

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧЕРНІГІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНОЛОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЛЮДЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ

**Конспект лекцій
для студентів спеціальності
6.130102 Соціальна робота**

Обговорено і рекомендовано
до друку
на засіданні кафедри
соціальної роботи
протокол № 8
від 31 березня 2016 р.

Чернігів – ЧНТУ – 2016

УДК 364-78:613-056.2(072)
ББК С541.133
О-79

Рекомендовано до друку на засіданні кафедри соціальної роботи Чернігівського національного технологічного університету, протокол № 8 від 31 березня 2016 р.

Упорядник: ОСТРЯНКО ТЕТЯНА СЕРГІЇВНА, кандидат педагогічних наук, викладач кафедри соціальної роботи

Рецензенти: Торубара Олексій Миколайович, доктор педагогічних наук, професор

Коленіченко Тетяна Іванівна, кандидат педагогічних наук, доцент

Відповідальний за випуск: Сила Тетяна Іванівна, кандидат психологічних наук, доцент

О-79 Острянко Т.С. Медико-соціальні проблеми людей з функціональними обмеженнями. Конспект лекцій для студентів спеціальності 6.130102 Соціальна робота / Т.С. Острянко. – Чернігів: ЧНТУ, 2016. – 89 с.

У посібнику представлено зміст лекцій з дисципліни «Медико-соціальні проблеми людей з обмеженими можливостями»

Конспект лекцій призначено для студентів, які навчаються за спеціальністю «Соціальна робота», викладачів, фахівців з соціальної роботи.

УДК 364-78:613-056.2(072)
ББК С541.133
О-79

© Т.С. Острянко, 2016
© ЧНТУ, 2016

ЗМІСТ

Передмова	5
Лекція 1. Інвалідність як суспільна проблема	6
Лекція 2. Організація охорони здоров'я в Україні	26
Лекція 3. Органи, що встановлюють інвалідність, їх структура та функції	32
Лекція 4. Поняття про реабілітацію людей з функціональними обмеженнями. Види реабілітації. Правова основа. Роль ерготерапії в реабілітації людей з особливими потребами ..	39
Лекція 5. Проблеми здобуття освіти, працевлаштування та реалізації творчих здібностей дітей та молоді з функціональними обмеженнями	64
Лекція 6. Сутність та структура соціально-культурної реабілітації людей з функціональними обмеженнями	76
Література до курсу	86

ПЕРЕДМОВА

Розвиток сучасного українського суспільства детермінує повагу спільноти до людського розмаїття, встановлення принципів солідарності та безпеки, що забезпечує захист прав та повне інтегрування у соціум всіх верств населення та, насамперед, людей з інвалідністю. Розбудова цивілізованого суспільства здійснюється з урахуванням мети, поставленої перед людством, яка полягає у сприянні ефективним заходам з метою попередження інвалідності, відновлення працездатності та реалізації цілей "рівності" та "повної участі" інвалідів у соціальному житті та розвитку.

Дані процеси потребують широкого розповсюдження і глибини знань з медичних і соціальних проблем людей з інвалідністю та стають необхідними кожній сучасній людині в її повсякденному житті та професійній діяльності. Особливо важливі такі знання кожному випускнику вищого навчального закладу для більш глибокого та усвідомленого розуміння та толерантного ставлення до даної категорії людей, успішної взаємодії з ними, усвідомленого підходу до сприйняття їх у суспільстві..

Вивчення дисципліни «Медико-соціальні проблеми людей з функціональними обмеженнями» у вищому навчальному закладі ставить своєю **метою** оволодіння майбутніми соціальними працівниками систематизованими знаннями про актуальні проблеми, з якими стикаються у повсякденному житті люди з інвалідністю та шляхи їх розв'язання.

Згідно з сучасними реформами вищої освіти викладання дисциплін набуває вигляду модульних блоків. Тому викладання «Медико-соціальні проблеми людей з функціональними обмеженнями» також передбачає об'єднання всього об'єму програмної інформації в модулі. Даний навчальний посібник містить 3 модулі, в які увійшли всі теми з дисципліни, передбачені програмою: проблеми медичного обслуговування та охорони здоров'я Основні причини інвалідності, шляхи їх попередження, проблеми реабілітації людей з функціональними обмеженнями.

ЛЕКЦІЯ 1.

Інвалідність як суспільна проблема (2 години)

План

1. Визначення сутності основних понять дисципліни: «хвороба», «функціональні обмеження», «працездатність», «непрацездатність», «інвалід», «інвалідність».
2. Сприйняття «особливих» людей в процесі еволюції людського суспільства.
3. Типологія інвалідності. Моделі інвалідності.
4. Інтеграція людей з вадами розвитку у суспільство – необхідність сучасності.

Рекомендована література

Основна:

1. Айшервуд М.М. Повноцінне життя інваліда / М.М. Айшервуд. – М.: Инфра-М, 2001.
2. Іванова І.Б. Діти з особливими потребами: проблема термінологічного визначення / І.Б. Іванова // Дефектологія. – 1999. – № 1. – С. 2–7.
3. Іванова І.Б. Проблеми соціально-психологічної адаптації інвалідів / І.Б. Іванова // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інтеграція аномальної людини в сучасній системі соціальних відносин». – К., 1994. – С. 32–34.
4. Іванова І.Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів / І.Б. Іванова. – К.: Логос, 2000. – 87 с.
5. Інвалідність та суспільство : [навч. посіб.] / [за ред. Байда Л., Красюкова-Енс О., Буров С., Азін В., Грибальський Я. Найда Ю.] . – К., 2012. – 184 с.
6. Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції. – К.: АЛД, 1995. – 112 с.
7. Качан Л. Турбота про інвалідів – справа всенародна / Л. Качан // Соціальний захист. – 1999. – № 8. – С. 28–31.
8. Пархомов С. Увага до проблем інвалідів / С. Пархомов, Л. Польовий // Соціальний захист. – 1999. – №1. – С.30–37.
9. Пенішкевич Д.І. Соціальна педагогіка: Модульна технологія навчального курсу. Навчальний посібник / Д.І. Пенішкевич, Л.І. Тимчук. – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2010. – 496 с.
10. Соціальна педагогіка : підручник / за ред. проф. А.Й. Капської. – 4-те вид. виправ. та доп. – К. : Центр учбової літератури, 2009. – 488 с.

