МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Савісько І.В.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Мережа соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форма їх реабілітації**

Сєвєродонецьк

2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

на тему: «Мережа соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форма їх реабілітації»

Виконала: студентка групи ЗЛ-16з Савісько І.В.

Керівник: д. психол. н., проф. Бурлакова І.А.

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: к. мед. н., доц. Афонін Д.М.

Сєвєродонецьк – 2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки 227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“26” березня 2020\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Савісько Інна Володимирівна**

## Тема роботи: «Мережа соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форма їх реабілітації»

## Керівник роботи Бурлакова Ірина Анатоліївна, д. психол. н., проф.

( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26” березня 2020 р. № 51/15.22

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2020 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *– 64 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 50 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з особливостей мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форма їх реабілітації; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення особливостей мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форма їх реабілітації; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форма їх реабілітації.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – .*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  прийняв |
| 1. | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2. | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2020 р**.**

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів** | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форма їх реабілітації | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

**Студентка Савісько І.В.**

**Керівник роботи проф. Бурлакова І.А.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 64 с., табл. – , джерел – 50

В роботі розкрито теоретико-методологічні засади дослідження особливостей мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форма їх реабілітації, розглянуті особливостей мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форма їх реабілітації та сучасні підходи до мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форма їх реабілітації

Проведено констатувальний експеримент з метою дослідження мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форма їх реабілітації.

Розроблено практичні рекомендації мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форма їх реабілітації.

**Ключові слова:** ЗДОРОВʼЯ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, мережа, соціальна підтримка, особи з інвалідністю, реабілітація

**ЗМІСТ**

ВСТУП …………………………………………………………………………….7

РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні основи ВИВЧЕННЯ мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форми їх реабілітації…………………………………………………........9

* 1. Сутність і основні функції мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форми їх реабілітації …………………………..…..…...9

1.2. Зміст і принципи мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форми їх реабілітації ……………………………...……………….…………....21

РОЗДІЛ 2. Мережа соціальної підтримки ОСІБ з інвалідністю: інноваційний підхід до розуміння та проведення медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю………….………...38

2.1.Поняття і напрямки діяльності мережі соціальної підтримки осіб з інвалідністю ………………………………….………………….……………..38

2.2. Реалізація принципів самостійності осіб з інвалідністю в процесі медико-соціальної реабілітації ……………….……………………...………………….51

ВИСНОВКИ ……………………………………………………………………..57

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ….………………………………61

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Соціальні процеси висвітили необхідність забезпечення консолідації всіх прогресивних сил суспільства, їх максимальне зосередження на конструктивних процесах надання допомоги незахищеним верствам населення, що стає наразі головним завданням соціальних служб і всього суспільства в цілому. У нових умовах все більш очевидною стає необхідність врахування позитивного досвіду соціальної діяльності, а також впливу культурно-правових та економічних факторів на соціальну підтримку інвалідів.

Сучасний стан соціальної підтримки інвалідів в Україні, а також у світовому співтоваристві вимагає до себе найпильнішої уваги урядів, наукових сил, національних систем соціальної підтримки та фахівців-реабілітологів. Значення соціальної підтримки в перспективі об'єктивно буде зростати, і перш за все, в зв'язку з наступними тенденціями: демографічні зміни, особливо збільшення числа людей похилого віку; зниження показників здоров'я населення, зростання рівня безробіття та інші.

Тісний взаємозв'язок соціальних факторів і рівня здоров'я призвело до виникнення та становлення фізичної реабілітації як спеціалізованого напряму медико-соціальної підтримки в галузі охорони здоров'я. Життєдіяльність людей залежить від соціального оточення - їх найближчої спільноти, сімейного кола, а також суспільства в цілому, тому медико-соціальна підтримка повинна фокусуватися саме на цих системах, які називають також мережами. Спільнота є проміжною ланкою між макросистемою суспільства в цілому і мікросистемою сімейної та особистої підтримки і, тим самим, є основним ресурсом соціалізації та фізичної реабілітації людини.

**Об’єкт дослідження** – соціальна підтримка осіб з інвалідністю.

**Предмет дослідження** – мережа соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форма їх реабілітації.

**Мета дослідження** – визначити особливості мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форми їх реабілітації.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних досліджень з проблеми вивчення мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форми їх реабілітації.

2. Обґрунтувати методичні засади та розробити процедуру дослідження особливостей мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форми їх реабілітації.

3. Розкрити зміст і принципи мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форми їх реабілітації.

4. Визначити можливості реалізації принципів самостійності осіб з інвалідністю в процесі медико-соціальної реабілітації.

**Методи дослідження.** Для розв’язання поставлених завдань використано систему загально-наукових методів теоретичного та емпіричного дослідження, аналіз та узагальнення отриманої інформації із проблеми дослідження, інтерпретацію зібраних даних, спостереження.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у можливості їх використання при розробці програм щодо реалізація принципів самостійності осіб з інвалідністю в процесі медико-соціальної реабілітації; при створенні сприятливих умов для реалізації принципів самостійності осіб з інвалідністю в процесі медико-соціальної реабілітації.

Використаний у роботі діагностичний інструментарій може становити методичну основу подальших досліджень зі створення мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю та їх фізичної реабілітації.

**РОЗДІЛ 1**

**Теоретико-методологічні основи ВИВЧЕННЯ мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форми їх реабілітації**

**1.1.Сутність і основні функції мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форми їх реабілітації**

Суспільство (соціум, соціальність, соціальне) у широкому сенсі: сукупність всіх способів взаємодії та форм об'єднання людей, у якій виражається їх всебічна залежність один від одного; у вузькому сенсі: генетично і/або структурно певний тип спілкування, що постає як історично певна цілісність, або як відносно самостійний елемент (фрагмент, момент) подібної цілісності [6].

Протягом тривалого періоду еволюції соціально-філософської думки знання про суспільство, що мало скоріше теоретичний, ніж емпіричний характер, практично ототожнювалося зі знанням про державу, її законах, а також звичаї і норми поведінки своїх громадян, моральний аспект яких був переважним об'єктом етики. Однак соціально-філософські побудови Платона відкривали можливість зв'язати необхідність існування держави не тільки з власне політичними потребами людей, що складають суспільство, але також і з їх неполітичними потребами: в їжі, житлі, одязі тощо. В його «Діалогах», державою (воно ж суспільство) називається спільне поселення людей з метою взаємодопомоги у справі задоволення названих потреб, так само як і то, що лежить в їх основі початкової потреби у самозбереженні.

Проте активними загальними моментами при цьому виявляються чисто політичні (у сучасному розумінні) функції держави: захист населення, перш за все, території, яку вона фактично має, від зовнішніх ворогів, а також забезпечення порядку всередині країни. Звідси ототжнення суспільства і держави, характерне для класичної соціально-філософської думки стародавніх греків.

Платонівська ідея державно-політичним чином структурованого суспільства отримала подальший розвиток у Арістотеля, який осмислює під кутом зору владу (політичного панування) не тільки його макро-, але і мікроструктуру.

Основний тип суспільного зв'язку у політиці Арістотеля - це панування /підпорядкування, що характеризує не тільки публічну, але і внутрисімейнє життя в давньогрецькому полісі: відносини чоловіка і дружини, батька і дітей, глави сім'ї та включених в сім'ю рабів. Від родини, як первинного осередку власне людського спілкування, Аристотель сходить до більш розвинених його форм - селищу, де в спілкування привходит сверхродовой принцип сусідства, і, нарешті, до міста-держави, де політична природа спілкування постає у своїй повноті та істинності, виставляючи його початкову мету.

Основний зрушення в розумінні суспільства в епоху еллінізму був пов'язаний з переходом від локальної моделі порівняно невеликого і більш-менш чітко окресленого грецького міста-держави (поліса) до глобальної моделі "світового міста" (Космополіс) з колосальною, за тодішніми масштабами, периферією, контури якої постійно змінювалися в залежності від військових успіхів або невдач метрополії.

Згідно Цицерону, який намагався модернізувати платонівської-аристотелевское розуміння суспільства за допомогою стоіцістскіх новацій, весь цей світ слід розглядати як єдину громадянську громаду богів і людей (Про закони, кн. I, VII) [1]. За її образом і подобою він представляє громадянську громаду, перш за все, Рима, як найбільш близького до цього зразком, а потім і інших громадських утворень, пояснюючи відступ від нього зіпсованістю, пов'язаної з поганими нахилами, яка так велика, що від неї як би гаснуть вогники розумності, дані нам природою, виникають і зміцнюються ворожі їм пороки [1].

Вирушаючи від цицероновского визначення громадянського суспільства як народного надбання, Августин доводить, що його в точному сенсі цього слова взагалі не існувало задовго до того, як воно було розгромлене варварами, і виною тому аж ніяк не християнська етика, як стверджували гонителі християнства, а розкладання стародавнього укладу опори римської держави (Августин. "Про град божому", кн. II, гл.21) [2]. Результатом цього було відчуження держави від його природного власника народу, який, втративши реальний зв'язок з ним, втратив і риси соціальності, перестав бути суспільством.

Цей мотив цицероновского, а потім і августіанского трактування соціальної сутності суспільства отримав подальше і надзвичайно оригінальний розвиток у Новий час у Томаса Гоббса, одночасно перетворившого концепцію "природного права", що лежала в його підставі (ідею права власності народу на державу, завдяки виникненню якого "об'єднання багатьох людей" набувало значення суспільства).

Гоббс був першим, хто найбільш повно розробив антропоморфну ​​модель суспільства, засновану на порівнянні суспільства і людини. Крім того, він розробив концепцію суспільного договору, на основі якої згодом було розвинене поняття громадянське суспільство. За Гоббсом, громадянське суспільство передбачає відмову людини від свободи на користь захищеності, яку забезпечує держава за допомогою таких установ, як суд, армія, поліція, уряд.

Як бачимо, суспільство визначається тепер в зовсім іншій системі координат, ніж та, під знаком якої розвивалася класична грецька і некласична елліністична думка. "Природна" первісність людського співіснування вже не розглядається як зазначена печаткою більшої близькості до "природі", тобто космічному, божественному початку, безпосередньо вселяє людям свій Закон. Навпаки, найдавніше (і в цьому сенсі саме "природне") стан людства розглядався і в цьому полягала радикально нове, внесене Гоббсом в суспільну думку, не тільки як не-, а скоріше навіть як антисоціальна, вельми і вельми небезпечне для життя людей.

Подальше розмежування теоретичного змісту понять "суспільство" і "держава" проходило під розвитком англійської політичної економії і особливо класичним дослідженням А. Сміта "Про природу і причини багатства народів". Область виробничих відносин людей, що включає у А. Сміта і відносини товарообміну, відноситься не до політичного, а до громадянського суспільства у вузькому сенсі. Суспільство постає, таким чином, як трудовий і разом з тим мінової союз людей, пов'язаних поділом праці - єдиним способом задоволення їх різноманітних потреб.

Йдеться про специфічно суспільний зв'язок, в рамках якого кожен індивід, працюючи на себе, в той же час працює на "всіх" (і навпаки): Механізм примирення індивідуального і суспільного, який Іммануїл Кант назве згодом "автоматом", що забезпечує "патологічно вимушену згоду "в суспільстві, поставивши завдання гуманізувати його, перетворивши в "моральне". Моральним Кант вважав тільки таку поведінку, яка свідомо вибирається і будується відповідно до моральних законів. Якщо людина вибирає дію під впливом потягів, а, отже, його збіг з вимогою категоричного імперативу виявляється випадковим, дану поведінку не можна вважати моральною.

