время в Центре их 36 из 100. Можно отметить и качественные изменения в течении данного заболевания, характеризующиеся более частым развитием осложнений таких, как дистрофические изменения роговицы, повышение ВГД, прогрессирующая отслойка сетчатки и др. Особенно тщательное наблюдение требуется за детьми, имеющими единственный зрячий глаз.

Поскольку РН - заболевание недоношенных детей, следует отметить, что проблема рождения младенцев с чрезмерно малой массой тела, т. е. менее 1000 г и гестационным возрастом 22— 26 недель, в настоящее время становится одной из актуальных. В декабре 1992 г. в нашей стране принято постановление «О переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения и мертво рождения», согласно которым живорожденным считается любой новорожденный, имеющий хотя бы один из признаков жизни (дыхание, сердцебиение, пульсацию пуповины, мышечные сокращения), независимо от срока беременности и массы тела при рождении. Это привело к увеличению числа новорожденных с массой тела от 500,0 до 1000,0г.

В мировой неонатологической практике уже накоплен определенный опыт по выхаживанию этих детей. Исходы в плане выживания улучшаются, что, однако, не определяет решения проблемы, так как эти дети нуждаются в длительном медицинском наблюдении и лечении в связи с высокой частотой тяжелой неврологической патологии - 28%, бронхолегочной дисплазии и нарушения зрения -20%. От 33 до 68% этих детей нуждаются в дальнейшем в обучении в специализированных школах (Г. М. Дементьева).

Основными видами работы офтальмолога специального дошкольного учреждения является лечебно-восстановительная, профилактическая работа с родителями, организационная, методическая и др. Необходимо подчеркнуть, что большинство направлений врачебной деятельности тесно связаны с коррекционно-педагогическим процессом. Работа медицинского и педагогического персонала является равноценно важным составляющим в системе абилитации и реабилитации слепых и слабовидящих детей дошкольного возраста.

Лечебно-восстановительная работа направлена на сохранение и поддержание зрительных функций, стимуляцию остаточного зрения у слепых и улучшение зрения у слабовидящих детей. Обследование ребенка обычно начинается с определения зрительных функций. Важно учитывать наличие даже незначительного остаточного зрения. Опыт работы со слепыми детьми свидетельствует о том, что и при таком низком зрении дети продолжают опираться на него как

на основную афферентацию в быту, на занятиях трудом, физкультурой, ориентировкой. Дети с остаточным зрением могут научиться анализировать зрительную информацию: отделять главные признаки объектов от второстепенных, интерпретировать увиденное. Если из учебно-воспитательного процесса полностью исключается остаточное зрение, то не реализуются потенциальные возможности психического развития ребенка. При обследовании детей Центра абилитации в 1993-1994 гг. выявлено, что из 58 человек 33, т. е. более половины, имеют остаточное зрение:

0—1/~ (светощущения) - 25 человек,

0,002—0,01 - 11 человек,

0,015—0,04 - 9 человек,

0,05—0,08 - 13 человек.

У некоторых детей не всегда можно дать количественную характеристику остроты зрения. В этих случаях целесообразно пользоваться методом наблюдения за поведением ребенка, определяя его способность ориентироваться, манипулировать предметами, узнавать людей, рассматривать картинки и т. п. Здесь очень важна совместная работа врача с педагогами и родителями малыша, в ряде случаев целесообразна консультация невропатолога и психиатра.

По возможности у детей определяется также цветоощущение по тесту «Флюгер-трезубец», характер зрения на многоканальном цветотесте, ориентировочно-контрастная чувствительность. Исходя из диагноза, характера течения заболевания и наблюдения за конкретным ребенком, врач может сделать выводы о возможных изменениях полей зрения, световой и темновой адаптации, нарушения цветовой чувствительности, других особенностях зрительного восприятия. Например, многие больные с высокой близорукостью имеют сужение периферических полей зрения, увеличение слепого пятна, центральные скотомы. При атрофии зрительных нервов наблюдается нарушение темновой адаптации, контрастной чувствительности на синий цвет. Все эти данные в дальнейшем очень нужны тифлопедагогу для адекватной коррекционно-педагогической работы.

Сохранению и поддержанию зрительных функций способствует профилактическое лечение, которое включает как общее применение медикаментозных препаратов, так и местное в виде инсталляций, мазей, электрофореза. Это лечение направлено на стабилизацию патологического процесса, по возможности устранение осложнений, развившихся на фоне основного заболевания, предотвращение возникновения новых осложнений.

Другая группа лечебных мероприятий направлена на повышение зрения и предусматривает оптическую коррекцию, стимуляцию остаточного зрения, плеоптическое, физиотерапевтическое лечение, а также хирургические и др. вмешательства по показаниям.

Стимуляция остаточного зрения должна проводиться с самого раннего возраста. Это необходимо, чтобы пробудить у малыша желание пользоваться зрением, «помочь ребенку убедиться в том, что зрение является занимательным занятием» (Ева Линстед). Врач и тифлопедагог обучают родителей способам стимуляции остаточного зрения, так как младенец первого года жизни большую часть времени проводит дома и лучший эмоциональный контакт имеет с мамой и другими родными. При адекватном поведении ребенка и отсутствии противопоказаний для активации зрения можно применять также лазерную плеоптику, электро-, магнитостимуляцию, рассматривание подвижных контрастно-частотных объектов (аппараты «иллюзион», ПЧС).

Для детей со зрительной патологией необходим своевременный, правильный и рациональный подбор очков. Особенность этой работы в Центре состоит в том, что многим детям коррекция назначается только по объективным данным, без субъективной проверки зрения. Это может быть обусловлено ранним возрастом ребенка, задержкой психо - интеллектуального развития либо особенностями поведения. В любом случае важно последующее совместное наблюдение врача, педагогов и родителей за эмоциональным отношением малыша к очкам.

Для плеоптического лечения в Центре применяются общепринятые «засветы» или импульсным красным светом фотовспышкой. Проводится лазерная

плеоптика, стимуляция подвижными частотно-контрастными объектами. Осваивается лечение на установке с функциональным биоуправлением. Физиотерапевтическое лечение включает электрофорез через веки, эндоназальный, на воротниковую зону. Проводится чрескожная электростимуляция зрительных нервов. В результате комплексного лечения наиболее выраженную положительную динамику остроты зрения дают слабовидящие дети с аномалиями рефракции.

Лечебно-восстановительная работа врача-окулиста ведется в тесном взаимодействии с тифлопедагогами, воспитателями и др. педагогическим персоналом. С одной стороны, офтальмологическая служба развивает зрительные функции у ребенка, способствуя расширению его сенсорных возможностей, с другой стороны, педагоги формируют познавательные навыки дошкольника, обучают его рациональным способам зрительного восприятия и этим помогают совершенствовать сохраненные функции. Планируя индивидуальные или подгрупповые занятия, педагоги опираются на полученные окулистом данные об особенностях зрительного восприятия ребенка (острота зрения, положение глаз, характер рефракции, цвето- и световосприятие, поля зрения, диагноз и др.). Исходя из этого, выбирается фактура рабочей поверхности, цвет и контрастность фона и объектов, расположение и размеры пособий, длительность их экспозиции и ряд других условий. Исследование зрительного восприятия большой группы слабовидящих при различных заболеваниях (Н. В. Шубина, 1968) позволили ученым сделать вывод, что «состояние зрительных функций у слабовидящих зависит от заболевания, а внутри каждой группы заболеваний - от степени снижения зрения и других особенностей. Таким образом, вопрос о возможностях ребенка каждый раз решается индивидуально и уточняется в процессе совместного наблюдения врача и педагога. Для осуществления такого наблюдения офтальмолог часто присутствует на занятиях, проводимых тифлопедагогами, воспитателями, логопедами, преподавателями музыки и физкультуры. Педагогам также очень важно, чтобы врач определил наиболее вероятный визуальный прогноз для каждого ребенка - будет ли он в дальнейшем работать, преимущественно

но пользуясь зрением или осязанием, т. е. «по Брайлю». В этом случае дефектолог обратит больше внимания на развитие мелкой моторики рук и осязания, введет в занятия специальные упражнения; ребенку будут назначены соответствующий массаж и упражнения в комплексах общей и лечебной физкультуры.

Врач направляет и контролирует выполнение специфических профилактических мероприятий в детском учреждении. Основными из них являются:

- соблюдение норм освещенности;
- правильный подбор и расстановка мебели;
- рассаживание детей на занятиях в соответствии с характером патологии;
- адекватный зрительным функциям подход при выполнении основных режимных моментов в плане охраны жизни и здоровья детей (организация игр, прогулок, передвижение внутри - и вне помещения, хранение опасных предметов и т. п.);
- соблюдение ограничений на физкультурных занятиях при некоторых заболеваниях;
- соблюдение режима зрительных нагрузок, выполнение мероприятий для снятия общего и зрительного утомления.

В профилактической работе также просматривается тесная связь врача и педагогов, которые осуществляют целый комплекс мероприятий по охране зрения детей.

Очень большим разделом деятельности офтальмолога является работа с родителями. Она нередко бывает трудна психологически, так как именно здесь многие родители впервые узнают или осознают истинное состояние зрения своего ребенка, нервнопсихического развития или эмоционально-поведенческих особенностей малыша. В ряде случаев целесообразно объяснить родителям, что им важнее делать акцент не на лечебно-восстановительной, а на коррекционно-педагогической работе с ребенком. Опыт убеждает, что надо предлагать родителям статьи о лечении аналогичных заболеваний за рубежом, показать, что там тоже есть слепые дети и взрослые. Это особенно нужно для тех, кто «любой ценой» стремится в зарубежные страны, считая, что именно там можно получить

лечение, в результате которого ребенок прозреет. Целесообразно объяснить родителям новые взгляды на происхождение ретинопатии недоношенных (РН). С 1953 г. было принято считать, что основным причиной этого заболевания является применение высоких концентраций кислорода при выхаживании недоношенных младенцев. Эта теория позволяла родителям считать виноватыми в болезни ребенка медицинских работников роддома. Однако теперь установлено, что РН наблюдается и при гипоксии, а также у детей, не получавших для лечения кислород. Отмечено также, что у 80% детей, получавших кислород при выхаживании, РН не развивается. По наблюдениям Н. Ф. Силаевой у 22 из 25 мертворожденных было данное заболевание. Эти факты являются основанием для исключения оксигенотерапии как главной причины развития РН.

Работа с родителями проводится индивидуально и на родительских собраниях. Врач обучает родителей правилам гигиены и охраны зрения, методам стимуляции и развития зрительных функций, объясняет важное значение правильного ношения детьми очков, подчеркивает необходимость преемственности в работе персонала учреждения и родителей. С большой заинтересованностью родители воспринимают информацию о проводимом лечении и его результатах. В групповых родительских уголках врач помещает рекомендации или необходимую информацию для родителей.

Организационная деятельность врача включает участие в выявлении и отборе детей, нуждающихся в посещении Центра абилитации; работу в медико-педагогической комиссии по набору и выпуску детей; приобретение оборудования и аппаратуры; участие в регулярных медико-педагогических совещаниях, где дается детальная многоплановая характеристика каждого ребенка. Врач курирует работу медсестер-ортописток, обучает их новым методам лечения.

Методическая работа предусматривает семинары и лекции на специальные темы для персонала, анализ и обобщение опыта работы.

Врач-окулист работает в контакте с Городским поликлиническим центром детской офтальмологии, с кафедрами и клиниками детской офтальмологии Педиатрического медицинского института, Академии последипломного образова-

ния врачей. Это позволяет оперативно решать вопросы консультаций, стационарного обследования и лечения детей; обсуждение больных с ведущими специалистами города является также одной из форм повышения квалификации врача. Окулист поддерживает контакт с ассоциацией родителей детей-инвалидов по зрению, старается распространять знания по проблемам слепых и слабовидящих детей, выступая на различных совещаниях, в печати. Это важно, так как, по определению Детского фонда ООН, реабилитация - это не только тренировка инвалидов для адаптации к окружающей среде, но и вмешательство в их непосредственное окружение и общество в целом для содействия их социальной интеграции.

Учитывая многоплановость работы окулиста, критерием оценки ее эффективности не может быть только интенсивность аппаратного лечения и повышения остроты зрения. Видимо, здесь важно учитывать:

- точность диагностики; своевременность и полноту лечебно-профилактических мероприятий;
- осведомленность педагогического персонала в вопросах офтальмологии и применение своих знаний в практической деятельности;
- сформированности у родителей адекватного отношения к заболеванию своего ребенка, его лечению и воспитанию.

В перспективе врач планирует совершенствование знаний по вопросам электрофизиологических исследований, особенностей зрительного восприятия и переработки зрительной информации детьми и др. Могут представлять интерес совместные комплексные исследования с врачами других специальностей, с тифлопедагогами.

Целесообразно также отработать вопросы преемственности между врачами-офтальмологами дошкольного учреждения и специализированных школ для слепых и слабовидящих детей.

Тема 4. Психолого-педагогическая реабилитация детей с тяжелыми нарушениями зрения.

Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. – М.: «Дашков и Ко», 2002. – с.107-119

§ 3. Социально-психологическая среда

В социально-психологическом плане инвалидность ставит перед человеком множество проблем. Инвалидность — это специфическая ситуация развития и состояния личности, как правило сопровождающаяся ограничениями жизнедеятельности в самых разнообразных ее сферах. Жизнь человека, ставшего инвалидом, резко меняется — в семье из кормильца он превращается в частичного иждивенца, нередко нуждающегося в особом уходе, помощи, зависящего от других. Снижение его продуктивности на производстве вызывает неудовлетворенность, чувство неполноценности.ломаются прежние социальные роли, социальные связи, возможности инвалида не всегда соответствуют ожиданиям окружающих. Если человек стал инвалидом с детского возраста, то, как правило, он не имеет возможностей для полноценного социального развития, его контакты с окружающими крайне ограничены.

Необходимо подчеркнуть, что важнейшим условием достижения социальной интеграции является внедрение в общественное сознание идеи равных прав и возможностей для инвалидов. В развитых странах этот процесс давно идет. У нас в стране, к сожалению, идея равных прав и возможностей не только не присутствует в общественном сознании, но лишь недавно начала осознаваться людьми, ответственными за социальную политику в отношении инвалидов, и не получила должного отражения в правовой сфере. Но даже при полном принятии законодательных мер по реализации идеи равных прав и возможностей инвалидов в высших эшелонах власти социальная интеграция не будет достигнута, пока общество не осознает правильность этой идеи.

Отход от сегрегированных видов помощи инвалидам (в виде специальных медицинских, учебных учреждений, производственных предприятий и пр.) стал возможен в ряде развитых стран лишь благодаря тому, что в общественном сознании произошел сдвиг, здоровые люди признали за инвалидами равные права и перестали препятствовать их осуществлению.

Взаимоотношения инвалидов и здоровых — мощнейший фактор социальной интеграции. Как показывает зарубежный и отечественный опыт, инвалиды, нередко даже имея все потенциальные возможности активно участвовать в жизни общества, не могут их реализовать просто потому, что здоровые не хотят общаться с ними, работодатели опасаются принять на работу (далеко не всегда эффективна распространенная система квот при трудоустройстве: если предприниматель настроен по отношению к инвалидам негативно, он предпочитает платить штрафы, но не принимать инвалида на работу). Организационные меры по интеграции, не подготовленные психологически, рискуют сказаться неэффективными.

Каково же отношение здоровых к инвалидам в нашей стране? Немногочисленные исследования выявили следующее. Представители различных слоев населения в принципе признают (97,3%), что существуют слабые и незащищенные группы, нуждающиеся в помощи общества, и только 2,7% опрошенных говорили о том, что при оказании социальной защиты и помощи не должно никому отдаваться предпочтение. На вопрос о приоритетности помощи некоторым группам людей были получены следующие ответы: инвалиды-дети (52,7%), старики в домах для престарелых (47,3%), дети в детских домах (46,4%), взрослые инвалиды (26,3), пострадавшие от аварии на ЧАЭС (20,9%), матери-одиночки (18,2%), многодетные семьи (15,5%), беженцы, а также люди, пытающиеся бросить пить и употреблять наркотики (по 10,0%), инвалиды Великой Отечественной войны (6,4%).

Идею социальной интеграции инвалидов на словах поддерживает большинство, однако углубленные исследования показывают сложность и неоднозначность отношения здоровых к инвалидам. При измерении социаль-

ной дистанции обнаруживается, что здоровые предпочитают такие ситуации общения с инвалидами, которые не требуют тесных контактов или требуют контактов "на равных" (предпочитаются ситуации "инвалид — Ваш сосед по дому", "инвалид — коллега"). Ситуации, требующие более близких контактов, чаще вызывают негативное отношение, равно как и ситуации, предполагающие более высокое расположение инвалида на иерархической лестнице ("инвалид — Ваш сосед по квартире", "инвалид — Ваш начальник", "инвалид представитель органов власти"). В целом, таким образом, можно констатировать неготовность многих здоровых к тесному контакту с инвалидами, а также к ситуациям, реализующим конституционные права их наравне со всеми. При этом наиболее негативные установки высказывает молодежь.

Такой характер установок имеет сложную природу и не является просто выражением чисто негативных установок по отношению к инвалидам. Так, например, здоровые оценивают качество жизни инвалидов значительно ниже (1,62 балла по 5-балльной шкале), чем сами инвалиды (2,74 балла), признавая серьезность имеющихся у них проблем. Здоровые часто считают инвалидов более несчастными, грустными, враждебными, подозрительными, злыми, замкнутыми, то есть признается (и даже, быть может, переоценивается) их "несчастливость". Сложившееся в общественном сознании отношение к инвалидам можно оценить как амбивалентное: с одной стороны, они воспринимаются как отличающиеся в худшую сторону, а с другой — как лишенные многих возможностей, что порождает неприятие и даже враждебность, которые сосуществуют с симпатией и сочувствием. Такая амбивалентность дает надежду на улучшение взаимоотношений инвалидов и здоровых, ломку негативных стереотипов.

Надо заметить, что подобное отношение к инвалидам не свойственно только нашему обществу. Зарубежные исследователи уже давно отмечают наличие подобных стереотипов, приписывание инвалидам таких черт, как недоброжелательность, завистливость, недоверие к здоровым, недос-

таток инициативы. Во взаимоотношениях инвалидов и здоровых выявлялись напряженность, неискренность, желание прекратить контакт и т. п.

Однако тщательная проработка социально-психологических аспектов взаимоотношений инвалидов и здоровых на протяжении многих лет позволила создать и в большой степени реализовать программы по улучшению их взаимоотношений. Необходимо и у нас глубоко изучить эту проблему и создать подобные программы. Эта работа, безусловно, облегчит процесс социальной интеграции.

Говоря о социальной интеграции, пропагандируя идею равных прав и возможностей, нельзя не коснуться вопроса о том, как сами инвалиды относятся к повышению степени их участия в жизни общества. На вопрос о том, должны ли инвалиды жить среди здоровых, учиться и работать в тех же структурах, что и здоровые и т. п., или же они должны жить отдельно, обособленно, в специально созданных социальных структурах, среди опрошенных в различных регионах России 65,3% инвалидов выбрали первую альтернативу. При этом обращает на себя внимание активность респондентов (на вопрос ответило максимальное число опрошенных), часто сопровождая свои ответы комментариями, что свидетельствует о его актуальности. Среди "противников" идеи интеграции наиболее распространены такие объяснения: "Здоровые люди все равно инвалидов не поймут", "На обычных предприятиях к инвалидам плохо относятся". А вот пояснения сторонников интеграции: "Люди должны быть равны", "Инвалиды такие же люди, как здоровые", "Жить вместе, чтобы инвалиды и здоровые понимали друг друга", "Надо, чтобы инвалид не отрывался от родного коллектива и не считал себя неполноценным", "В общении со здоровыми инвалиды будут иметь более полное моральное удовлетворение".

Как видно из этих комментариев, защищая идеи интеграции, инвалиды опираются не на социально-экономические критерии, не ставят во главу угла улучшение (худшие) материальных условий, а отдают предпочтение

социально-психологическим проблемам, вопросам взаимоотношений со здоровыми людьми.

Следует отметить, что часто (38,3%) ощущали к себе пренебрежение со стороны здоровых не более трети противников идеи интеграции, в то время как среди инвалидов, считающих, что они должны жить среди здоровых, таких лиц было существенно больше (соответственно 61,7% и 63,9%) (Государственный доклад "О положении инвалидов в Российской Федерации" / Под ред. А. И. Осадчих. М., 1996.).

Поскольку доля противников интеграции довольно весома, важно понять, какие факторы определяют негативность мнения инвалидов, чтобы, учитывая их при выборе оптимальных вариантов социальной политики, не интегрировать их в общество насильно.

Инвалиды, проживающие в сельской местности или небольших городах (78,8%), достоверно чаще оказываются сторонниками интеграции, чем лица, живущие в больших городах (60,4%), среди которых Москва единственное исключение: здесь 75,6% сторонников интеграции. Опросы, проведенные Министерством труда и социального развития, показали, что пол и вид заболевания существенного значения не имеют, тогда как возраст является важным фактором: в старших возрастных группах число сторонников интеграции больше. Что касается тяжести инвалидности, то меньше всего противников интеграции среди инвалидов III группы (23,7%). Люди с низким доходом, живущие в плохих бытовых условиях, также чаще оказываются противниками этой идеи. Вероятно, это связано с тем, что эти люди в общем-то потерпели неудачу в приспособлении к жизни и надеются, что жизнь в "особых условиях" окажется лучше.

Таков вкратце социальный портрет инвалидов — сторонников и противников интеграции. Они отличаются и по своим социально-психологическим характеристикам. Так, чем более пессимистично оценивают инвалиды свое здоровье, тем больше среди них противников интеграции. Аналогично, что чем ниже оценивают инвалиды качество

своей жизни, чем менее они ею удовлетворены, тем чаще среди них встречаются противники интеграции. Для инвалидов, выбирающих интеграцию, чаще оказываются значимыми такие ценности, как интересная работа и возможность равноправного участия в жизни общества, их можно охарактеризовать как "больших идеалистов".

Следует отметить, что противники интеграции среди инвалидов характеризуются прежде всего более выраженным чувством психологического дискомфорта, неудовлетворенностью своей жизнью, обостренной реакцией на отношение окружающих, большей ориентацией на материальное благосостояние (что объяснимо, поскольку их уровень жизни действительно ниже, чем у сторонников интеграции). Учитывая данные социального портрета этой группы, можно сделать вывод о том, что она действительно нуждается в "охранительных" мерах, в создании специальных условий для жизни и работы, что позволит поднять уровень жизни, и, возможно, у этих людей появится желание участвовать в жизни общества.

Поскольку взаимоотношение инвалидов со здоровыми — один из ключевых факторов социальной интеграции, рассмотрим его подробнее с точки зрения инвалидов.

Прежде всего надо заметить, что вопрос об отношении к ним здоровых очень волнует инвалидов. При этом более трети (36,6%) очень часто ощущают отношение к себе как пренебрежительное, как к людям "второго сорта". Изредка ощущают такое отношение 30,9% инвалидов. Никогда такого отношения к себе не замечала только пятая часть инвалидов (20,8%). Чаще говорят о пренебрежительном отношении к себе женщины — 42,2%, мужчины — 34,6%, инвалиды в возрасте 16—19 и 40—44 года. Чаще всего отмечают пренебрежительное отношение к себе инвалиды I группы, причем внешняя выраженность дефекта существенной роли не играет.

Часто неблагополучны и семейные взаимоотношения инвалидов. Практически каждый третий инвалид отмечает ухудшение взаимоотношений в семье после получения инвалидности (29,8%) (Государственный доклад "О положении инвалидов в Российской Федерации" / Под ред. А. И. Осадчих. М., 1996.).

Чаще всего не могут создать своей семьи так называемые инвалиды с детства. Такое положение является следствием не только физического нездоровья, но и результатом того, что родители не обеспечивают должной социально-психологической адаптации ребенка-инвалида. Такой ребенок не имеет возможности пройти все циклы социализации, взросление его задерживается, на всю жизнь этот человек остается инфантильным, зависимым от других, пассивным, неуверенным в себе, комфортно чувствующим себя лишь в кругу близких. Для этой категории инвалидов, особенно имеющих видимый физический дефект, вступление в брак знаменует собой новый этап жизненного становления, достижение определенной ступени социальной зрелости. Характерной чертой таких семей является то, что большинство их создается не на основе взаимных симпатий, а по соглашению (чтобы не остаться в одиночестве). В беседах практически все инвалиды, состоящие в таких браках, указывают, что и в семье они ощущают свое одиночество, так как с партнером у них нет ничего общего. При этом внешне эти семьи являются достаточно прочными, не удовлетворяя потребностей партнеров в интимных отношениях, они служат формальным признаком социального благополучия и с этой точки зрения приносят определенное удовлетворение, снижают психическую напряженность.

Психологические проблемы довольно существенно отличаются в семьях с ребенком-инвалидом, со взрослым инвалидом или с престарелым инвалидом.