Додаткова:

1. Кокколова Н. Розв'язання проблеми інвалідності – одне з найважливіших питань соціального захисту / Н. Кокколова // Соціальний захист. – 1999. – № 5. – С. 22–24.

2. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. – М., 1998.

Електронні джерела:

1. Цени то, что у тебя есть [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.youtube.com/watch?v=gMSOt6SJVA8
2. Пирог Л.А. Сучасний стан проблем осіб з особливими потребами. - [Електронний ресурс] / Л.А. Пирог. – Режим доступу: www.rusnauka.com/1_NIO.../3_98599.doc.htm
3. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/875-12
4. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/2961-15

1. **Визначення сутності основних понять дисципліни: «хвороба», «функціональні обмеження», «працездатність», «непрацездатність», «інвалід», «інвалідність».**

Хвороба та її компоненти

Як відомо, здоров'я людини є динамічним станом, якому притаманні певні коливання. Під впливом різних негативних факторів, такі коливання можуть виходити за межі фізіологічної норми і зумовлювати виникнення захворювання. Це патогенний процес, що призводить до формування певної хвороби з характерними її ознаками.

Термін «хвороба» має різні визначення. Найбільш ґрунтовним може бути нижче подане:

хвороба – це наслідок неефективного протистояння адаптаційних механізмів організму дії певних патогенних факторів, що зумовлює порушення здоров'я та нормальної життєдіяльності людини.

Структурний аналіз зазначеного патологічного явища дозволяє виявити в складі хвороби три пов'язаних між собою компоненти, а саме:

1. Морфологічний компонент, що пов'язано з виникненням хворобливих змін в анатомічній структурі органів. (наприклад, запалення певних тканин, руйнівні процеси в органах тощо).
2. Функціональний компонент – це порушення нормальної діяльності ушкоджених органів і систем (порушення кровообігу, травлення тощо).
3. Психологічний компонент хвороби пов'язаний з певною реакцією людини на захворювання, переживанням свого стану. У деяких неврівноважених, екзальтованих осіб цей компонент може виходити на перший план і ставати у перебігу хвороби вирішальним.

В цілому хвороба є складним, інтегральним явищем. Тому про неї можна говорити з різних точок зору. Зокрема, з медико-біологічної точки зору, хвороба – це порушення здоров'я, пов'язане з виникненням

патологічних змін у будові та діяльності певних уражених органів і систем організму. Соціальний аспект хвороби пов'язаний з явищем дезадаптації, порушення життєдіяльності людини. Існує думка, що хвороба – це життя обмежене у своїй свободі і перспективі, це біль і страждання.

Функціональні обмеження, їх види та наслідки

Серед названих вище компонентів хвороби найбільшої уваги заслуговує вивчення функціональних обмежень, порушень, недостатності. Їх класифікують за різними ознаками. Зокрема, з врахуванням того, які саме органи і системи організму уражені, розрізняють:

1. недостатність психічних функцій: відчуття, сприймання, пам'яті, мислення, емоцій;
2. порушення сенсорних функцій, а саме: зору, слуху, нюху тощо.
3. порушення статико-динамічної функції, здатності до самостійного пересування, вільного стояння і ходіння;
4. недостатність функцій окремих внутрішніх органів і систем, зокрема, кровообігу, дихання, травлення, обміну речовин тощо.

Враховуючи міру порушення певної функції, вираженість недостатності, функціональні обмеження поділяють на три послідовних ступені:

I ступінь – початкова, компенсована недостатність функції, яка не проявляє себе у стані функціонального оптимуму і може бути виявлена тільки при великому навантаженні на ушкоджений орган (систему);

II ступінь – середньої вираженості, порубіжна недостатність, яка проявляє себе вже при помірному навантаженні на орган, охоплений певним патологічним процесом;

III ступінь – тяжка, некомпенсована недостатність, що виявляється навіть при функціональному спокої ураженого органу і різко посилюється при найменшому на нього навантаженні.

Зрозуміло, що значне порушення певних функцій організму обумовлює обмеження життєдіяльності людини. Під таким обмеженням слід розуміти – стан організму, при якому виникає суттєве порушення здатностей людини до повноцінного виконання соціально важливих життєвих ролей і функцій.

Обмеження життєдіяльності людини бувають різноманітними, залежно від його характеру (тривалості у часі) та ступені (тяжкості порушень). Так, прийнято розрізняти такі ступені обмеження життєдіяльності:

I ступінь – помірно виражене обмеження;

II ступінь – виражене, суттєве обмеження;

III ступінь – значне, тяжке обмеження життєдіяльності.

В останньому випадку виникає така ситуація, коли людина не тільки не здатна до виконання певної соціально важливої функції, але і потребує стороннього догляду.

До числа найбільш важливих здатностей людини, які оцінюють при вивченні стану життєдіяльності, відносять наступні:

1. здатність до самообслуговування, що полягає у можливостях людини самостійно і ефективно виконувати повсякденну побутову роботу і задовольняти свої насущні життєві потреби;
2. здатність до пересування, яка пов'язана з можливостями самостійно вільно ходити, бігати, користуватися особистим та громадським транспортом;
3. здатність до орієнтації, яка зумовлена вміннями людини адекватно сприймати час, простір і навколишнє середовище взагалі;
4. здатність контролювати свою поведінку, що проявляється вміннями людини правильно поводитися у відповідності із загальноприйнятими суспільними нормами права і моралі;
5. здатність до спілкування – це можливість встановлювати необхідні комунікативні зв'язки з оточуючим, підтримувати з ними нормальні взаємовідносини;
6. здатність до навчання, яка зумовлена вміннями людини сприймати, засвоювати знання та формувати на їх основі відповідні вміння та навички;
7. здатність до трудової діяльності, яка пов'язана з можливостями людини реалізувати свій фізичний і розумовий потенціал в процесі виконання певної суспільно-корисної праці.