Ту ж проблему, задану Смітом, намагався вирішити Георг Вільгельм Фрідріх Гегель у своїй "Філософії права", спочатку розрізнивши сім'ю, як сферу моральності, та "громадянське суспільство", як систему всебічної тілесно-духовної взаємозалежності людей, а потім об'єднавши їх в державі, понятому як вищий синтез партикулярної сімейної моральності і громадянського суспільства. Тим самим саме Гегель розробив поняття «цілісність» [7]. З його точки зору, ціле завжди більше, ніж сума частин, а сутність частин багато в чому залежить від того, що вони входять в ціле. У центрі його філософської системи стоїть Світовий Дух - розумний початок, який реалізується у історичних процесах та діях конкретних людей і виражається у послідовно образах культури, що змінюють один одного.

Французький мислитель Клод-Анрі Сен-Сімон [7], який стояв біля витоків соціалізму і соціології як самостійної науки, вважав, що суспільство проходить три стадії розвитку: рабство, феодалізм і індустріалізм. Розвиток суспільства уявлявся Сен-Симону як чергування стабільних і кризових станів.

Засновником науки соціології вважається О. Конт. Будучи оптимістом, соціологію Конт обгрунтував за аналогією з точними науками. На його думку, слід відмовитися від положень, які не можна ні перевірити, ні спростувати. Отже, соціологія, як і науки про природу, повинна вивчати об'єктивні закони, що керують явищами дійсності.

Але вже на рубежі XIX-ХХ століть ця дихотомія, що протистоїть поглядам на суспільство, була істотно ускладнена принципово новим підходом. Цей поворот був пов'язаний з цілою серією різноманітних спроб концептуалізувати суспільство, відправляючись від індивіда, а не від тих чи інших надіндивідуальних цілісностей.

В аспекті соціально-філософському тут першопрохідцем став Георг Зіммель. Макс Вебер розробив теорію, названу їм «розуміюча соціологія», і теорію соціальної дії. Він вважав, що тільки через суб'єктивний сенс і можна пояснити людську поведінку.

Центральне місце в творчості Дюркгейма займає ідея соціальної солідарності ( «Про поділ суспільної праці»). Він виділяє два типи соціальної солідарності: механічну і органічну солідарність [8].

Механічна солідарність характерна для традиційного, архаїчного, простого товариства та заснована на нерозвиненості та схожості складових людей. Особистість «розчиняється» в такому суспільстві, індивід не належить сам собі, колективна свідомість практично повністю підпорядковує індивідуальне.

Органічна солідарність породжується поділом суспільної праці і заснована на відмінності індивідів. Поділ праці - це той механізм, який створює бажаний суспільний зв'язок, солідарність між класами. Завдяки розподілу праці індивід усвідомлює свою залежність від суспільства. Головним показником прогресу і історичним законом Дюркгейм вважає перехід від механічної солідарності до органічної.

Будь-яке сучасне суспільство, засноване на органічній солідарності, загрожує небезпекою роз'єднання. Соціальні проблеми і конфлікти він вважав відхиленням від норм, викликаних неузгодненостю соціальних відносин між головними класами суспільства. Він розвивав ідею створення професійних корпорацій як нових органів громадської солідарності, які повинні виконувати соціальні функції регулювання суспільних відносин і сприяти розвитку особистості. Головне місце в його соціально-політичній програмі він відводив реформам.

Толкотт Парсонс, видатний американський соціолог-теоретик, розглядає суспільство як особливий вид соціальної системи. Соціальна система в свою чергу є однією з первинних підсистем системи людської дії поряд з такими підсистемами, як організм, особистість і культура.

Фундаментальний принцип організації життєвих систем полягає у тому, що їх структури диференціюються відповідно до вимог, що пред'являються їм зовнішнім середовищем. Так, біологічні функції дихання, травлення, руху та сприйняття інформації є основою диференціації систем органів, кожна з яких обслуговує ті чи інші відносини між організмом і навколишнім середовищем. Цей же принцип використовується Парсонсом для аналізу соціальних систем.

Оскільки соціальна система - це сутність інтеракції індивідів, то кожен учасник є одночасно і дійовою особою (що володіє певними цілями, ідеями, установками та ін.), і об'єктом, на який орієнтовані інші дійові особи, і він сам [9]. Система интеракций, таким чином, в аналітичному плані відособлена від сукупності процесів дії окремих своїх учасників. У той же час ці «індивіди» є і організмами, і особистостями і належать до певних культурних систем.

При такій інтерпретації кожна з трьох інших систем дії (Культура, особистість, поведінковий організм) становить частину навколишнього середовища або, якщо можна так сказати, одну з навколишніх середовищ соціальної системи. За межами цих систем знаходяться навколишні середовища самої системи дії, які розташовуються вище і нижче загальної ієрархії факторів, що контролюють дію в світі життя. Товариство, за Арістотелем, - це такий тип соціальної системи (серед усього універсуму соціальних систем), який як система досягає по відношенню до навколишнього середовища найвищого рівня самодостатності. Самодостатність суспільства, згідно Парсонса, є функцією від збалансованої комбінації механізмів контролю над відносинами суспільства з цими п'ятьма середовищами, а також від ступеня його власної внутрішньої інтеграції.

У процесі розвитку і пристосування до різноманітних обставин виникають форми соціальної організації, що володіють все більшими адаптивними можливостями, менш схильні до дії приватних, випадкових причин, викликаних специфічними фізичними явищами, або індивідуальними органічними змінами, або особистісними відмінностями. У більш розвинених суспільствах діапазон відмінностей між особистостями може навіть розширюватися, в той час як структури суспільства і відбуваються в ньому процеси стають все менш залежними від особливостей індивідів.

За Парсонса, ядром социетального суспільства (societal community) як системи є структурований нормативний порядок, за допомогою якого організовується колективна життя населення.

Як порядок, він містить цінності, диференційовані і специфіковані норми і правила, причому, тільки співвіднесеність з культурою надає їм значимість і легітимність. Він задає критерії приналежності тих чи інших індивідів до суспільства.

Це спільнота повинна бути «носієм» культурної системи, досить генералізованої і інтегрованою для того, щоб легітимізувати нормативний порядок. Подібна легітимація вимагає наявності спеціальної системи символів, що дозволяє обгрунтувати ідентичність і солідарність спільноти, а також вірувань, ритуалів і інших культурних компонентів, в яких дана символічна система втілена. При цих умовах самодостатність суспільства передбачає інституціоналізацію великого числа культурних компонентів для того, щоб найкращим чином відповідати потребам.

Суспільство в цілому включає в себе різноманіття локальних спільнот. У соціологічній літературі терміном "локальне співтовариство" стали позначати певні типи поселення (села, фізично обмежені міські райони), життя в яких близька до ідеально-типової щодо соціальних зв'язків між їх жителями. Спираючись на матеріал наявних досліджень локальних спільнот дане поняття можна було б звузити до поняття малого міста або села. Однак поняття міста (села) має, принаймні, при поверхневому погляді, надто кількісну конотацію: певна кількість тисяч жителів утворюють селище, а збільшення нулів переводить селище у розряд міст.

В результаті дослідження науковці приходить до висновку, що поняття локального співтовариства відображає, перш за все, якісні, а не кількісні характеристики населеного пункту. Поняття (локального співтовариства) асоціюється у одних з "селом", у інших - з "маленьким містечком", у третіх - з "великим містом". Звідси і відмінності у підходах до вивчення локальних спільнот. Підкреслюється, що локальне співтовариство - поняття, перш за все, якісне. По-перше, це родинна для всіх них багатогранність предмета дослідження, з одного боку, і обмеженість об'єкта - з іншого: вивчають усе різноманіття життя крихітного шматочка суспільства. По-друге, це схожі, нехай і не повністю ідентичні, методики дослідження.

Добрякова М.С. в своїй роботі «Дослідження локальних спільнот у соціологічній традиції» [11] розглядає локальне співтовариство у поєднанні обох традицій, структурної та функціональної. Так, з одного боку, або з боку видимих ​​елементів, співтовариство - це будь-який свідомо організований агрегат, наділений політичною автономією, що підтримує існування основних соціальних інститутів. А з точки зору внутрішнього змісту співтовариство - це процес соціальної взаємодії, що породжує інтенсивні або екстенсивні відносини і практики взаємозалежності, кооперації, співпраці і об'єднання. У такому визначенні опущені всі просторові характеристики, воно побудовано навколо процесів виключно психологічних.

Традиційний спосіб аналізу спільноти передбачає аналіз різних інститутів цієї спільноти: економічних, управлінських, релігійних, освітніх і т.д. Однак сфера дії цих інститутів лише дуже приблизно збігається з основними значущими для даної території функціями. Так, функція соціального контролю може виконуватися як церквою, так і школою та ін. Таким чином, функціональний підхід до вивчення суспільства є більш адекватним, ніж інституціональний. З функціональної точки зору, співтовариство являє собою поєднання соціальних одиниць і систем, які виконують основні функції, значимі для даної території. Таких функцій Уоррен виділяє п'ять: (1) виробництво - розподіл - споживання; (2) соціалізація; (3) соціальний контроль; (4) соціальна участь; (5) взаємодопомога.

Сучасний дослідник Моріс Р. Штейн, стосовно до американських спільнот, виділяє три осі їх диференціації: ступінь урбанізації, індустріалізації і бюрократизації [11]. Перша відмінність американських спільнот, що веде до розбіжностей в їх структурі і функціям, проходить по осі автономності, яка б показала ступінь залежності або незалежності спільності при виконанні її основних функцій від одиниць, що не входять у дану спільність. Друга вісь показує, в якому ступені збігаються або не збігаються сфери дії общинних одиниць. Третя вісь відображає ступінь психологічної ідентифікації індивіда зі своєю спільнотою: з одного боку, спільнота може виступати основною групою для її членів, а з іншого - почуття власної приналежності до спільноти може бути розвинене досить слабо. Нарешті, четверта вісь - так званий "горизонтальний каркас", або структурні і функціональні зв'язки між різними одиницями спільності: в одних спільнотах почуття, моделі поведінки, систематичні соціальні взаємозв'язки можуть бути міцними, в інших - хиткими.

Поряд із зарубіжними вченими місцеві спільноти вивчаються в даний час і в Україні. Українське суспільство за останні 120 років пережило ряд революцій. За цей період двічі відбулися зміни трансформаційного типу протилежної спрямованості: інститутів економіки (об'єктом соціальних експериментів в обох трансформаціях з'явилася власність на засоби виробництва, яка в першому випадку була націоналізувана, у другому піддалася капіталізації); соціальної диференціації (в першому випадку - ліквідація "експлуататорських класів", в другому - формування нових полярних шарів); політичних інститутів, які опинилися найбільш рухливими і вразливими; соціалізації (зміна двічі соціальних і ціннісних орієнтирів - від комунізації до капіталізації суспільної та індивідуальної свідомості); інституту освіти (обрив наступності вітчизняної системи освіти, дві стратегії соціального відкриття/закриття доступу до освіти); інституту сім'ї (лібералізація сімейно-шлюбної моралі; ослаблення родинних зв'язків); інституту релігії (двічі по відношенню до релігії і релігійної культури суспільства здійснені протилежні стратегії) [15].

Ці зміни нагадували відомі "крок вперед, два кроки назад", не даючи суспільству здійснити прорив в "постмодернізацію". Всі соціальні інститути не тільки трансформувалися, але і в межах одного і того ж етапу змін постійно реформувалися. І кожен раз годинник соціального часу змін поспішав в центрі і відставав в провінції.