Так, когда в семье появляется ребенок с ограниченными возможностями, она переживает как бы два кризиса: само по себе рождение ре-

бенка является кризисом в жизненном цикле семьи, ведет к переосмыслению социальных ролей и функций, нередко порождает семейные конфликты, ухудшает экономическое положение семьи. Когда же ребенок имеет признаки инвалидности, то этот кризис переживается с удвоенной остротой. Это чрезвычайно резко меняет социально-экономический статус семьи, нарушает социальные связи. Крайне остро встают психологические проблемы. Установлено, что у подавляющего большинства родителей (в первую очередь у матерей) возникают пограничные нервно-психические расстройства, чувство вины, ощущение собственной неполноценности. Они начинают ощущать неловкость и стыд перед окружающими, сужают круг социальных контактов. Жизнь семьи начинает протекать в условиях хронической психотравмирующей ситуации. Нередко эти семьи распадаются, а ребенок, как правило, остается с матерью. Семья, являющаяся одним из основных гарантов социальной адаптации ребенка, далеко не всегда сохраняет способность выполнять эту функцию. Родители нередко теряют уверенность в себе, неспособны правильно организовать общение и воспитание ребенка, не замечают его действительных потребностей, не могут правильно оценить его возможности. Преобладает в воспитании родительская гиперопека, это существенно снижает возможности адаптации ребенка ко взрослой жизни.

Взаимоотношения инвалидов и здоровых подразумевают ответственность за эти взаимоотношения обеих сторон. Поэтому следует отметить, что и инвалиды в этих взаимоотношениях не всегда оказываются на высоте. У многих из них не хватает социальных навыков, умения "подать себя" в общении с коллегами, знакомыми, администрацией, потенциальными работодателями. Это в первую очередь касается инвалидов с детства, испытывающих недостаток социального опыта. Они далеко не всегда улавливают нюансы человеческих взаимоотношений, воспринимают других людей очень общо, оценивают их на основании

лишь некоторых, в основном моральных качеств — доброты, отзывчивости.

Кроме того, у инвалидов есть определенная предвзятость во взаимоотношениях со здоровыми.

Не вполне гармонично складываются и взаимоотношения между инвалидами. Принадлежность человека к категории "инвалид" вовсе не означает, что другие инвалиды будут настроены к нему благожелательно. Опыт работы общественных организаций инвалидов, психологические исследования в этой области показывают, что инвалиды предпочитают объединяться и идентифицировать себя с людьми, имеющими то же заболевание, и нередко негативно относятся к другим. Так, инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата, которые являются, пожалуй, наиболее социально активными (в том числе и в плане создания общественных организаций инвалидов), отличаются установкой на своеобразное соперничество с инвалидами вследствие других заболеваний, априори оценивая себя более элитной группой.

Одним из важнейших показателей социально-психологического комфорта людей является их удовлетворенность жизнью. Не случайно этот вопрос в той или иной форме входит в различные социологические опросы населения.

Практически половина инвалидов (43,5—49,1%) оценивает качество своей жизни как неудовлетворительное, и около трети (от 27,6 до 34,8%) считает ее удовлетворительной. Чаще всего таковой признают ее инвалиды I группы (34,8%), в то время как доля инвалидов третьей (29,5%) и второй (27,6%) групп, дающих подобную оценку качества своей жизни, на 5—7% ниже. Почти в 5 раз ниже среди инвалидов II (1,5%) и III (1,9%) групп по сравнению с первой (8,7%) доля считающих качество своей жизни хорошим (Государственный доклад "О положении инвалидов в Российской Федерации" / Под ред. А. И. Осадчих. М., 1996.).

Результаты исследований социально-психологического статуса инвалидов дают все основания для утверждения, что сознательно или неосознанно инвалиды связывают изменения своих личностных качеств с социально-экономическими переменами в стране, и изменения эти однозначно негативные.

Существенные проблемы, ждущие своего решения, встают перед инвалидами и в области взаимоотношений с окружающими, поскольку без гармонизации этих взаимоотношений на уровне макро- и микрогрупп социальная интеграция не осуществима.

Эмоциональное состояние инвалидов характеризуется тревожностью, неуверенностью в завтрашнем дне, пессимизмом.

Наиболее неблагоприятна в социально-психологическом смысле группа, в которой сочетаются различные неблагоприятные показатели психологического самочувствия — неудовлетворенность жизнью, низкая самооценка, настороженное отношение к окружающим и к мерам по социальной защите, высокая тревога за будущее на бытовом уровне и т. п. В эту группу входят преимущественно люди с плохим материальным положением и живыми условиями, одинокие, мужчины среднего возраста, инвалиды III группы, особенно неработающие.

Эти люди нуждаются в особо тщательно разработанных мерах социальной и психологической помощи, с учетом специфики их экономического положения и психологического самочувствия.

Анализ социально-психологических особенностей адаптации инвалидов к существующей ситуации выявляет четыре основных типа этой адаптации:

- 1) активно-позитивная позиция, для которой характерно стремление поиска самостоятельного выхода из сложившейся ситуации, сопровождающееся благоприятными социально-психологическими особенностями личности (достаточно высокой самооценкой, удовлетворенностью жизнью и т. п.). К сожалению, представителей этого типа крайне мало;

2) пассивно-негативная позиция, в которой неудовлетворенность своим положением (наряду с отсутствием желания самостоятельно улучшить его) сопровождается заниженной самооценкой, психологическим дискомфортом, настороженным отношением к окружающим, тревогой, ожиданием катастрофических последствий даже от бытовых неурядиц и другими негативными социально-психологическими особенностями;

3) пассивно-позитивная позиция, которая при объективно неудовлетворительном социально-экономическом положении и низкой самооценке приводит в целом к относительной удовлетворенности существующей ситуацией и, как следствие, отсутствию желания активно менять ее в лучшую сторону. Эта позиция *характерна* для людей старших возрастных групп;

4) активно-негативная позиция, которая при психологическом дискомфорте и неудовлетворенности жизнью не отрицает желания самостоятельно изменить свое положение, однако практических последствий это не имеет в силу ряда субъективных и объективных обстоятельств. Такая позиция более характерна для инвалидов преимущественно среднего возраста.

§ 4. Образовательная среда для инвалидов

Для обучающихся с отклонениями в развитии и инвалидов проектируются техникумы, профессиональные учебные заведения (ПТУ), а также учебные заведения смешанного типа — ПТУ-техникумы.

Функционально-планировочная организация комплекса зданий и помещений учебного заведения должна соответствовать его назначению в зависимости от контингента обучающихся инвалидов и обеспечивать максимальный комфорт для учащихся и преподавательского и обслуживающего персонала. Устройство учебных мест должно учитывать характер физических недостатков учащихся и с использованием специальных технических средств.

Основные зоны техникумов и ПТУ: учебная, учебно-производственная, физкультурно-оздоровительная, отдыха, хозяйственная, жилая (при наличии жилых корпусов для учащихся инвалидов непосредственно на территории учебного заведения).

Функциональные взаимосвязи территориальных зон учебных заведений для инвалидов не отличаются от принятых для обычных учебных заведений. Особенности отдельных зон учебных заведений для инвалидов следующие: жилая зона для инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата (ПОДа) и слепых должна всегда, а для других нозологии, как правило, размещаться на территории учебного заведения, при этом — на удалении от учебно-производственной и спортивной зон; на территории физкультурно-оздоровительной зоны физкультурные площадки для слепых и слабовидящих целесообразно ориентировать на Восток-Запад, а для остальных инвалидов на Север-Юг.

Территория техникума должна быть снабжена системой ориентиров и информации, разработанной в каждом конкретном случае при консультации спецслужб по медицинской реабилитации инвалидов.

Визуальная информация, хорошо читаемая и воспринимаемая, должна обеспечивать ориентировку инвалида и предупреждение о возможных источниках опасности и архитектурно-строительных препятствиях. Она должна давать полную информацию по всему комплексу учебно-производственной деятельности, социально-культурно-бытовому обслуживанию и размещению административно-преподавательских помещений.

Специальными знаками или символами могут быть обозначены: повседневно или периодически посещаемые инвалидами здания, сооружения и места на территории техникума, пересечения пешеходных путей с проездами, входы и выходы на территорию.

Элементы визуальной информации размещаются на контрастном фоне на высоте не менее 1,5 м и не более 4,5 м от уровня поверхности пешеходного пути.

Планировка специализированного учебного заведения для слепых и слабовидящих должна обеспечивать:

- * минимальную протяженность пешеходных путей передвижения;
- * безопасность передвижения по территории;
- * отсутствие элементов, создающих препятствия на путях передвижения инвалидов.

Структура планировки территории должна быть четкой для ориентировки в пространстве застройки и удобства ее запоминания слепыми инвалидами. Целесообразно основные пути передвижения проектировать по прямоугольной схеме.

Все предметы-препятствия на путях движения слепых, в том числе деревья, осветительные столбы и т. п., должны быть огорожены.

Основные пути движения по территории целесообразно оборудовать направляющими поручнями, а при их протяженности более 100 м — площадкой для кратковременного отдыха.

Осветительные устройства на путях движения целесообразно устанавливать по одной стороне дороги.

Участки пешеходных дорожек и тротуаров, примыкающие к местам их пересечения с внутритерриториальными проездами, должны иметь фактурную поверхность покрытия, отличную от других участков тротуара.

Здания техникумов и ПТУ проектируются, как правило, блочными, с выделением учебного, учебно-производственного и общественно-бытового корпусов. При реконструкции учебных заведений допускается проектирование отдельно стоящих корпусов. При адаптации существующих зданий для обучения инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата и слепых желательно отдельно стоящие корпуса учебного заведения объединить переходными галереями. При необходимости галереи должны быть отапливаемыми. Их габариты в плане должны обеспечивать встречное движение инвалидных колясок.

Этажность зданий следует принимать:

* профессионально-технических училищ, как правило, не более 4 этажей, для инвалидов с ПОДа — не более 2, если здания не оборудованы специальными лифтами

для инвалидов; для инвалидов с недостатками интеллекта — не более 3 этажей;

* техникумов, как правило, не более 9 этажей при условии оборудования зданий специальными лифтами для инвалидов; при невозможности оборудования зданий специальными лифтами техникумы для инвалидов с ПО Да должны быть не более 2 этажей; для слепых — не более 4 этажей.

Архитектурное решение интерьеров специализированных зданий техникумов и других учебных заведений для инвалидов должно способствовать:

* обеспечению комфортных условий для передвижения по зданию, для выполнения учебных практических заданий и контроля за их выполнением преподавателями;

* созданию благоприятных метеорологических условий в учебных помещениях: достаточную освещенность, защиту от вредных производственных выделений, излучений, шума, перепадов температур наружного воздуха, перегрева, слепимости и т. п.;

* обеспечению безопасности передвижения внутри здания;

* снижению физического и нервного напряжения учащихся в процессе лекционных и практических занятий;

* обеспечению условий для полноценного культурно-бытового и медицинского обслуживания учащихся, а также их отдыха;

* эстетической выразительности, оказывающей положительное эмоциональное воздействие на инвалидов.

Для обеспечения ориентации в зданиях, сокращения излишних передвижений по ним и безопасности в проекте учебного заведения должна быть система ориентиров — осязательных (тактильных), слуховых и зрительных, которая в первую очередь будет обеспечивать безопасность передвижения и ориентировку в пространстве инвалидов с дефектами зрения. Такая хорошо

продуманная система позволит ориентироваться и инвалидам других категорий.

Осязательные ориентиры: направляющие поручни, рельефные обозначения на поручнях, таблицы с выпуклыми надписями или шрифтом Брайля, рельефные поэтажные планы на лестничных площадках и в лифтовых холлах, изменяемый тип покрытия пола перед препятствиями и местами изменения направления (входами, подъемами, лестницами, лифтами, поворотами коридоров) и т. п.

Слуховые ориентиры: звуковые маяки при входах, радиотрансляция в зданиях, в лифтовых кабинах и т. п.

Зрительные (визуальные) ориентиры: различные специально освещаемые указатели в виде символов и пиктограмм с использованием ярких, контрастных цветов, контрастное цветовое обозначение дверей и т. п. Текстовая информация на таблицах должна быть максимально краткой.

Строительные элементы на путях движения лиц с ослабленным зрением (лестничные клетки, лифты, вестибюли, входы, начало и конец коммуникационных элементов — лестниц, коридоров и др.) должны быть оборудованы типовыми ориентирами-указателями, выполненными на основе цветового, акустического и тактильного контраста с прилегающей поверхностью.

Зрительные ориентиры и другая визуальная информация должны располагаться на контрастном фоне на высоте не менее 1,5 м и не более 4,5 м от уровня пола.

Система ориентиров должна быть достаточно продумана, чтобы не допускать их переизбытка, способствующего созданию "тепличных" условий и утрате навыков пространственной ориентации у незрячих. Для последних наиболее целесообразным является использование системы опорных ориентиров в соответствии с разработанными СКВ ВОС "Рекомендациями по системе ориентиров на предприятиях и в организациях ВОС".

Входы в здания следует защищать от атмосферных осадков и предусматривать перед ними площадки размерами в плане не менее 1 x 2,5 м с

дренажем и — в зависимости от местных климатических условий — с подогревом.

Входные двери в здания, сооружения и помещения должны иметь ширину в проеме не менее 0,9 м. Применение дверей на качающихся петлях и дверей-вертушек на путях передвижения инвалидов запрещается.

В полотнах входных в здания дверей следует предусматривать смотровые остекленные панели из противоударного стекла, нижняя часть которых должна располагаться не выше 0,9 м от уровня пола. В качестве остекления две-

Для дверей следует предусматривать закаленное или армированное стекло. Нижняя часть дверных полотен на высоту 0,3 м должна быть защищена противоударной полосой. При проектировании стеклянных входных дверей следует предусматривать их автоматическое открывание и яркую маркировку.

Входы в здания и помещения на путях движения инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата, слепых и слабовидящих не должны иметь порогов, а при необходимости устройства порогов их высота не должна превышать 2,5 см.

В коридорах, являющихся постоянными путями передвижения инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата, слепых и слабовидящих, дверные проемы целесообразно углубить внутрь помещений.

Для сокращения нерациональных перемещений инвалидов целесообразно в помещениях большой площади делать не менее двух рассредоточенных на пути движения входов.

Повороты коридоров на путях движения инвалидов целесообразно делать закругленными или со скошенными углами, свободно стоящие колонны также должны иметь закругленные углы.

На путях движения слепых и слабовидящих нежелательно наличие колонн и других элементов с небольшой поверхностью.

Лестницы, по которым предполагается передвижение инвалидов на костылях и слепых, должны быть двухмаршевыми, марши — прямыми, шириной не менее 1,5 м, исходя из безопасного движения инвалидов во встречных направлениях одновременно с движением других работников. Минимальная длина промежуточных площадок — 1,5 м.

По обеим сторонам лестничного марша предусматриваются ограждения не менее 0,9 м с поручнями. Длина поручня должна быть больше длины марша не менее чем на 0,3 м с каждой стороны. Поручни рекомендуется применять круглого сечения диаметром не менее 3 см и не более 5 см или прямоугольного сечения толщиной не более 4 см.

Число ступеней в каждом лестничном марше следует делать одинаковым, одинаковыми должны быть также размеры проступей и подступенков.

В санитарных помещениях общежитии часть кабин в уборных и душевых, а в учебных корпусах одна из кабин должны по своим размерам обеспечивать возможность пользования ими инвалидами на креслах-колясках, а также слепыми.

Основные функциональные группы помещений техникумов и профтехучилищ: кабинеты и лаборатории, аудитории, чертежные залы, учебно-производственные помещения, библиотека, помещения для физкультурно-спортивных занятий, актовый зал, клубно-кружковые помещения, пищеблок, помещения медицинского обслуживания, административно-хозяйственные помещения, вспомогательные и подсобные помещения (рекреации, вестибюль, санузлы и т. д.), общежитие.

Учебно-производственные отделения должны размещаться в отдельном блоке и иметь удобную связь с жилым блоком, если процесс обучения предусматривает разделение теоретических и практических занятий по дням. В тех случаях, когда процесс обучения включает ежедневные теоретические и практические занятия, учебно-производственный блок должен иметь удобные связи и с жилым, и теоретическим блоками.

Физкультурно-спортивные залы следует размещать не выше второго этажа, под ними не должны находиться учебные помещения. Если в условиях реконструкции это требование невыполнимо, то следует предусматривать специальные меры защиты от шума.

В специализированных техникумах и ПТУ в соответствии с их профилем в состав медицинских помещений могут входить различные процедурные кабинеты и кабинеты врачей-специалистов.

Искусственное освещение помещений для инвалидов должно выбираться с соблюдением в первую очередь главного требования — обеспечения безопасных и благоприятных условий для высокой эффективности зрительной работы, и во вторую очередь — экономии электроэнергии, хотя это тоже немаловажно в современных экономических условиях.

Наиболее тщательно следует разрабатывать искусственное освещение помещений и рабочих столов для инвалидов с остаточным зрением. Оно всегда предусматривается общее и местное. В качестве источников общего освещения следует использовать светильники с лампами накаливания, допускается применение потолочных люминесцентных светильников.

Цветовое решение помещений, в которых предполагаются занятия инвалидов с остаточным зрением, должно разрабатываться на основе цветового контраста общего фона с оборудованием, мебелью и деталями интерьера функционального назначения. В выборе цветового решения интерьеров следует руководствоваться условиями наилучшего распознавания объектов красного и желтого цветов на ахроматическом фоне, ахроматических объектов — на синем и желтом фоне. В сигнальных и предупреждающих ориентирах целесообразно использование сочетания желтого или белого и черного цветов.

Предупреждающая окраска обязательна для элементов, фиксирующих границы опасных участков, например перил, барьеров и других ограждений; элементов строительных конструкций зданий, таких как колонны, габариты проемов, оборудования; перепады и выступы в плоскости пола и т. п.

Ориентирующая и направляющая окраска применяется на полу или стенах проходов, коридоров и других коммуникационных помещений.

В техникумах, специализирующихся в основном на обучении слабовидящих, возможно применение "цветовых кодов", когда каждое помещение в зависимости от его назначения получает определенный цвет, что дает дополнительную информацию и возможность ориентироваться.

Требования к фактурному решению отделки помещений исходят в основном от инвалидов вследствие заболеваний органов зрения. Тактильные ощущения от поверхности пола, стен и перегородок на путях передвижения по зданию этих инвалидов, и в особенности слепых, позволяют им ориентироваться в пространстве общежития или учебного здания и получать предупреждающие сигналы о приближении к лестницам, лифтам, пересечениям коридоров и к другим опасным участкам. Ориентировке в пространстве, его "узнаванию" способствует изменение акустики разных помещений вследствие дифференциации размеров и применения различных отделочных материалов, для облегчения ориентации возможно использование правила сходных габаритов и материалов отделки для разных помещений одинакового назначения. При этом используются тактильные качества различных материалов: шероховатость штукатурки и гладкость полированного мрамора, пористость бетона, рельефность пиленого травертина и грубо околотого известняка, структурность глазурованной плитки и облицовочного кирпича и т. п. Использование различных фактур отделочных и строительных материалов позволит незрячим ученикам также хорошо "чувствовать" архитектуру, как зрячим ее видеть.

Помещения, где предусматриваются учебные места вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, должны быть оборудованы солнцезащитными устройствами, предназначенными для защиты от перегрева.

В помещениях, где предусматривается пребывание инвалидов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и туберкулезом, кратность воздухообмена

должна быть повышенной. Она устанавливается в задании на проектирование в зависимости от нозологии обучающихся.

В помещениях, где находятся учащиеся с заболеванием туберкулезом, материалы покрытия пола и отделки помещений должны выбираться с учетом возможности проведения влажной уборки и дезинфекции.

Оборудование учебных помещений специализированных техникумов должно обеспечивать безопасность и комфортность при пользовании им.

Расстановка оборудования и мебели в помещениях, предназначенных для занятий инвалидов, пользующихся креслами-колясками, должна обеспечивать возможность проезда и разворота инвалидной коляски, а в помещениях для учащихся слепых и слабовидящих — возможность работы без помех от передвижений в помещении. В последнем случае столы и оборудование должны быть снабжены тактильными ориентирами.

Трансформируемость оборудования и мебели необходима для инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата и для слабовидящих. Например, стол для инвалидов этих категорий должен, как правило, иметь изменяемую высоту и наклон рабочей поверхности, регулируемую подставку для ног. Рабочий стул для инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата должен быть оснащен устройством для изменения положения сиденья по высоте и наклону, регулируемой подставкой для ног, в отдельных случаях — специальным сиденьем, обеспечивающим компенсацию при вставании, приспособлением для рабочих инструментов, устройством перемещения вдоль рабочей плоскости по направляющей, а также по средствам электромеханических автономных устройств.

Могут применяться специально разработанные для различных специальностей учебные места инвалидов, включающие рабочий стол, стул, технологическое оборудование и подставки для сырья, инструментов и готовой продукции. При проектировании учебного места инвалида с поражениями опорно-двигательного аппарата следует учитывать параметры оперативного

поля, доступного верхним конечностям при условии фиксированного положения тела.

Все элементы стационарного оборудования, предназначенные для пользования инвалидами, должны быть прочно и надежно закреплены. Крепежные детали оборудования, регуляторов, электрических выключателей не должны выступать за плоскость стен или закрепляемого элемента.

Ручки, запорные и другие приспособления на дверях, ведущих в помещения, где опасно находиться людям с полной или частичной потерей зрения, должны иметь единообразную для этих помещений опознавательную рельефную или фактурную поверхность.

Ручки, рычаги, краны, кнопки электрических выключателей и различных аппаратов, электрические розетки, отверстия торговых автоматов и прочие устройства, которыми могут пользоваться инвалиды, передвигающиеся на креслах-колясках, следует располагать на высоте не более 1 м от уровня пола и на расстоянии не менее 0,4 м от боковой стены помещения.

Рабочие поверхности стоек гардеробов верхней одежды, буфетов, окна кассы в бухгалтерию и т. п. при пользовании ими инвалидами на колясках желательно располагать на высоте не более 0,8 м от уровня пола.

Все представленные архитектурно-планировочные требования к образовательным учреждениям подчинены единой цели — созданию социально-реабилитационной среды, условий для реализации реабилитационного потенциала инвалидов к обучению, к получению профессиональных знаний. Архитектурная среда как среда обитания в области образования инвалидов позволит им осуществить свое право "равных возможностей".

Тема 5. Социально-правовые аспекты реабилитации детей с тяжелыми нарушениями зрения.

Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: «Питер», 2004.- с. 49-79
Нормативно-правовой контекст инвалидности

Идея равенства всех людей на Земле как юридическая норма была обоснована еще просветителями XVII в. в концепции естественных прав человека, закреплена в Декларации независимости США 1776 г., в Декларации прав человека и гражданина Франции 1789 г.

Для законодательства многих зарубежных стран сегодня характерно конституционное и иное нормативное подтверждение принципа равных прав инвалидов и неинвалидов, запрещение дискриминации человека по ряду признаков, в том числе по причине инвалидности.

Настоящим достижением мировой цивилизации в гуманитарной сфере стало принятие Организацией Объединенных Наций (ООН) в 1948 г. Всеобщей декларации прав человека. В нее не были непосредственно включены разделы об отношении к инвалидам, но статья 1 Декларации гласит: «Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах. Они наделены разумом и совестью и должны поступать по отношению друг к другу в духе братства». Здесь важен принцип равноправия всех членов человеческого сообщества, взрослых и детей, подчеркивается недопустимость дискриминации человека по какой-либо причине.

Декларация прав ребенка, провозглашенная в 1959 г., утверждает: «Ребенку законом и другими средствами должна быть обеспечена специальная защита, предоставлены возможности и благоприятные условия, которые позволили бы ему развиваться физически, умственно, нравственно, духовно, здоровым и нормальным путем, в условиях свободы и достоинства. При издании с этой целью законов главным соображением должно быть наилучшее обеспечение интересов ребенка».

В 1975 г. ООН была принята Декларация прав инвалидов, в которой говорится:

Инвалиды, каковы бы ни были происхождение, характер и серьезность их увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста, что в первую очередь означает право на удовлетворительную жизнь, которая была бы как можно более нормальной и полнокровной.

Принцип равных прав инвалидов и неинвалидов предполагает, что потребности всех без исключения людей имеют одинаково важное значение. Имеющиеся в обществе средства следует использовать таким образом, чтобы создать для людей с ограниченными возможностями условия жизни, при которых они могли бы осуществлять все формы деятельности, характерные для каждого индивида.

Еще один важный международный документ — Конвенция о правах ребенка — был принят Генеральной Ассамблеей ООН в Нью-Йорке 20 ноября 1989 г. Согласно Конвенции, дети имеют право на равенство перед законом, право на юридическую защиту, право на развитие, право на жизнь, здоровье, выбор места жительства, право на воссоединение со своей семьей, на выражение мнения, на информацию, на свободу объединения, право на личную жизнь, право на доступ к достоверной информации, право на образование.