Звичайно трудова діяльність людини розглядається як одна з головних складових життєдіяльності. Тому проблема здатності до праці, тобто працездатності людини заслуговує більш детального вивчення.

Працездатність людини та її порушення

Як відомо, суспільна корисна трудова діяльність є однією з основних сфер життєдіяльності людини. Включення людини у певний вид праці зумовлено рядом факторів і, зокрема, станом її працездатності.

Працездатність – це потенційна спроможність людини на протязі заданого часу і з необхідною ефективністю виконувати максимально можливу кількість певної роботи.

З позицій класичної науки, під працездатністю слід розуміти такий стан організму, коли сукупність біологічних, медичних, соціальних, психологічних та інших факторів забезпечує людині можливості виконання суспільно-корисної праці певної кількості і якості.

Визначальними факторами працездатності є біологічний та соціальний. Під біологічним розуміють стан здоров'я людини, функціональні можливості її організму. Соціальний фактор працездатності – це сукупність умов та обставин життя і праці, що забезпечують людині можливості самореалізації в процесі певної трудової діяльності.

Існують різні підходи до класифікації видів працездатності. Так, по сферам прикладання, працездатність поділяють на:

- загальну, що пов'язана зі здатністю виконання відносно простих, некваліфікованих видів праці;
- професійну, яка вимагає професійної підготовки, наявності певної сукупності знань, вмінь та навичок;
- спеціальну, коли праця виконується у незвичайних, складних умовах (підземні роботи, праця в умовах Крайньої Півночі тощо).

З урахуванням переважаючої сфери навантаження, також розрізняють працездатність:

- фізичну – пов'язану з навантаженням нервово-м'язової системи організму;
- розумову – побудовану на використанні нервово-психічного потенціалу людини.

На жаль, внаслідок хвороби, травми, які викликають порушення функцій та життєдіяльності організму, здатність людини до виконання праці обмежується, навіть втрачається. Це пов'язано з виникненням непрацездатності.

Непрацездатність

Непрацездатність – це стан вираженого неспівпадіння між можливостями організму людини та вимогами, що пред'являються до нього в процесі певної праці.

Види непрацездатності класифікують за чотирма основними ознаками: за характером; за ступенем; за категорією; за медико-соціальними наслідками.

В основі поділу за характером лежить часовий критерій. Тобто тривалість порушення працездатності. Якщо непрацездатність утримується відносно короткий термін часу (дні, тижні, місяці), з чіткою тенденцією до її відновлення, таку непрацездатність вважають тимчасовою. У випадку, коли порушення працездатності має стійкий характер і воно зберігається довгий час (роки, навіть до кінця життя людини), таку непрацездатність називають довготривалою. Виявлення вираженої довготривалої непрацездатності є головною підставою для визнання людини інвалідом.

Класифікація порушень непрацездатності за ступенем зумовлена мірою її втрати, вираженістю порушення. При цьому як тимчасову, так і довготривалу непрацездатність однаково поділяють на часткову і повну. Частковим вважається таке порушення здатності до праці, коли людина виявляється певний час неспроможною виконувати роботу по своїй професії, спеціальності, разом з тим, завдяки збереженню певної залишкової працездатності, може виконувати іншу, більш легку і просту роботу. Повною слід вважати таку непрацездатність, коли будь-яка робота виявляється людині недоступною або протипоказаною. Крім

цього, довготривала непрацездатність зумовлює встановлення людині III групи інвалідності, а повна – I та II групи.

Існує також класифікація видів непрацездатності за категорією, яка базується на вивченні її медичних та соціальних причин. Зрозуміло, що таких причин може бути багато, але законодавчо вони зведені до певної системи. Так, розрізняють вісім категорій тимчасової непрацездатності. Найбільш розповсюдженими серед них є:

- захворювання;
- травма;
- догляд за хворим членом сім'ї;
- вагітність і пологи.

Щодо категорій довготривалої непрацездатності, то діюче законодавство про пенсійне забезпечення передбачає десять основних формулювань причин інвалідності. Зокрема, загальне захворювання, професійне захворювання, трудове каліцтво, інвалідність з дитинства, поранення, одержане при захисті Батьківщини тощо.

Що стосується основних медико-соціальних наслідків виникнення стану непрацездатності, то при ознаках тимчасового порушення працездатності людина звертається в лікувально-профілактичний заклад, який здійснює експертизу тимчасової непрацездатності і на підтвердження свого стану одержує листок непрацездатності, який дає підставу на одержання по місцю роботи відповідальної допомоги за рахунок коштів Фонду соціального страхування. У випадках виникнення ознак довготривалої непрацездатності громадянин має пройти медико-соціальну експертизу у відповідній комісії. На основі довідки про інвалідність, при наявності інших необхідних передумов, місцеве відділення пенсійного фонду призначає і виплачує пенсію по інвалідності. Управління праці та соціального захисту, при потребі, призначає і надає інші необхідні види соціальної допомоги (протезування, санаторне оздоровлення тощо), які фінансуються переважно за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів.

Поняття інвалідності у дітей і дорослих та її основні причини.

За даними Організації Об'єднаних Націй, кожна четверта сім'я у світі стикається з проблемами інвалідності. Згідно з підрахунками, проведеними Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), станом на кінець 2011 року від 10 до 15% населення світу є у той чи інший спосіб обмеженими у своїх можливостях. Щорічно 3,5 млн. дітей стають інвалідами. Кількісний показник громадян-інвалідів у розвинених країнах коливається в межах 10-12% від загальної кількості населення. В Україні фігурують дані 4-4,5%, що значно занижені (це пов'язане з різними підходами та концепціями встановлення інвалідності та способами організації статистичної інформації, які варіюють у широкому діапазоні).