У той же час має місце конвергенція спільнот, що виявляється в соціально-демографічних процесах (падіння народжуваності, перехід до нуклеарної сім'ї, лібералізація сімейно-шлюбної моралі), в поширенні нових форм освіти, у розвитку споживчого ринку, а також в репродукуванні "кошмарних рис сучасності "або" помилкової сучасності [16]. Єдиної еволюції всіх товариств немає. Людська цивілізація розвивається в різних ритмах соціального часу. "Центр" і "периферія" суспільства, маючи різні показники "соціального часу", різний економічний і соціальний потенціал, також не можуть розвиватися, тому що знаходяться на одному етапі "сучасності".

За цими критеріями в головних характеристиках "велике" суспільство поєднує в собі властивості і постмодерну і модерну. Але спільноти, його складові, мають різні рівні сучасності. При проектуванні на них "патерн-змінних" Т. Парсонса можна констатувати невиразність, диффузность соціальної структури провінційних і сверхпровінціальних спільнот, збереження колективної моралі, емоційність соціального життя замість нейтральності тощо [15]. Соціальні дії, соціальне свідомість в непровінціальних і частково в полупровінціальних спільнотах грунтуються на принципах, а в провінційному і сверхпровінціальном спільнотах - на поняттях, похідних від "общинності". На даний час йде інтенсивний процес витіснення "механічної солідарності", але це ще не наближає суспільство до "тріумфу індивідуальності".

Треба також сказати, що архаїчні виробничі навички сьогодні втрачені. Крім того, для нормальної життєдіяльності селянському господарству потрібні споживчі товари, які в самому господарстві не виробляються. Таким чином, хоча гроші відіграють другорядну роль в селі, зовсім обійтися без них сільська економіка не може. Можна виділити три канали надходження грошових коштів: 1) соціальні трансферти, в першу чергу пенсії; 2) товарність власне селянського господарства; 3) державні організації. Пенсія являє практично головне джерело в бюджеті сільських сімей: 80% опитаних експертів поставили її на перше місце, на другому опинилися випадкові підробітки - 67%. Роль пенсій зростає в умовах загального старіння сільській популяції. Важливою перевагою цього каналу є його порівняльна стійкість.

При виникненні соціальних проблем, характерних для будь-якої місцевості проживання людей - спільноти в географічному аспекті свого розуміння, актуально проведення соціальної роботи з спільнотою (громадою) - це і метод і напрям соціальної роботи, за допомогою якого індивіди, групи і організації залучаються до цілеспрямовані сплановані дії для вирішення соціальних проблем [42. Даний метод більш широко поширений в практиці соціальних працівників в зарубіжних країнах, ніж в нашій країні.

Основними трьома напрямками діяльності в громаді фахівців із соціальної роботи є:

сприяння вирішенню соціальних проблем на рівні місцевої громади як за рахунок державних коштів допомоги, так і за рахунок потенціалу люжей, що проживають в цій спільноті для іх реабілітації;

соціальне планування, вироблення політики та стратегій дій різних організацій з питань соціальної освіти, охорони здоров'я і захисту;

організація публічних соціальних акцій і громадських кампаній, спрямованої на зміну існуючої законодавчої та організаційної практики, що перешкоджає здійсненню основних громадянських прав вразливих груп населення.

У роботі з незахищеними у соціальному плані групами населення фахівець із соціальної роботи поряд з соціальними стикається і з медичними проблемами та реабілітаційними. У цих випадках проводиться реабілітаційна, медико-соціальна робота, орієнтована на людей, які проживають в даній місцевості, у даному співтоваристві.

Дослідження реабілітаційних проблем різних груп пацієнтів (клієнтів) свідчать про те, що великої частиною реабілітаційної роботи є контингент, який традиційно спостерігається у сфері охорони здоров'я. За даними А.В. Мартиненко, медико-соціальні, реабілітаційні проблеми виявляються не менше ніж у 40% пацієнтів з хронічними захворюваннями фізичного, психіатричного, наркологічного і онкологічного профілю [20].

Концепція вітчизняної реабілітаційної роботи констатує, що основні її положення реалізуються у даний час в установах охорони здоров'я, соціального обслуговування населення та інших сфер. Цей факт свідчить про практичну значимість пропонованого оновлення та поглиблення концепції реабілітаційної роботи.

**1.2.Зміст і принципи мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форми їх реабілітації**

У сучасних умовах посилення соціальних проблем в нашій країні, зниження показників здоров'я населення зростає об'єктивна потреба вирішення взаємопов'язаних завдань реабілітаційного характеру на якісно новому рівні. Виникла необхідність створення нових механізмів, форм і методів реабілітаційної допомоги населенню як нових соціальних технологій, які забезпечать громадянам комплексні послуги у разі захворювання, втрати працездатності тощо і сприятимуть вирішенню пов'язаних зі здоров'ям проблем. Внаслідок цього стала розвиватися реабілітаційна робота як якісно новий напрям соціальної роботи та вид професійної діяльності. Її становлення обумовлене сучасним станом охорони здоров'я, соціального захисту населення, інших соціальних інститутів в умовах реформування економічного укладу та структури суспільних відносин.

Практика свідчить про те, що фахівець соціальної роботи, який прагне надати професійну допомогу своєму клієнту, зобов'язаний володіти теоретичними і практичними знаннями в області медицини і охорони здоров'я. Незалежно від спеціалізації і робочого місця, він бере участь у вирішенні проблем індивідуального та громадського здоров'я.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає здоров'я як стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів. Тому соціальна робота розглядається як діяльність, споріднена лікуванню. Проблема здоров'я, будучи глобальної, невід'ємна від інших проблем людини. Здоров'я актуально в усі періоди індивідуального розвитку організму.

Маючи багато спільного з медичною допомогою і діяльністю органів охорони здоров'я в цілому, реабілітаційна робота не виходить за рамки своєї компетенції, не претендує на виконання лікувальних функцій, а передбачає тісну взаємодію соціальних працівників з медичним персоналом і чітке розмежування відповідальності.

В організації реабілітаційної роботи доцільно дотримуватися певних принципів, Такими є екосистемність, полимодальность, солідарність, конструктивна стимуляція, контінуальність.

Екосистемність. Облік всієї системи взаємовідносин людини і навколишнього його середовища у цій проблемної парадигмі, системний аналіз взаємозв'язків між усіма елементами конкретної проблемної життєвої ситуації і визначення на його основі сукупності соціально-функціональних дій.

Полімодальність. Поєднання в реабілітаційній роботі різних підходів, способів дії, функціонально орієнтованих на конкретну мету, на конкретний проблемний контингент, соціально вразливу або дезадаптовану групу населення; початково заданих, типових в методологічному плані - у яких упроваджено конкретні методи, типові способи дій.

Солідарність. Одночасна і узгоджена організаційна взаємодія в процесі реабілітаційної роботи державних установ, що діють в будь-якій сфері, і установ, що входять в структури організацій з різною формою власності.

Конструктивна стимуляція. Відмова соціальних служб від виключно патерналістських форм допомоги і опіки, породжують у їх суб'єктів пасивне утриманство, і зміщення акценту на розвиток і заохочення особистої активності і відповідальності клієнтів, максимальне використання і розвиток їхніх ресурсів.

Континуальність. Безперервність, цілісність, функціональна динамічність і плановість реабілітаційної роботи, розуміння її як процесу, використання континуального підходу до її практиці, з обов'язковим плануванням послідовних етапів діяльності на основі визначення «кроків» поступового досягнення конкретних цілей у вигляді суми дій і значущих змін статусу суб'єктів допомоги.

Ці принципи можуть бути доповнені наступнеим:

Взаємодопомога. При взаємодопомоги людей пов'язує спільність турбот, праці, взаєморозуміння [25]. Групи взаємодопомоги під наглядом фахівця беруть участь в процесі реабілітації, адаптації. Група взаємодопомоги - це колектив людей об'єднаних однією життєвою проблемою або ситуацією. Це може бути хронічне захворювання або залежність, від якої учасники групи хочуть позбутися. Учасники групи діляться своїми почуттями і накопиченим досвідом, і це дає кожному унікальне почуття співпереживання і взаємної підтримки, а також дозволяє зібрати воєдино наявну практичну інформацію та способи подолання труднощів. У таких групах беруть участь фахівці із соціальної роботи та інші фахівці. У центрі уваги багатьох груп стоїть психотерапевтичний процес – це прагнення допомогти учасникам подолати кризову ситуацію або дати їм моральні сили для боротьби за своє здоров'я і благополуччя. Важливим завданням груп може бути усвідомлення і захист учасниками своїх прав і інтересів, привернення уваги суспільства і державних структур до своєї проблеми і боротьба за зміни в громадській думці і політиці держави.

Комплексність. Комплексність - "охоплення" людини з інвалідністю усіма фахівцями, взаємодія їх в ході реабілітаційного впливу.

Принцип гуманізму включає в себе не тільки милосердя до людей, цивілізації, яка передбачає любов до людини, народам, культурі, а й раціональність організації допомоги людині не в абстрактних, а конкретних формах. Це не тільки заклик любити ближнього, а й оптимальний шлях до виживання, порятунку. Н. Бердяєв говорив про менталітет як про то, що містить жалісливий гуманізм. Разом з тим, абсолютно очевидна неможливість надання допомоги людям, заснованої виключно на традиціях жалості. Конкретний гуманізм включає профілактику ризику (наркоманії, злочинності, суїциду, голоду, зубожіння), культурний і професійний розвиток громадян, захист прав, організацію дитячого виховання, повага до іншої культури. Чим більше розвинене правове суспільство, тим гарантувати соціальний захист і успіх реабілітаційної роботи. Звична позиція відповідальності людини перед суспільством передбачає і відповідальність самого суспільства перед людиною.

Особистісний підхід до клієнта як принцип реабілітаційної роботи акцентує увагу на людині як особистості, унікумі, індивідуальності [27]. Людина є єдність унікального та універсального, біологічного та соціального, зі своїми власними потребами та можливостями. Особистісний підхід передбачає пошук можливої ​​обдарованості, нерозкритих здібностей, індивідуалізацію в підході до групи, знання особливостей і етапів соціалізації. Необхідно зрозуміти, а не засуджувати клієнта, не викликати почуття страху і ненависті, не бути зарозумілим по відношенню до нього, не нав'язувати свою думку насильно, а залучати його до співпраці на основі добровільності та свободи вибору, зберігати його особистісне гідність і самоповагу.

Принцип довіри до клієнта і підтримки довіри клієнта до фахівця. Тільки на цих підставах можна розмістити клієнта до взаєморозуміння і взаємодії.

Принцип модальності передбачає гнучкий підхід з урахуванням конкретного регіону, специфіки особистості клієнта, його статі, віку, характеру, культури, традицій, релігій. Принцип перманентності означає вимога безперервності як в соціальній так і в реабілітаційній роботи, неприпустимість припинення корекційних, терапевтичних і підтримуючих дій, розробки індивідуальних програм, що діють на протязі життєвого шляху клієнта.

Принцип посередництва пов'язаний з роботою в комплексі, системі, команді. Це пов'язано з мультидисциплінарністю самої теорії реабілітаційної роботи.

Принцип компетентності орієнтує на знання, вміння та професіоналізм, супроводжується рефлексією «не нашкодь», поєднанням професійних і непрофесійних (домашнє лікування) форм підтримки та терапії. Цей принцип передбачає турботу про кадри, підвищення їх кваліфікації, перенавчання, додатковій освіті, їх спеціальної стажіровки. В. Якунін виділяє внутрішні критерії успішності навчання та виховання фахівця: загальна та професійна компетентність; професійна спрямованість і навчальна мотивація; активність; творчість; розумова самостійність; здатність до самоуправління. Зовнішні: адаптація випускника на виробництві; професійна стійкість (або міграція); темпи зростання професійної майстерності та пов'язане з ним посадове просування.