Необходимо упомянуть статью 23 Конвенции о правах ребенка, которая признает право детей с ограниченными возможностями жить полноценной жизнью в условиях, которые гарантируют их достоинство, благоприятствуют их самостоятельности и облегчают их активное участие в жизни общества. Дети с особенностями развития должны получить возможность участия в общественных мероприятиях. Например, приглашение переводчика на язык жестов позволит глухим посещать спектакли и представления. Слепым детям и детям с нарушением функций опорно-двигательного аппарата важно помочь добраться в нужное место, обеспечить транспорт.

Дети с ограниченными возможностями, как и остальные, имеют равные права на защиту, если последние нарушаются родителями или опекунами. Они имеют право на особое внимание реабилитационных служб и на получение хорошего образования. Право на здоровье и медицинские услуги заключается в том, что они могут беспрепятственно пользоваться медицинскими услугами для абилитации, реабилитации или профилактики.

В Конвенции отмечается, что права ребенка должны соблюдаться внутри семьи, которая признается естественной средой для роста и благополучия де-

тей. Государства, подписавшие этот документ, обязались уважать права и обязанности родителей, опекунов и других лиц, несущих непосредственную ответственность за благополучие, воспитание и развитие ребенка, так как ему для полного и гармоничного развития самой природой предназначено расти в семье, в атмосфере доброжелательности, любви и понимания.

С разной степенью интенсивности в современных обществах вытесняются идеи сегрегации инвалидов и распространяются идеи интеграции и ассимиляции, призывающие включать людей с ограниченными возможностями в повседневную жизнь общества, создавая условия для их полноценной жизни.

В США права инвалидов закреплены законодательно и включены в общую систему гражданских прав, запрещающую дискриминацию человека. Базовым нормативно-правовым актом в данном вопросе выступает закон 1990 г. «Об инвалидах», защищающий на федеральном уровне права этой социальной группы и не допускающий ее дискриминации в трудовых отношениях, в государственных органах власти, в местах общественного пользования, торговле, на транспорте. Закон предписывает органам власти всех уровней обеспечивать для инвалидов «равный доступ к получению преимуществ от различного вида деятельности, программ и услуг». Это означает и пользование государственными системами образования, здравоохранения, социальных услуг, нахождение в судах, на избирательных участках и городских собраниях. Закон обязывает предпринимать «разумные изменения политики, практики и процедур для избежания дискриминации в отношении инвалидов».

Кроме того, соответствующие государственные службы и строительные компании США должны учитывать особенности инвалидов при возведении новых и реконструкции имеющихся зданий и строений, чтобы облегчить доступ в них людям, пользующимся инвалидными колясками. Администрация общественного транспорта не должна допускать дискриминацию инвалидов при предоставлении своих услуг. Ей полагается обеспечивать инвалидам надлежащие удобства при посадке, высадке и проезде или предоставлять специальные транспортные средства тем людям с ограниченными возможностями, которые

не в состоянии самостоятельно пользоваться обычными видами общественного транспорта. Законом США «О трудоустройстве инвалидов» запрещается их дискриминация при приеме на работу, продвижении по службе, профессиональном обучении, оплате труда.

Конституция Канады также закрепляет принцип равноправия инвалидов и невозможности дискриминации их по принципу физических или умственных недостатков. И в законе Великобритании «О недискриминации инвалидов» 1995 г. содержится принцип равных прав инвалидов и неинвалидов. В Основной закон ФРГ в 1994 г. внесена поправка следующего содержания: «Никто не должен ущемляться из-за своих недостатков (умственных или физических)». В настоящее время в ФРГ завершена процедура принятия IX раздела Кодекса социального законодательства («Реабилитация и участие инвалидов в жизни общества»), в котором обобщены юридические предписания, касающиеся вопросов реабилитации и обеспечения прав инвалидов. Дополнение к кодексу вступило в силу 1 июля 2001 г.

В Венгрии принцип равных прав закреплен законом «О правах инвалидов и обеспечении для них равных возможностей» (1998). В 36 законах Китая имеются нормы, гарантирующие права и интересы инвалидов (Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации «Права и возможности инвалидов в Российской Федерации» 10 сентября 2001 г. <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spmv.htm>).

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ ПОЛИТИКИ ГОСУДАРСТВ В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДОВ

- Наличие официально признанной политики в отношении инвалидов.
- Наличие специального антидискриминационного законодательства в отношении инвалидов.
- Судебные и административные механизмы реализации прав инвалидов.
- Наличие неправительственных организаций инвалидов.

- Доступ инвалидов к реализации гражданских прав, в том числе права на труд, на образование, на создание семьи, на неприкосновенность частной жизни и собственности, а также политических прав.
- Наличие безбарьерной физической и социальной среды.

По мнению экспертов ООН, в большинстве стран для социальной защиты инвалидов применяется общее законодательство, т. е. на них распространяются права и обязанности граждан государства. Эксперты ООН считают, что более сильный юридический инструмент — законодательство специальное, обеспечивающее равный доступ инвалидов к общему. В России они сочетаются. Общее законодательство не дискриминирует инвалидов; пожалуй, в некоторых отношениях оно скорее отличается излишней мягкостью (Например, по отношению к инвалидам с психическими расстройствами. Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» — один из самых либеральных законов в мире по отношению к лицам, страдающим психическими расстройствами)

Реализация прав инвалидов предполагает наличие:

- законодательной основы и институциональной базы в области решения проблем инвалидности;
- возможности отстаивать свои права как в крупных городах, так и в небольших; на сегодняшний день говорить о равной доступности системы судебной и административной ответственности невозможно;
- специальной помощи, чтобы отстоять свои права в суде. Права инвалида трудно реализовать, поскольку положение инвалида и его семьи часто тяжелое; особенно сложно свои права отстаивать инвалидам с тяжелыми формами заболеваний. Инвалиды ограничены в передвижении, а учреждения судов и исполнительных органов для них иногда просто недоступны;
- развернутой системы информирования о правах. Источники информации не бывают обязательными и релевантными, поэтому информация часто носит случайный и не всегда достоверный характер. Инвалид не всегда уверен в своих правах.

Основными правами, которые должны быть гарантированы инвалиду и согласно которым определяется степень соответствия национальной политики государства международным стандартам, служат права на образование и труд, на вступление в брак, на родительство, право обращения в суд, право на неприкосновенность частной жизни и собственности, а также политические права.

Современные российские законодательные акты по части заботы и помощи людям с ограниченными возможностями в содержательном плане приближаются к законам и принципам, принятым во всем мире. И хотя инвалиды, а также их семьи по-прежнему наталкиваются на барьеры во взаимопонимании и общении с другими людьми, многое свидетельствует о том, что в целом социальное отношение к инвалидам постепенно изменяется: взамен невнимания и отвержения пришли признание их прав, достоинства и полноценного участия в жизни общества. Принятие 20 июля 1995 г. Государственной Думой закона «О социальной защите инвалидов в РФ», разработка проекта Закона РФ «О специальном образовании», создание реабилитационных центров — все это свидетельствует об изменяющейся социальной политике.

ОСНОВНЫЕ ЗАКОНЫ ОБ ИНВАЛИДАХ В РФ

Федеральные законы и постановления

Федеральный закон «О внесении изменений и дополнений в статью 16 Закона Российской Федерации "Об образовании"» от 20 июля 2000 г. № 102-ФЗ
Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями от 24 июля 1998 г., 4 января, 17 июля 1999 г., 27 мая 2000 г., 9 июня, 8 августа, 29 декабря, 30 декабря 2001 г.) от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ

Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях» № 861 от 18 июля 1996 г.

Постановление Правительства Российской Федерации «О предоставлении бесплатного социального обслуживания и платных социальных услуг государственными социальными службами» № 739 от 24 июня 1996 г. Указ Пре-

зидента Российской Федерации «О мерах по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости инвалидов» № 394 от 25 марта 1993 г. Федеральный закон «О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» № 159-ФЗ от 21 декабря 1996 г.

Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» № 124-ФЗ от 24 июля 1998 г.

Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» № 195-ФЗ от 10 декабря 1995 г. Постановление Правительства Российской Федерации «Об обеспечении формирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» № 927 от 12 августа 1994г.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ от 24 ноября 1995 г.

Указ Президента Российской Федерации «О мерах по обеспечению государственной поддержки инвалидов» № 1011 от 1 июля 1996 г. (с изменениями от 27 апреля 2000 г.)

Указ Президента Российской Федерации «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов» № 802 от 27 июля 1992 г.

Отраслевые нормативные акты

Постановление Министерства социальной защиты населения РФ «О пенсионном обеспечении детей, находящихся на полном государственном содержании» № 1—6-у от 23 июня 1995 г.

Постановление Министерства труда «Об утверждении примерного Положения об индивидуальной программе реабилитации инвалида» № 42 от 14 декабря 1996 г.

Приказ Министерства образования от 18 июня 2001 г. № 2417 «О реализации решения коллегии от 15 мая 2001 г. № 10 "Об опыте работы вузов России по обеспечению доступности высшего профессионального образования для инвалидов"»

Приказ Минобразования РФ от 22 октября 1999 г. № 636 «Об утверждении положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации»

Письмо Минобразования РФ от 25 марта 1999 г. № 27/502—6 «Об условиях приема и обучения инвалидов в учреждениях высшего профессионального образования»

Постановление Министерства труда и социального развития РФ от 19 июля 2000 г. № 52 «Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения "Центр социальной помощи семье и детям"»

Разъяснение Минтруда РФ и Фонда социального страхования РФ от 4 апреля 2000 г. № 3/02—18/05—2256 «О порядке предоставления и оплаты дополнительных выходных дней в месяц одному из работающих родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами» (утв. постановлением Минтруда РФ и Фонда социального страхования РФ от 4 апреля 2000 г. № 26/34) Постановление Минтруда РФ от 27 июля 1999 г. № 29 «Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности социально-оздоровительных центров граждан пожилого возраста и инвалидов» Постановление Минтруда РФ от 29 октября 1998 г. № 44 «О рекомендациях по созданию и организации деятельности попечительских (общественных) советов при учреждениях социальной защиты населения» Приказ Минздрава РФ и Минтруда РФ от 25 февраля 1998 г. № 50/18 «Об утверждении формы направления детей в возрасте до 16 лет на освидетельствование в учреждения медико-социальной экспертизы»

Постановление Минтруда РФ и Минздрава РФ от 29 января 1997 г. № 1/30 «Об утверждении Классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы»

Постановление-приказ Минтруда РФ, Минздрава РФ и Минобразования РФ от 23 декабря 1996 г. № 21/417/515 «Об утверждении Примерного положения о реабилитационном учреждении»

Приказ Минобразования РФ и Минздравмедпрома РФ от 18 июля 1994 г. № 268/146 «Об освобождении от итоговой аттестации выпускников 9,11 (12) классов общеобразовательных учреждений»

Постановление Минтруда РФ от 8 сентября 1993 г. № 150 «О перечне приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда»

Необходимо более подробно остановиться на рассмотрении структуры и содержания закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Документ состоит из 5 глав, в которых регулируются различные аспекты проблемы инвалидности. В главе 1 этого закона перечислены общие положения, дается определение понятия «инвалид», рассматриваются основания, по которым определяются 1-я группа инвалидности. Согласно закону, в зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лица в возрасте до 18 лет относятся к категории «ребенка-инвалида».

Признание человека инвалидом осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы. Порядок и условия этого устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Социальную защиту инвалидов этот закон трактует как систему гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих данным людям условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества. Кроме того, в части I закона регулируются и вопросы соответствия федеральных и международных документов, устанавливается компетенция органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов.

Глава 2 закона посвящена понятию и механизмам медико-социальной экспертизы. Последняя осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-

бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, которые разрабатываются и утверждаются в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации. Перечисляется перечень функций, возлагаемых на Государственную службу медико-социальной экспертизы.

В главе 3 рассматриваемого закона речь идет о реабилитации инвалидов, которая определяется как система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или, возможно, более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Цель реабилитации — восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация. В этой главе закона расшифровывается также и содержание процесса реабилитации.

Согласно закону, последняя подразумевает:

- *медицинскую реабилитацию*: восстановительную терапию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование;
- *профессиональную реабилитацию*: профессиональную ориентацию, профессиональное образование, профессионально-производственную адаптацию и трудоустройство;
- *социальную реабилитацию'*, социальную-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию.

Статья 10 закона регулирует гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета.

Данным законом предусматривается разработка индивидуальных программ реабилитации инвалида, которые представляют собой комплекс оптимальных для него реабилитационных мероприятий, включающий отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер. Последние направлены на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, вос-

становление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида, в соответствии с этим законом, обязательна для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Деятельность по реабилитации инвалидов координирует Министерство социальной защиты населения Российской Федерации. Реабилитационными признаются учреждения, которые осуществляют соответствующий процесс в соответствии с программами реабилитации инвалидов. Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации должны с учетом региональных и территориальных потребностей создавать сеть реабилитационных учреждений, в том числе и негосударственных, и содействовать развитию системы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов, организовывать производство ее технических средств.

Сеть реабилитационных учреждений должна развиваться на всей территории страны, чтобы максимально приблизить их к месту проживания инвалидов. Они призваны проводить мероприятия по восстановлению или компенсации людям с ограниченными возможностями утраченных функций, консультировать инвалидов и членов их семей. В России функционирует 605 реабилитационных центров и отделений, из них 179 для взрослых и 426 для детей-инвалидов. Однако не везде уделяется должное внимание созданию областных реабилитационных центров.

Законодательство Российской Федерации предусматривает получение инвалидами технических средств реабилитации, обеспечивающих их особые потребности, повышающие уровень их независимости в повседневной жизни. Государство обязано поддерживать разработку и производство различных вспомогательных устройств и оборудования, средств передвижения, бытового са-

мообслуживания, коммуникации, содействовать формированию национального рынка реабилитационных изделий.

Положение с обеспечением права инвалидов на надлежащую протезно-орто-педическую помощь не решить лишь одним специализированным государственным организациям. Здесь большое поле деятельности для проявления инициативы и благотворительности со стороны зарубежных и отечественных коммерческих и некоммерческих организаций.

Предоставление основных технических средств реабилитации осуществляется бесплатно или на льготных условиях. Однако обеспеченность реабилитационного процесса этими средствами недостаточна. Указанное количество предприятий не решает проблемы доступности данного вида реабилитации для инвалидов, которым требуется протезно-ортопедическая помощь. Производство средств реабилитации в недостаточном количестве обуславливает большие очереди на их получение и длительное ожидание инвалидами этих средств. Недостаточное финансирование расходов по обеспечению инвалидов протезно-ортопедическими изделиями во многих регионах приводит к низкому уровню данного вида помощи (Источник: Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации «Права и возможности инвалидов в Российской Федерации» 10 сентября 2001 г. <http://www.ombudsman.gov.ru/docum/spim'.htm>).

Глава 4 закона посвящена вопросам обеспечения жизнедеятельности инвалидов. В ней описываются государственные и общественные ресурсы такой помощи. Прежде всего — медицинской: оказание квалифицированного медицинского обслуживания инвалидов, включая обеспечение лекарствами.

Этого рода реабилитация инвалидов проводится в рамках федеральной базовой программы обязательного медицинского страхования населения Российской Федерации за счет средств соответствующих федерального и территориальных фондов. На практике же эта прописанная в законе статья изменяется: например, списки выдаваемых бесплатно лекарств повсеместно сокращаются.

В некоторых регионах России вопрос обеспечения лекарствами решается нетрадиционно: создаются «социальные аптеки», которые имеют льготы по налогообложению. Цены на лекарства в таких аптеках намного ниже, однако, чтобы получить требуемое средство, необходимо годами ждать своей очереди.

Законом регулируются вопросы обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов к информации (статья 14). В этих целях принимаются меры по укреплению материально-технической базы редакций, издательств и предприятий полиграфии, которые выпускают специальную литературу для инвалидов, а также редакций, программ, студий, предприятий, учреждений и организаций, производящих грамзаписи, аудиозаписи и иную звуковую продукцию, кино- и видеофильмы и другую видеопродукцию для инвалидов. Язык жестов признается как средство межличностного общения. Вводится система субтитрирования или сурдоперевода телевизионных программ, кино- и видеофильмов. Следует отметить, что доля таких

передач и кинофильмов невелика, даже информационные программы редко сопровождаются сурдопереводом.

Статья 15 рассматривает проблему обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры. Согласно закону, федеральное правительство, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления, организации вне зависимости от организационно-правовых форм и форм собственности должны создавать условия инвалидам (включая тех, кто использует кресла-коляски и собак-проводников) для свободного доступа к объектам социальной инфраструктуры. Планировка и застройка городов, других населенных пунктов, формирование жилых и рекреационных зон, а также разработка и производство транспортных средств общего пользования, средств связи и информации без приспособления указанных объектов для доступа к ним инвалидов и использования их теми не допускаются. Предприятия, учреждения и организации, осуществляющие транспортное обслуживание населения, должны обеспечивать оборудование вокзалов, аэропортов, транспортных средств специальными приспособлениями,

позволяющими инвалидам беспрепятственно передвигаться. Приведен перечень объектов инфраструктуры и порядок регуляции доступа к ним.

Самым проблемным вопросом обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в России стало бесплатное обеспечение их специальными автотранспортными средствами. По данным Министерства труда и социального развития Российской Федерации и органов социальной защиты населения субъектов Федерации, количество инвалидов, нуждающихся в получении транспортных средств, составляет 156 000 человек, из которых 80 000 — в получении автомобиля, 76 000 — мотоцикла. В Российской Федерации для многих инвалидов установка квартирного телефона по-прежнему остается весьма острой проблемой. В Екатеринбурге и Элисте выездной приемной уполномоченного по правам человека в Российской Федерации в мае и июле 2001 г. выявлено, что инвалиды Великой Отечественной войны, на которых распространяется право внеочередной установки квартирного телефона, не могут реализовать его более 20 лет' (Источник: Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации «Права и возможности инвалидов в Российской Федерации» 10 сентября 2001 г. [http://www.ombudsman.gov.m/do\(iim/spinv.htm\)](http://www.ombudsman.gov.m/do(iim/spinv.htm))).

Статья 17 закона описывает порядок обеспечения инвалидов жилой площадью. Инвалиды и семьи, в которых проживают дети-инвалиды, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, ставятся на

учет и обеспечиваются жилыми помещениями согласно льготам, предусмотренным законодательством Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Инвалиды имеют право на /дополнительную жилую площадь в виде отдельной комнаты в соответствии с перечнем заболеваний, утверждаемым правительством Российской Федерации. В данном разделе закона уделено внимание вопросам оборудования жилых помещений для инвалидов. Однако сервисная сеть, которая занялась бы вопросами адаптации жилья в соответствии с потребностями инвалидов, до сих пор отсутствует. Создание удобного жилого фонда остается личным делом самого инвалида или членов его семьи.

Вопросы доступности образования, воспитания и обучения детей-инвалидов представлены в статьях 18 и 19 рассматриваемого закона. Там декларируется гарантированность образования, создание государством необходимых условий для получения образования и профессиональной подготовки инвалидов. Для тех из них, кто нуждается в специальных условиях при получении профессионального образования, согласно закону, должны создаваться специальные, профессиональные образовательные учреждения различных типов и видов или соответствующие условия в профессиональных образовательных учреждениях общего типа.

Однако по-прежнему актуальной остается проблема интегрированного образования. Доля инвалидов, обучающихся в обычных, неспециализированных учебных заведениях, слишком мала. Образовательная структура специализированных школ для детей-инвалидов порой не выдерживает критики, — столь стереотипно и предвзято отношение к возможностям инвалидов. У работников специализированных школ и интернатов существуют установки на сегрегацию детей-инвалидов, чрезмерный контроль и опеку.

Специальные профессиональные образовательные учреждения для инвалидов чаще всего предоставляют им возможность получить рабочую профессию. Проблема доступности для них высшего образования широко обсуждается, однако доля инвалидов, поступающих в вуз, не возрастает, дополнительные технологические меры, облегчающие процедуру вступительных экзаменов и обучения инвалидов с определенными нарушениями здоровья, не отработаны.

Статья 20 настоящего закона регулирует обеспечение занятости инвалидов. Им федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации предоставляются гарантии трудовой занятости благодаря проведению специальных мероприятий, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда, и мерам, стимулирующим работодателей предоставлять рабочие места инвалидам.

Законодательно регулируется также и создание специальных рабочих мест для данной категории людей (статья 22). Это предполагает осуществление

дополнительных мер по организации труда, в том числе по адаптации основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов.

В соответствии со статьей 23 инвалиду, занятому в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, должны создаваться необходимые условия труда согласно индивидуальной программе его реабилитации. Работодатели несут ответственность (статья 24) в обеспечении занятости инвалидов.

Определены и утверждены законодательно условия признания инвалида безработным. Предписан ряд мер, призванных стимулировать работодателей в предоставлении рабочих мест людям с ограниченными возможностями. Законом регулируется материальное обеспечение инвалидов (статья 27). Рассмотрены также вопросы их социально-бытового обслуживания, условия пребывания в стационарном учреждении социального обслуживания.

В статье 30 учтены аспекты транспортного обслуживания инвалидов, льготы по проезду в общественном транспорте. Граждане и должностные лица, виновные в нарушении прав и свобод инвалидов, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации (статья 32).

Все перечисленные меры, однако, на практике не всегда бывают реализованы. Так, по-прежнему существует проблема льготного проезда инвалидов в коммерческих автобусах, где, согласно федеральному и местному законам, для них действуют льготы. Однако зачастую владельцы автобусов сами устанавливают правила в своем транспорте, а инвалид, решивший воспользоваться предоставляемым правом на льготы, вынужден либо унижительно оправдываться, взывая к состраданию кондуктора, либо идти на конфликт.

Требования к работодателям, касающиеся создания необходимых условий труда инвалидов, нередко тоже не выполняются. Современный работодатель, который мало заинтересован в принятии инвалида на работу, вряд ли пойдет на дополнительные затраты, чтобы обустроить место его труда. Споры об

установлении инвалидности, реализации индивидуальных программ реабилитации, предоставлении конкретных мер социальной защиты, а также споры об иных правах и свободах инвалидов должны рассматриваться в судебном порядке. В настоящее время, хотя и создан ряд прецедентов, четких механизмов соблюдения законодательства нет.

Глава 5 настоящего закона посвящена общественным объединениям инвалидов. Она регулирует право на создание таких объединений (статья 33), налоговые и иные льготы на отчисления в бюджеты всех уровней (статья 34). Согласно статье 36, Президенту и Правительству Российской Федерации необходимо привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим федеральным законом.

Необходимо отметить, что, несмотря на перечисленные недостатки, разработка и принятие рассмотренного закона запустили в действие новые схемы решения проблем инвалидности, были созданы соответствующие структуры при министерствах и ведомствах, дан ход новым механизмам установления инвалидности и реабилитации. Безусловно, на практике возник ряд трудностей, в регионах не было ясной информации, о том, что такое индивидуальная программа реабилитации, каковы ее содержание и направленность. Кроме того, после утверждения данного закона возникла необходимость приняв еще ряд документов уточняющего и дополняющего характера, где бы были четко прописаны механизмы контроля и ответственности за соблюдение статей закона.

В этой связи совместным постановлением Минтруда и Минздрава от 29 января 1996 г. утверждены «Классификация и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы». Министерством труда утверждаются положения об индивидуальной программе реабилитации, к этому положению приложена карта, содержащая пункты по медицинским, социальным и профессиональным аспектам реабилитации. Федеральное правительство издало распоряжение «О государственной службе реабилитации инвалидов». Минтруда РФ совместно с заинтересованными министерствами и ве-

домствами разработало и приняло Постановление от 23 декабря 1996 г. «Об утверждении Примерного положения о реабилитационном учреждении».

Таким образом, фундаментом социальной политики, касающейся инвалидов, становится реабилитация, восстановление и активизация их способностей к относительно независимой жизни. Реализация курса социальной политики на практике окрашивается в различные оттенки.

Так, недостаточно развита законодательная база в области медицинской реабилитации, особенно в той ее части, которая призвана служить предупреждению заболеваний, приводящих к инвалидности. В частности, это относится к организации и предоставлению первичной медико-санитарной помощи, доступной всем слоям населения; созданию системы раннего выявления и профилактики инвалидности; четкой регламентации правил техники безопасности, производственных санитарных условий, приспособлению рабочих мест, оборудования и производственной среды, чтобы предупредить утрату профессиональной трудоспособности или болезнь (или ее обострение).

Одним из главных критериев эффективности социальной политики в отношении инвалидов, по идее, должна быть ее ориентация на выход максимально возможного числа лиц из состояния инвалидности. Полная реабилитация — снятие статуса инвалида. Два других показателя отражают процесс перемещения инвалидов из группы в группу это частичная реабилитация и утяжеление инвалидности (дереабилитация). Первая — переход в более легкую группу (для III группы, естественно, отсутствует). Второе — переход в более тяжелую (соответственно для I группы невозможен).