Для того, щоб краще зрозуміти складнощі, пов'язані з визначенням кількісних показників інвалідів-дорослих та дітей з особливими потребами, варто означити різноманітність підходів до визначення самого поняття інвалідності.

У Рекомендаціях за номером 1185 до реабілітаційних програм 44-ї сесії Першої Асамблеї Ради Європи від 5 травня 1992 року інвалідність визначається як обмеження в можливостях, обумовлені фізичними, психологічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими і іншими бар'єрами, які не дозволяють людині, що має інвалідність, бути інтегрованою в суспільство і брати участь в його житті на таких основах, як і інші члени спільноти.

Інвалідність у дітей визначається вченими як стійка соціальна дезадаптація, зумовлена хронічними захворюваннями чи патологічними станами, що різко обмежує можливість включення дитини в адекватні до її віку виховні і педагогічні процеси, у зв'язку з чим вона постійно потребує догляду, допомоги і нагляду (педагогічний підхід до визначення поняття, що використовується соціальними і спеціальними педагогами, психологами, дефектологами, логопедами, реабілітологами, ерготерапевтами тощо).

Інвалідність у дорослих – значне обмеження життєдіяльності, що призводить до соціальної дезадаптації внаслідок порушень розвитку і росту (якщо інвалідність вроджена чи набута в дитячому віці), здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації у просторі, контролю за своєю поведінкою, спілкування, трудової діяльності тощо.

У законі України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» інвалідність визначається як міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист.

Інвалідність як міра втрати здоров'я визначається шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи (стаття 3 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»).

У Законі «Про реабілітацію інвалідів в Україні» визначено також поняття «інвалід» та «дитина-інвалід».

Інвалід – особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист (стаття 1 Закону).

Дитина-інвалід – особа віком до 18 років (повноліття) зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого

держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист.

У педагогічній науці **дитина-інвалід** – це дитина, яка внаслідок хронічних захворювань, вроджених чи набутих порушень у розвитку має обмеження у життєдіяльності, перебуває у особливо складних і надзвичайних умовах і має особливі потреби у розвитку психофізичних можливостей, природному сімейному оточенні, доступі до об'єктів соціального оточення і засобів комунікації, соціалізації та самореалізації.

Таким чином, акцент робиться не на розладі функцій організму дитини та на необхідності її соціального захисту (правовий підхід), а на обмежених психофізичних можливостях, які потрібно корегувати, максимально компенсувати, і особливих потребах дитини, що необхідно задовольнити через навчання, виховання і догляд.

Визначення соціального поняття «інвалідність» дорослих і дітей суттєво не відрізняється. Хоча деякі автори дотримуються протилежної точки зору, зважаючи на те, що інвалідність дорослих пов'язана з їхньою непрацездатністю. Однак, визначення непрацездатності не завжди адекватно відображає взаємодію між соціальними умовами життя (очікуваннями) і здібностями особистості. Непрацездатність – це насамперед втрата чи обмеження можливості брати участь у житті суспільства нарівні з іншими. У такому розумінні непрацездатність у дітей – це обмеження життєдіяльності у реалізації здібностей.

Сьогодні в Україні «інвалідність» дитини частіше вживається, як юридичне поняття, що дає підстави для надання дитині та її опікуну пенсії.

За даними Міністерства охорони здоров'я, причинами дитячої інвалідності є хвороби нервової системи і органів чуття, психічні розлади, вроджені вади розвитку, хвороби органів дихання, ендокринної, кістково-м'язової систем та інші (*медичний фактор*).

Соціально-економічними факторами, що зумовлюють підвищення набутої інвалідності серед дітей, у багатьох країнах світу вважаються: війни та їх наслідки; бідність, недоїдання; неудосягнені програми первинної медико-санітарної допомоги і обслуговування; забруднення довкілля; дитячий побутовий травматизм; стихійні лиха, землетруси; відсутність необхідних ресурсів, географічна віддаленість, фізичні і соціальні перешкоди, що не дозволяють користуватися наявними послугами; відсутність чи слабкість інфраструктури відповідних служб у сфері соціальної допомоги, охорони здоров'я, освіти, професійно-технічної підготовки.

Розрізняють екзогенні (зумовлені зовнішніми факторами) і ендогенні (детерміновані внутрішніми факторами) причини інвалідності.

До екзогенних причин належать:

- механічні впливи (поранення, удар);
- фізичні (дія електроструму, тепла чи холоду);
- хімічні (дія отруйних речовин);

- біологічні (вплив хвороботворних мікробів, вірусів);
- психічні (переляк, стрес, психотравмуючі фактори);
- порушення харчування (голодування, нестача вітамінів, переїдання).

До ендогенних причин належать:

- спонтанні зміни у генетичному матеріалі;
- внутрішньоклітинні метаболіти;
- хвороби, що передаються спадковим шляхом;
- вроджені вади (порушення розвитку плода).

Фактори зовнішнього середовища є вирішальними у появі хвороб тому, що вони не тільки безпосередньо впливають на організм, але й можуть викликати зміни його внутрішніх властивостей. Ці зміни в майбутньому поколінні можуть самі спричинити хвороби (спадковість, вроджені вади).

2. Сприйняття «особливих» людей в процесі еволюції людського суспільства.

Історичне коріння поняття інвалідності сягає в глибину тисячоліть. Літературні, філософські твори, міфологія, історичні матеріали засвідчують факт неоднозначного ставлення суспільства до людей з інвалідністю. Рівень розвитку економіки, характер суспільного виробництва, зміни в політиці, типах світогляду позначилися на формуванні у суспільній свідомості образу каліки, сліпої, нечуючої, психічно хворої, розумово відсталої людини, інваліда. У міру того, як удосконалювалися економічні та соціальні умови життя, змінювалися підходи до визначення категорій «здоров'я», «норма», «інвалідність», «соціальна повноцінність», формувалися концепції і моделі соціальної підтримки людей з особливими потребами у своєму розвитку.