На основі принципів будується реабілітаційна робота як новий вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного та соціально-правового характеру, спрямований на відновлення, збереження і зміцнення здоров'я [20]. Вона принципово змінює комплексну допомогу в області охорони здоров'я, так як передбачає проведення системних реабілітаційних впливів на більш ранніх етапах розвитку хворобливих процесів і соціальної дезадаптації, що потенційно ведуть до важких ускладнень, інвалідності. Таким чином, реабілітаційна робота набуває не тільки виражену реабілітаційну, але і профілактичну спрямованість.

Реабілітаційна робота профілактичного спрямування включає виконання заходів щодо попередження соціально-залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я; формування установок на здоровий спосіб життя, забезпечення доступу до інформації з питань здоров'я, участь в розробці цільових програм реабілітаційної допомоги на різних рівнях, соціальне адміністрування, забезпечення соціального захисту прав громадян в питаннях охорони здоров'я та ін.

Реабілітаційна робота патогенетичного (реабілітаційного) напрямку включає заходи щодо організації допомоги, проведення медико-соціальної експертизи, здійснення медичної, соціальної та професійної реабілітації інвалідів, соціальну роботу в окремих областях медицини і охорони здоров'я, корекцію психічного статусу клієнта, забезпечення наступності у взаємодії фахівців суміжних професій і ін.

Специфіка соціальної роботи, спрямованої на надання реабілітаційної допомоги, визначає особливості соціальної роботи як важливої ​​прикладної компоненти соціальної медицини.

Широту і розмаїття спектру проблем, які розглядаються багатьма авторами в рамках соціальної реабілітації, узагальнює Ю.П. Лісіцин: немає проблеми медицини, яка не мала б соціального аспекту. Мілтон І. Ремер визначає «соціальну медицину» як розширене розуміння клінічної медицини, повністю враховує соціальні, психологічні фактори, а також фактори навколишнього середовища, що впливають на окремих пацієнтів.

І.Ф. Дементьєва у своїй роботі «Соціальна адаптація дітей-сиріт: проблеми і перспективи в умовах ринку» стверджує, що завдання суспільства полягає в тому, щоб виростити з дітей-сиріт, а також інших незахищених категорій населення повноцінних здорових громадян, прищепити їм професійні і різні життєві навички, які полегшать подальшу соціальну адаптацію [21].

Будучи видом мультидисциплінарної діяльності і реалізуючись в області взаємних інтересів охорони здоров'я і соціального захисту населення, медико-соціальна робота використовує форми і методи, що склалися в системі охорони здоров'я - профілактичні, реабілітаційні, психотерапевтичні та ін .; в системі соціального захисту населення - соціальне консультування, соціальні допомоги, соціальне обслуговування на дому, соціальне обслуговування в стаціонарних установах, організація денного перебування в установах соціального обслуговування, надання тимчасового притулку та ін. В «Глосарії термінів по медико-соціальної допомоги» Європейського регіонального бюро ВООЗ дано таке визначення соціальної роботи: «Організоване соціальне обслуговування, що охоплює широке коло соціальних проблем людей шляхом дослідження конкретних випадків і використання інших спеціалізованих методів» [24]. При цьому принциповим положенням такого виду соціального обслуговування - власне професійної соціальної роботи - є наявність розвинених соціальних служб різних специфічних напрямків.

У тому ж глосарії медико-соціальна робота визначається як «організоване соціальне обслуговування в лікарні або поза нею, з особливим наголосом на пов'язані зі здоров'ям соціальні проблеми» [24].

Інтегруючи підходи вітчизняних і зарубіжних авторів до визначення сутнісного змісту соціальної роботи, А.М. Панов виділяє три аспекти цього виду діяльності:

надання допомоги окремій людині або групі осіб у складній життєвій ситуації шляхом реабілітації, консультування, використання інших видів соціальних послуг;

розвиток потенціалу самодопомоги осіб, які потрапили в складну життєву ситуацію;

вплив на формування і реалізацію соціально-економічної політики на всіх рівнях з метою забезпечення соціально здорового середовища жизнеобитания і життєдіяльності людини, створення системи підтримки нужденним особам.

Зазначені три аспекти складають основу змісту та медико-соціальної роботи як виду професійної діяльності при наданні медико-соціальної допомоги. Необхідно відзначити, що медико-соціальна допомога включає профілактичну, лікувально-діагностичну, реабілітаційну, протезно-ортопедичну та зубопротезную допомогу, заходи соціального характеру по догляду за хворими, непрацездатними та інвалідами, а також виплату допомоги по тимчасовій непрацездатності.

Медико-соціальна робота - це вид професійної діяльності, який сприяє відновленню, збереженню і зміцненню здоров'я шляхом вирішення проблем клієнта, що опинився в складній життєвій ситуації.

У кожній міждисциплінарної професії відбувається закономірний процес визначення кордонів своєї професійної компетенції, тобто вибору більш вузької, конкретної спеціалізації. Це в повній мірі відноситься і до сфери медико-соціальної роботи.

Необхідне чітке розмежування функцій медичних і соціальних працівників. Узагальнені спеціальні функції можна розділити на три групи: медико-орієнтовані, соціально орієнтовані і інтегративні [26, с.223].

Медико-орієнтовані функції:

організація медичної допомоги та догляду за хворими;

надання медико-соціальної допомоги сім'ї;

медико-соціальний патронаж різних груп;

надання медико-соціальної допомоги хронічним хворим;

організація паліативної допомоги помираючим;

попередження рецидивів основного захворювання, виходу на інвалідність, смертності (вторинна і третинна профілактика);

санітарно-гігієнічний просвіта;

інформування клієнта про його права на медико-соціальну допомогу та порядок її надання з урахуванням специфіки проблем та ін.

Соціально-орієнтовані функції:

забезпечення соціального захисту прав громадян в питаннях охорони здоров'я і надання медико-соціальної допомоги;

уявлення в органах влади інтересів осіб, які потребують медико-соціальної допомоги;

сприяння в попередженні суспільно небезпечних дій;

оформлення опіки та піклування;

участь в проведенні соціально-гігієнічного моніторингу;

участь у створенні реабілітаційної соціально-побутової інфраструктури для нужденних категорій населення;

забезпечення доступу клієнтів до інформації з питань здоров'я, стану довкілля, якості продовольчої сировини і продуктів харчування; інформування клієнтів про пільги, посібниках та інших видах соціального захисту;

сприяння клієнтам у вирішенні соціально-побутових та житлових проблем, отриманні пенсій, допомог і виплат;

сімейне консультування і сімейна психокорекція;

психотерапія, психічна саморегуляція;

комунікативний тренінг, тренінг соціальних навичок та ін.

Інтегративні функції:

комплексна оцінка соціального статусу клієнта;

сприяння виконанню профілактичних заходів соціально залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я на індивідуальному, груповому та територіальному рівнях;

формування установок клієнта, групи, населення на здоровий спосіб життя;

планування сім'ї;

проведення медико-соціальної експертизи;

здійснення медичної, соціальної та професійної реабілітації інвалідів;

проведення соціальної роботи в психіатрії, наркології, онкології, геріатрії, хірургії та інших областях клінічної медицини;

сприяння попередження поширення ВІЛ-інфекції та забезпечення соціального захисту інфікованих та членів їх сімей;

соціально-правове консультування;

організація терапевтичних спільнот саме - і взаємодопомоги реабілітаційного, психолого-педагогічного, соціально-правового характеру;

участь в розробці комплексних програм медико-соціальної допомоги нужденним групам населення на різних рівнях;

забезпечення наступності при взаємодії фахівців суміжних професій у вирішенні проблем клієнтів та ін.

Основу медико-соціальної роботи повинні складати віково-статеві дані пацієнтів, облік професійної діяльності, адаптаційних ресурсів, стан медико-соціального середовища [22].

Об'єктом медико-соціальної роботи є різні контингенти осіб, що мають виражені медичні і соціальні проблеми, які тісно пов'язані між собою і їх рішення важко в рамках односторонніх професійних заходів [26]. Робота з такими контингентами однаково важка і недостатньо ефективна як для медичних працівників, так і для фахівців соціальних служб, оскільки неминуче вони виявляються перед колом проблем, що виходять за рамки їхньої професійної компетенції. До таких контингентам відносяться тривало, часто і важко хворіють, інваліди, соціально дезадаптовані особи та ін.

У ряді випадків соціальна, реабілітаційна робота може зіграти вирішальну роль в попередженні захворювань, соціальної адаптації пацієнтів, повернення їх до трудової діяльності. Значимість соціальної роботи суттєво зростає стосовно до таких категорій населення, як інваліди, особи з хронічними захворюваннями, люди похилого віку.

Позначаючи місце медико-соціальної роботи серед суміжних видів діяльності, необхідно відзначити координуючу роль фахівця з соціальної роботи в дозволі всього комплексу проблем клієнта, що опинився в складній життєвій ситуації і вимагає співучасті фахівців суміжних професій – реабілітологів, лікарів, психологів, педагогів, юристів та ін.

Основним видом медико-соціальної роботи є фізична реабілітація. За визначенням Всесвітньої Організації Охорони здоров'я реабілітація - це процес, метою якого є профілактика інвалідності у період лікування захворювання та допомога хворим у досягненні максимально фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку вони здатні у рамках існуючого захворювання.

За визначенням Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, реабілітація розглядається як скоординоване застосування медичних, соціальних, просвітницьких і професійних заходів, що включають навчання або перенавчання інвалідів для досягнення по можливості найвищого рівня функціональної активності. Отже, розгляд проблеми реабілітації в методологічному і теоретичному плані дозволяє визнати неоднозначність її поняття:

реабілітація може розглядатися як система заходів, спрямованих на вирішення завдань досить широкого діапазону - від прищеплення елементарних навичок до повної інтеграції в суспільство;

реабілітація може розглядатися і як результат впливу на особистість, окремі психічні, фізичні функції.

Реабілітація має тісний взаємозв'язок з абілітаціею, відновним лікуванням і адаптацією. При цьому в процесі лікування усуваються хворобливі патологічні прояви, а в процесі реабілітації йде вплив на залишкові, здатні до відновлення функції.

Адаптація розглядається як пристосування з використанням резервних, компенсаторних здібностей, а реабілітація - як відновлення, активізація.

Абілітаціею (habilitate - англ., Обладнати, ability - англ., Спритність, здатність, вміння) Щукіна Н.П. називає комплекс послуг, спрямованих на формування нових і посилення наявних ресурсів соціального, психічного і фізичного розвитку людини [49]. Реабілітацією ж в міжнародній практиці прийнято називати відновлення тих, що були в минулому здібностей, загублених через хворобу, інших змін умов життєдіяльності.

Сьогодні реабілітацією називають, наприклад, відновлення після хвороби, а також Абілітацію дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Причому мається на увазі не узкомедичний, а більш широкий аспект соціально-реабілітаційної роботи.

Медико-соціальна реабілітація - це система медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на відновлення соціального статусу людини з інвалідністю, досягнення ним матеріальної незалежності, його соціальна адаптація [48].

Медико-соціальна реабілітація здійснюється на основі індивідуальної програми реабілітації, яка складається з наступних розділів [49]:

паспортна частина, що включає відомості про освіту, професію, виконуваної до моменту огляду роботі, соціально-побутовому, соціально-економічному, соціально-средовом статусах і соціально-середовищних умовах, а також групу та причину інвалідності, встановлених інваліду при огляді в бюро медико-соціальної експертизи;

клінічний і реабілітаційний прогнози, реабілітаційний потенціал і реабілітаційно-експертний висновок;

заходи щодо медичної реабілітації;

заходи щодо професійної реабілітації;

заходи щодо соціальної реабілітації;

заходи щодо психологічної реабілітації;

висновок установи реабілітаційної служби про виконання ІПР і її результати;

висновок про виконання ІПР.