Изучение того, как практически реализуются даже отдельные пункты закона в каком-либо конкретном городе, показывает, сколь велики просчеты и каковы особенности действительности. Например, чтобы оценить, какие возможности и ограничения в сфере трудовой деятельности налагает законодательство для социальной группы инвалидов, необходимо рассмотреть и проанализировать два взаимосвязанных аспекта:

- права и обязанности инвалидов в сфере трудовых отношений и занятости;
- возможности и ограничения работодателей при использовании труда инвалидов.

Государственные органы медико-социальной экспертизы и реабилитации, социальной защиты населения, обозначающие проблему инвалидов в сфере занятости, маркируют ряд соответствующих прав, которые должны соблюдаться¹.

- Инвалиды имеют право на необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

Постановление Министерства труда и социального развития РФ и Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы» № 1/30 от 29 января 1997 г

Не допускается устанавливать в коллективных или индивидуальных трудовых договорах такие условия труда инвалидов, которые ухудшают их положение по сравнению с другими работниками. Для инвалидов I и II групп устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени — не более 35 часов в неделю, с сохранением полной оплаты труда.

Привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такие работы не запрещены им по состоянию здоровья.

Инвалидам предоставлено право перевода на более легкую работу в соответствии с медицинским заключением, временно или без ограничения срока¹; при таком переводе за работниками сохраняется прежний средний заработок в течение 2 недель со дня перевода².

- Работающие инвалиды имеют право на получение лекарств по рецептам врачей с 50% скидкой, а также на обеспечение санитарно-курортными путевками по месту работы на льготных условиях⁴.
- Имеют право на льготные условия для предпринимательской деятельности.

- Общественные объединения инвалидов, которые могут осуществлять предпринимательскую деятельность, имеют льготы по уплате федеральных налогов, сборов, пошлин и других платежей в бюджеты всех уровней".

Федеральный закон сохраняет льготы, установленные инвалидам законодательством бывшего СССР. Таким образом, дополнительно к перечисленным выше продолжают действовать прежние правила. Недопустимо установление испытательного срока инвалидам, направленным на работу в счет утвержденного плана трудоустройства для данного предприятия.

¹ КЗОТ РФ. Статья 155. Там же. Статья 156

Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения»

ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» 1995 г. Статья 29. ⁵ ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» 1995 г. Статья 34.

Поскольку направление на работу в счет брони или в счет плана по трудоустройству гарантирует инвалиду получение работы на определенном предприятии, то и в случае отсутствия у него достаточной квалификации или опыта работы он не должен увольняться по несоответствию выполняемой работе по состоянию здоровья. Ему должна быть предоставлена возможность либо повысить квалификацию, либо приобрести новую специальность в одной из форм производственного обучения на данном предприятии. Инвалиду может быть также предоставлена другая подходящая работа с учетом имеющейся трудовой рекомендации¹.

Следует отметить, что этот аспект законодательства в большей степени полноценно соблюдался в советский период; в эпоху рыночной экономики и нестабильности предприятий соблюдение данной гарантии инвалидам весьма сомнительно.

Согласно Закону о социальной защите инвалидов в РФ, ее целью признается обеспечение равных с другими гражданами возможностей в реализации прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ. Статья 15 закона предусматривает обеспечение свободного доступа людей с ограниченными возможностями к жилым, общественным и производственным зданиям, местам отдыха, спортивным сооружениям, культурно-зрелищным и другим учреждениям, а также беспрепятственное пользование общественным транспортом, средствами связи и информации.

К сожалению, ни данная статья закона, ни другие постановления и акты, направленные на устранение барьеров для жизни инвалидов, в России пока не выполняются.

Тема 6. Социальная работа в системе комплексной реабилитации ребенка с тяжелыми нарушениями зрения и его семьи.

Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. – М.: «Дашков и Ко», 2002. – с.239-244

§ 3. Социальная реабилитация инвалидов с нарушениями зрения

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

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

* глубокое нарушение зрения обоих глаз;

* глубокое нарушение зрения одного глаза с низким зрением другого глаза;

* среднее нарушение зрения обоих глаз;

* глубокое нарушение зрения одного глаза, другой глаз нормальный.

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

По статистическим данным, распространенность слепоты среди населения достигает 1%.

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

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

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

В связи с дефицитом зрения окружающая среда воспринимается незрячими с помощью других анализаторов. Преобладающей становится информация акустическая, тактильная, кинестетическая, свето-цветовая. Приобретает значение форма и фактура предметов и материального мира в целом. В процессе осязательного восприятия участвуют руки, подошвы ступней, в осязании мелких предметов — язык и губы.

Важную роль в жизнедеятельности слепых играет слух. Слух у них чрезвычайно обострен и реагирует на малейшие акустические нюансы при передвижении в пространстве. В связи с этим при решении реабилитационных задач важен акцент на управлении звуками в среде обитания незрячих. Необходимо

выделить и усилить нужные для ориентации звуки и заглушить посторонние помехи и шумы. При формировании среды жизнедеятельности для слепых следует уделять особое внимание акустическим и звукоизоляционным характеристикам строительных материалов и конструкций.

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

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

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

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

Способность к ориентации включает:

- * способность к определению времени по общепринятым признакам (время суток, время года и др.);

- * способность к определению местонахождения по пространственным ориентирам, запахам, звукам;

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

- * способность к ориентации в собственной личности, схеме тела, различение правого и левого и др.;

* способность к восприятию и адекватному реагированию на поступающую информацию (вербальную, невербальную, зрительную, слуховую, вкусовую, полученную путем обоняния и осязания), пониманию связей между предметами и явлениями.

Параметрами при оценке способности к ориентации являются:

* состояние системы ориентации (зрения, слуха, осязания, обоняния);

* состояние системы коммуникации (речи, письма, чтения);

* способность к восприятию, анализу и адекватному реагированию на получаемую информацию;

* способность к ориентации в собственной личности и внешних по отношению к ней временных, пространственных условий, средовых ситуаций.

Социально-бытовая и социально-средовая реабилитация инвалидов с нарушениями зрения обеспечивается системой ориентиров — осязательных (тактильных), слуховых и зрительных, которые способствуют безопасности передвижения и ориентировке в пространстве.

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

Слуховые ориентиры: звуковые маяки при входах, радиотрансляция.

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

Зрительные ориентиры и другая визуальная информация должны располагаться на контрастном фоне на высоте не менее 1,5 м и не более 4,5 м от уровня пола.

Система ориентиров должна быть достаточно продумана, чтобы не допускать их переизбытка, способствующего созданию "тепличных" условий и утрате навыков пространственной ориентировки.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В Федеральном законе "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" прописаны льготы для инвалидов с нарушениями зрения. Инвалиды по зрению обеспечиваются бытовыми приборами, тифлосредствами, необходимыми им для социальной адаптации. Ремонт указанных приборов и средств производится инвалидам бесплатно или на льготных условиях. Порядок обеспечения инвалидов техническими и иными средствами, облегчающими их труд и быт, определяется Правительством Российской Федерации.

Обучение и коррекция развития дошкольников с нарушенным зрением: Методическое пособие/под ред. проф. Л. М. Шипицыной, - С.-Пб: «Образование», 1995 – с.11-16

Функциональные обязанности сотрудников дошкольного учреждения для детей с нарушениями зрения

Методист-дефектолог:

- определяет основные направления совместной работы тифлопедагога, воспитателя-дефектолога, воспитателя и родителей, оказывает методическую и практическую помощь сотрудникам специальных детских садов, организует семинары, знакомит с новинками специальной литературы, готовит тематические лекции для родителей, проводит с ними консультации и беседы, участвует в работе лекотеки;

- разрабатывает специальные коррекционные занятия с учетом возраста и характера нарушения зрения, оформляет образцы специальных пособий;

- обобщает опыт работы, собирает и систематизирует пособия и литературу по тифлопедагогике;

- разрабатывает методики и рекомендации по воспитанию детей со зрительной патологией, руководит работой коллектива по адаптации «Программы по воспитанию и обучению дошкольников» для детей с различными нарушениями зрения.

Психолог-дефектолог:

- изучает анамнез ребенка, составляет психолого-педагогическую характеристику, определяет прогноз его развития;

- проводит индивидуальные занятия с детьми, страдающими нервно-психическими заболеваниями, отстающими в психическом развитии;

- адаптирует существующие тесты психического развития ребенка для детей с нарушением зрения;

- ведет дневник наблюдений за детьми, отражая динамику развития ребенка в коррекционном процессе;

- оформляет дидактический материал для изучения и коррекции психического развития ребенка;

- оказывает помощь родителям, тифлопедагогу, воспитателям, посещает детей на дому, помогает организовать воспитание и обучение дошкольника в условиях детского коллектива и семьи и создать благоприятные условия в семье для развития ребенка с нарушенным зрением;

- совместно с тифлопедагогом разрабатывает индивидуальные задания для родителей с учетом сложности дефекта ребенка, его возраста и индивидуальных особенностей.

Тифлопедагог для работы с детьми раннего возраста (от 6 мес. до 3 лет):

- способствует раннему выявлению детей с нарушением зрения, работает в тесном контакте с психолого-медико-педагогической комиссией;

- осуществляет наблюдение за динамикой умственного и речевого развития, консультирует детей и родителей на дому, проводит занятия с ребенком в присутствии родителей, обучает родителей;

- обобщает опыт работы по семейному воспитанию, разрабатывает модель кабинета семейного воспитания ребенка раннего возраста;

- обучает воспитателей детей младшего возраста специальным приемам развития познавательной, игровой и других видов деятельности;

- участвует в работе лекотеки: подбирает и разрабатывает специальные игрушки для детей раннего возраста с учетом особенностей их познавательной деятельности.

Тифлопедагог консультативной группы:

- проводит обследование и заполняет карту психофизического развития ребенка в соответствии с возрастом, определяет задачи коррекционно-педагогической деятельности с учетом индивидуальных особенностей ребенка;

- проводит индивидуальные коррекционно-педагогические занятия в присутствии родителей и с учетом рекомендаций медицинского персонала, консультирует родителей по работе с детьми в домашних условиях, знакомит их с

научно-педагогической литературой, специальными приемами воспитания ребенка, имеющего нарушения зрения;

- изготавливает пособия для индивидуальной работы с детьми и стенды для информации родителей;

- участвует в создании лекотеки для детей с нарушением зрения;

- разрабатывает и внедряет в практику методику использования и развития остаточного зрения;

- обучает воспитателей консультативной группы приемам работы с детьми с нарушенным зрением и курирует их.

Тифлопедагог стационарной группы:

- подготавливает и проводит обследование исходного уровня развития ребенка, выделяет подгруппы для коррекционно-педагогической работы;

- совместно с воспитателями, офтальмологом, логопедом и другим персоналом группы определяет задачи коррекционно-педагогической деятельности всего персонала и обеспечивает условия для профилактики и предупреждения вторичных отклонений в развитии ребенка;

- проводит ежедневные коррекционные занятия с детьми индивидуально и в подгруппах;

- оказывает теоретическую и практическую помощь воспитателям в подготовке и проведении занятий и организации свободного времени детей, участвует в проведении игр с детьми, в обучении родителей (лекции, индивидуальные беседы, наглядная информация);

- разрабатывает и частично изготавливает с помощью родителей дидактический материал, необходимый для коррекционной работы;

- оформляет и ведет документацию, отражающую задачи и результативность деятельности.

Тифлопедагог - специалист по ориентировке в пространстве:

- выявляет уровень развития пространственных представлений ребенка, определяет задачи по коррекции ориентировки в пространстве в соответствии с

возрастными требованиями и индивидуальными психофизиологическими особенностями ребенка;

» - проводит занятия по пространственной ориентировке и развитию движений;

- участвует в проведении занятий ЛФК, музыкальных занятий и готовит детей к различным утренникам и другим мероприятиям;

- консультирует родителей и воспитателей по закреплению навыков ориентировки у дошкольников с нарушением зрения;

- подбирает материал для занятий, участвует в наглядном оформлении помещений детского сада.

Воспитатель стационарной группы:

- несет полную ответственность за охрану жизни детей;

- работает совместно с тифлопедагогом;

- обучает детей игровой деятельности в соответствии с возрастными требованиями и особенностями сенсорного развития детей с нарушением зрения, отрабатывает приемы познавательной деятельности на занятиях, на прогулках и во время режимных моментов;

- организует и проводит фронтальные занятия в соответствии с программными требованиями;

- осуществляет взаимосвязь с родителями, представляет наглядную информацию для них по вопросам воспитания ребенка в семье, участвует в разработке дидактического материала, привлекая к этому родителей.

Воспитатель консультативной группы:

- отвечает за охрану жизни ребенка;

- обеспечивает условия для воспитания ребенка и предупреждает появление вторичных отклонений в развитии;

- осуществляет организацию игровой деятельности во время занятий тифлопедагога и других специалистов, проводит индивидуальные занятия;

- обеспечивает контакты с детьми, посещающими детский сад, и обучает детей общению друг с другом в присутствии родителей;

- осуществляет работу по формированию бытовых умений ребенка;
- участвует в работе лекотеки и оснащает ее пособиями.

Музыкальный педагог:

- изучает состояние музыкально-речевого слуха детей, возможность выполнения ритмических движений под музыку, умение выполнять целенаправленные движения и ориентироваться в большом пространстве, определяет уровень координированное™ движений, выявляет слуховое внимание и слуховую память, состояние артикуляционного аппарата, определяет направления работы и адаптирует программу по музыкальному развитию детей к условиям специального детского сада:

- работает совместно с тифлопедагогом, воспитателем и психологом;
- осуществляет эстетическое воспитание детей, прививает вкус к музыке, учит слушать и понимать ее, знакомит с лучшими произведениями народного творчества, обеспечивает подготовку и проведение различных праздничных утренников, вечеров досуга;
- ведет групповую и индивидуальную работу с детьми, консультирует воспитателя и родителей;
- подбирает и оформляет наглядные пособия для коррекционно-педагогической работы на музыкальных занятиях.

Методист по лечебной физкультуре:

- обследует совместно в врачом ЛФК детей и дает подробную характеристику их физического развития, комплектует подгруппы для фронтальных занятий;
- адаптирует существующие методики по лечебной гимнастике к детям с патологией зрения и следит за их выполнением;
- изучает динамику физического развития ребенка;
- работает совместно с преподавателем по ориентировке;
- участвует в оформлении спортивного зала и разработке информационных и методических рекомендаций для родителей.

Врач-окулист:

- составляет справку о состоянии зрения детей и прогнозе его развития;
- участвует в комплектовании групп детей по состоянию зрительной функции для Центра;
- обеспечивает лечебно-восстановительную работу в детском саду, направляет работу медсестер по ортопии, внедряет нетрадиционные методы коррекции зрения;
- осуществляет контроль за гигиеной зрения: правильным ношением очков, их чистотой, наличием маркировки, выполнением процедур, правильной посадкой детей, освещенностью помещения, использованием зрительных нагрузок и противопоказаниями для физических нагрузок;
- дает рекомендации специалистам детского сада по использованию остаточного зрения для развития познавательной деятельности, посещает занятия с целью наблюдения за рациональным использованием остаточного зрения у детей, периодически информирует коллектив о динамике развития зрения в процессе коррекции.

Старшинова А.В. Социальная работа в детском реабилитационном центре (опыт социологического исследования, проблемы стандартизации). - Екатеринбург: Изд-во «Бонум», 1999. – с. 108-116

ПОЛОЖЕНИЕ

ОБ ОТДЕЛЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ НПО «БОНУМ»

1. Общие положения

1.1. Социальная работа как профессиональная деятельность представляет собой новый элемент в структуре деятельности специализированного центра медико-социальной реабилитации и входит в качестве обязательного компонента реабилитации детей с врожденными пороками развития и их семей. Ее объектом выступают пациенты и их семьи. Предмет социальной работы составляют проблемы, затрудняющие нормальное функционирование семей в связи с рождением больного ребенка, и методы их разрешения. Цель социальной работы состоит в содействии успешной адаптации семьи к ситуации рождения и воспитания ребенка с тяжелой хронической патологией, в содействии полноценному

развитию больных детей, включая оставшихся без родителей, воспитывающихся в государственных детских учреждениях.

1.2. Отдел социальной работы является структурным подразделением центра медико-социальной реабилитации детей «Бонум».

1.3. Отдел возглавляет заместитель директора по социальной работе, который назначается на должность и освобождается директором Центра.

1.4. Отдел социальной работы размещается на территории консультативно-диагностического отделения. В отделениях восстановительного лечения и в отделении челюстно-лицевой хирургии создаются условия для непосредственной практической деятельности социальных работников.

1.5. Взаимодействие Отдела с другими структурными подразделениями Центра обеспечивается функционально, в соответствии с практическими потребностями решаемых актуальных и перспективных задач.

2. Основные цели и задачи отдела социальной работы

2.1. Цель деятельности Отдела – способствовать успешному решению социальных проблем семей, имеющих детей с врожденной челюстно-лицевой патологией и тяжелыми нарушениями речи, с проблемами слуха и иной патологией, состоящих на учете в центре «Бонум».

2.2. Основные задачи отдела:

- социальная диагностика семей, имеющих детей-пациентов «Бонума»;
- определение потребностей семей в помощи со стороны юриста, педагога, психолога, специалистов органов социальной защиты и других специалистов;
- организационно-посредническая деятельность по установлению контактов семей с необходимыми им специалистами, социальными службами, государственными органами, с общественными и благотворительными организациями, фондами социальной поддержки семей с детьми-инвалидами;
- организационно-посредническая деятельность по установлению контактов между специалистами, работающими с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями развития, или с ребенком, оставшимся без родителей;

- организационно-посредническая деятельность по установлению контактов между семьями, желающими объединиться на неформальной основе для взаимной поддержки, обмена опытом по уходу и воспитанию за больным ребенком и решения других общих проблем;
- предоставление консультационной помощи по юридическим, психолого-педагогическим, медико-социальным вопросам;
- содействие семьям в получении ими информационных материалов, необходимых для успешной реабилитации ребенка и в случае необходимости – других членов семьи;
- патронаж семей, имеющих детей – пациентов «Бонума» с целью контроля за выполнением реабилитационных мероприятий;
- патронаж детей – сирот с врожденными патологиями, состоящими на учете в центре «Бонум»;
- информационно-пропагандистская работа о деятельности центра «Бонум».

3. Основные функциональные обязанности специалистов Отдела социальной работы

3.1. Поддержание постоянных контактов с родильными домами города и области для своевременного выявления случаев рождения ребенка с врожденной челюстно-лицевой патологией, с нарушениями слуха.

3.2. Проведение работы с семьями по профилактике отказов от детей, рождающихся с пороками развития.

3.3. Информирование семей пациентов «Бонума» о реабилитационных возможностях центра и условиях предоставления необходимой ребенку и его семье медико-социальной помощи.

3.4. Оценка социального статуса семьи, заполнение и ведение социальной карты семьи, воспитывающей ребенка с врожденной патологией.

3.5. Патронаж детей-сирот с врожденной патологией, состоящих на учете в центре «Бонум».

3.6. Оказание помощи родителям при составлении индивидуального плана реабилитации ребенка.

3.7. Контроль за выполнением реабилитационных мероприятий семьей ребенка, помощь в их реализации, при необходимости – корректирование реабилитационного плана.

3.8. Определение потребностей ребенка и его семьи в консультациях специалистов и организация необходимых консультаций.

3.9. Содействие в оказании помощи семьям, воспитывающих детей-инвалидов, учреждениями социальной защиты, общественными организациями, благотворительными фондами.

3.10. Оказание помощи семье в подготовке ребенка к выходу в массовое или специализированное детское учреждение, в школу, содействие его профессиональной ориентации.

3.11. Организация сотрудничества специалистов центра с работниками домов ребенка, детских домов, специализированных школ-интернатов, других учреждений для решения задач, перечисленных в п.3.10.

3.12. Подготовка методических материалов для родителей, продолжающих медико-социальную реабилитацию в домашних условиях.

3.13. Подборка информационных материалов в помощь родителям, самостоятельно решающим проблемы своей семьи.

3.14. Участие в исследованиях процесса медико-социальной реабилитации с целью выявления наиболее эффективных форм и распространения позитивного опыта.

3.15. Постоянное повышение своей квалификации и профессионального мастерства.

4. Права сотрудников отдела социальной работы

4.1. Специалисты отдела социальной работы имеют право:

- запрашивать данные о ребенке и его семье у других специалистов центра;
- участвовать в составлении индивидуальных программ реабилитации;
- участвовать в медико-психолого-педагогических консилиумах, принимающих решения о ходе реабилитации ребенка;

- осуществлять координацию деятельности специалистов, работающих с ребенком и его семьей;
- предлагать помощь или содействие в помощи семьям в соответствии с их нуждами и запросами в связи с рождением и воспитанием больного ребенка;
- посещать семьи дома с целью контроля за реабилитацией детей;
- запрашивать у государственных, общественных, благотворительных, частных структур сведения, необходимые для оказания помощи семьям, имеющим детей – инвалидов;
- осуществлять патронаж детей – сирот, пациентов центра «Бонум».

5. Ответственность

5.1. Сотрудники Отдела несут административную и юридическую ответственность за разглашение сведений о семье ребенка или ее членах, полученных конфиденциальным или иным путем, могущих нанести ущерб их чести, достоинству, правам и интересам.

5.6. Ответственность за эффективную реализацию своих функций и задач.

6. Управление Отделом социальной работы

6.1 Непосредственное руководство работой Отдела, подбором кадров и организацией повышения их квалификации осуществляет специалист по социальной работе, заместитель директора центра по социальной работе.

6.2. Численность персонала Отдела устанавливается в штатном расписании.

6.3 Деятельность сотрудников Отдела определяется должностной инструкцией, утвержденной директором Центра.

6.4. Специалисты Отдела социальной работы должны иметь высшее базовое образование. Им необходимо владеть следующими знаниями и умениями:

- знать специфику социальной работы с детьми и их семьями в процессе медико-социальной реабилитации;
- знать и уметь использовать отечественный и зарубежный опыт;
- владеть технологией посреднической деятельности;

- уметь оказывать влияние на ситуацию в малой социальной группе, стимулировать родителей и детей подросткового возраста к выполнению ими социально-полезной деятельности;
- уметь работать в условиях неформального общения, способствовать проявлению и развитию инициативности и самостоятельности;
- знать основные психические функции и их физиологические основы, понимать значение воли и эмоций, потребностей и мотивов, бессознательных механизмов в поведении человека;
- владеть методикой социальной диагностики семей;
- владеть технологией работы с семьями, имеющими детей с пороками развития;
- иметь научное представление о социологическом подходе к личности, факторах ее формирования, основных закономерностях и формах регуляции социального поведения;
- владеть основами социологического анализа;
- знать основы общей и семейной педагогики;
- знать национальные особенности быта и семейного воспитания народов Уральского региона;
- знать основные нормы семейного, трудового, жилищного законодательства, обеспечивающие охрану материнства и детства, прав несовершеннолетних и инвалидов;
- знать порядок и организацию опеки и попечительства, усыновления, лишения родительских прав и восстановления в них, направления в специальные учебно-воспитательные учреждения;
- знать организацию медико-воспитательной работы, владеть навыками пропаганды здорового образа жизни, рекламы деятельности центра «Бонум».

6.5. Требования к личности профессиональных социальных работников:

- наличие развитой способности к общению, включающей в себя: готовность к контактам, умение поддерживать контакт, достаточно высокий уровень интеллекта;

- наличие мотивации к социальной профессии;
- наличие способности к эмоциональному резонансу, то есть эмпатии;
- отсутствие предрасположенности к развитию «синдрома эмоционального сгорания» – быстрого наступления пресыщения общением, не проходящей усталости, недовольства собой и окружающими, немотивированной агрессивности.

6.6. Планирование работы Отдела осуществляется поквартально и на год заместителем директора Центра по социальной работе.

6.7. Нормирование и оплата труда сотрудников отдела происходит в соответствии с общим порядком, установленным для специалистов Центра.

Тема 7. Участие семьи в реабилитации незрячего ребенка: исследование возможностей семьи.

Т.А. Баилова Воспитание в семье ребенка раннего возраста со сложным сенсорным или множественным нарушением: серия «Заочная школа для родителей» – М.: Изд-во Российской государственной библиотеки для слепых, 2001

В последние годы мы встречаемся со все большим числом врожденных нарушений зрения и слуха у детей. Все чаще кроме тяжелых нарушений зрения и слуха наши дети имеют и другие аномалии развития, такие, как врожденный порок сердца, нарушения моторики и др.