Аналіз наукової літератури дозволяє виділити декілька чинників, що впливають на формування ставлення до людей з вадами фізичного та розумового розвитку:

1. субкультурні розбіжності: регіональні особливості, національна і расова приналежність, вірування, соціальний клас батьків (їх соціально-економічний статус);
2. філософські, морально-етичні, педагогічні вчення та ідеї, наукова термінологія;
3. формування концепцій та підходів щодо соціальної підтримки людей з особливими потребами.

Сучасні спеціальні дослідження доводять, що існують певні субкультурні розбіжності щодо інвалідності або хвороби людини у різних країнах світу. Так, у США спостерігається різниця у ставленні батьків різних етнічних груп до власних дітей з обмеженими психофізичними можливостями. Зокрема, батьки з національних меншим менш пригнічені народженням дитини з вадою, ніж батьки основного населення; американці стан шоку і депресії, недовіри лікарям, провини перед

дитиною переживають досить гостро. В Ізраїлі виявилися розбіжності між ізраїльтянами арабського та європейського походження. Арабські батьки більше уваги приділяють догляду за дитиною з обмеженими психофізичними можливостями, ніж батьки європейського походження, які надають дітям більше самостійності і сприймають їх більш незалежними і здатними до праці.

У науковій літературі дітей з вадами фізичного та розумового розвитку, хронічно хворих дітей та дітей з патологічними станами визначають як «аномальних», «неповноцінних», «дітей-інвалідів», «дітей з особливими потребами», «дітей із спеціальними потребами», «дітей із труднощами у навчанні», «дітей із обмеженнями», «дітей з обмеженими розумовими та фізичними можливостями», «дітей з обмеженими психофізичними можливостями», «дітей із функціональними обмеженнями», «дітей, які знаходяться в особливо складних і надзвичайних умовах», «дітей з особливими потребами у розвитку» тощо. Таке неоднозначне визначення характеризує різні аспекти і підходи до вирішення проблем навчання, виховання, лікування, соціального захисту і реабілітації дітей не тільки в Україні, а й в усьому світі.

Під впливом суспільного світогляду в усіх народів формувалася певний погляд на хвороби людини, їх соціальні, психологічні та економічні наслідки. На ранньому етапі розвитку суспільства у різних культурах спостерігаються вірування у демонічне походження хвороб та патологічних станів людини. Глибоке коріння вони мають і у свідомості українського народу, що відбилася в українських обрядах і фольклорі, у численних піснях, замовленнях, апокрифічних молитвах.

У різних народів тотемний характер свідомості змушував людину звертатися по допомогу до сонця, рослин, тварин, каменів, а також приносити жертву. За свідченням відомого етнографа Е.Тейлора, в Перу, коли захворювала жінка чи інша поважна людина, приносили у жертву божеству одного із своїх синів; греки віддавали богам злочинців та полонених; на Цейлоні знахар лікував людину від припадків, приносячи у жертву птахів; у єгипетських храмах люди залишали зліпки своїх рук або ніг, що були уражені хворобою.

Загальновідомі зображення вбивства хворих дітей та дітей з вадами фізичного розвитку у Стародавній Греції, що описані у творах Аристотеля, Платона і Сенеки. Цікаво, що там шанувалися військові інваліди, які утримувалися за рахунок республіки. Римляни надавали воїнам, що зазнали у військових діях поранень та каліцтва, земельні ділянки, частку здобичі, а пізніше ставили їх на грошове утримання держави.

Певні відхилення від норми спричинюють у людей реакцію, що зумовлена роллю культурних цінностей, традицій, уявлень про прекрасне і некрасиве. Так, у гвінейському племені вогео дітей, народжених з явними фізичними вадами, хоронять живими, але діти, які

були скалічені пізніше, оточені любов'ю і й увагою з боку дорослих. Серед східних папаунгів вважається за вдачу мати на руці зайвий палець, і надзвичайним щастям – бути народженим із «заячою губою».

Зародження християнства відкрило новий погляд на сенс буття, людину як найвищу цінність у житті, що створена за образом і подобою Божою, яка є відблиском Світового Розуму, Любові, Свободи, Волі. Всі люди рівні перед вищим Творцем, а кожна людина, незважаючи на зовнішній вигляд, хворобу, порушення фізичного чи розумового стану, є втіленням Храму Божого. Усе життя земне отримало іншу невидиму основу. Невирішені питання, сумніви, біль, страждання, муки сумління, почуття провини, відповідальність за свою гріховність, боротьба з пристрастями – все має вищий сенс для віруючої людини.

З погляду християнської філософії, життєвий шлях людини є схрещенням двох ліній, двох основних напрямів – горизонтального і вертикального, у вищий вимір існування. На думку російського християнського філософа Є. Трубецького, незалежно від того, як людина ставиться до Христа і християнства, хрест становить основу будь-якого життя, хрестоподібне все накреслене життя, космічний хрест – це архітектурний стрижень усього світового шляху. Тобто людина має шукати сенс життя не у горизонтальному чи у вертикальному напрямках, окремо узятих, а у поєднанні цих двох життєвих ліній, там, де вони схрещуються. Якщо є сенс життя, то повинна бути подолана і та, й інша хресна мука – і фізичне, і духовне страждання. Надглибокі відкриття світового смислу пов'язуються з тими великим стражданнями, якими пробуджується і зміцнюється сила духу.

Протягом історії формувалися такі загальні стереотипи щодо інвалідів: народилися від батьків з асоціальною поведінкою, наркоманів, алкоголіків; нездатні, слабкі, соціально небезпечні; можуть жити, навчатися і працювати тільки у захищеному середовищі; не можуть взяти шлюб і мати власних дітей тощо.