Медична реабілітація включає комплекс медичних заходів впливу на людину, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму, що призвели до інвалідності. Метою цих заходів є відновлення, підтримання та охорона здоров'я людини з інвалідністю.

Заходи з професійної реабілітації включають рекомендації щодо професійної орієнтації, профвідбору, профподбору, професійного навчання та перенавчання, професійно-виробничої адаптації та працевлаштування із зазначенням протипоказаних і показаних умов праці та рекомендованих професій.

Соціальна реабілітація являє собою систему економічних, соціальних і правових заходів, спрямованих на створення умов для подолання людиною з інвалідністю обмежень життєдіяльності шляхом відновлення втрачених функцій, а також забезпечують підтримку на певному рівні рівних з іншими громадянами можливостей участі в житті суспільства.

Заходи з соціальної реабілітації включають соціально-побутову орієнтацію і соціально-средовую адаптацію, технічні засоби реабілітації, соціальне обслуговування в спеціалізованих установах соціального захисту та іншої відомчої належності, надання соціально-психологічної допомоги, фізичну реабілітацію та інші види соціальної допомоги, певні федеральної базовою програмою реабілітації людей з інвалідністю, територіальними цільовими програмами по медико-соціальної реабілітації інвалідів та регіонал ьним базовим переліком технічних засобів реабілітації.

Заходи з психологічної реабілітації включають психологічну допомогу у вигляді психологічного консультування, тренінгу, навчання психосоціальним навичкам, консультацій психотерапевта.

При реалізації ІПР забезпечуються послідовність, комплексність і безперервність у здійсненні реабілітаційних заходів, динамічне спостереження і контроль.

Не існує певного припису для розробки і реалізації програми реабілітації, під якою розуміється система заходів, спрямованих на розвиток можливостей людини з інвалідністю та його найближчого оточення, що розробляється разом з цією людиною і командою фахівців, що складається з лікаря, реабілітолога, соціального працівника, педагога, психолога [45].

У багатьох країнах такий програмою керує один фахівець. Це може бути людина, яка працює з будь-якої з перерахованих вище професій, але у всіх випадках - це куратор, що відслідковує і координує реабілітаційну програму [44]. Така система заходів розробляється індивідуально для кожної конкретної людини, з огляду на стан його здоров'я і особливості розвитку, так і можливості і потреби його сім'ї щодо успішності виконання програми.

Після закінчення терміну, на який розрахована програма, її координатор зустрічається з людиною з інвалідністю або його родиною для обговорення досягнутих результатів, а також проблем, що виникли в ході здійснення програми. На основі отриманих результатів розробляється програма реабілітації на наступний період.

Успішна реабілітація не може реалізуватися не базуючись на принципах поваги людини з інвалідністю та співпраці з ним. До фахівця, який проводить медико-соціальну реабілітацію професія пред'являє як мінімум два типи вимог: професійна грамотність та соціальна компетентність, яка має на увазі вміння організовувати людей, керувати і підкорятися, вирішувати конфлікти і приймати колективні рішення.

У багатьох поліклініках і медичних установах організовується відділення медико-соціальної допомоги, яке має на меті реалізацію медико-соціальних заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я населення; соціальний і правовий захист і підтримку, профілактику і зниження захворюваності; формування потреби в здоровому способі життя.

Обсяг наданої медико-соціальної допомоги визначається адміністрацією поліклініки за погодженням з вищестоящими органами охорони здоров'я. Діяльність відділення будується на основі законодавства, директивних документів вищих органів, наказів і розпоряджень адміністрації поліклініки.

Основними завданнями відділення медико-соціальної допомоги є:

Медико-соціальний патронаж в сім'ї, виявлення в них осіб, які мають фактори соціального ризику і потребують медико-соціального захисту та підтримки.

Патронаж дає можливість спостерігати сім'ю в її природних умовах, що дозволяє виявити більше інформації, ніж лежить на поверхні.

Патронаж може проводитися з наступними цілями:

діагностичні: ознайомлення з умовами життя, вивчення можливих факторів ризику (медичних, соціальних, побутових), дослідження сформованих проблемних ситуацій;

контрольні: оцінка стану сім'ї та дитини, динаміка проблем (якщо контакт з сім'єю повторний); аналіз ходу реабілітаційних заходів, виконання батьками рекомендацій.

Патронаж може бути одиничним або регулярним в залежності від обраної стратегії роботи (довгострокової або короткострокової) з даною сім'єю.

З запланованої періодичністю проводяться патронаж сімей, що мають конкретні проблеми. Наприклад, неодноразово відвідуються сім'ї, які виховують дітей-інвалідів першого року життя, з метою допомогти подолати психотравматичну ситуацію народження хворої дитини, вчасно розв'язати ряд соціально-правових питань (оформлення інвалідності), освоїти необхідні навички по догляду і розвитку дитини.

Регулярний патронаж проводиться відносно неблагополучних сімей і перш за все асоціальних сімей, постійне спостереження за якими в якійсь мірі дисциплінує їх, а також дозволяє своєчасно виявляти і протидіяти виникненню кризових ситуацій.

Поряд з патронажем, що займає важливе місце в діяльності медико-соціального відділення, слід виділити надання психологічної допомоги на основі індивідуального підходу з урахуванням особливостей особистості, в тому числі і шляхом анонімного прийому, а також консультування з широкого спектру питань.

**РОЗДІЛ 2**

**Мережа соціальної підтримки ОСІБ з інвалідністю: інноваційний підхід до розуміння та проведення медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю**

**2.1. Поняття і напрямки діяльності мережі соціальної підтримки осіб з інвалідністю**

Мережі соціальної підтримки - дуже важливе поняття системної теорії соціальної та ребіалітаційної роботи. До організації мереж відноситься як планування формальної підтримки, так і посилення «неформальних» або «природних» мереж, що складаються з людей, які допомагають своїм друзям, сусідам або членам сім'ї, які відчувають труднощі. Саме тут величезна роль належить волонтерам. Ця робота може бути індивідуальною або груповою, вона орієнтується на особисті навички та можливості клієнтів підвищити їх впевненість у собі, розвинути навички самодопомоги та посилити власні ресурси.

Поняття соціального захисту, забезпечення відносяться до різних соціальних відносин і до інститутів державної соціальної політики, тоді як соціальна мережа - це особлива система взаємопов'язаних людей, мережа соціальної підтримки - система взаємопов'язаних фахівців [28].

Система послуг мережі соціальної підтримки індивідуалізована. Це означає, що послуги різні для кожної людини, в залежності від його потреб і бажань. Хоча в роботу включені реабілітологи, мережа переважно націлена на досягнення клієнтом соціальної адаптації, реабілітації, інклюзії та соціального благополуччя. Роль реабілітологів розглядається як додаткова, прикладна.

Згідно з ідеологією незалежного життя, інваліди є частиною суспільства і повинні жити в суспільстві. Вони не пацієнти, яких необхідно лікувати, не діти, за якими потрібно доглядати, і не сміливці, якими потрібно захоплюватися [45]. Вони цілком в змозі вибирати, як їм жити, вони вільні вибрати самостійність або звертатися за допомогою. Вони страждають, перш за все, від упередження суспільства, а не від своєї інвалідності.

Інвалідність - це такий спосіб життя при обставинах, що склалися, який може бути дуже цікавий як самій людині з інвалідністю, так і оточуючим його людям, якщо інвалідність розглядати в рамках соціальної концепції [48]. Тоді головний сенс процесу інклюзії можна позначити так: «Всім тут раді!» або може стати нестерпним щоденним стражданням для всіх членів суспільства, якщо інвалідність розглядати тільки в рамках біологічної концепції, коли « інвалід - людина, яка повністю або частково позбавлена працездатності внаслідок якої-небудь аномалії, поранення, каліцтва, хвороби »(С.І. Ожегов).

Патерналістські підходи, орієнтовані на конкретні форми допомоги і опіки (матеріальні, організаційні, лікувальні та ін.), коли об'єкт соціальної роботи (клієнт, пацієнт) «добро», отримуючи ту чи іншу конкретну соціальну виплату практикуються і до теперішнього часу. Такий підхід породжує у клієнтів утриманство, пасивність, провокує відмову від власних зусиль у вирішенні проблемної ситуації навіть у випадках, коли ті чи інші можливості її подолання об'єктивно існували.

На зміну такому підходу все частіше вводиться інноваційний підхід, конструктивно-стимулюючий, орієнтований на динамічну взаємодію з нужденними у соціальній допомозі і їх оточенням, на заохочення та формування його особистої відповідальності та активності його мікросередовища у процесі виходу з кризового становища.

Вперше поняття «інновація» з'явилося не в технічному середовищі, як зазвичай прийнято вважати, а в наукових дослідженнях культурологів. У своєму первісному варіанті інновація означала введення деяких елементів однієї культури в іншу - в реальному вигляді йшлося про інфільтрацію європейських звичаїв і способів організації життя в традиційні азіатські й африканські суспільства.

У зарубіжній теорії і практиці "innovations" «нововвведення» довгий час позначали процес внесення змін до техніки і технології виробництва, які в свою чергу вже могли привносити з собою зміни іншого характеру - організаційного, соціального, економічного [12].

Визначальний зрушення в бік рішучого розширення меж розуміння інноваційної специфіки стався завдяки Н.Д. Кондратьєву у 20-х роках. Його теорія «великих циклів» або «довгих хвиль», як вважають за кордоном, переконливо довела, що від кожного базового нововведення утворюється безліч вторинних, змін, що резонують, за характером і якістю, найчастіше цілком відповідають тій же кваліфікації «нововведення». Теорію Кондратьєва успішно використовували західні економісти для обгрунтування циклічних криз виробництва, дослідження проблематики так званих довгих (приблизно півсторічних) хвиль економічної кон'юнктури, а потім і системного аналізу довгострокових тенденцій макроекономічної динаміки.

Б. Санто дає наступне визначення «Інновація - це будь-яка цілеспрямована, позитивна зміна матеріальних та нематеріальних елементів організації, тобто зміна, що сприяє розвитку та підвищенню ефективності даної організації ».

Н.І. Лапін групує інновації в залежності від ступеня змісту у них новизни [12]:

продуктивні - спрямовані на виробництво і використання нових кінцевих продуктів;

технологічні - пов'язані зі створенням і застосуванням нових технологій для виробництва товарів і послуг;

соціальні - призначені формувати нові економічні, організаційні та інші структури, механізми для народногосподарських галузей та їх підсистем;

комплексні - органічна єдність двох або всіх трьох названих вище видів.

А.І. Пригожин відносить до соціальних нововведень - економічні, організаційно-управлінські (структури, форми і методи організації), соціально-управлінські (внутріколективні відносини), правові, педагогічні.

За І. Бестужева-Лада: «Нововведення - це такий різновид управлінського рішення, в результаті якого відбувається суттєва зміна того чи іншого процесу, явища (технічного, економічного політичного, соціального)" [12].

Орієнтація в типології соціальних нововведень на більш спеціалізований соціологічний підхід цілком перспективна. В якійсь мірі з нею схожа позиція авторитетного соціолога-теоретика П. Штомпки, який прийшов до висновку, що вивчення соціальних змін - основне в соціології. Зміна - настільки очевидна риса соціальної реальності, вважає він, що будь-яка наукова соціальна теорія, якою б не була її вихідна концептуальна позиція, рано чи пізно повинна підійти до цього питання.