Причинами появления у детей таких сложных и нередко множественных врожденных нарушений могут быть различные вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, корь, грипп, цитомегаловирусная инфекция и пр.). Возможными причинами появления детей с множественными врожденными пороками развития остаются заболевания родителей диабетом, токсоплазмозом, сифилисом и многими другими заболеваниями. Все чаще в последнее время множественные дефекты у новорожденного объясняются глубокой недоношенностью, которая наступила в результате преждевременных родов по неясной для врачей причине.

В ряде случаев к очень раннему нарушению зрения и слуха приводят тяжелые заболевания новорожденного в первые месяцы жизни. До сих пор мы встречаемся со случаями, когда для спасения жизни новорожденного применяются сильнодействующие лекарства, которые могут отрицательно влиять на слух и зрение ребенка.

В любом случае ребенок с врожденными или очень рано наступившими нарушениями зрения и слуха сталкивается с большим количеством проблем. Поэтому очень важно, чтобы родители смогли как можно лучше понять эти проблемы, чтобы помочь своему ребенку в их преодолении.

Чаще всего такой ребенок рождается очень слабеньким и у родителей возникает очень много забот и переживаний по поводу его здоровья. Особенно сильными переживаниями сопровождаются первые месяцы жизни недоношенного ребенка. Страх за его жизнь, боязнь проявления серьезных пороков развития, трудности лечения, ухода и кормления такого младенца держат в постоянном нервном напряжении его родителей и в особенности маму.

Врачи не всегда сразу определяют наличие врожденных нарушений слуха у новорожденного. Довольно часто после рождения детям ставят диагнозы "органическое поражение ЦНС", "энцефалопатия", отмечают шум в сердце и т.п. Большие сложности возникают и с обследованием зрения у такого ребенка. Практика показывает, что хотя офтальмологическое обследование должны проходить все новорожденные дети, в ряде случаев это обследование осуществляется достаточно формально и не позволяет своевременно выявить такую сложную глазную патологию, как врожденные изменения сетчатки глаза (ретинопатию новорожденных) или частичную атрофию зрительных нервов. Только иногда явные признаки проявления врожденной катаракты отмечаются сразу после рождения ребенка. Гораздо чаще появление катаракты замечает мать ребенка в первые месяцы после рождения. Сначала появляются серые точки в зрачках ребенка, затем сереет весь зрачок на одном глазу, потом на другом. После этого родители обращаются к главному врачу и узнают диагноз.

Ребенок назначается на операцию по удалению катаракты. Для лучшего

развития остаточного зрения ребенка очень важно прооперировать катаракту как можно раньше. Пережив новый стресс по поводу возможной слепоты своего ребенка, мама начинает готовиться к будущей операции, проходит с ребенком специальные процедуры обследования, ухаживает за малышом после операции. Снова страх за жизнь ребенка, ужас перед возможной неудачей, надежда на полное излечение. Постоянное тревожное состояние матери обязательно сказывается на младенце, слабая нервная система которого постоянно травмируется болезненными медицинскими процедурами до, после и во время операции. На все эти переживания уходят силы. Но ситуация становится еще тяжелее, если к опасениям за состояние зрения ребенка прибавляются подозрения о возможном нарушении у него и слуха тоже.

Часто мамы рассказывают, что впервые на нарушение слуха у ребенка они обратили внимание сразу после операции глаз. До операции им казалось, что ребенок слышит нормально. Возможно, считали они, что собственно операция глаз, сопутствующие ей общий наркоз и введение разных лекарств послужило причиной потери слуха.

При более подробной беседе с мамой чаще всего удастся выяснить, что родители, поглощенные заботами о здоровье ребенка, страхами за его зрение, просто не обращали должного внимания на состояние его слуха. Поэтому недостаточность слуха наиболее отчетливо выступила действительно после операции глаз, когда ребенок начал смотреть на предметы, узнавать взрослых. Казалось, что все самое сложное позади, и теперь ребенок начнет развиваться нормально. Но этого не происходит. Тогда родители начинают замечать, что малыш не реагирует на громкие звуки, не оборачивается на голос матери.

Снова - новые страхи за будущее ребенка, обращения к другим врачам, попытки найти специалиста, который возьмется лечить слух ребенка. Попытки лечения, которое часто не дает нужного результата. Усталость и отчаяние родителей и все большее отставание больного ребенка от нормально развивающихся сверстников.

Но картина первых месяцев жизни ребенка не выглядит так мрачно, если

его родители находят в себе силы справиться со своим страхом и неприятием возможной слепоты и глухоты ребенка и стараются помочь ему найти другие, более адекватные, чем ущербные зрение и слух, опоры в развитии.

Очень важно, если родители понимают, что кроме постоянного наблюдения у врачей их ребенку необходима помощь специалистов по обучению детей с нарушением зрения и слуха, и они начинают искать контакты с подобными специалистами сразу после того, как появились подозрения на наличие сложного сенсорного дефекта у ребенка.

Своевременное обращение в сурдоцентр по месту жительства к сурдологу - специалисту по диагностике нарушений слуха и слухопротезированию - поможет как можно раньше правильно подобрать слуховой аппарат для ребенка и начать с ним специальные занятия у сурдопедагога. Полная глухота встречается у детей с нарушенным слухом очень редко. Практически всегда у детей имеется остаточный слух разной степени, который можно успешно развивать, используя специальные упражнения. Большие возможности дает и раннее, обязательно для двух ушей, протезирование слуховыми аппаратами. Ребенку с двойным сенсорным нарушением можно встроить слуховые аппараты в дужки очков.

Редко у детей встречается полная или тотальная слепота. Успехи современной медицины позволяют вернуть ребенку остаточное зрение при многих заболеваниях глаз. Но для этого иногда недостаточно успешно проведенного курса лечения или операции, нужна система специальных занятий, чтобы научить ребенка пользоваться остаточным зрением.

Специалисты по обучению детей с нарушениями зрения и слуха подскажут, как лучше использовать в процессе воспитания сохранные чувства осязания, обоняния, вкуса, вибрации.

Важно не забывать, как значительна роль телесного контакта с матерью для всего будущего развития ребенка. Эксперименты на новорожденных обезьянках показали, что лишение их физического контакта с матерью и воспитание путем только зрительной и слуховой стимуляции привело к очень грубым нарушениям их социального поведения в будущем. Только постоянный телесный

контакт с матерью создает у ребенка чувство безопасности и защищенности.

Способность матери понять малейшие признаки желаний ребенка и ее правильная реакция на эти желания оказывают самое большое влияние на будущее развитие ребенка. Очень хорошо, если родители знают, как идет развитие нормального ребенка и стремятся следовать этим этапам в воспитании больного ребенка. Развитие ребенка с глубокими нарушениями зрения и слуха идет также, но каждый его шаг или этап гораздо более растянут во времени и требует специальных усилий взрослых.

Уже на втором месяце жизни у нормально развивающегося ребенка возникает реакция на лицо матери. Обычно это происходит во время кормления на руках матери. Дефектность зрения делает невозможным полноценный зрительный контакт ребенка с матерью, но остается возможность телесного и осязательного контакта. Ребенок чувствует тепло рук матери, запах грудного молока. Очень важно, чтобы и ребенок, и мать были в это время спокойны и расслаблены. Часто наши дети плохо сосут с первых дней жизни. К сожалению, очень часто у матери рано пропадает грудное молоко и приходится переходить на искусственное вскармливание. Если уже с самого рождения приходится кормить ребенка из бутылочки с соской, нужно все равно стараться приблизить эту ситуацию к ситуации кормления грудью и делать это, держа младенца на руках или лежа с ним рядом. Стараться относиться спокойно к плохому аппетиту ребенка, малыш со сложным врожденным дефектом имеет право отстаивать свое право. Если нервничает мать во время кормления, то обязательно нервничает и ребенок.

Очень часто дети с врожденными нарушениями зрения и слуха выглядят пассивными, равнодушными, никак не реагируют на происходящее вокруг, их реакция связана только с их физическим состоянием. Важно попытаться преодолеть эту пассивность. Хорошо, если ребенок успокаивается при укачивании на руках у матери и плачет, когда его кладут в кроватку. Лаская малыша, спокойно лежащего на коленях, мама должна внимательно относиться к тем своим действиям, которые особенно приятны ребенку, и повторять их снова и снова.

Можно попробовать не только целовать и гладить ребенка, но дуть ему в рот, осторожно тянуть за ручки и ножки, щекотать.

Замечательно, если ваш ребенок начнет привыкать к этим вашим действиям и ждать их каждый раз, очутившись у вас на коленях, выразить плачем недовольство, если вы не совершаете понравившихся ему действий. Часто беря малыша на руки, не бойтесь набаловать его, как боятся этого мамы нормально развивающихся детей. Для нашего ребенка частое нахождение на руках матери - единственная возможность ощутить чувство защищенности и комфорта, столь необходимые для всего будущего развития ребенка.

Другим известным способом принести удовольствие нашему малышу является теплая ванна с водой. Делайте ее как можно чаще. Это не только необходимое средство для ухода за младенцем, но и верный способ успокоить. Тепло воды, яркие блики света в воде и на кафельных стенках ванны, приятные запахи - все привлекает внимание ребенка. Купание также очень хорошая возможность для развития движений малыша.

Очень важно, чтобы малыш развивался моторно, с возможно меньшим отставанием от нормы. Общеукрепляющий массаж и специальная гимнастика всегда показаны детям. Если ребенок пассивен, старайтесь помочь ему переворачиваться на животик и обратно, приподнимайте его за ручки, учите упираться ногами и т.д. Здоровый ребенок очень подвижен и постоянно сам меняет положение тела. За ребенка с нарушениями зрения и слуха это должен делать взрослый. Необходимо следить, чтобы ребенок не оставался долгое время в одной и той же позе. Постоянно меняйте его положение в кроватке по отношению к источнику света. Чаще меняйте положение своего тела, когда держите ребенка на руках.

Держа ребенка на руках, нужно всячески стимулировать и развивать его чувство равновесия, заставлять его цепляться за вас, когда вы ослабляете свои объятия, нагибаться и разгибаться в зависимости от ваших движений, учить его залезать на тело взрослого и слезать с него, перелезть через тело мамы или папы, когда они лежат рядом на диване, и т.д. Как только вы почувствуете, что

мышцы спины и шеи малыша уже достаточно окрепли для сидения - сажайте его на колени, приподнимайте его тело в кроватке и коляске с помощью подушек и валиков. Делайте это достаточно осторожно, придерживайте его головку, она обычно несколько запаздывает, когда приподнимается спинка. Учите его сидеть в разных местах, на разной поверхности - все это расширяет его опыт. Приучайте его сидеть на ваших коленях спиной к вашему животу и, наоборот, лицом к вам - очень удобные позы для будущих занятий с ребенком. Помните, что от вашей активности зависит очень много.

Постепенно малыш должен стать более активным. Часто заметный скачок в двигательной активности ребенка наступает после операции глаз. Все больше внимания теперь нужно уделять стимуляции остаточного зрения и слуха.

Обычно любому младенцу нравится играть со светом. Он машет рукой между лицом и светом, учится фиксировать свой взгляд, рассматривая свои руки. Трудно переоценить значение световой стимуляции для развития детей с нарушенным зрением, особенно это важно при катарактах. Можно использовать для этого и солнечный свет, и свет лампы, и тени деревьев. Ребенок способен радоваться смене света и тени. При этом важно менять положение источника света: следя за ним, ребенок учится контролировать свои руки и голову, что помогает стимулировать его движения и перевороты. Подумайте, хорошо ли освещено ваше лицо, когда вы находитесь рядом.

Не менее важно стимулировать слух ребенка. Ребенок с нормальным слухом тоже не умеет слушать с рождения. Только с помощью матери он научается выделять из потока разнообразных звуков приятные и значимые для него звуковые сигналы (голос мамы, звук колокольчика или погремушки, скрип двери и т.д.). Постоянно слыша голос матери, он начинает узнавать его издали, прислушивается к нему. С ребенком, имеющим нарушенный слух, тоже надо постоянно разговаривать, но с очень близкого расстояния. Говоря с ребенком близко от его уха, вы привлекаете внимание к своему голосу еще и струей теплого воздуха изо рта.

Малыш способен ощущать вибрацию вашего голоса, если положить его

ручку на вашу шею, щеку или грудь. Очень полезно петь песенки и совершать при этом разнообразные движения, которые радуют ребёнка. Можно играть с ним в "Ладушки", в "Поехали с орехами", в другие подобные игры.

Внимательно вслушивайтесь в звуки, которые произносит сам ребенок. Попробуйте повторять его вокализации - это тоже может служить стимулом для развития его слуха, гуления и лепета.

В жизни здорового ребенка очень важные достижения в развитии наступают после первого полугодия жизни. Ребенок может отличить ближайших взрослых от чужих людей и начинает проявлять интерес к предметам, находящимся в руках взрослого, тянуться к ним. Он научается хватать предмет. Необходимым условием хватания является зрительное сосредоточение на предмете, умение проследить за его движением, конвергенция глаз и рассматривание, которые развиваются к этому времени.

Чтобы вызвать действие хватания у ребенка, достаточно бывает поднести предмет на расстояние его вытянутой руки и когда ребенок начинает тянуться к предмету, отдалить его, вынуждая вновь тянуться и, наконец, позволить схватить предмет.

В нашем случае только этого бывает недостаточно, нужно подбирать яркие и блестящие предметы, приятные на ощупь, проводить ими около глаз ребенка, вкладывать их в руку, держать предмет его рукой. Если не учить малыша действовать с предметами, у него очень рано может зафиксироваться интерес только к движениям собственной руки перед глазами, который скоро превратится в стереотипное движение, повторяемое без конца.

Очень важным предметом, к которому должен привыкнуть малыш и освоить с ним соответствующее действие, должна стать ложка, а затем и чашка. Как и все нормально развивающиеся дети, ребенок с нарушениями зрения и слуха должен до года научиться есть с ложки и пить из чашки. Ложка должна стать одним из первых предметов, с которыми ребенок научится манипулировать: брать ее в руку, рассматривать, близко поднеся к глазам, облизывать, трясти ею перед глазами, стучать по столу. Ребенок должен научиться пить из чашки, ко-

торуую сам держит в руках. Довольно часто мы встречаемся с неоправданно долгим кормлением ребенка только жидкой пищей через соску. Попробуйте сделать уже привычную процедуру такого кормления неудобной для ребенка (сделать совсем маленькую дырочку в соске, например) и тут же предложить ему вкусную, сначала тоже жидкую еду, но с ложечки.

Пища к этому времени должна стать более разнообразной. Ребенок должен уметь жевать густую пищу, откусывать ее от куска, который держит в руке. Если не научить нашего ребенка всем этим навыкам вовремя, то будет очень трудно переучить его в более позднем возрасте.

Что касается навыков, связанных с туалетом, - они общеприняты для этого возраста. Ребенку должно быть неприятно мокрое белье и приятно чистое. Как только малыш научится сидеть, его надо приучать сидеть на горшке. Делать это надо сразу после пробуждения или через некоторое время после еды. Горшок должен быть удобным и теплым. Можно сажать ребенка на горшок, зажатый между коленями мамы или между ее ногами, когда она сидит на полу.

Я не останавливаюсь в этой статье на особых требованиях к организации дня ребенка, т.к. сама жизнь ребенка этого возраста подразумевает довольно жесткий режим сна и кормления, который организует всю жизнь ребенка первого года жизни. Но соблюдение режима дня совершенно необходимо для ребенка со сложным нарушением, только благодаря этому у него в будущем может правильно складываться представление о времени.

Необходимо по возможности избегать стрессовых ситуаций. Стараться постепенно, но достаточно твердо, вводить новые изменения в жизнь ребенка и никогда не возвращаться к прежним несовершенным навыкам, если такие изменения уже произошли. Когда родители следуют этим основным правилам, то ребенок с глубокими нарушениями зрения и слуха **к концу первого - началу второго года жизни может овладеть следующими умениями:**

- есть с ложки;
- жевать;
- откусывать от куска;

- пить из чашки;
- сидеть;
- брать предметы в руку, тянуть в рот, трясти перед глазами, стучать ими, рассматривать;
- сидеть на горшке.

Его поведение можно охарактеризовать следующим образом:

- проявляет недовольство, когда остается один;
- успокаивается на руках у взрослого;
- проявляет беспокойство, когда штаны мокрые;
- большую часть времени проводит один сидя, лежа или ползая;
- пытается сам вставать;
- проявляет интерес к светящимся, блестящим и ярким предметам;
- очень любит купание и обливание.

Наш ребенок научился ходить. Чаще всего это происходит с заметным опозданием по сравнению с нормой. Если это запаздывание не связано с определенными двигательными нарушениями или врожденным нарушением чувства равновесия, оно в ряде случаев объясняется излишней осторожностью и недоверием к возможностям ребенка со стороны взрослых. Плохо видящие с рождения дети часто очень осторожны в своих движениях, например, они ползают не вперед, а назад, подставляя под встречные препятствия на полу не голову, а ступни ног.

Нужно начинать учить ребенка ходить, как только он научится ползать и начнет хорошо стоять с поддержкой. Хорошим способом помочь нашему малышу в этом может стать своеобразное совместное хождение: ступни ног ребенка стоят на ступнях взрослого, который находится сзади и держит малыша за обе руки.

Бывали случаи, когда дети научались ходить вскоре после первой же консультации у специалистов, в результате которой удавалось установить и показать родителям, что у их ребенка нет никаких нарушений моторики, препятствующих самостоятельному хождению.

Слепой ребенок учится ходить, двигая какой-нибудь предмет перед собой, или протягивая вперед руку (касаясь предметов опущенной вниз и чуть выдвинутой вперед рукой), чтобы не натолкнуться на встречные предметы.

Начиная ползать, а потом и ходить самостоятельно, ребенок учится осваивать окружающее его пространство. Поэтому надо очень внимательно, с точки зрения особенностей вашего ребенка, отнестись ко всей обстановке вашего жилища. Пространство, окружающее ребенка, должно быть безопасно и стабильно. Уберите все неустойчивые и острые предметы на пути малыша, о которые он может больно ушибиться, опасно удариться, свалить на себя или запнуться. Постоянство нахождения предметов в окружающем пространстве - главное требование для освоения его ребенком с нарушенным зрением.

По мере того, как все более уверенно ходит ваш ребенок, родители стараются все меньше брать его на руки. Они это делают только после соответствующей просьбы или жеста ребенка (тянет руки вверх), а в дальнейшем только как поощрение за правильно выполненные действия. То есть не просто держат на руках, а кружат ребенка или подбрасывают, если это ему нравится.

Проведение в этот период различных специальных занятий по развитию движений способствует укреплению эмоционального контакта с родителями и подготавливает почву для развития будущего активного поведения нашего ребенка в бытовых ситуациях.

При этом все действия ребенка со взрослым выполняются совместно.

Для развития ребенка с глубокими нарушениями зрения и слуха **на втором году жизни мы можем предложить следующие упражнения:**

- бегать по комнате или на улице, держа малыша за руку;
- бегать, держась за веревочку в руках взрослого;
- перешагивать и перелезать через препятствия;
- пролезать под протянутой низко над полом веревочкой (детям очень нравится, если на эту веревку повесить разноцветные ленточки);
- ползать под составленными в ряд большими стульями. Можно ползать на свет от фонарика;

- залезать на стул и спрыгивать с помощью взрослого на пол;
- кататься на каталке, отталкиваясь ногами от пола;
- катать машину по полу, тянуть ее за веревочку;
- прыгать на пружинном матрасике или диване;
- влезать по наклонной доске, приставленной к дивану, съезжать с этой доски-горки (сидя);
- качаться на кресле-качалке, на качелях;
- совершать совместные наклоны (малыш сидит на полу спиной к животу взрослого и вместе с ним совершает наклоны вперед и назад).
- кататься на плечах взрослого (папа, держа ребенка за руки, помогает ему взобраться к себе на плечи и катает по комнате);
- кататься на спине взрослого (сидя на диване, папа помогает малышу взобраться себе на спину, встает и катает его по комнате);
- катать мяч по полу (взрослый и ребенок сидят лицом друг к другу, ступни ребенка касаются расставленных колен взрослого);
- играть с водой (стоя рядом с ванночкой, наполненной водой, наливать и выливать воду из кружки, играть с плавающими игрушками);
- играть с песком (насыпать песок совком в формочку и высыпать песок из формочки, делать куличики).

Развитие эмоционального контакта с родителями делает возможным более полноценное участие ребенка в бытовых действиях, выполняемых по режиму.

Распорядок дня всегда состоит из определенного набора сменяющих друг друга во времени ситуаций типа: утренний туалет, завтрак, прогулка, ужин и приготовление ко сну.

Внимательно приглядитесь и проанализируйте обычный порядок своих действий по режиму дня ребенка, постарайтесь найти в них место совместным с ребенком действиям.

Рассмотрим, как могут выглядеть некоторые из таких ситуаций:

Утренний туалет:

В каждой семье существует определенный ритуал утреннего подъема детей. Обычно мама подходит и ласково будит ребенка, лежащего в кроватке. Помогает ему слезть с кровати и надеть тапочки. Вместе с ребенком достает из-под кровати горшок, на который должен сесть ребенок. После этого они вместе выносят горшок в туалет. Ставят горшок на определенное "дневное" место в ванной или туалете.

В ванной мама снимает полотенце с вешалки и накидывает его на плечи ребенка, чтобы идти умываться. Вместе они открывают кран, моют руки, чистят зубы и умываются. Вытираются, закрыв воду и повесив полотенце, возвращаются в спальню.

Мама одевает ребенка, стараясь вызвать хотя бы минимальную ответную реакцию ребенка (протягивать ногу, когда надеваются трусы, носок или ботинок; поднимать руки, когда надевается рубашка; вставать со стула и натягивать на бедра уже надетые на ступни колготки или брюки).

Завтрак:

Вместе идут на кухню, где мама надевает на ребенка нагрудничек или фартучек. Достают из шкафа тарелку, ложку и чашку, ставят все это на стол в определенном месте. Мама накладывает еду и сажает ребенка на высокий стульчик или на колени. Вкладывает ложку в руку ребенка и, прижимая ее сверху, начинает кормить. Внимательно следит за своей и его рукой, держащими ложку; как только чувствует, что ребенок начинает сам удерживать ложку, ослабляет свои усилия и лишь слегка придерживает и направляет ложку. Затем мама придвигает к ребенку чашку и дает ее ему в руки, малыш пьет из чашки самостоятельно.

Вытерев лицо ребенка салфеткой и опустив ребенка на пол, мама вместе с ним убирает грязную посуду в раковину. После этого можно помыть посуду при участии ребенка; поставить его перед собой у раковины на табуретку. Закончив с мытьем посуды и вытерев ее, убрать посуду на место. Снять и убрать фартук.

После завтрака, пока мама занята своими делами на кухне, можно попро-

бовать организовать самостоятельную игру ребенка, дав ему для этого кастрюлю с крышкой или пару больших ложек и показав, как можно закрывать кастрюлю крышкой, вертеть ее и стучать ею по полу. Некоторое время малыш будет занят с этими предметами на полу, а вы сможете закончить свои дела. Обязательно вместе с ребенком убрать потом "игрушки" на место.

Прогулка:

На прогулку обычно сборы начинаются с одевания какой-то верхней одежды или обувания; нужно, чтобы эта одежда или обувь стала для ребенка сигналом предстоящей прогулки. Во время прогулки важно, чтобы ребенок получал определенную физическую нагрузку: бегал, лазал, много ходил. Можно поиграть с ним в песке с совком и формочками или просто насыпать и высыпать песок из ведерка с помощью совка, покачать малыша на качелях.

Обед:

Проходит аналогично завтраку. Если во время обеда за столом присутствует еще кто-то, постарайтесь, чтобы ребенок мог проследить, как ест другой человек, можно "покормить" его вместе с ребенком, пощупать его щеки во время жевания.

Послеобеденный сон:

При подготовке постели ребенка полезно, чтобы малыш принимал в этом посильное участие: снимал покрывало, взбивал подушку, доставал пижаму и т.п. Важно приучать ребенка к тому, что его вещи всегда аккуратно вешаются на стул рядом с кроваткой. Если малыш долго не засыпает, можно дать ему в руки какой-либо предмет, который он будет вертеть в руках. Возможно, это отвлечет его от проявлений мастурбации и стереотипных раскачиваний.

После дневного отдыха можно немного позаниматься с малышом, держа его на коленях лицом к себе. Петь и говорить ему на ушко, хлопать в ладошки, подбрасывать на коленях. При этом стараться привлечь его внимание к своему лицу, к движениям губ и языка, к своему голосу, к воздушной струе из вашего рта. Важно, чтобы ребенок хотя бы короткое время смотрел на лицо взрослого, реагировал на его голос, на вибрацию щек и горла мамы, которую малыш мо-

жет ощущать руками. Затем - застилание постели, одевание, умывание, полдник и прогулка.

Ужин:

Как правило, это время совместной трапезы с вернувшимся с работы отцом и другими членами семьи. После ужина можно организовать занятия ребенка с папой (см. вышеприведенный список занятий по развитию движений).