Формуванню певних стереотипів стосовно людей з вадами фізичного і розумового розвитку значною мірою сприяли твори видатних мислителів минулого. Так, у суспільній свідомості міцно вкоренилася думка: «У здоровому тілі здоровий дух». Цей вислів, який приписують Ювеналові, був використаний філософом у «Сатирах» в іншому контексті і має протилежне значення загальновідомому («треба молити, щоб розум був здоровим у здоровому тілі»). Таким чином, ідея твору спрямована проти однобічного захоплення тілесними вправами, на необхідність духовного виховання при нормальному фізичному розвитку. Проте є стереотипи, які функціонують у більш вузькому контексті. Так, вважається, що інвалід є прикутим до інвалідної коляски, яка, по суті, є допоміжним засобом, таким, як наприклад, автомобіль і велосипед, які полегшують людині пересування у просторі. Існує думка про те, що інвалідам потрібна тільки матеріальна підтримка, тому не приділяється належної уваги таким чинникам, як спілкування з ними,

зацікавленість їхніми проблемами, надання можливості висловитися і поділитися власними переживаннями.

Видатний чеський гуманіст і педагог XVII ст. Ян Амос Коменський одним із перших у науці звертає увагу на необхідність соціалізації дітей з вадами розвитку, на розвиток їх компенсаторних можливостей. На його думку, не існує людини, в якій душа не залишила б для себе віконця у зовнішній світ і можливості підступитися до неї: коли у неї нема одних природних здібностей, вона може проявити себе у чомусь іншому, треба тільки їй у цьому допомогти.

Відомі люди з порушеннями розвитку:

Мігель Сервантес (1547 - 1616) - іспанський письменник. Сервантес відомий передусім як автор одного з найбільш відомих творів світової літератури - роману "Хитромудрий ідальго Дон Кіхот Ламанчський". У 1571 році Сервантес, перебуваючи на військовій службі у флоті, взяв участь у битві при Лепанто, де був серйозно поранений, через що втратив ліву руку. Пізніше він написав, що "позбавивши мене лівої руки, Бог змусив мою праву працювати сильніше і сильніше".

Людвіг ван Бетховен (1770 - 1827) - німецький композитор, представник віденської класичної школи. У 1796 році, будучи вже відомим композитором, Бетховен почав втрачати слух: у нього розвинувся тиніт - запалення внутрішнього вуха. До 1802 року Бетховен повністю оглух, але саме з того часу композитор створив свої найвідоміші твори (1803-1804 р.р. - Героїчна симфонія, 1803-1805 р.р. - опера "Фіделіо" тощо).

Луї Брайль (1809 - 1852) - французький тифлопедагог. У 3-х-літньому віці Брайль поранив собі око ножом, внаслідок чого розвинулося запалення очей і він осліп. У 1829 році Луї Брайль розробив популярний і сьогодні у всьому світі рельєфно-точковий шрифт для сліпих - шрифт Брайля. Окрім букв і цифр на основі тих же принципів він розробив нотопис і викладав музику сліпим.

Сара Бернар (1844-1923) - французька актриса. Багато видатних діячів театру, наприклад Костянтин Станіславський, вважали мистецтво Бернар зразком технічної досконалості. У 1914 році після нещасного випадку у неї ампутували ногу, але актриса продовжувала виступати.

Джозеф Пулітцер (1847-1911) - американський видавець, журналіст, родоначальник жанру "жовтої преси". Осліпнув в 40 років. Після своєї смерті він залишив 2 млн доларів Колумбійському університету. Три чверті цих засобів пішли на створення Вищої школи журналістики, а на суму, що залишилася, була заснована премія для американських журналістів, яку вручають з 1917 року.

Хелен Келлер (1880-1968) - американська письменниця, викладач і громадський діяч. Після хвороби, перенесеної в півтораоднорічному віці, залишилася сліпоглухонімою. З 1887 року з нею займалася молода викладачка Інституту Перкінса Енн Салліван. В ході довгих місяців напруженої роботи дівчинка опанувала знакову мову, а потім стала

вчитися говорити, освоївши правильні рухи губ і гортані. У 1900 році Хелен Келлер поступила в Редкліффський коледж і в 1904 році закінчила його з відзнакою. Вона написала і опублікувала більше десятка книг про себе, свої відчуття, навчання, світогляд і розуміння релігії.

Франклін Делано Рузвельт (1882-1945) – 32-й президент США(1933- 1945). У 1921 році Рузвельт важко захворів поліомієлітом. Незважаючи на спроби перемогти хворобу, Рузвельт залишився паралізованим і прикованим до інвалідної коляски. З його ім'ям пов'язані одні з найзначніших сторінок в історії зовнішньої політики і дипломатії США, зокрема, встановлення і нормалізація дипломатичних стосунків з Радянським Союзом і участь США в антигітлерівській коаліції.

Рей Чарльз (1930-2004) - американський музикант, людина-легенда, автор більше 70 студійних альбомів, один з відомих у світі виконавців музики в стилях соул, джаз і ритм-енд-блюз. Осліпнув в семирічному віці - ймовірно внаслідок глаукоми. Рей Чарльз - найзнаменитіший сліпий музикант сучасності; він був нагороджений 12 преміями "Гремми", потрапив в зали слави рок-н-ролла, джазу, кантрі і блюзу, в зал слави штату Джорджія, його записи були включені у Бібліотеку Конгресу США. Френк Сінатра назвав Чарльза "єдиним справжнім генієм в шоу-бізнесі".

Стівен Хоукінг (1942) – відомий англійський фізик-теоретик і астрофізик, автор теорії про первинні чорні діри і багатьох інших. У 1962 році закінчив Оксфордський університет і почав займатися теоретичною фізикою. Тоді ж у Хоукінга стали проявлятися ознаки бічного аміотрофічного склерозу, які привели до паралічу. Після операції на горлі в 1985 році Стівен Хоукінг втратив здатність говорити. У нього рухаються тільки пальці правої руки, якими він керує своїм кріслом і спеціальним комп'ютером, який за нього говорить. Нині Стівен Хоукінг обіймає посаду Лукасовського професора математики в Кембріджському університеті, посада, яку три століття тому займав Ісаак Ньютон. Незважаючи на важку хворобу, Хоукінг веде активне життя. У 2007 році він вчинив політ в невагомості на спеціальному літаку.