А.І. Пригожин визначає значення типологій інновацій в можливості більш точної ідентифікації кожного нововведення. Цим способом задаються

певні рамки його опису, у тому числі і за ознаками, якими нерідко нехтують характеристиками нововведень, що дозволяє порівняти потенціал кожного з них, оцінити його місце в ряду інших, собі подібних. Дуже важливо оцінювати і співвідношення різних типів нововведень в тих чи інших сферах суспільного життя, виявляти динаміку і тенденції зміни таких співвідношень в різні періоди розвитку суспільства і держави, отримувати свого роду діагностику цих періодів з інноваційних позицій.

Здійснення медико-соціальної реабілітації за допомогою Мережі соціальної підтримки людей з інвалідністю є інноваційним підходом до вирішення комплексних проблем людей з інвалідністю, їх повноцінної соціальної інклюзії.

Професійна соціальна робота, яка здійснюється в рамках мережі соціальної підтримки прав і свобод людини з інвалідністю спирається на філософію екзистенціалізму, яка заснована на постулаті свободи і нескінченного потенціалу кожної особистості. Згідно з концепцією екзистенціалізму, життя людини визначається системою його виборів, його бажань і цілей. З такої світоглядної позиції логічно випливають принципи соціальної роботи: суб'єктно-суб'єктні відносини фахівця і клієнта; недирективного впливу; принцип особистісного зростання; розвитку потенціалу. Більшість цих та інших понять в рамках гуманістичної психології ввів К. Роджерс, який вважав, що саме відносини клієнта і фахівця можуть стати прообразом конструктивних міжособистісних відносин [22]. А сама особистість представляється їм як постійно змінюється, що співвідносяться уявлення про себе і життєвий досвід в процесі нескінченної самоактуалізації, розвитку, зростання.

Реабілітаційна підтримка, яка надається фахівцями Мережі, орієнтується, перш за все, на «соціальні» показники якості життя клієнтів, тобто підтримка клієнтів в досягненні соціально-значущих результатів для них, відповідно до їх потреб. Соціальна, як втім, і медична підтримка мережі індивідуалізована, і в більшості своїй перетворюється в «молодшого брата» клієнта, не беручи на себе всю відповідальність за життя клієнта, навіть у випадках, коли клієнт користується послугами мережі все своє життя. Відповідальність мережі по відношенню до клієнта багато в чому обмежена, тому клієнт повинен бути всебічно попереджений, і фахівці повинні переконатися, що клієнти розуміють, що відповідальність за своє життя вони несуть самі, незважаючи на користування послугами мережі.

Найбільш широко застосовується в мережі соціальної підтримки - системно-екологічна модель. Дана модель розглядає людей, як постійно адаптуються до навколишнього середовища через взаємозміни, тобто індивіди змінюють навколишнє середовище і змінюються під її впливом. Поняття «взаємна адаптація» - центральне при аналізі відносин «особистість-середовище». Системний підхід реалізують група фахівців-практиків: юрист, реабілітолог, лікар, медсестра, медико-соціальний працівник, інструктор лікувальної фізкультури, добровольці, персональні помічники та персональні особи, що супроводжують. Загальне керівництво, контроль і координацію діяльності фахівців і інших працівників, зайнятих в процесі надання підтримки в інтересах клієнта, здійснює фахівець із соціальної роботи.

Основний принцип системного підходу: якщо люди хочуть задовільно жити, слід покращити функціонування систем їх безпосереднього соціального оточення, тому соціальна робота повинна фокусуватися саме на цих системах. Системи соціального оточення називають також мережами. Серед таких систем можна розглянути три типи: неформальні або природні системи, наприклад, сім'я, друзі, сусіди, співробітники, листоноша; формальні системи, наприклад, групи, суспільства, асоціації, клуби, профспілки; соцієтальні системи, наприклад, лікарні або школи[28]: .

Розвиваючи природні мережі підтримки, а також користуючись формальними і соцієтальними мережами, людина взаємодіє зі своїм оточенням, з спільнотою, в якому він живе.

Природні соціальні мережі можна успішно використовувати, щоб доповнити і підтримати формальну соціальну допомогу. Ключова техніка в цьому процесі - виявлення соціальними працівниками так званих "центральних фігур" з безпосереднього оточення клієнта або його більш широкого соціуму [42]. Ці люди повинні мати достатні психічні і емоційні ресурси, які дозволили б їм надавати моральну підтримку тим, хто її потребує. "Центральними фігурами" можуть стати, наприклад, сусіди клієнта або продавці магазину, що знаходиться неподалік, які мають можливість приділяти клієнтові частину свого часу і уваги. "Центральні фігури" можуть допомогти соціальному працівнику краще зрозуміти мережу відносин клієнта і через цей процес сприятиме розширенню його соціальних контактів і сфери соціального функціонування. Ключова роль соціального працівника - підтримувати зусилля "центральних фігур" та їх прагнення співпрацювати з клієнтом, запобігаючи можливу небезпеку виснаження їх власних емоційних або фізичних ресурсів.

В цілому діяльність представленої мережі соціальної підтримки є соціальною, в якій медична допомога виступає складовою. Мережа керується не тільки цілями медико-соціальної роботи, а й принципами незалежного життя людей з обмеженими можливостями. Поєднання основних цілей медико-соціальної роботи та принципів незалежного життя являє собою концепцію діяльності мережі соціальної підтримки прав і свобод людини з інвалідністю. З метою медико-соціальної роботи, що проводиться за допомогою мережі є досягнення максимально можливого рівня здоров'я, функціонування та адаптації осіб з фізичними та психічними порушеннями, а також неблагополучних у соціальному плані. Робота мережі сприяє відновленню і підтримці здоров'я клієнта і його оточення; створює можливості соціального зростання клієнта: придбання професії, а також навичок спілкування з роботодавцями, працівниками; коригує соціально-психологічний і правовий статуси, а при необхідності проводить педагогічну і просвітницьку роботу з клієнтами.

Фахівці мережі соціальної підтримки акцентують увагу на принципах незалежності, в своїй роботі активно дотримуються Декларації незалежного життя людини з інвалідністю, розроблену Норманом Кюнк, американським адвокатом з прав інвалідів (короткі тези) [47]:

Чи не розглядайте мою інвалідність як проблему.

Я не такий слабкий, як здається.

Чи не розглядайте мене як пацієнта, так як я просто ваш співвітчизник.

Чи не намагайтеся змінити мене. У вас немає на це права.

Не намагайтеся керувати мною. Я маю право на власне життя, як будь-яка особистість.

Не вчіть мене бути покірним, смиренним і ввічливим. Не робіть мені ласку.

Визнайте, що реальною проблемою, з якою стикаються інваліди, є їх соціальне знецінення та утиски, упереджене ставлення до них.

Підтримайте мене, щоб я міг у міру сил внести свій вклад в суспільство.

Допоможіть мені пізнати те, що я хочу.

Будьте тим, хто піклується, не шкодуючи часу, і хто не бореться в спробі зробити краще.

Чи не допомагайте мені тоді, коли я в цьому не потребую, якщо це навіть приносить вам задоволення.

Чи не захоплюйтеся мною. Бажання жити повноцінним життям не заслуговує захоплення.

Дізнайтеся мене краще. Ми можемо стати друзями.

Будьте союзниками в боротьбі проти тих, хто користується мною для власного задоволення.

Давайте поважати один одного. Адже повага передбачає рівність. Слухайте, підтримуйте і дійте.

Грунтуючись у своїй роботі на принципи незалежного життя, для фахівця мережі пріоритетними цінностями є:

досягнення соціального добробуту спільноти, групи клієнтів, клієнта, а також їх безпосереднього оточення;

досягнення і підтримка максимально можливого рівня здоров'я клієнтів;

досягнення найбільш повного і успішного функціонування клієнта, групи клієнтів в суспільстві;

взаємодія фахівців на основі партнерства з людьми з інвалідністю, а також людьми в інших важких соціальних ситуаціях.

Головний момент діяльності мережі полягає в тому, що координування, а в деяких випадках і управління процесами внутрішньої взаємодії «фахівець-клієнт», і зовнішнього - мережі з іншими організаціями та установами здійснюють медико-соціальні або соціальні працівники. Оскільки міждисциплінарна соціальна робота спрямована на надання допомоги, підтримки, захисту всіх членів суспільства, досягнення ними благополуччя (медико-соціального, соціально-економічного, правового та ін.), То, виконуючи роль керівника, соціальний працівник безпосередньо реалізує свої професійні обов'язки. Заходи та стандарти контролю передбачаються для соціальних працівників, відповідальних за діяльність всієї Мережі. Для керівника Мережі оцінкою успішності його роботи є результативність діяльності Мережі. Важливість і відповідальність керівного становища соціального та медико-соціального працівника в Мережі підніме повагу до професії, імідж і приваблює людей, які знають свою роботу і вміють нести відповідальність за неї. Мережа соціальної підтримки прав і свобод людей з інвалідністю особливо виділяє у своїй діяльності захист прав людей з інвалідністю.

Конституційні права і свободи є головним елементом конституційних правовідносин. Право праці розкривається як право кожного вільно розпоряджатися своїми здібностями до праці, вибирати рід діяльності і професію. Людина має право як працювати, так і не працювати. Захист материнства і дитинства, сім'ї носить комплексний соціально-економічний характер і здійснюється шляхом прийняття різноманітних державних заходів щодо заохочення материнства, охорони інтересів матері і дитини, зміцненню сім'ї, її соціальної підтримки, забезпечення сімейних прав громадян. Незаперечним принципом демократичного суспільства є те, що кожна людина повинна забезпечити своє існування сам. Але в будь-якому суспільстві живуть люди, які від народження, в зв'язку з хворобою або старості не в змозі робити це. Недостатньо заповзятливі люди, самотні жінки, інваліди, багатодітні громадяни часто виявляються нужденними, непрацездатні люди вимагають догляду і лікування тощо Суспільство не може кинути таких людей напризволяще, а тому створює державну систему їх забезпечення матеріальними благами за рахунок суспільства. У цьому виявляються людська солідарність і гуманізм. Кожна людина повинна пам'ятати, що рано чи пізно він може виявитися в скрутному становищі, що вимагає суспільної допомоги.

Охорона здоров'я - комплексний інститут, який включає підготовку медичних кадрів, численні соціальні, організаційні, економічні, науково-медичні, санітарно-епідеміологічні та профілактичні заходи, які зобов'язана проводити держава в інтересах своїх громадян. Право на охорону здоров'я як раз означає сукупність цих обов'язків, виконуючи які державні органи за сприяння громадських організацій створюють національну систему охорони здоров'я. Платники податків мають право вимагати, щоб ця система була результативною.

Право громадян на охорону здоров'я забезпечується охороною навколишнього природного середовища, створенням сприятливих умов праці, побуту, відпочинку, виховання і навчання громадян, виробництвом і реалізацією доброякісних продуктів харчування, а також наданням населенню доступної медико-соціальної допомоги.

Найважливішим фактором якості життя, здоров'я і благополуччя людей є екологічна безпека. Тому світова спільнота визнала екологічні права в якості фундаментальних прав людини і громадянина.

Держава забезпечує громадянам охорону здоров'я незалежно від статі, раси, національності, мови, соціального походження, посадового становища, місця проживання, ставлення до релігії, переконань, належності до громадських об'єднань, а також інших обставин.

Держава гарантує громадянам захист від будь-яких форм дискримінації, зумовленої наявністю у них будь-яких захворювань.

При зверненні за медичною допомогою та її отриманні громадяни мають право на:

шанобливе і гуманне ставлення з боку медичного та обслуговуючого персоналу;

вибір лікаря, в тому числі сімейного, з урахуванням його згоди. та ін.;

відмова від медичного втручання;

відшкодування шкоди.