Выполняя подобные действия в бытовых ситуациях изо дня в день, ребенок постоянно должен быть занят реальной полезной деятельностью. Совершая действия с предметами сначала полностью под руководством взрослого, а потом совместно с ним, ребенок начинает обучаться действовать с предметом в соответствии с его функциональным назначением (вытираться полотенцем, чистить зубы щеткой, причесываться расческой, есть ложкой и т.д.), учится правильно держать предмет и совершать с ним действия, усваивает общепринятый порядок смены бытовых ситуаций в течение дня и последовательность действий внутри каждой из этих ситуаций.

Постепенно в совместную с ребенком деятельность взрослый должен включать все большее число действий с привлекательными предметами, поддерживая тем самым эмоциональный контакт с ребенком и развивая возможности его восприятия, познавательные способности.

Игры с предметами

Зонтик:

Взрослый достает яркий зонтик и раскрывает его над головой ребенка, вместе с ребенком вертит зонтик. Как только замечает малейшие признаки угасания интереса к этому предмету - складывает и убирает зонтик.

Фонарик:

Учить ребенка ходить за световым зайчиком в затемненной комнате, держать фонарик самому, включать его и выключать.

Платок:

Расправлять с помощью взрослого большой цветной платок или кусок ткани и накидывать на лицо ребенка, снимать и снова накидывать. Накидывать и

снимать цветные платки с настольной лампы. Как правило, наши дети делают это с большим удовольствием.

Барабан:

Вместе со взрослым стучать по барабану палочкой. Оборачиваться на звук барабана.

Колокольчик:

Учить ребенка звонить в колокольчик около уха. Оборачиваться на звук колокольчика.

Браслеты:

Манипулировать с разноцветными пластмассовыми браслетами - не только рассматривать их и вертеть перед глазами, но учиться надевать их на руки, на ноги и снимать.

Бусы:

Надевать бусы на себя, на взрослого и снимать их. Нанизывать вместе со взрослым крупные бусинки на шнурок.

Кубики:

Взрослый делает из цветных кубиков постройку, а затем разрушает ее вместе с ребенком. Потом снова строит из них башню, которую вновь разрушает ребенок. Постройка делается вместе с ребенком и разрушается. После нескольких минут занятий с кубиками их можно побросать в коробку, потом потрясти коробку, дав ребенку возможность ощутить их вибрацию. Бросать кубики в коробку с расстояния вместе со взрослым и т.д.

Бирюльки:

Учить малыша брать мелкие цветные предметы из коробки и опускать их в узкое горлышко бутылки. Встряхнув бутылку несколько раз обеими руками и полюбовавшись яркими предметами в ней, высыпать их в коробку.

Машинка:

Учить возить машинку по полу, по столу. Вертеть ее колесики рукой. Возить машинку с положенными в ее кузов кубиками.

Заводная игрушка:

Следить рукой и глазами за движениями механической, заведенной взрослым игрушки (например, прыгающей лягушки), приостанавливать ее движения нажатием руки, затем убирать руку и снова следить за движениями игрушки. Заводить игрушку ключиком вместе со взрослым.

Пирамидка:

Учить ребенка снимать кольца со стержня пирамидки. Манипулировать с кольцами; рассматривать их, надевать на палец, вертеть.

Волчок:

Особенно охотно наши дети занимаются с волчком, который искрит разноцветными огоньками при вращении. Учить ребенка вместе со взрослым "заводить" волчок, следить за его вращением глазами и руками.

Занятия с этими и другими подобными предметами проводятся взрослым сначала очень недолго (3-10 минут) в удобное время. По мере закрепления интереса ребенка к подобным игрушкам, занятиям с ними отводится определенное время в распорядке дня (утром или вечером перед прогулкой). Такие игрушки желательно хранить в отдельной большой коробке в определенном месте. Перед началом занятий вместе с ребенком доставать эту коробку и приносить туда, где будете играть. Можно проводить эти занятия сначала на полу, потом сидя за столом с ребенком на руках, и, наконец, учить ребенка сидеть на маленьком стульчике за столом рядом со взрослым. После занятий складывать игрушки в коробку и относить на место.

В свободное от дел и занятий время нужно давать ребенку некоторые предметы и игрушки для самостоятельных действий. Это должен быть несколько другой набор игрушек, отличных от тех, что употреблялись на занятиях со взрослым. Например, кружка, ложка, тарелка, расческа, зеркальце, флажок, мячик и пр. Наблюдая за самостоятельными действиями ребенка с этими предметами, вы сможете оценить, насколько малыш усвоил их употребление. Такая свободная игра с предметами не должна пока занимать продолжительное время. Хорошо, если ребенок сможет развлечь себя хотя бы 15 минут. Как только вы замечаете, что действия с предметами становятся очень однообраз-

ными - убирайте игрушки. Держать эти игрушки надо в другой коробке и в другом месте комнаты.

Если развитие ребенка идет хорошо, то **к концу второго - началу третьего года жизни он должен овладеть следующими умениями:**

- самостоятельно и уверенно ходить;
- держать ложку во время еды (взрослый только направляет ее движение);
- держать чашку за ручку и пить из нее;
- участвовать в процессе раздевания (снимать штанишки, носки, обувь, шапку);
- проявлять активность при одевании (протягивать руки в рукава, наклонять голову при одевании майки или платья, подтягивать колготки и штаны, уже надетые взрослым на ноги);
- знать свое место за столом во время еды;
- хорошо ориентироваться в помещениях квартиры и на прогулке;
- спокойно садиться на горшок, когда этого хочет взрослый. Иногда садиться самому;
- бегать, прыгать, залезать на стулья и диван;
- уметь зажигать и гасить настольную лампу, включать свет;
- различать близких и чужих людей (настораживаться на руках у незнакомого человека).

Поведение ребенка можно охарактеризовать следующим образом:

- большую часть времени проводит, передвигаясь по квартире и действуя с предметами;
- действует с предметами не только однотипно (облизывает, машет перед глазами, стучит по столу, бросает), но и с учетом физических свойств предметов (выбирает наиболее яркие и блестящие предметы и действует с ними рядом с источником света; может поставить прямоугольные предметы один на другой; покатавать круглые предметы;

прикладывает к уху звучащие игрушки; надевает предметы с отверстием на руку или палец и т.д.);

- особенно ласков с матерью, узнает и тянется к отцу, бабушке, дедушке и другим близким;
- с удовольствием участвует в занятиях и играх со взрослыми;
- в свободное время предпочитает действовать с одним-двумя любимыми предметами.

Рассказывая в столь краткой статье о таких сложных детях, мы попытались дать самые общие рекомендации по их воспитанию. Однако мы хорошо понимаем, что необходимо говорить об индивидуальных планах развития каждого ребенка с его неповторимой историей заболевания и конкретными условиями воспитания в семье. Мы попытаемся сделать это в дальнейших публикациях, а сейчас главной нашей задачей было показать, как можно помочь обычными средствами самым сложным детям.

Рафаловски Тереза Х. Ранняя интервенция слепых и слабовидящих детей/ Пер.с англ. Г.С.Елфимовой – серия «Заочная школа для родителей» – М.: Изд-во Российской государственной библиотеки для слепых, 2001

Основная информация о Вашем ребенке

1. Наиболее важная вещь, которую вы должны знать о своем слепом или слабовидящем ребенке, заключается в том, что в первую очередь он - ребенок. У него те же желания и потребности, что и у всех детей. И на первое место должны быть поставлены потребности детства, а не слепоты

Вы уже поняли, что у вашего ребенка есть проблемы со зрением. Возможно, вы беспокоитесь из-за того, что не знаете, как ему помочь. Не бойтесь. По мере того, как ваш ребенок будет расти, вы поймете, что нужно делать. А в данный момент вашему ребенку больше всего необходимо то, что необходимо всем детям: ваша любовь, ваше внимание, ваше терпение, дом и пища. И вы уже знаете, как предоставить ему все это. Это самое важное.

2. У вашего ребенка есть проблемы со зрением, но это вовсе не значит, что он страдает умственной отсталостью

Возможно, вначале некоторые виды деятельности будут даваться вашему ребенку трудней, чем его зрячим сверстникам. Это связано с тем, что недостаток или отсутствие зрения ограничивают возможности ознакомления с теми или иными видами двигательной активности. Незрячему ребенку требуется больше времени, помощи и практики. При вашей помощи ребенок научится делать то же самое, что и зрячие дети. Возможно ему потребуется больше времени на то, чтобы научиться ходить или говорить, но это вовсе не значит, что он страдает умственной отсталостью.

3. Иногда ваш ребенок может что-то видеть (различать отдельные предметы)

Возможно, вам сказали, что ваш ребенок слепой и не может видеть, но иногда вам кажется, что он различает свет, движения или отдельные предметы. Вполне возможно, что вы правы, так как большинство “слепых” детей не являются тотально слепыми, а имеют остаточное зрение. Например, могут различать предметы, если их поднести очень близко к лицу или если они ярко окрашены. Каждый ребенок индивидуален, и индивидуальны условия, при которых он может использовать остаточное зрение.

4. Ваш ребенок может подносить предметы очень близко к глазам, чтобы рассмотреть их

Если у вашего ребенка есть остаточное зрение, он будет подносить предметы очень близко к глазам, чтобы рассмотреть их. Он может также держать предметы не прямо перед собой, а сбоку, или наклонять голову набок. Он поступает так, потому что может рассмотреть эти предметы с помощью периферического зрения. Позвольте вашему ребенку держать предметы и поворачивать голову так, как ему удобнее при рассматривании предмета.

5. Ваш ребенок должен использовать другие органы чувств (осязание, слух, обоняние и вкус) для ознакомления с окружающим его миром

Вот способы, которыми ваш ребенок может пользоваться для познания окружающего мира:

- с помощью осязания он может научиться распознавать предметы домашнего обихода, такие, как ложки, вилки, различные емкости, одежду, игрушки и инструменты;
- с помощью слуха он может научиться узнавать людей по их голосам, животных или предметы по звукам, издаваемым ими, например, машины, холодильники;
- с помощью обоняния он может научиться распознавать пищу и такие места, как магазины, например, булочные или цветочные магазины;
- по вкусу ребенок определит вид и характер пищи.

6. Ваш ребенок может прикасаться к предметам ртом или языком

Иногда ваш ребенок прикасается к предметам языком или ртом, стараясь “почувствовать” размер, форму, текстуру поверхности или температуру. Используя органы осязания, слуха, обоняния и вкуса, слепые дети больше узнают об объектах. Это безопасно при условии, что объект чистый и достаточно большой, чтобы ребенок не мог его проглотить. Если ребенок начинает использовать зубы, нужно прекратить ознакомление с предметами с помощью рта, и перейти к осязательному изучению предметов руками.

7. Разговаривайте с вашим ребенком

Вам необходимо рассказать вашему ребенку о предметах, которые он не может увидеть. Объясняйте ему, что происходит вокруг, что вы делаете, где вы находитесь, к чему он прикасается, что он слышит, что ест или воспринимает с помощью обоняния. Например, если вы моете пол, рассказывайте ребенку, что собираетесь делать, чтобы он учился распознавать значения звуков.

Разговаривайте с ребенком и объясняйте ему происходящее, даже пока он еще совсем маленький. Помните, что очень маленькие дети могут понимать, что вы говорите, несмотря на то, что они еще не умеют разговаривать.

Разговаривайте с ребенком, даже если вы находитесь в другой комнате. Звук вашего голоса внушает ребенку чувство безопасности, так как он знает, что вы рядом.

8. Давайте вашему ребенку точные указания

Давая ребенку указание или объясняя ему, где что находится, избегайте употребления выражений “там” или “здесь”, а также жестов. Так как ваш ребенок имеет проблемы со зрением, эти слова и действия не несут для него никакой смысловой нагрузки. Будьте точны! Например, не употребляя выражения: “Ваза с яблоками стоит вон там”, будьте точны и скажите: “Ваза с яблоками стоит на полу позади тебя”.

9. Берите ребенка с собой

Не оставляйте вашего ребенка в одной и той же комнате на весь день. Берите его с собой, если вы работаете дома или в саду, если вы идете в магазин или в гости.

Пока ваш ребенок еще маленький, ему необходимо учиться распознавать различные звуки, запахи, температуру или движения различных объектов. Беря ребенка с собой, рассказывайте ему, что происходит вокруг.

10. Направляйте руки ребенка при ощупывании предметов

Осязание - один из важнейших органов чувств, с помощью которых ребенок познает окружающий его мир. Возьмите руки ребенка и помогите ему “осмотреть” или почувствовать предметы. Направляйте его руки при ощупывании поверхностей предметов, нахождении отверстий, изучении размеров, формы или веса, определении способов движения предмета. Делайте это мягко, положив свои руки на его и аккуратно прикасаясь к предмету. Рассказывайте о том, к чему вы прикасаетесь.

11. Помогите своему ребенку узнавать, где какие вещи хранятся, напоминайте, что после использования их нужно класть на то же самое место

Вашему ребенку необходимо знать, откуда берутся предметы. Если он этого не знает, то ему проще думать, что они появляются “по мановению волшебной палочки”. Так будет происходить, если вы постоянно будете сами доставать вещи и передавать их ребенку в руки. Лучше, если ребенок будет доставать вещь вместе с вами. Например, если вы хотите поиграть с вашим ребенком в мяч, доставайте его вместе, чтобы ребенок знал, где мяч хранится.

Также очень важно возвращать вещи на место после того, как вы или ваш

ребенок закончили пользоваться ими. Тогда ребенок в следующий раз сможет найти их самостоятельно. Зрячие дети могут быстро найти необходимую им вещь с помощью зрения. Слепому ребенку приходится медленно и тщательно ощупывать руками все поверхности, если вещь не лежит на определенном месте.

12. Кладите свои руки поверх рук ребенка и направляйте его действия, стоя за его спиной

Когда вы обучаете ребенка каким-либо новым действиям, встаньте, сядьте или опуститесь на колени позади него и положите свои руки на его, чтобы направлять его движения. Например, стоя за его спиной, показывайте ему, как пользоваться ложкой или вилкой или как застегивать рубашку. Для ребенка проще имитировать ваши движения, если вы стоите за его спиной, так как он ощущает движения вашего тела.

13. Предотвращайте вредные привычки

Иногда, если слепые дети скучают или чувствуют себя некомфортно, они делают движения, которые не привлекательно выглядят, а, возможно, бывают вредными для ребенка. К ним могут относиться покачивание тела, вращение глазами, похлопывание руками и т.д. Вы можете предотвратить укоренение этих вредных привычек:

- давая ребенку какой-нибудь интересный предмет для игры;
- изменяя позу или местоположение ребенка;
- отвлекая внимание ребенка, играя с ним или напевая ему песенку.

14. Помогите своему ребенку развить хорошую осанку

15. Хорошая осанка важна для каждого из нас. Это помогает не только поддерживать мускулатуру в хорошем состоянии, но также делает нас визуально более привлекательными. Вид людей с хорошей осанкой побуждает нас исправлять свою. Слепые дети не имеют такого постоянного стимула. Помогите своему ребенку развить привычку стоять прямо и ровно. Если вы видите, что он опускает голову или горбит плечи, напомните ему о необходимости стоять прямо: “Ты так прекрасно выглядишь, когда не горбишься”.

16. Помогите своему ребенку развить привычку поворачивать лицо к собеседнику

Напоминайте своему ребенку о необходимости поворачивать лицо к человеку, разговаривающему с ним. Это поможет говорящему узнать, что его действительно слушают. Это также проявление уважения к собеседнику.

17. Предоставьте вашему ребенку как можно больше условий для приобретения опыта

Ваш ребенок узнает окружающий мир по вашим рассказам, но еще больше он узнает, принимая непосредственное участие в происходящем или прикасаясь к предметам, которые вы описываете.

Например, ваш ребенок лучше поймет, как готовится пища, если вы позволите ему помогать вам при подборе продуктов и непосредственно при приготовлении пищи, чем если он только будет слушать ваши рассказы. Или он научится лучше узнавать кошку, если вы дадите ему возможность подержать это животное в руках.

18. Не жалейте и не балуйте своего ребенка

Ваш ребенок нуждается в вашей поддержке и ободрении, чтобы увериться в своих силах. Если же вы будете жалеть его, то он вырастет несамостоятельным, неуверенным. Если вы или другие люди будут из жалости баловать незрячего ребенка, он вырастет эгоистичным и не сможет найти себе друзей. Обращайтесь с незрячим ребенком как со зрячим, приучайте его к дисциплине так, как если бы вы воспитывали зрячего ребенка.

19. Позвольте своему ребенку принимать полноценное участие в делах семьи

Позвольте своему ребенку помогать вам в ежедневных делах, так как вы позволяли бы это зрячему ребенку. Он сможет помогать вам как дома, так и на улице. Вам придется первое время направлять движения его рук и несколько раз повторять инструкции, поскольку он не может вас видеть, чтобы имитировать ваши движения.

Важно, чтобы как можно раньше ваш ребенок начал принимать участие в

ежедневной работе по дому, это позволит ему чувствовать себя полноценным членом семьи, а также вырасти самостоятельным человеком, жизнь которого не будет зависеть от посторонней помощи.

20. Поощряйте своего ребенка играть со зрячими детьми

Как и все дети, ваш ребенок нуждается в друзьях, с которыми он мог бы играть. Вам не следует ограничивать круг общения вашего ребенка только другими слепыми детьми. Для него очень важно научиться чувствовать себя уверенно в обществе зрячих детей. Когда зрячие и слепые дети играют вместе, они часто находят возможности изменения правил игры таким образом, чтобы в них могли принимать участие все.

21. Чтобы познавать окружающий мир, вашему ребенку необходимо быть активным

Так как ваш ребенок имеет проблемы со зрением, вы, возможно, очень боитесь, что он поранится. Все дети, а особенно слепые, должны проявлять активность при познании окружающего мира. Все дети набивают себе шишки, пока растут. Слепые дети не более хрупкие, чем зрячие, им просто необходимо быть более осторожными. Конечно, вам нужно проверять, безопасна ли для ребенка игровая площадка. Но не мешайте ему принимать участие в активных играх или исследовании окружающего пространства.

Слепой ребенок в семье: Книга для родителей./ Под ред. Л.И. Солнцевой – М.: НИИ дефектологии АПН СССР, 1989. – с. 44-56.

ГЛАВА III. РОДИТЕЛИ И СЛЕПОЙ РЕБЕНОК В СЕМЬЕ

Ожидая рождения ребенка будущие родители часто тревожатся — родится ли он здоровым. Однако в глубине души они обычно уверены, что их ребенок непременно будет здоров и о каких-либо отклонениях в развитии не может быть и речи. Поэтому сообщение о том, что у малыша имеется врожденный дефект зрения вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние. Часто, особенно когда речь идет о первенце, родители совершенно не готовы к такому удару судьбы. Рушатся их надежды, планы, связанные с рождением ребенка, ломается представление о всей дальнейшей жизни.

Как ни тяжело бывает такое потрясение, но жизнь берет свое, и первое шоковое состояние проходит. Но каждая семья выходит из него по-своему. И от того, как примут мать и отец факт рождения у них слепого ребенка, зависит дальнейшая судьба и его, и их самих.

Казалось бы от факта глубокого нарушения зрения никуда не уйдешь, но, как это ни кажется парадоксальным, можно этот факт принять, а можно и нет: не принять субъективно для себя.

Позицию родителей, не принимающих дефект ребенка, можно выразить следующей формулой: “У меня не может и не должно быть, аномального ребенка”. Наличие такого ребенка кажется им крахом всей их сложившейся жизни. Такая позиция неприятия дефекта может повлечь за собой неприятие и самого ребенка. Отсюда у родителей возникает мысль о возможности избавиться от него. Они сами становятся морально слепы, не видят для ребенка никаких перспектив возможности развития. Их травмирует слово “инвалид”. Их поведение и отношение к своему ребенку становится зависимым от отношения к их ребенку окружающих родственников, знакомых и даже соседей. К сожалению, это отношение не всегда сочетается со словом “милосердие”.

Если дефект установлен сразу при рождении, а оба родителя заняли позицию неприятия, то они, как правило, отказываются от ребенка. Однако, если молодые родители, еще не почувствовавшие себя родителями, знали, что несмотря на отсутствие зрения для их ребенка, а значит и для них, далеко не все потеряно, что их малыш может вырасти практически полноценным членом общества, и его развитие и воспитание доставит им много радости и счастья, то они много раз подумали бы, прежде, чем отдать ребенка в детский дом. В нашей практике были случаи, когда молодые родители поспешили отдать своего малыша в дом ребенка, но потом одумались и забрали его обратно, поняв, как ему необходима их любовь и как он необходим им.

Чаще всего негативную позицию в отношении к дефекту занимает отец ребенка. Почему именно отец? Как давно было замечено психологами, материнская и отцовская любовь несколько отличаются друг от друга. Мать, ухаживая

за ребенком с первых дней его жизни и органически чувствуя его беспомощность, любит его таким, какой он есть, просто за то, что он существует. Отец же прежде всего смотрит в будущее. Его больше всего заботит, каким вырастет ребенок. И если он не видит для ребенка никаких перспектив, а жена к тому же всецело занята уходом за больным ребенком и полностью поглощена своим горем, то дальнейшая жизнь начинает видеться ему совершенно беспросветной, и он может покинуть семью. К сожалению, такие случаи нередки. Изменение позиции отца — дело непростое. Этого не добьешься лишь убеждениями, требуется квалифицированная помощь психотерапевта. Однако психологическая помощь семье оказывается пока в считанных городах нашей страны. А сколько семей можно было бы спасти от развода!

Нередко встречается и другой вариант непринятия дефекта, когда сам ребенок родителями принимается, но с наличием дефекта у ребенка они согласиться не могут. Формула такого отношения к ребенку и его дефекту такова: “Мой ребенок не такой плохой, как об этом говорят, и я докажу это”. В таких случаях родители пытаются всеми способами, вопреки здравому смыслу доказать, что их малыш не слепой, и в конечном итоге, в ущерб своему ребенку не пользуются специфической помощью. Эту позицию чаще занимают родители тех слепых детей, у которых имеются нарушения интеллекта. Они не хотят верить никаким специалистам, никаким самым авторитетным комиссиям и убеждены в том, что их ребенок не имеет дефекта, который, как им кажется, хотят ему приписать. Они уверовали, что все врачи сговорилось между собой, а педагоги просто не умеют и не хотят учить их ребенка. В результате и родители, и ребенок постоянно пребывают в напряжении. При этом ребенок невольно заражается от взрослых чувством недоверия к окружающим людям, становится озлобленным и часто испытывает чувство одиночества.

Конечно, мы не говорим о случаях, когда родители, сталкиваясь с бездушным отношением, а не редко и недостаточно высокой квалификацией тех или иных специалистов и должностных лиц, от которых зависит судьба их ребенка, прикладывают все усилия для того, чтобы вылечить его или поместить в наибо-

лее благоприятные для его развития условия. Мерилом, с помощью которого можно различить в данном случае адекватное или неадекватное отношение родителей к дефекту ребенка, является мотив, обычно ими неосознаваемый, который побуждает их к внешне сходным действиям. При адекватном отношении к дефекту ребенка мотивом, т. е. побуждающей силой отца или матери является стремление всеми имеющимися средствами сделать ребенку добро: вылечить, максимально приспособить к окружающей жизни и т. п. Другое дело, когда основным мотивом служит, пусть не осознанное, стремление любой ценой доказать себе и окружающим, что у ребенка нет дефекта, или не должно быть. Все разумные доводы с завидным упорством отвергаются. Подробнее о таком пагубном отношении к ребенку, имеющему сложный дефект, и его последствиях будет рассказано в X главе.

Рассмотрим теперь случай, когда наличие у ребенка дефекта — глубокого нарушения зрения — родителями принимается. Принимая, дефект ребенка и смиряясь с ним, мать или отец тем не менее не принимает самого ребенка. Формула такого отношения к ребенку примерно следующая: “Я мирюсь с тем, что мой ребенок слепой, но раз уж так случилось, надо сделать, чтобы он причинял мне как можно меньше неприятностей”. В этом случае отношение к ребенку и его дефекту проявляется в том, что родители всецело переключают его воспитание на общественные учреждения: специальный детский сад, а затем школу. Детей таких родителей можно сразу узнать, так как они выделяются своей не ухоженностью, им не приносят из дома во время теплую одежду, а иногда и “забывают” их взять домой на выходные дни или каникулы. Глубокое нарушение зрения, у этих детей, как правило, сочетается с педагогической запущенностью. Родители порой не осознают своего отношения к сыну или дочери и объясняют свое невнимание занятостью, обстоятельствами и другими причинами. К счастью, такая позиция родителей встречается не очень часто.