Фрідріх Вільгельм Ніцше (1844-1900) - німецький філософ. Хворів на шизофренію.

Хвороба Паркінсона – Хвороба Паркінсона, яку раніше називали "тремтливий параліч" – це хронічне нейродегенеративне захворювання центральної нервової системи, яке проявляється у вигляді порушення довільних рухів. Повністювилікуватися від нього неможливо - захворювання безповоротне. А уразити людину паркінсонізм може у будь-якому віці.

Страждали хворобою:

1. Легенда світового боксу **Мухаммед Алі** багато років страждає від важкої форми хвороби Паркінсона, яку у нього діагностували ще в 1984 році.

2. Засновник сюрреалізму, іспанець **Сальвадор Далі** отримав від лікарів вирок - "паркінсонізм" у віці 76 років. Через рік, в 1982-му помирає його улюблена дружина, Гала, що особливо прискорює розвиток хвороби.
3. Папа Римський Іоанн Павло Другий також страждав від цієї важкої недуги. У кінці життя у Папи були серйозні проблеми з промовою, викликані паркінсонізмом.
4. Деякі фахівці вважають, що Адольф Гітлер страждав рядом хронічних розладів, серед яких була, також і хвороба Паркінсона.
5. До середини 70-х років Великий Керманіч Мао Цзедун був настільки серйозно хворий на хворобу Паркінсона, що вже не в змозі був активно втручатися в політику Китаю.
6. Музикант Оззі Осборн довгий час вважав, що його тремтіння рук - цей наслідок багаторічного вживання наркотиків. Але в 2005 році лікарі поставили страшний діагноз – хворобу Паркінсона.
7. Один з відомих радикальних політичних діячів другої половини 20 віків Ясир Арафат також страждав від симптомів паркінсонізму.

3. Типологія інвалідності. Моделі інвалідності.

Залежно від ступеня порушення здоров'я індивіда, що призводить до повної чи часткової втрати професійної працездатності чи суттєвих труднощів у житті, виділяють три групи інвалідності. Відповідно до встановленої групи, причини, а при необхідності – часу настання інвалідності, призначаються пенсії, встановлюються пільги, здійснюються інші види соціального обслуговування.

Перша група інвалідності встановлюється для осіб з повною постійною чи тривалою втратою працездатності, що потребують цілодобового догляду (допомоги чи нагляду), у тому числі і тих, які можуть бути пристосовані до окремих видів трудової діяльності в спеціально організованих індивідуальних умовах (спеціальні цехи, робота вдома і ін.). Різко виражене обмеження життєдіяльності, що є підставою для встановлення першої групи інвалідності, обумовлене захворюванням, наслідком травми, уродженими дефектами, що призвело до різко втраченої соціальної адаптації, неможливості себе обслуговувати, контролювати свою поведінку, спілкуватися і навчатися, рухатися, брати участь у трудовій діяльності.

Друга група інвалідності дається при повній чи тривалій втраті працездатності особам, що не потребують постійної сторонньої допомоги, догляду чи нагляду, а також у тих випадках, коли всі види праці на тривалий період протипоказані через можливе погіршення протікання захворювання (наприклад, при важких хронічних захворюваннях, комбінованих значних дефектах верхніх і нижніх кінцівок і інших пошкодженнях, значній втраті зору).

Третя група інвалідності встановлюється при необхідності переведення осіб за станом здоров'я на менш кваліфіковану роботу

внаслідок неможливості продовжувати роботу за своєю попередньою спеціальністю; при необхідності за станом здоров'я значних змін в умовах праці, що призводить до зменшення об'єму виробничої діяльності, при значному обмеженні можливості працевлаштування осіб з особливими потребами; при анатомічних дефектах чи деформаціях, що значно ускладнюють виконання професійної праці.

Оскільки в процесі лікування, а також під впливом сприятливих факторів ступінь втрати працездатності може змінюватися, встановлений термін переобстеження інвалідів: для інвалідів першої групи – один раз на два роки, для інвалідів другої і третьої групи – щороку. Інвалідність, зумовлена анатомічними дефектами чи незворотніми хронічними захворюваннями, у будь-якому віці встановлюється безстроково.

Моделі інвалідності.

Сьогодні в соціально-педагогічній літературі існують два основних підходи до визначення моделей інвалідності. Автором першого, в якому акцентується увага на самій проблемі порушення нормального функціонування особистості, є А.Й. Капська.

А. Капська визначає медичну, економічну, функціональну і соціальну моделі інвалідності, що по-різному тлумачать її суть та причини появи. Зокрема, **медична модель інвалідності** акцентує увагу на патологіях, наявних у людини (вроджених чи тих, що з'явилися), за якими вона відрізняється від інших, "нормальних" людей. При цьому інвалід розуміється як неповноцінна людина у фізичному чи розумовому плані (або і в тому, і в другому). Міра неповноцінності визначається тим, наскільки він обмежений в різних сферах діяльності та його спрямованості до незалежного існування, починаючи від самообслуговування, переміщення, сприйняття світу тощо. Поліпшення стану інваліда досягається за рахунок відновлення фізичного чи розумового здоров'я медичними засобами.

У межах **економічної моделі** неповноцінними вважаються особи, які працюють за обмеженим часом, мають менше навантаження порівняно із здоровими людьми чи неспроможні працювати взагалі. Інваліди розглядаються, як люди менш продуктивні чи економічно обмежені. Згідно цієї моделі інвалідність – це довготривала чи постійна, повна чи часткова втрата працездатності внаслідок стійких чи важко порушених функцій організму у зв'язку з хворобою, травмою чи дефектом розвитку.