У разі порушення прав пацієнта він може звертатися зі скаргою безпосередньо до керівника або іншою службовою особою лікувально-профілактичного закладу, в якому йому надається медична допомога, у відповідні професійні медичні асоціації та ліцензійні комісії або до суду. Конвенція з прав людей з інвалідністю, Декларація прав людей з інвалідністю та інші міжнародні документи також служать підставою проведення роботи з вищеназваними категоріями населення.

Грунтуючись на міжнародні документи з прав людей з інвалідністю, в зарубіжних країнах проводиться соціальна інклюзія і підтримка населення. Американський варіант мережі соціальної підтримки прав і свобод людини з інвалідністю надає підтримку людям з інвалідністю в досягненні перспектив, в організації самостійного життя і створює для цього всі необхідні умови [38].

Оскільки люди кожен по-своєму представляють гідне і безпечне місце проживання, розрізняються і їх вимоги до наданої їм допомоги, також різні і їх здатності у виділенні пріоритетів та своїх потреб. До того ж, погляди, вимоги та можливості людей змінюються з їх особистісним зростанням і розвитком. Отже, постійно змінюються і послуги, програми мережі, що підтримує проживання, яка творчо вирішує питання, з урахуванням всіх складнощів кожної окремої життєвої ситуації людини.

Здатність узагальнити і увібрати в себе все різноманіття видів допомоги є сенс і сутність підтримки проживання. Підтримка проживання фундаментально відрізняється у ставленні до людей з інвалідністю від ставлення інших підходів до обслуговування людей з обмеженими можливостями. Відмінності полягають у тому, що замість контролювання людей з інвалідністю з метою привести їх у «норму» (тренувати, реабілітувати, лікувати і розважати) працівники мережі прагнуть до співпраці з людьми з інвалідністю з метою розвитку мережі допомоги, якої потребують клієнти, щоб досягати успіху в своєму власному житті. Цей контраст в підходах до обслуговування викликає дисонанс для працівників і керівників, звичних до обслуговування, заснованого на контролі, тому практикуються традиції контролю, найчастіше називаються «підтримкою» [39].

Фахівці Мережі соціальної підтримки людей з інвалідністю консультують клієнта про предмет, принципи надання послуг, допомагають клієнту зрозуміти сутність підтримує проживання, а також відповідальність за своє життя, яка неминуче покладається на клієнта в разі вибору підтримки способу життя. Фахівці також готують клієнта, надають йому час і всі необхідні умови для того, щоб клієнт звик, поступово включився в нову, відповідальну життя.

Мережа підтримки проживання у Каліфорнії (California Supported Living Network (CSLN) визначає подібний вид проживання у такий спосіб:

Підтримка проживання [46] – це безпечний і зручний свій власний будинок;

вибір;

Персональна допомога;

Підтримка людей, які поважають клієнта мережі.

Підтримка проживання - це не: «Програма» виправлення людей і втручання в їх особисте життя;

ізоляція і самотність;

сегрегація за принципом інвалідності і недостатності коштів існування;

змушення людей жити так, як керівництво і персонал вважає правильним для проживаючих;

спосіб уникнути відповідальності керівництва за прийняття рішень щодо захисту проживаючих від загроз зовнішнього середовища;

виправдання в разі заподіяння будь-якої шкоди людям, що проживають;

направлено на якусь особливу форму інвалідності або соціального стану;

чергова форма соціального обслуговування;

тестування на предмет чи можеш ти жити самостійно, без проблем і якщо не можеш, то будеш відправлений назад, в попередні умови;

інша назва існуючих служб;

стимул або винагороду за хорошу поведінку;

вид «періодичного» або «стаціонарного» обслуговування з умовами прийому та вимогами до виписки;

тільки лише отримання квартири для проживання;

отримання оренди на місце обслуговування.

Основна мета підтримки проживання - надати клієнту допомогу, якої він потребує, щоб стати незалежним, настільки, наскільки це можливо для нього і досягти тих результатів, які він сам для себе визначив.

Не слід забувати і про те, що будь-який процес взаємодії фахівця з клієнтом відбувається в певному соціальному оточенні. Саме в межах соціального середовища формуються умови життя клієнта, які можуть бути сприятливими або, навпаки, ущемляють, стримуючими можливості людини для його повноцінного соціального функціонування.

У процесі професійної взаємодії медико-соціальний працівник повинен мати уявлення про те, щореабілітаційна робота являє собою сукупність мистецтва і науки. Сам працівник безпосередньо в ході своєї професійної практики може сформувати своє бачення вирішення соціальних проблем і зрозуміти, які його особистісні характеристики, який стиль роботи сприяє досягненню позитивних результатів.

**2.2. Реалізація принципів самостійності осіб з інвалідністю в процесі медико-соціальної реабілітації**

Люди з інвалідністю, незалежно від їх захворювання, наявності порушень і обмежень, мають право на повноцінне життя, повагу до себе, вибір, на можливості самим приймати і реалізовувати свої рішення.

Мета нашого дослідження має прикладний характер і полягає в виявленні особливостей медико-соціальної реабілітації людей з інвалідністю на основі принципів «незалежного життя».

Медико-соціальна робота - вид професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного та соціально-правового характеру, який сприяє відновленню, збереженню і зміцненню здоров'я шляхом вирішення проблем клієнта, що опинився в складній соціальній ситуації.

Медико-соціальна реабілітація - це система медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на відновлення соціального статусу людини з інвалідністю, досягнення ним матеріальної незалежності, і його соціальна адаптація [46].

Інклюзія (від англ. Inclusion - включення) - процес збільшення ступеня участі всіх громадян в соціумі, і в першу чергу, мають труднощі у фізичному розвитку. Вона передбачає розробку і застосування таких конкретних рішень, які зможуть дозволити кожній людині рівноправно брати участь в академічному і суспільному житті [48].

«Незалежне життя» людей з інвалідністю - Поняття «незалежне життя» в концептуальному значенні має на увазі два взаємозалежних моменти.

У соціально-політичному значенні незалежне життя - це право людини бути невід'ємною частиною життя суспільства і брати активну участь в соціальних, політичних і економічних процесах, це свобода вибору і свобода доступу до житлових і громадських будинків, транспорту, засобів комунікації, страхуванню, праці й утворення.

Незалежне життя - це можливість самому визначати і вибирати, приймати рішення і керувати життєвими ситуаціями. У соціально-політичному значенні незалежне життя не залежить від вимушеність людини вдаватися до сторонньої допомоги або допоміжних засобів, необхідним для його фізичного функціонування.

У філософському розумінні незалежне життя - це спосіб мислення, це психологічна орієнтація особистості, яка залежить від її взаємин з іншими особистостями, від фізичних можливостей, від навколишнього середовища і ступеня розвитку систем служб підтримки. Філософія незалежного життя орієнтує людину, що має інвалідність, на те, що він ставить перед собою такі ж завдання, як і будь-який інший член суспільства.

Всі ми залежимо один від одного. Ми залежимо від булочника, який випікає хліб, від взуттьовика і кравця, від листоноші і телефоністки. Взуттьовик або листоноша залежать від лікаря або вчителя. Однак, цей взаємозв'язок не позбавляє нас права вибору [44].

Філософія Независимой життя - в широкому розумінні являє собою рух на захист цивільних прав мільйонів інвалідів по всьому світу [45]. Це - хвиля протесту проти сегрегації і дискримінації інвалідів, а також підтримка прав інвалідів та їхніх здібностей у повній мірі розділити обов'язки і радості нашого суспільства. Філософія незалежного життя ясно визначає відмінність між позбавленою сенсу життям в ізоляції і приносить задоволення участю в житті суспільства [44].

Соціальна мережа - це особлива система взаємопов'язаних людей [28].

Мережа соціальної підтримки - система взаємопов'язаних фахівців, узгоджена діяльність яких спрямована на досягнення людьми з інвалідністю повноцінної інклюзії і соціального благополуччя.

Організація мереж соціальної підтримки - метод соціальної роботи, що полягає в розвитку контактів клієнта з безпосереднім соціумом з метою використання ресурсів неформальній взаємодопомоги і підтримки з боку його найближчого оточення, що дозволяє доповнити і підтримати формальні аспекти соціальної допомоги.

Цей метод виник в значній мірі під впливом теорії систем. З точки зору соціальних систем Мережа визначається як «певний набір взаємозв'язків між людьми, який дозволяє використовувати ці взаємозв'язки як ціле, з тим, щоб інтерпретувати соціальну поведінку залучених людей» [42].

Клієнт Мережі соціальної підтримки людей з інвалідністю - одна людина, група людей або локальне співтовариство, що містить в собі людей з інвалідністю, які потребують кваліфікованої допомоги і підтримки.

Медико-соціальна реабілітація, що здійснюється на принципах «незалежного життя» людей з інвалідністю є основою і необхідною умовою їх соціальної інклюзії в суспільство.

Соціум повинен бачити своє призначення в тому, щоб допомагати або відновлювати взаємовигідні взаємодії між особистістю і суспільством для покращення якості життя кожного.

Функції соціуму складаються:

допомогти людям розширити їх компетенцію і здатність вирішувати власні проблеми;

допомогти людям реалізувати свої можливості;

стимулювати чуйність людей;

сприяти взаємодії між окремими людьми і їх оточенням.

Аналізуючі дослідження з'ясувалося, що придбання навичок «незалежного життя» є необхідною умовою успішної реабілітації, як на думку самих людей з інвалідністю, так і на думку представника медичного обслуговування.

Люди з інвалідністю, які проживають в пансіонаті для людей з обмеженими можливостями однозначно визначили даний обладнаний пансіонат як одне з кращих місць для проживання людей з інвалідністю.

Визначаючи принципи «незалежного життя» виділяють найважливішим фактором - доступну середу - пандуси, з'їзди, транспорт, далі підкреслюється спілкування і можливість вести активний спосіб життя, можливість зустрічатися з друзями; можливості працевлаштування.

Медична реабілітація має на увазі, що це пацієнт, який потребує медикаментозної лікарської допомоги, а соціальна допомога повинна бути спрямована на інтеграцію людини в суспільство, дати можливість йому працювати, вчитися і відчувати себе потрібним суспільству »;

Це поєднання може проявлятися в формі реабілітації як медичної, так і соціальної. У формі роботи, по крайней мере, навчанні якимось спеціальностями, ремеслам. Переваги цього в більш повної адаптації до сучасного життя, людина і здоров'я поправляє і якось намагається соціалізуватися.

Раціональне поєднання медицини і соціальної роботи відзначено як необхідна умова. Особливу роль в реабілітаційному та надалі «постреабілітаціонной» періодах грає працевлаштування (а також заняття творчістю, улюбленою справою) людей з інвалідністю, причому робочі місця повинні відповідати потребам і потенціалу людини з інвалідністю, праця повинна відповідати інтересам людини з інвалідністю. Етапом придбання навичок «незалежного» життя є процес самовизначення, пошуку шляхів реалізації свого потенціалу. На цьому етапі значущою є соціальна підтримка у формі надання можливостей для вибору професій або занять. Працевлаштування та/або заняття творчістю, громадською роботою багато в чому пов'язані з мобільністю, тому доступна среда, обладнаний транспорт - перший крок до проведення реабілітації людей з інвалідністю.

Аналіз дослідження показав, що застосування принципів «незалежного» життя, таких як доступна среда, пандуси, з'їзди, автоматичні двері, ліфти, підйомники і інше; обладнаний транспорт; індивідуально обладнане місце проживання; при необхідності, помічник (або соціальний працівник, який в більшості випадків замінюється друзями і родичами); працевлаштування, сприяє, і в багатьох випадках призводить до досягнення успішної реабілітації як медичного, так і соціального характеру, а також зводить до мінімуму його потреба в особливих соціальних послугах і в багатовитратним підтримки і допомоги.