Гораздо чаще педагоги сталкиваются с позицией родителей, при которой и дефект, и сам ребенок ими принимаются. Однако ребенок воспринимается как жертва обстоятельств, как беспомощное, обиженное судьбой существо, нуж-

дающееся в постоянной опеке и защите. При этом у родителей (чаще матери) или близких родственников, ухаживающих за ребенком (бабушки, дедушки) может возникнуть чувство собственной вины перед ребенком, которую они стараются искупить своей заботой о нем. Такая жертвенность, безоглядная любовь, оборачивается на деле тем, что ребенок вырастает неприспособленным к жизни. В детский сад или школу такой ребенок приходит с неоформленными навыками самообслуживания, с плохо развитым осязанием, неумением действовать с предметами, играть. Компенсация слепоты в таком случае происходит исключительно за счет развития речи. Однако бедный чувственный опыт делает знания детей об окружающем мире формальным. Кроме того, он находится в полной зависимости от опекающего его лица не только физически, но и эмоционально. Попадая в условия круглосуточного детского сада или школы-интерната, ребенок очень тяжело переживает разлуку с теми, кто его не только опекал, но и любил и выполнял все его капризы. В результате психическое развитие ребенка не только затормаживается, но и искажается; недостаточно развиваются все виды восприятия, двигательные функции, появляются нежелательные особенности характера. В таких случаях психологи и педагоги говорят об особенностях развития личности ребенка, формирующихся в пагубных для него условиях гиперопеки. Приведем примеры.

Лену привели в Институт дефектологии в возрасте 7 лет. Она воспитывалась дома мамой и бабушкой. Со слов матери, в раннем детстве малышка несколько раз лежала в больнице. Родители всецело были заняты проблемой ее лечения. Их не покидала надежда хотя бы частично вернуть девочке зрение. Поскольку родители полностью ориентировались на то, что в результате их усилий девочка будет видеть, они не воспитывали ее как незрячего ребенка. Когда же выяснилось, что зрение поправить не удастся, было упущено много времени. Ухаживала за девочкой и воспитывала ее в основном бабушка. Она всячески лелеяла и опекала “несчастливого ребенка”. Особенно берегла она ручки Леночки: “Ведь ей предстоит учиться читать по системе Брайля и пальчики должны быть нежными, чтобы их чувствительность была выше”. Какое непро-

ститательное заблуждение! В результате такого воспитания к моменту поступления в школу девочка имела тяжелую педагогическую запущенность, усугубляемой психической пассивностью. Леночка не только не умела, но и не хотела учиться элементарным действиям самообслуживания. К тому же она тяжело переживала разлуку с бабушкой и мамой, поскольку без них в свои семь лет была абсолютно беспомощна.

Приведенный случай, конечно, является крайним. Тем не менее, большинство детей в той и ли иной степени страдают от гиперопеки близких. Это особенно хорошо видно после каникул, когда дети возвращаются в школы-интернаты из дома, утратив в значительной степени те навыки самообслуживания, которые с таким трудом формировали у них воспитатели.

Мы специально заострили внимание на позициях родителей, отражающих их неадекватное отношение к ребенку и его дефекту, несколько сгустив краски, упростив и схематизировав ситуацию. Это поможет нам в дальнейшем проанализировать такие отношения в семье, которые бы максимально способствовали гармоничному развитию ребенка при минимальном ущемлении других ее членов.

Все остальные главы настоящей книги посвящены проблемам формирования у детей тех или иных представлений, умений и навыков. Но эти проблемы не могут быть решены без достаточно благоприятных отношений в семье. Так какими же должны быть эти отношения?

Прежде всего, в семье к незрячему должно сложиться отношение как к вполне здоровому, но только имеющему определенные особенности ребенку. Конечно, при общении с ребенком нужно постоянно учитывать его возможности, но сам ребенок не должен чувствовать своей исключительности. Если ребенок, к примеру, замечает, что ему разрешается то, за что ругают и наказывают других детей, что ему достаются лучшие кусочки со стола, что мама и бабушка спешат к нему по первому зову и ему остается только протягивать руки и ноги при одевании, то у него непременно разовьются, с одной стороны, иж-

дивенческие наклонности, и с другой — чувство неполноценности. А ни того, ни другого допустить нельзя.

Все родители знают, что для того, чтобы не допустить образования иждивенческих черт в характере ребенка, надо приучать его к самостоятельности, развивать у него чувство ответственности. Это возможно только в том случае, если в семье созданы условия доброжелательной требовательности к ребенку. Очень трудно не бежать сразу на помощь к слепому малышу, не делать что-то за ребенка, а только помочь. Трудно определить ту меру помощи, которая необходима в каждом конкретном случае. Нужно постоянно сдерживать свои порывы, контролировать реакции. Но в этом, наверное, и заключается мудрость настоящей любви.

Обучая ребенка тем или иным действиям, помогая ему, родители должны постоянно стараться ставить себя на его место. Чтобы хотя бы приблизительно понять трудности ребенка, можно попытаться выполнять те или иные действия с закрытыми глазами.

Родителей обычно беспокоит, как избежать возникновения у ребенка чувства неполноценности от сознания наличия - у него дефекта. Сразу оговоримся, что до 5 лет малыш не осознает, что он отличается чем-то от других детей. И прежде всего от взрослых зависит, как он будет относиться к своему дефекту в дальнейшем. Совершенно не допустимо воспитывать ребенка по типу Иоланты: прятать от людей, скрывать наличие дефекта. Все это бесполезно и принесет в будущем печальные плоды.

Бывает, что родители очень остро переживают, когда их малыш обращает на себя внимание на улице, так как его дефект и его необычное поведение бросаются в глаза. К тому же все попытки контактировать с детьми на детской площадке кончаются конфликтами. А мамы детишек, играющих в песочнице и просто прохожие, донимают родителей бестактными вопросами и ненужными советами. Все это травмирует психику, но не детей, а родителей. Для малыша до трех-четырёхлетнего возраста конфликт со зрячими детьми на детской площадке не является более страшным, чем конфликты между видящими детьми

(не дает себя обнять, потрогать, не хочет играть). Разговоры об отсутствии зрения остаются ребенку непонятны и обычно проходят мимо него. Но уже в 5—6 лет ребенок может попросить маму объяснить, почему Петя сказал про него, что он не видит. Что это значит? И именно от реакции матери, а не от Петинной, зависит, как в дальнейшем ребенок будет относиться к своему дефекту. Главное — это ответить спокойным тоном и кратко. Что именно сказать, следует обдумать заранее. Ребенку, имеющему остаточное зрение, не составит труда объяснить, что одни люди видят лучше, а другие хуже. Для тотально слепых детей возможен такой вариант ответа; “Вот ты трогаешь эту чашку и сразу говоришь— это чашка. А Петя может стоять от чашки далеко, не трогать ее, а посмотреть глазами и сказать: “Вон стоит чашка”.

Важно, чтобы малыш сразу понял, что одни люди (не он один) все узнают руками, а другое — глазами. И ничего ужасного в этом нет. Но в то же время, не менее важно с детства внушать ребенку мысль, что он должен знать и уметь делать не только все то, что знает и умеет делать его зрячий сверстник, но и лучше него. Разумеется, эту мысль не следует постоянно и навязчиво “вдалбливать” ребенку. Она должна быть им усвоена постепенно, через разумное отношение к нему тех, кто его воспитывает. Мы говорим о разумном отношении, поскольку здесь очень легко переусердствовать, требуя от ребенка невозможного.

Дети бывают очень жестоки. Бывает, что, дразня друг друга, они неосознанно стараются унижить, противника, подчеркнуть тот или иной его недостаток. Сегодня объектом их насмешек может быть, незрячий ребенок, а завтра ребенок, не имеющий отца, плохо одетый или не имеющий красивых игрушек (такое же примитивное “ведение спора” встречается и у взрослых людей, недостаточно развитых нравственно). Обычно родители переживают такие случаи более тяжело и помнят их гораздо дольше, чем сам обиженный ребенок. Достаточно вспомнить книгу А. Маршалла “Я умею прыгать через лужи”, в которой в частности говорится о том, что героя книги, мальчика, перенесшего полиомиелит, ранили не слова детей о его дефекте (они быстро забывались), а слова

взрослых, часто непонятные ему, но заключающие в себе какой-то особенный смысл, который вызывал неприятные мысли и чувства.

Дефект ребенка может явиться не только предметом насмешек других детей, но и предметом зависти и гордости. Об этом вспоминает и А. Маршалл. Такие случаи наблюдали и мы. Так девочку с укороченной ногой дети в детском саду, а затем в школе, то дразнили, то просили показать шрам на ноге, оставшийся после операции, и смотрели на такое “чудо” не без чувства зависти. А ее младший братишка плакал из-за того, что у него нет такого шрама. Предметом гордости незрячего ребенка может быть умение делать руками то, что не может зрячий ребенок с закрытыми глазами, и особенно чтение и письмо по системе Брайля.

Если ребенка обидели дети, главное не дать волю эмоциям, оставаться внешне спокойными. Также спокойно нужно отвечать и взрослым, задающим при ребенке бестактные вопросы. Родителям необходимо помнить, что ребенок чутко будет реагировать именно на их реакцию: “Если мама спокойна, значит и мне тревожиться нечего” или “Что там сказала тетя обо мне, я не понял, но, наверное, что-то страшное, раз мама так расстроилась”. Спокойное поведение родителей в эмоционально сложных ситуациях рождает в детях чувство защищенности, уверенности в себе, способствует формированию у них чувства собственного достоинства, не дает развиваться чувству неполноценности.

Многих родителей беспокоит то, что их малыш в раннем и затем в дошкольном возрасте до поступления в детский сад или школу не имеет контакта со сверстниками. До 3—4 лет все дети играют главным образом не сообщая, а рядом. Поэтому, кратковременных контактов с детьми бывает достаточно. Желательно, чтобы малышу “покровительствовал” более старший ребенок, вовлекая его в игру, учил бы его различным игровым действиям. Такому ребенку он будет стараться подражать. Подобные контакты, очень полезны для обеих сторон, даже если они не регулярны.

Дети старше четырех лет, естественно, стремятся к контактам со сверстниками. Если к этому возрасту родителям удалось сформировать у ребенка навы-

ки сюжетно-ролевой игры можно попробовать при случае организовать с детьми игру в автобус, поликлинику, строительство и магазин. Насколько активно ребенок с глубоким нарушением зрения включится в совместную игру со зрячими детьми будет зависеть от уровня развития у него как игровой, так и предметной деятельности, а также от того, насколько хорошо он ориентируется в пространстве. При игре с другими детьми родители должны следить за тем, чтобы зрячие дети не выполняли за их ребенка все игровые действия, а только помогали ему при необходимости.

Проблема общения слепого ребенка с другими детьми бывает практически решена, если в семье имеются другие дети. Однако здесь могут возникнуть сложности иного порядка. Они кроются в установлении отношений братьев и сестер с незрячим ребенком, которые основывались бы на чувстве любви и взаимопомощи.

С появлением младшего брата или сестры у ребенка, естественно, может возникнуть чувство ревности. Новорожденный поглащает все внимание близких и, как кажется ребенку, всю их любовь. Они вспоминают о старшем ребенке только тогда, когда им что-то от него нужно или когда хотят поругать его за что-то. Дело осложняется, когда оказывается, что малыш не видит. Вместо чувства жалости и любви к новорожденному у старшего ребенка может появиться к нему равнодушие и даже неприязнь. Со временем старший ребенок все явственней замечает, что малыш отличается от других детей. Больше всего ему может не нравиться, что маленький братишка или сестренка не ловит его взгляд, не смотрит на него. А это на первых порах, пока малыш не говорит, серьезно осложняет контакт с ним старшего ребенка. Особенно если старший - дошкольник. В случае, если родители учтут те чувства, которые переживает их старший зрячий ребенок, они могут избежать нежелательных осложнений в отношениях детей. Прежде всего старший ребенок должен почувствовать, что любовь к нему близких не ослабела, что, напротив, теперь мама не может без него обойтись. Она просит его (именно просит, а не требует!) помочь ей искупать малыша. И при этом показывает, какой он беспомощный и хорошенький одновре-

менно. Мама не требует, чтобы старший непременно сразу полюбил его. Но она уверена, что со временем он непременно полюбит. Чем больше старший ребенок будет участвовать в процедурах по уходу за малышом, играть с ним (но только не по принуждению), тем быстрее он привяжется к нему.

Таят в себе подводные камни и отношения между незрячим ребенком и его младшими братьями и сестрами. Основная ошибка, приводящая к конфликтам и соперничеству детей, состоит в постоянном попустительстве незрячему ребенку и излишней требовательности к здоровому младшему. Однако, если родители занимают адекватную позицию по отношению к дефекту ребенка, такая ошибка исключается.

При поступлении в школу-интернат для детей с нарушениями зрения ошибки семейного воспитания выступают особенно ярко. Мне пришлось стать невольным свидетелем разговора родителей, когда они впервые привезли своих детей Вову и Сережу в школу. Сидя на скамейке перед школой, мамы познакомились и разговорились. Мать Сережи, Светлана Максимовна, приговаривала, поглаживая сына по голове: “Кушай, Сереженька, сметанка свежая, бабушкина Зорька прислала, в школе такой не поешь”.

- А я слышала, - вступила в разговор мать Вовы Людмила Петровна, - здесь кормят хорошо.

- Хорошо-то хорошо, да все же из-под коровки или с грядки лучше.

- Зато в школе режим.

- Мой Сереженька и без режима вон каким богатырем стал.

- Да, Ваш мальчик рослый и упитанный. И серьезен не по годам. Но движется мало, все больше сидит.

- Бабушкино воспитание, - с чувством некоторой гордости произнесла Светлана Максимовна, - поначалу, когда я приезжала в деревню, пыталась протестовать против бабушкиного воспитания, но она оказалась непреклонной: “Заберешь внука к себе, тогда и поступай как хочешь, пусть он у вас хоть на голове ходит, а пока он здесь, должен сидеть около меня, а то, не дай Бог, руку

или ногу сломает, я тогда с ума сойду”. Со временем я и сама поняла, что так спокойней.

- А к школе Вы его готовили?

- Да как Вам сказать? У бабушки сад, огород, хозяйство, у нее и без этих занятий, как говорится хлопот полон рот. Я, правда, занималась иногда с сыном математикой. Сейчас он считает до 100 без ошибок и даже быстрее меня. Хотела научить его считать до 1000, но заниматься математикой все равно, что кислые яблоки есть: быстро оскомину набьешь. Это я по своему горькому опыту знаю. Так получилось и с Сережей - заскучал, не захотел дальше учиться. Неволить я его не стала. Считать умеет - и ладно, остальному в школе научат, учителя за это деньги получают.

- Для школы таких знаний по математике недостаточно.

- А что, по-вашему, я должна была учить Сережу задачи решать и сочинения писать?

- Сочинения писать учителя не рекомендуют, а вот заучивать стихи наизусть, читать и беседовать по прочитанному, воспитывать у детей внимание, закладывать основы логического мышления необходимо.

- А геометрией с дошкольниками учителя не рекомендуют заниматься? - не без ехидства спросила Светлана Максимовна.

- Они советуют обязательно давать дошкольникам наглядные представления о таких фигурах как точка, прямая и кривая линии, угол, о некоторых телах вращения и о самом вращении. По мнению учителей, это особенно необходимо слепым и слабовидящим детям, у которых ограничены возможности наблюдать окружающий мир в его непосредственном проявлении.

- Вас послушать, - с улыбкой возразила Светлана Максимовна, - так кроме занятий с Сережей я больше ничего не должна была и знать все эти семь лет. А работа, а квартирные и хозяйственные дела? Да и отдохнуть хочется после всей этой суеты...

- А мы с мужем после рождения Володи стали работать в разные смены. Что же касается занятий, то проводим их везде, где только оказываемся с мальчиком вместе.

— И на кухне, возле печки?

— Да, и на кухне тоже. Вова любит помогать мне в приготовлении пищи. Заодно и занимаемся. Причем, занятия принимают иногда игровую форму. Если готовим суп, я прошу сына найти небольшую кастрюлю и налить в нее 10 стаканов воды, насыпать две чайные ложки соли, подать сначала три картошки, затем еще две. Потом прошу его посчитать, сколько всего картофеля принес? В какой раз принес больше и насколько.

- Если так варить суп, снова вмешалась Светлана Максимовна, — то обедать придется в ужин.

— Да, времени, особенно в начале таких занятий, уходило больше. Но зато и польза получалась огромная. Ребенок не просто учился считать, но делал это осознанно, усваивая важные математические понятия. Скажем, насыпает Володя за завтраком сахар в стаканы, мы с мужем обязательно поставим перед ним какую-нибудь задачу, вопросы “во сколько?”, “на сколько?” и т.д.— постоянные спутники практически любой бытовой ситуации.

— А как же Ваш мальчик Вам помогает? Ведь он совсем не видит.

— Теперь без особых затруднений. А раньше всякое бывало: и шишки набивал, и сахар рассыпал, и в собственной квартире мог заблудиться. А как же иначе? Все навыки у детей надо вырабатывать с раннего возраста, причем, чем раньше, тем лучше. В наших современных квартирах с плохой звукоизоляцией чувствуешь порой себя, как в филармонии — музыка слышится со всех сторон. И говорю Вам совершенно серьезно: лучшей обстановки для формирования понятий “выше”, “ниже”, “слева”, “справа” не придумаешь.

Игрушки сыну мы покупаем тоже с учетом их познавательных качеств. На улице мы обращаем его внимание на различие звуковых сигналов, подаваемых разными видами транспорта. Сравниваем на слух скорости грузовых и легковых машин, тракторов, автобусов между собой и со скоростью нашего пере-

движения. Переходя дорогу, мы просим Володю послушать: нет ли транспорта слева, затем — справа. Если день ветреный, обращаем его внимание на то, что против ветра идти труднее, чем при попутном ветре. Проводим аналогию с движением по течению и против него. Словом, всегда, что бы мы ни делали, мы пытались найти развивающие и расширяющие кругозор ребенка элементы. Шаг за шагом, преодолевая трудности, мы формировали у сына понятия, которые помогли бы ему в быту и, я уверена, помогут в учебе.

— Ваш мальчик, я вижу, подвижный, общительный, уже успел со всеми, перезнакомиться, а мой Сережа застенчивый. Ума не приложу, в кого он такой уродился.

— Наверное, он у Вас в детской среде мало вращался.

— А где ее, эту среду, взять-то было?

— Мы с Вовой часто ходили в гости, где он много времени проводил с детьми, приглашали к себе его сверстников. Они играли в разные игры, слушали пластинки с детскими сказками и песнями. А я считаю, что наше горе лишний раз показывать другим как-то и не совсем удобно.

— Я не считаю наших детей таким уж большим горем. Чем они хуже других? Они, как все, учатся, работают. Среди слепых есть учителя, музыканты, медработники, ученые. Если уж ребенок родился таким, то главное — не плакать над ним, не причитать, а как можно раньше помочь развить ему способности.

— А Вы сами случайно не учитель по профессии?

— Нет, моя работа далека от педагогики, но я часто консультировалась у педагогов школы-интерната и очень благодарна им за полезные советы.

— Несмотря на то, что Вы мне рассказали, я не отчаиваюсь. Мой Сережа немного видит и сможет быстро наверстать упущенное.

— Да, конечно, здесь опытные и внимательные учителя и воспитатели. Они сделают все зависящее от них.

С момента этого разговора прошло несколько лет. Время показало, что несмотря на всевозможные формы коррекционно-воспитательной работы по пре-

одолению у Сережи негативных вторичных отклонений, вызванных глубокими формами нарушения функций зрения, еще долго сказывалось отсутствие прочной наглядно-действенной основы мышления, которая не была заложена родителями ребенка в раннем возрасте. Он долгое время оставался малокоммуникабельным, заметно отставал от своего одноклассника, уже знакомого нам Володи в учебе, особенно в тех вопросах, когда речь заходила о необходимости выделить из прочитанного текста главную мысль, сделать логический вывод или обобщающее умозаключение.

Как показал многолетний опыт работы в школе, фундамент интеллектуального развития человека во многом зависит от обучения и воспитания его в дошкольном и младшем школьном возрасте. Очевидность этого факта подчеркивал еще Лев Толстой, которому принадлежит следующее высказывание: “От двухлетнего до пятилетнего ребенка — целая вечность, а от пятилетнего до меня — один шаг”.

Приведенные факты показывают, что от того, как вы организовали жизнь в семье - как строили свои отношения не только к незрячему ребенку, но и его зрячим братьям и сестрам, зависят и успехи в школе и его самочувствие в коллективе.

Последнее, что следует подчеркнуть — это необходимость единства, требований и по отношению к ребенку в семье. Об этом знают все, но далеко не всегда близким ребенка удастся согласовать свои действия. И если все же, несмотря на все трудности, родителям удастся создать в семье атмосферу доброжелательной требовательности и разумной любви к ребенку-то можно считать, что они заложили прочный фундамент для его полноценного развития и максимальной адаптации в обществе.

Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: «Питер», 2004.- с. 123-133

Потребности семьи

Хотя в жизни всех семей можно найти что-то общее, родители нетипичных детей переживают особенные события, подчас неожиданные, продолжительные,

которые вызывают сильнейшие стрессы. Вполне вероятно, что присутствие ребенка с нарушениями развития вместе с другими факторами может существенно сказаться на жизни семьи, сократить возможности для заработка, контакты с друзьями и отдых. Задача социального работника — абилитировать, т. е. усилить семью, помочь ей найти выход из критической ситуации.

Становление новой системы профессиональной поддержки сопровождается изменением отношения общества к детям с проблемами развития. Во всем мире семьи детей-инвалидов имеют в чем-то сходные затруднения и потребности, но помощь, оказываемая каждой семье, всегда планируется индивидуально.

В исследовании кафедры социальной работы Саратовского технического университета и Областного реабилитационного центра, проведенном в 1990-е гг., выяснялись потребности семьи, воспитывающей ребенка-инвалида. Расходы на питание, жилье, медицинские услуги, одежду и транспорт представляют самую первую, насущную ее потребность. Столь же остро для родителей стоит вопрос информации об услугах, которые ребенок мог бы получать в будущем. Семье также нужно знать доктора, который понимал бы как родителей, так и ребенка. На четвертом месте оказались консультации с психологом, врачом, социальным работником, другими специалистами.

Родителям чрезвычайно важно решить и вопросы, связанные с восстановлением физических и моральных сил семьи: как отдохнуть всем вместе или получить возможность передышки для родителей, а ребенку с пользой провести свободное время. Следующая важная проблема — информация о состоянии здоровья ребенка. Сведения об услугах, которые ребенок может получить уже сегодня, необходима более чем 60% родителей. Потребности, которые завершают список первых 10 вариантов, набравших наибольшее количество ответов, включают поиск дантиста для ребенка, возможность уделить больше времени самому себе и получение информации о том, чему и как учить свое дитя.

В следующую десятку вошли следующие потребности: поиск информации о том, как повлиять на поведение ребенка, оказание психологической помощи семье, встречи с другими родителями.

Необходимо также больше времени разговаривать с учителями ребенка, оплачивать дневной уход за ним и другие услуги, иметь книги и иные источники информации о семьях с подобными проблемами, получать помощь от супруга или супруги относительно состояния ребенка, найти дошкольное учреждение или обеспечить дневной уход за ним, брать консультации службы занятости о получении работы, найти друзей, чтобы с ними разговаривать. Наконец, потребности, получившие от 1/3 до 1/6 голосов, — информирование о том, как растут и развиваются дети; расходы на игры, необходимые ребенку; распределение семейных обязанностей; знание о том, как реагировать на вопросы окружающих; получение информации о том, как играть и разговаривать с ребенком; знание, как объяснить состояние ребенка в семье; умение разрешать семейные проблемы и противоречия; посещение церкви и встречи со священником.

При сравнении ответов американских, китайских, российских и шведских родителей (исследования проводились по одной и той же методике) выяснилось, что набор основных потребностей семьи ребенка с ограниченными возможностями во многом универсален. Нужно сказать, что потребности информационного и финансового характера повторяются. В то же время потребность в информации о том, чему и как учить ребенка, как управлять его поведением, наряду с потребностью в книгах и других источниках чтения о семьях с подобными проблемами, чаще отмечается родителями Китая, США и Швеции, чем россиянами. Консультации с социальным работником, психологом, другими специалистами — позиция, получившая высокий ранг у российских родителей, но не вошедшая в число первых 10 альтернатив в Китае, США и Швеции.

Потребность встреч и бесед с другими родителями осознается в числе первых лишь в США, что вполне объяснимо, ведь система поддержки в этой стране обязательно включает в себя негосударственные организации, группы само-

помощи, волонтерство: по статистике, более 75% взрослых американцев входят по крайней мере в одну добровольческую группу. Отметим, что такие группы самопомощи или добровольческие инициативы зачастую предполагают наличие профессионала-психолога, социального работника, направляющего и организующего те или иные формы поддержки.

Важность социальной поддержки

По результатам другого исследования видно: чем выше уровень образования родителей, тем более они уверены в том, что наличие у них ребенка с ограниченными возможностями развивает терпимость, мягкость и сближает членов семьи. Чем старше ребенок, тем больше испытаний выпадает на долю всех, в то же время система услуг несовершенна и не может существенным образом облегчить положение семьи. Поэтому родители дошкольников в меньшей степени, по сравнению с родителями школьников, убеждены, что они навеки приняли на себя ношу забот о ребенке с ограниченными возможностями.