За результатами аналізу дослідження можна зробити висновок, що адаптовані місця для людей з обмеженими можливостями вміщають в себе раціональне і багатостороннє рішення більшості проблем, з якими стикаються люди з інвалідністю, мотивують їх до самостійного життя, що в значній мірі знижує витрати на лікування, більш ефективно розподіляє кошти на реабілітацію, а також знижує навантаження на персонал, який в силу різноманітною і насиченою діяльності не справляється з обслуговуванням, що не тільки звужує права людей з обмеженими можливостями на якісне обслуговування, а й завдає шкоди здоров'ю клієнта і його повноцінному соціальному функціонуванню.

**ВИСНОВКИ**

1. Здійснено теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних досліджень з проблеми вивчення мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форми їх реабілітації. Спільнота є проміжною ланкою між макросистемою суспільства в цілому і мікросистемою сімейної та особистої реабілітаційної підтримки. Для індивіда саме це проміжне середовище утворює природну опору в разі важкої життєвої ситуації, а також є джерелом збагачення його життя за рахунок додаткових соціальних контактів. Спільнота як система виконує функцію упорядкування й осмислення надзвичайно складного і нерідко химерного комплексу соціальних відносин.

Іноді співтовариство розуміють як певну ідеальну організацію, що в максимальному ступені відповідає внутрішнім потребам індивіда. Іноді його визначають психологічно - як те, що, подібно до сім'ї, відчувається як невід'ємна частина сутності. Той факт, що офіційна соціальна політика і державна система соціальних служб намагаються апелювати до співтовариства, свідчить про визнання мобілізуючої сили цього утворення, про здатність мережи соціальної підтримки отримати широку підтримку населення.

2. Обґрунтовано методичні засади та розроблено процедуру дослідження особливостей мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форми їх реабілітації. Результати виконаної роботи призводять до висновку, що інвалідність зачіпає всі сторони життя людини, створює умови постійної боротьби, необхідності фізичної адаптації та навколишньої спільноти до людини з інвалідністю, і самої людини до навколишнього середовища. Реабілітаційна робота в комплексі здатна допомогти людині з інвалідністю подолати труднощі і досягти того рівня особистісного, соціально-правового розвитку, який вона сама для себе визначила, максимально можливого в традиціях тієї спільноти, в якому вона проживає.

Повноцінне функціонування людини в суспільстві, а також соціальна активність пов'язані зі здоров'ям. Таким чином, реабілітаційна робота та медико-соціальна реабілітація найбільш повно відповідають потребам людей з інвалідністю. Медико-соціальна робота - це новий вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного та соціально-правового характеру, спрямований на відновлення, збереження і зміцнення здоров'я.

Професійна реабілітаційна робота націлена не тільки на самого клієнта, а й на його оточення. Мережі соціальної підтримки - дуже важливе поняття системної теорії соціальної допомоги. До організації мереж належить як планування формальної підтримки, так і посилення «неформальних» або «природних» мереж, що складаються з осіб, які допомагають своїм друзям, сусідам або членам сім'ї, які відчувають труднощі.

3. Розкрито зміст і принципи мережи соціальної підтримки осіб з інвалідністю як форми їх реабілітації.

Визначено основний принцип системного підходу, спрямованого на покращення функціонування мережі підтримки, допомоги безпосереднього соціального оточення, адже реабілітаційна практика фокусується саме на цих системах, які представлені родиною, локальними спільнотами, соцієтальними системами. Також важливими в медико-соціальній роботі є принципи взаємодопомоги, гуманізму, індивідуального підходу до клієнта, принцип довіри до клієнта і підтримки довіри клієнта до фахівця, принципи модальності (гнучкості), перманентності (безперервності), компетентності, посередництва.

4.Визначено можливості реалізації принципів самостійності осіб з інвалідністю в процесі медико-соціальної реабілітації.

Результати виконаної роботи дозволяють зробити висновки, що формування мереж соціальної підтримки та реабілітації - це процес, характерний для ситуації кризи. У ряді випадків надається допомога сусідів чи друзів, природною мережею підтримки. Однак, існує багато криз, коли ні родичі, ні друзі, ні офіційні структури не можуть бути доступні, тоді створюється штучна мережа соціальної підтримки, яка починає діяти як природна система взаємодопомоги. До складу таких груп можуть входити не тільки ентузіасти-непрофесіонали; люди, що випробували або пройшли через різні труднощі, але і фахівці, які в результаті такої діяльності досягають власних цілей, якими може бути отримання наукових результатів, розширення перспективної сфери діяльності, підвищення професійних навичок. Світова практика показує, що подібні мережі починають свою діяльність на добровільній основі.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Цицерон. Диалоги: О государстве О законах. М.: «Наука», 1966.
2. Августин. О граде божием. т.1, кн. I-VII. Спб: «Алетейя», 1997.
3. Давид Юм. Сочинения в 2-х тт. т.1 М.: «Мысль», 1965.
4. Гидденс Э. Девять тезисов о будущем социологии. // ТЕЗИС (теория и история экономических и социальных институтов и систем). М.: "Начала-пресс", 1993. С.57-82.
5. Александер Дж.С. После неофункционализма: Деятельность, культура и гражданское общество / Пер. с англ. Т.В. Дорофеевой // Социология на пороге XXI века. М.: «Интеллект», 1998, с.231-249.
6. Давыдов Ю.Н. Определяя "общество": от истории понятия к уточнению концептуальных границ. Социологический форум. Ноябрь 1998. Т.1. № 1. http: // ecsocman. edu. ru/db/msg/1534. html
7. Касьянов В.В. Социология. Ростов н/Д: «Феникс», 2002. -416с.
8. Прозоровская К.А. Социология. – СПб.: Изд. дом «Нева», 2003. – 224с.
9. Толкотт Парсонс. Понятие общества: компоненты и их взаимоотношения.
10. Мария Суворова. Теоретические аспекты традиций формирования гражданского общества. Сборник научных трудов. Работа с сообществом. Проблемы активизации, самоуправления и образования. Саратов: Сарат. гос. техн. ун-т, 2003, 186с.
11. М.С. Добрякова. Исследования локальных сообществ в социологической традиции. www. ecsocman. ru
12. Усманов Б.Ф. Социальная инноватика. Институт молодёжи. М.: 2000. – 344с.
13. Демидова Т.Е. Актуальные проблемы социальной работы в России и зарубежных странах. Изд-во МГСУ «Союз».М., 1998.
14. Червякова Г.А. О некоторых аспектах развития инновационных процессов в теории и практике социальной работы. Изд-во МГСУ «Союз».М., 1998.
15. Хамзина Г.Р. Социальное время перемен: взгляд из региона. 2004г. www. ecsocman. ru
16. Штомпка П. Социология социальных изменений.М., 1996.
17. Ядов В. А все же умом Россию понять можно // Россия: трансформирующееся общество.М. 2001.
18. Нечипоренко О.В., Вольский А.Н. Натуральная экономика и редистрибутивная функция государства. 2001г. www. ecsocman. ru
19. Мархинин В.В., Нысанбаев А.Н., Шмаков В.С. Модернизационные процессы в сельских локальных сообществах (Об одном совместном казахстанско-российском проекте). 2001г.
20. Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы. М.: Гардарики, 2007. – 159с.
21. Дементьева И.Ф. Социальная адаптация детей-сирот: проблемы и перспективы в условиях рынка.М. 1992. http: // ecsocman. edu. ru
22. Холостова Е.И. Социальная работа: М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2004. – 692с.
23. Регина Н. Социальная работа в мире: опыт и информация: Общее собрание членов международной федерации социальных работников 25-27 июля 2000г. Монреаль. Канада // Работник социальной службы. 2001. №3.
24. Глоссарий терминов по медико-социальной помощи. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 1976.
25. Щукина Н.П. Институт взаимопомощи в системе социальной поддержки пожилых людей: Научное издание. – М.: «Дашков и К°», 2004. - 412с.
26. Технология социальной работы. Под ред. Проф.Е.И. Холостовой. – М.: ИНФРА-М, 2003. – 400с.
27. Ярская-Смирнова Е. Р., Принципы, на которых строится социальная работа. 1997.
28. Валерий Карпец, Елена Ярская-Смирнова. Развитие местных сообществ: теория и практика. Сборник научных трудов. Работа с сообществом. Проблемы активизации, самоуправления и образования. Саратов: Сарат. гос. техн. ун-т, 2003, 186с.
29. Веселов Н.Г. Актуальные медико-социальные проблемы охраны здоровья детей на этапе перехода к страховой медицине / Сборник «Медико-социальные проблемы охраны здоровья на этапе перехода к страховой медицине», 1992.
30. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение.М., 2002.
31. Котысова Н.А. Лебединская О.И. О роли социальных работников в решении медико-социальных проблем / Социальная работа: сборник материалов, 1992, Выпуск 1.
32. Концепция социальной защиты инвалидов. Авт. Колл. Под рук.Д.И. Лавровой.М., 1993.
33. Кургузов В.Г. Социально-медицинские аспекты работы с населением групп риска, М., 2000, с.112.
34. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – М., 1992 г.
35. Элланский Ю.Г., Рисенко В.Л. Словарь по социальной медицине, организации здравоохранения, медицинскому страхованию. – Ростов на Дону, 1995.
36. Жить по-своему! Путеводитель по американской системе поддерживающего проживания. http: // www. harborrc. org/sitemanager/assets/pdfs/
37. Джон О'Брайен. Поддерживающее проживание: в чём отличие? www. HarborRC. org
38. Гутник В.П. Теоретическое обоснование политики хозяйственного порядка и ее основные принципы. http: // ecsocman. edu. ru/db/msg/275297. html
39. Козлов А.А. Социальная работа. Введение в профессиональную деятельность. Международный проект. Москва 2005.
40. К независимой жизни. Книга для людей с инвалидностью, организаций и специалистов, работающих в области проблем инвалидности. Федеральная целевая программа «Социальная поддержка инвалидов на 2000-2005 годы». М.: 2001 – 248с.
41. Сеть поддерживающего проживания Калифорнии (California Supported Living Network (CSLN) http: // www. supportedliving. com/about\_us. html
42. Публикации региональной общественной организации инвалидов «Перспектива», Москва. www. perspekiva-ina. ru
43. Григорьева И.А. Социальное обслуживание пожилых и развитие сообществ: применим ли западный опыт в России? Журнал. Отечественные записки. №3 (24) 2005 www. strana-oz. ru
44. Гончарова А.Н. Проблема согласования общественных и личных интересов в процессе построения гражданского общества: Моногр. / Краснояр. гос. ун-т. Красноярск, 2001.160 с. // Allpravo. Ru
45. Щукина Н.П. Технология социальной работы. Самара 2006.
46. Ярская-Смирнова, Е. Р., Наберушкина, Э.К. Социальная работа с инвалидами. Саратов: Сарат. гос. техн. ун-т, 2003.
47. Современная парадигма развития системы реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья: опыт Самарской области: Сборник научно-методических материалов / Под редакцией Е.В. Ханжина, О.О. Низовцевой, М.Э. Целиной. - Самара, 2006.
48. Словарь-справочник по социальной работе/под ред. Д-ра ист. наук проф.Е.И. Холостовой. – М.: Юрист, 2000.
49. Кузнецов И.Н. Технологии социологического исследования. – М.: ИКЦ «МарТ», 2005.
50. Ядов В.А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. – 7-е изд. – М.: «Добросвет», 2003. – 596с.