Согласно тому же исследованию, женщины более, чем мужчины, испытывают чувство вины за то, что не удастся вылечить ребенка: 34% против 11. Кроме того, первые гораздо чаще вторых воспринимают себя в качестве основных лиц, заботящихся о детях: 83% женщин и 44% мужчин убеждены в том, что им всегда придется заботиться о ребенке-инвалиде. Очевидно, что здесь срабатывают стереотипы распределения ролей в семье. Они делают семейную структуру жесткой: например, мужчина ни за что не будет помогать женщине по дому просто потому, что он мужчина.

Другая крайность — пример восточных культур (например, во Вьетнаме, Китае), где традиционно считается, что лучший воспитатель — мужчина, а женщину следует как можно меньше допускать к ребенку. Такие убеждения существуют не только на уровне обыденного сознания, но и в теории. Например, по теоретическим представлениям о материнском инстинкте, лишь мать может заниматься младенцами и детьми, потому что таково ее природное предназначение. Этот подход сегодня уже не только критикуется представительницами феминизма, но и преодолевается социальной практикой демократических госу-

дарств, например законодательством о праве мужчин на отпуск по уходу за ребенком.

В целом, как показало исследование, 86% родителей уверены в том, что присутствие ребенка с ограниченными возможностями настраивает их семью на большую чуткость и взаимопомощь. 77% опрошенных считают, что им всегда придется заботиться о своем ребенке-инвалиде. В том, что они могут сделать многое для его развития, уверены лишь 16% респондентов, 31% ответили отрицательно, 53% не уверены в своих силах. С высказыванием «Мы окружены поддержкой и заботой» полностью согласны только 12% опрошенных, 49% не уверены, 39% не согласны. Что касается уверенности в стабильной экономической ситуации своей семьи, о таковой говорят лишь 5% родителей, у которых есть дети, с ограниченными возможностями.

Отношение к стрессовой ситуации сильно влияет на то, какой путь избирает семья. Большая роль здесь принадлежит стилю культуры, доминирующему в семье, на котором сказываются этнические, религиозные или социально-экономические факторы. В свою очередь этот стиль культуры влияет на то, как семья воспринимает ситуацию, когда развитие ребенка нарушено, как она приспособляется к этому, а также на способность семьи запросить и получить помощь, на уровень доверия к социальному окружению.

С другой стороны, ребенок может изменить систему семейных ценностей: в результате семья способна преодолеть свои прежние убеждения и представления о людях с физическими или психическими недостатками. Основная линия поведения при кризисе связана с жизненной семейной философией, например: «Мы владеем ситуацией, несмотря ни на что» или «Будь что будет, все равно от судьбы не уйдешь». Фатализм, вера в судьбу формирует пассивность

в отношении лечения, образования и включения ребенка в общество. Но фаталистические настроения могут быть и следствием стрессовой ситуации, когда у семьи оказывается недостаточно сил для того, чтобы справиться с кризисом, выйти из него.

Ориентация семьи — во многом производная от отношения к ребенку со стороны как непосредственного, так и более широкого социального окружения. То, как родителям удалось организовать взаимоотношения со специалистами, работающими с их ребенком, также влияет на ориентацию семьи в ситуации кризиса. Оптимальным вариантом, когда родители и специалисты выступают коллегами, партнерами, имеющими общую цель — развитие ребенка. Если некомпетентность и черствость специалистов, работающих с ребенком-инвалидом, усиливают отстранение семьи от профессиональной поддержки, возможно появление замкнутости, изолированности и от всего социального окружения.

Социальная поддержка способна послужить медиатором или буфером в том случае, когда семья сталкивается со стрессовой ситуацией. Социальный работник может содействовать активизации ресурсов социальной поддержки на трех уровнях: родственников (например, супружеском), друзей, соседей. Исследования показывают, что матери, которым оказывается широкая социальная поддержка, более позитивны в поведении и отношении к своим детям-инвалидам, причем супружеская поддержка — фактор, дающим самый мощный позитивный эффект.

«Цикл жизни» семьи

Для социального работника важно знать, что особенности жизненного стиля каждой семьи видоизменяются с течением времени. Трансформируются и семейные взаимоотношения. Молодая семья не так справляется с превратностями судьбы, как это удается семье зрелой. Столь же весомая характеристика — возраст членов семьи. Та, в которой есть подросток, переживает совсем другие события и волнуется по иному поводу в сравнении с семьей, где только что появился новорожденный.

У одних какие-либо события могут продлеваться или возникать снова и снова на протяжении всей жизни ребенка. Примером служит семья ребенка, у которого есть определенное хроническое заболевание, которое постоянно держит семью в состоянии стресса. Некоторые дети медленнее приобретают такие качества характера, как самостоятельность, медленнее достигают соответствующего

щих возрастных этапов, а иногда и вовсе не переходят на них. Когда назревает критический период в развитии ребенка, родители могут вновь и вновь переживать чувства беспокойства, разочарования и неуверенности.

Из-за природы и степени тяжести детского заболевания семьи, где живут дети-инвалиды, должны быть готовы к переживанию особых событий. Этот опыт неповторим. Тем не менее, становлено, что особенно тяжело переживаются родителями детей с нарушениями развития следующие шесть периодов.

1. *Столкновение с заболеванием: установление точного диагноза, эмоциональное привыкание, информирование других членов семьи.* Характером заболевания в основном определяется время, когда родители узнают о нем. Генетические отклонения — такие как синдром Дауна — становятся очевидными вскоре после рождения, и родители рано оказываются осведомленными о состоянии своего ребенка. Глухота же, нарушения речи или трудности с обучением могут не диагностироваться до тех пор, пока ребенок не станет старше.

Кроме того, семьи могут столкнуться с фактом инвалидности подростка, случившейся по причине несчастного случая или тяжелой болезни. Когда подтверждается серьезная или хроническая проблема со здоровьем, в большинстве случаев возникает кризис и семья начинает активизировать имеющиеся ресурсы. Первой реакцией могут быть шок, разочарование, депрессия, после чего семья переживает достаточно предсказуемые этапы привыкания. Очень интенсивны в это время контакты с медиками. Тогда же очень важны содержание и характер контактов с другими родственниками, особенно со старшим поколением.

2. *Раннее детское развитие.* Развитие ребенка в первые годы жизни бывает испытанием для любой семьи, поскольку родители с волнением наблюдают за тем, насколько успешно их ребенок достигает определенных ступеней, той нормы, которая свойственна большинству здоровых детей того или иного возраста. Хронический или эпизодический характер нарушений и то, как это воспринимается семьей, образуют важнейший смысл первых лет развития ребенка.

Тип и степень тяжести заболевания могут сыграть определяющую роль в формировании семейных перцепции и поведения.

Встречи с другими родителями, происходящие в специальных детских садах, реабилитационных центрах, также могут способствовать углублению кризиса.

Тому есть несколько причин:

- члены семьи видят более старших детей, у которых диагноз подобен тому, что поставлен их собственному ребенку, и задают себе вопрос, станет ли их дитя таким же, когда подрастет;
- семья осознает, что услуги, необходимые ребенку, могут потребовать значительных финансовых и временных затрат;
- те семьи, которые делятся своим опытом с другими, убеждаются, что им, возможно, предстоит приложить немало усилий, чтобы добиться для своего ребенка необходимых услуг, и это потребует дополнительных семейных ресурсов;
- члены семьи узнают, что именно они чаще всего рассматриваются обществом как источник долговременной заботы и образования для своего ребенка.

3. Поступление в школу: уточнение формы обучения ребенка (в обычном или специальном учебном заведении), переживание реакций группы сверстников, хлопоты по устройству внешкольной деятельности ребенка.

Ощутимой критической точкой может стать момент, когда родители убеждаются, что их ребенок не в состоянии обучаться в обычной школе, но нуждается в специальной программе. Этот период также может быть тяжелым для других детей в семье, поскольку их одноклассники узнают о брате или сестре с ограниченными возможностями. В это время семья как бы «выходит на публику», поскольку ребенок все больше начинает осваивать внешний мир. Наконец, в этот период родители достаточно четко начинают осознавать нереальность своих первоначальных планов по поводу образования и профессиональной карьеры их ребенка.

Важно отметить, что характер и степень затруднений, переживаемых родителями, зависят от типа нарушения (так, привыкание может пройти относительно спокойно, если у ребенка нарушения физического развития средней тяжести) и готовности школьной системы обеспечить адекватное образование и адаптацию детей со специальными нуждами.

4. *Подростковый возраст*: привыкание к хронической природе заболевания ребенка, возникновение проблем, связанных с сексуальностью, изоляцией от сверстников и отчуждением, планирование будущей его занятости.

Начало подросткового периода отмечено тенденцией детей обособиться от родителей. В это время первые переживают значительные изменения, смятение и двойственность. Данный период бывает наполнен болезненными напоминаниями о том, что ребенку не удастся успешно завершить переход на следующий, этап жизненного цикла: он продолжает оставаться зависимым от своих родителей. То, как ребенок воспринимается сверстниками, весьма остро переживается всеми членами семьи, поскольку определяет степень отчуждения и изоляции, ощущаемых подростком.

5. *Начало взрослой жизни*: привыкание к остающейся по-прежнему в силе семейной ответственности, принятие решения о подходящем для проживания повзрослевшего ребенка месте, переживание дефицита возможностей для социализации члена семьи — инвалида.

Образование предоставляет много возможностей как ребенку, так и родителям. Он приобретает знания и навыки, развивается его уверенность и чувство независимости. Родители получают необходимую передышку. Когда период обучения завершен, семье предстоит принять решение. Необнадеживающая перспектива занятости инвалидов и недостаточные ресурсы для их самостоятельного проживания оставляют семье небольшой выбор альтернатив и вызывают глубокую озабоченность и тревогу родителей в этот период.

6. *Взрослая жизнь*: перестройка взаимоотношений между супругами (например, если выросший ребенок теперь живет вне семьи) и взаимодействие со специалистами по месту его проживания.

Семья обеспокоена в этот период тем, где проживает повзрослевший ребенок, имеющий ограниченные возможности, и качеством ухода. Родители тревожатся о том времени, когда они сами уже не смогут контролировать качество заботы об их ребенке. Особенно важную роль тогда, как и в другие периоды развития семьи, играют все ее члены, а также система услуг и деятельность социальных работников, которые могут помочь семье осуществить планы трудовой деятельности, отдыха и жилищного устройства инвалида.

Конечно, к некоторым семьям вообще невозможно применить эту схему, связанную с периодами развития, поскольку одни и те же события, которые вызывают стрессы и трудности, могут продлеваться или возникать снова и снова на протяжении всей жизни ребенка. К тому же наличие и качество социальной поддержки способно усилить или смягчить воздействие затруднительной ситуации.

Чтобы социальный работник помог облегчить воздействие таких критических моментов на жизнь семьи, необходимо знать особенности возрастного развития ребенка и того, как развиваются семейные отношения. Важно помнить, что физическое, социальное и эмоциональное существование членов семьи взаимозависимо, и если возникают нарушения во взаимоотношениях или ухудшается здоровье одних членов семьи, это моментально вызывает изменения в жизни других.

Семья нетипичного ребенка оказывается сегодня в центре внимания институтов здравоохранения, образования, социальной защиты. Однако медицинских, образовательных и социальных услуг может быть недостаточно, чтобы помочь семье справиться с испытаниями.

Семья контактирует с другими людьми, семьями, учреждениями и организациями. Ее замкнутость или открытость во взаимоотношениях с внешним миром сильно влияет на то, как семья справляется со своими проблемами. Примером служит ситуация, когда семья, в которой живет ребенок-инвалид, замкнута для получения поддержки, предоставляемой другими семьями, сталкивающимися с

подобными проблемами, группами поддержки, социальными агентствами или иными источниками.

Контакты семьи с широким окружением (соседями, прохожими, детьми во дворе, сотрудниками, профессиональными работниками различного рода), встречи с семьями, имеющими подобные проблемы, а также отношение общества к инвалидам в самом общем смысле могут сыграть позитивную роль в ее жизни. Если же социум отвергает ребенка, того приходится растить в одиночестве. Немаловажно также, что в современных условиях семье зачастую бывает трудно получить необходимую информацию, сориентироваться в новом законодательстве, выбрать подходящую образовательную или оздоровительную программу для ребенка, своевременно пройти обследование, защитить свои собственные права и права своего ребенка.

Порой родители разочаровываются, наталкиваясь на некомпетентность или жесткость в общении со специалистом. В этом случае важно уметь защитить себя от разрушительного влияния людской черствости, сохранить в себе стремление помочь своему ребенку и доверие к специалистам.

Одна из главных задач взаимодействия социального работника и родителей на сегодня — сделать информацию и услуги доступными, а само общение родителей со специалистами позитивным, т. е. нацеленным на достижение взаимопонимания. Как этого добиться — вопрос, решаемый каждой семьей по-своему, в зависимости от доступности услуг и информации, от готовности семьи работать совместно со специалистами и своим ребенком.

Наличие социальной поддержки смягчает воздействие стресса на семью: поощряйте ее активность и открытость к взаимодействию.

Семье могут понадобиться очень простые, но эффективные способы улучшения уровня подготовленности ребенка к обучению, небольшие практические советы, как выбрать детский сад или школу, что должно представлять собой взаимодействие семьи со специалистами, как достичь взаимопонимания в семье.

Когда ваш разговор с семьей зайдет о том, как создать благоприятные условия для развития ребенка и его отношений с окружающими в различные периоды жизни, подключите к беседе психолога, педагога, психотерапевта. Объясните семье задачи психолого-медико-педагогической комиссии и то, как происходит участие родителей в ее работе.

Вопросы медико-социальной и трудовой реабилитации людей с ограниченными возможностями невозможно решить без участия социальных работников. Те выступают посредниками между конкретным человеком, нуждающимся в каком-либо виде помощи, его семьей, другими специалистами, учреждениями и обществом в целом. В этой профессии объединены функции адвоката, социального терапевта и координатора услуг, необходимых ребенку, взрослому или всей семье.

Тема 8. Ресурсы общественных объединений в реабилитации детей с тяжелыми нарушениями зрения.

Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: «Питер», 2004.- с. 215-221

Общественные организации инвалидов и задачи социального партнерства

С одной стороны, социальная политика в отношении инвалидов — это государственные и корпоративные стратегии управления ресурсами для формирования социальных условий таким образом, чтобы они становилось более или менее пригодными для жизни людей, имеющих определенные ограничения жизнедеятельности. С другой стороны, это идеологически и рационально обоснованная стратегия коллективных действий инвалидов, стратегия влияния движений данных людей на государство, организации и общество, дабы свершились позитивные изменения.

Именно во втором случае решение многих жизненно важных вопросов оказывается в руках самих людей с ограниченными возможностями, которые, объ-

единяясь в организацию, способны добиться гораздо большего, нежели действуя в одиночку. Это важный вопрос в развитии демократии, когда «личное» становится «политическим», в том числе благодаря социальным движениям. Таковые рождаются из совместных действий людей и влияют на поведение личности, на самоопределение. Инвалиды оказываются активно действующими социальными субъектами, не только изменяя условия жизни, но и по-другому определяя себя.

Очевидно, способность инвалидов быть независимыми экономическими субъектами, участвовать в политической, культурной и социальной жизни общества отражает степень реализации их социального гражданства.

Коллективные действия, по определению Е. А. Здравомысловой, — это «рациональная совместная деятельность, цель которой заключается в улучшении жизненной ситуации участников».

Общественное движение — «ряд повторяющихся коллективных действий, направленных на достижение заранее сформированной цели».

Инвалиды сегодня включены в общественную деятельность, отстаивая себя и других перед лицом несправедливости, организуя культурные или спортивные мероприятия, выступая за признание и реализацию своих гражданских прав. Обеспечение участия людей в принятии решений, которые непосредственно затрагивают их интересы, — важнейший принцип демократии. В этом отношении организации инвалидов выражают нужды своих членов.

В России они имеют многолетнюю историю. Представители общественных организаций входят в Межведомственную комиссию по реабилитации инвалидов, подчиненную заместителю Председателя Правительства, на которой обсуждаются ключевые решения, касающиеся людей с ограниченными возможностями.

Всероссийское общество инвалидов (ВОИ), Всероссийское общество слепых (ВОС), Всероссийское общество глухих (ВОГ) активно участвуют в подготовке законов. ВОИ было создано в 1988 г. как единственная Всероссийская обществен-

ная организация для инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата. ВОИ, ВОС и ВОГ осуществляют защиту законных прав инвалидов на местном и федеральном уровнях, активно взаимодействуют с государственными органами по реализации Закона «О социальной защите инвалидов», а также тесно сотрудничают с российскими и зарубежными организациями людей с ограниченными возможностями, собирают и распространяют информацию по всем вопросам, касающимся инвалидов.

В ВОИ входят 2,454 млн членов, объединенных в 79 региональных, 2140 районных и городских и свыше 25 тысяч первичных организаций. Каждая региональная или районная организация ВОИ имеет свой устав и правление.

Помимо вышеперечисленных в регионах России сложилась сеть общественных организаций, цель деятельности которых — защищать права и интересы инвалидов и способствовать их интеграции в общество. В приложении 9 дан перечень некоторых наиболее крупных общественных организаций инвалидов России и СНГ (Источник. Государство и общественные организации инвалидов // Невидимые люди. Газета Дагестанской ассоциации инвалидов 2000 № 1. <http://mwwnl.dgu.ru/gov.htm>).

Хотя общественные организации инвалидов и не обладают властной и ресурсной мощью государства, его социально-экономическим и организационным потенциалом, однако у них имеется ряд преимуществ, которыми в силу своей естественной природы не обладает государственный аппарат, но без которых невозможно обойтись в практическом решении проблем инвалидов.

ПРЕИМУЩЕСТВА ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

1. Организации инвалидов объединяют в своих рядах самих инвалидов, а следовательно, в своей работе они напрямую руководствуются жизненными интересами, ценностями и приоритетами входящих в них людей и благодаря этому выступают наиболее подходящими представителями этой категории граждан в отношениях с другими институтами общества.

2. Общественные объединения инвалидов несут в себе возможность самовыражения, самореализации своих членов. Благодаря этому они могут аккумулировать и использовать такой уникальный ресурс, как социальная инициатива и активность самих инвалидов, это позволяет находить нетрадиционные способы постановки и решения социальных проблем.

3. Общественные объединения инвалидов — единственная упорядоченная социальная структура, которая имеет возможность получать адекватную информацию о социальном положении и потребностях инвалидов. Такая информация совершенно необходима для разработки сколько-нибудь состоятельных нормативно-правовых актов и государственных программ поддержки и реабилитации данной группы людей.

4. Внутренняя заинтересованность этих организаций в социальной защите своих членов или участников неизбежно приводит к формированию в них достаточно развитых, разветвленных организационных и кадровых структур, определенной социальной и производственной инфраструктуры. Эти структуры нацелены на решение проблем инвалидов и способны участвовать в реализации совместных с государством программ в этой сфере².

В общегосударственном процессе решения проблем инвалидов их организации могут и должны выполнять специфические функции, которые государственные институты либо просто не в состоянии осуществить, либо будут это делать с гораздо меньшим эффектом. Именно на таком разделении и взаимном дополнении и должно быть основано социальное партнерство государства и организаций инвалидов в решении проблем людей с ограниченными возможностями.

В число конкретных социальных функций организации инвалидов входят:

1. Непосредственная защита прав и интересов инвалидов.
2. Осуществление постоянной обратной связи между инвалидами и государственными органами, т. е. участие в гармонизации отношений инвалидов с государственной властью.

3. Производство и поставка информационного продукта о потребностях и приоритетах инвалидов в различных сферах жизнедеятельности, т. е. участие в информационном обеспечении нормативно-правовых проектов и государственных программ поддержания инвалидов.
4. Оперативная адресная помощь инвалидам (членам организации) с использованием таких социальных ресурсов, как труд добровольцев, частные и корпоративные пожертвования, доходы от собственной предпринимательской деятельности.
5. Консультирование органов государственной власти на стадии выработки ими нормативно-правовых решений по проблемам инвалидов, непосредственное участие в планировании, разработке и экспертизе таких решений в качестве представителя будущих потребителей их результатов.
6. Потребительская экспертиза, оценка уже действующих нормативно-правовых документов и государственных программ, затрагивающих права и интересы инвалидов.
7. Выполнение роли субъекта инициативы законопроекта, который в максимально возможной степени заинтересован внедрить системно правовую базу в области социальной защиты инвалидов.
8. Осуществление общественного контроля над соблюдением принятых правовых актов по проблемам инвалидов.

В России существует Совет по делам инвалидов при Президенте Российской Федерации. Он представляет собой совещательный орган, но его решения обязательны для всех участников. Успешной формой координации усилий различных министерств, ведомств, общественных организаций по оперативным направлениям деятельности является Межведомственная комиссия по реабилитации инвалидов.

Министерством труда, образовательными учреждениями, деловыми кругами и организациями третьего сектора успешно реализуются такие направления социального партнерства, как занятость инвалидов, образование взрослых, про-

фессиональная подготовка и переподготовка населения. Обсуждаются новые методы и технологии социального партнерства в профессиональной переподготовке безработных; обеспечении профессионального и дополнительного образования; в социальной сфере и обучении инвалидов; при организации исследований в сфере образования взрослых.

Одним из примеров активизации инвалидов в сфере социального обслуживания может быть проект «Мосты социального партнерства», который в 2002-2003 гг. реализовала Ростовская городская общественная организация инвалидов «Феникс» при поддержке американской программы АЙРЕКС. Задачами проекта были:

- оказание эффективной социально-правовой защиты интересов инвалидов силами коалиции НКО социальной сферы;
- продвижение прогрессивного механизма предоставления качественных комплексных социальных услуг инвалидам малых, средних городов и сельских районов Ростовской области;
- развитие сети социального партнерства и тиражирование инновационной модели оказания качественных комплексных социальных услуг незащищенным слоям населения Ростовской области.

К сожалению, довольно часто некоторые властные структуры настойчиво уклоняются от регулярного взаимодействия с организациями инвалидов. Государство пока еще не признало последние равноправным, независимым социальным партнером.

Процесс создания органов управления, обеспечивающих регулярную связь структур власти и организаций инвалидов, носит пока крайне ограниченный характер. В свою очередь руководители последних высказывают озабоченность тем фактом, что многие члены их объединений ориентированы на потребление услуг и не проявляют интереса к шагам в области защиты прав инвалидов, срывает заботливо выращенная государством на протяжении многих десятилетий психология социального иждивенчества.

В руководящих органах объединений инвалидов явно не хватает способной молодежи с ее активными социальными установками, потенциалом к быстрому профессиональному обучению и эффективной работе. Социальные работники могут инициировать своевременные проекты подготовки компетентных менеджеров некоммерческих и бизнес-организаций инвалидов, в первую очередь из числа молодых инвалидов.

Важная причина недостаточно эффективного выполнения организациями инвалидов их социальных функций — откровенная слабость финансово-экономического положения этих организаций. Они не могут эффективно функционировать и вынуждены направлять основные усилия на свое финансовое выживание.

Практика финансовой поддержки государством организаций инвалидов в той или иной форме широко распространена в зарубежных странах. Некоторые из национальных организаций инвалидов все свои денежные средства получают в форме дотаций от государства. Организации инвалидов в России в этом смысле находятся в значительно более сложном положении. Вместе с тем принцип государственной, в том числе экономической, поддержки организаций инвалидов декларирован в «Стандартных правилах» ООН. Однако она должна осуществляться в формах, которые бы не создавали угрозы для независимого, автономного статуса организаций людей с ограниченными возможностями.

Активное участие этих организаций в общественно-политической жизни страны, тесное сотрудничество с органами государственной власти на федеральном и региональном уровнях в формировании законодательной базы по решению жизненно важных проблем инвалидов — гарантия того, что проблемы тех будут решаться.

Социальное партнерство, таким образом, выступает ресурсом независимой жизни и важным условием эффективности социальной работы. Участниками партнерских отношений могут быть предприниматели, бизнесмены, которые способны оказывать содействие в трудоустройстве, реабилитации и лечении инвалидов, используя для этого различные способы: шефство над семьями и

одинокими инвалидами, помощь домам инвалидов и престарелых, больницам, клиникам.

Все религиозные конфессии, в том числе Русская православная церковь, которая приняла концепцию социального служения, следуя своим давним традициям, постепенно будут все шире выполнять благотворительную миссию, помогая инвалидам. В проектах социального партнерства необходимо задействовать возможности неправительственных правозащитных организаций, других негосударственных объединений, не только ассоциаций и обществ инвалидов, но и ветеранских, молодежных, женских организаций, клубов по интересам и других структур. Только так возможно сдвинуть с места решение назревшей проблемы.