У Декларації про права інвалідів, прийнятій Генеральною Асамблеєю ООН в 1971 р., описано **модель функціональної обмеженості**, що визначає неповноцінність як нездатність особи виконувати ті чи інші функції порівняно із здоровими людьми. Людина з інвалідністю з цієї точки зору – це особа, яка не може самостійно забезпечити повністю чи частково потреби нормального особистого чи

соціального життя через вади, набуті чи вроджені, фізичні або розумові можливості.

Політична модель інвалідності акцентує увагу на особливих засадах правового захисту інвалідів та на неможливості їх брати активну участь у соціально-політичному житті суспільства.

Вищезазначені моделі роблять акцент на тому, що у людини з інвалідністю є відсутнім. Відтак, медична – акцентує на відсутності здоров'я, економічна – на неспроможності до продуктивної праці, політична – на обмеженості політичних прав і свобод, функціональна – на неспроможності у широкому розумінні цього слова. Причому в усіх зазначених моделях інвалідність залишається індивідуальною проблемою її носіїв.

Наступний підхід – **соціальна модель інвалідності** – зміщує дану проблему у проблему взаємовідносин між особистістю і різними соціальними інститутами. Згідно з цією точкою зору, люди з інвалідністю дійсно у фізичному чи психологічному плані відрізняються від здорових людей, але причина їх безпорадності не лише в їхніх особливостях, а в реакції на них соціального оточення. Труднощі людини з інвалідністю пов'язані не лише з відчуттям фізичного обмеження і дискомфорту, переживанням втрати своїх можливостей, але й з “багажем” того негативного ставлення, з яким зустрічається людина “з особливостями” у своєму найближчому оточенні. З інвалідністю асоціюється не лише фізична чи психічна неспроможність. Уявлення про інваліда як про людину, яка багато чого не може зробити, яка потребує допомоги інших, найчастіше викликає почуття жалю, інколи – навіть ігнорування, що заважає йому включатись у соціальні взаємовідносини. Щоб уникнути такого ставлення, інвалід спілкується лише з подібними до себе. За таких умов одним із головних наслідків інвалідності є переміщення людини в особливу соціальну групу, відмінною ознакою якої є її ізолюваність, а домінуючою його характеристикою інваліда виступає перерва у соціалізації, що призводить до соціальної бездіяльності, відчуження чи навіть деградації. Цей процес має назву соціальної дезадаптації.

Другий підхід пояснює інвалідність з точки зору медико-соціальної моделі і будується за принципом детермінації інвалідності (причинно-наслідкових зв'язків між хворобою, порушенням, обмеженням життєдіяльності, інвалідністю і соціальною недостатністю).

Медико-соціальну модель інвалідизації особистості визначено у «Міжнародній класифікації порушень, непрацездатності та соціальної недостатності», основу якої становить таксономія (систематизація) порушень, обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності.

Відхилення від норми у біологічному стані людини визначається терміном «порушення». *Порушення* – це будь-яка втрата чи аномалія психологічної, фізіологічної чи анатомічної структури або функції. Вважається, що термін «порушення» більш емкий, ніж «вада» і «розлад»

тому, що вміщує не тільки розлади і дефекти, а й інші аномалії – втрату органа, кінцівок, частини тіла. До поняття «порушення» входять також аномалії розумової діяльності. Як один із аспектів порушення розглядається *функціональне обмеження*.

Обмеження життєдіяльності розуміється як будь-яке обмеження чи відсутність (в результаті порушення) здатності діяти у такий спосіб, що вважається природним для людини. Обмеження життєдіяльності – це зниження комунікаційних здібностей, самообслуговування, орієнтації у просторі і часі, контролю за своєю поведінкою. Ступінь обмеження може бути тимчасовим чи постійним, зворотним, і незворотним, прогресивним і регресивним. Це процес, внаслідок якого обмежуються функції організму і діяльності людини у повсякденному житті, тобто – наслідок порушення чи психологічна реакція на нього. Відповідно до цього специфікація соціальної роботи повинна бути узгодженою із здібностями індивіда.

Під *соціальною недостатністю* розуміється така вада індивіда, що впливає із порушення чи обмеження життєдіяльності, через які людина не може виконувати в повному обсязі звичну для її становища роль в житті (залежно від віку, статі, соціального і культурного становища). Соціальна недостатність характеризує невідповідність потреб людини її становищу і очікуванням самого індивіда або соціальної групи, до якої він належить. Соціальна недостатність виникає у разі ізолюваності індивіда від сім'ї, відсутності мобільності і фізичного доступу до об'єктів соціального оточення та засобів комунікації, фізичної залежності від інших людей, низького рівня комунікації, незадоволеності потреби у самореалізації. Тобто поняття «соціальна недостатність» означає порушення людини у соціальній сфері, відсутність умов для гармонізації та гуманізації відносин людини і оточення. Тому поняття «соціальна недостатність» протилежне поняттю «соціалізація» і відбиває соціальні, економічні і культурні наслідки порушення функцій організму, що спричиняють інвалідизацію індивіда.

Залежність між поняттями «інвалідизація особистості», «порушення», «обмеження життєдіяльності» та «соціальна недостатність» можна зобразити так:

Отже, усвідомлюючи інвалідність як складне соціальне явище, яке поєднує взаємовідносини між індивідом, який має вади, соціальним контекстом в якому певна ситуація має місце, і значенням, яке їй приділяється, можна передбачити, що проблеми людей з інвалідністю можуть бути вирішеними настільки, наскільки суспільство готове змінити свої звички і очікування, щоб включити людей, котрі мають певні відхилення, в соціальне життя.

ІНВАЛІДИЗАЦІЯ ОСОБИСТОСТІ

Порушення:

вади психічного та фізичного розвитку,
хронічні захворювання

Обмеження життєдіяльності:

зниження здатності до:

- комунікації
- навчання
- самообслуговування
- рухової діяльності
- витривалості
- орієнтації
- соціальних взаємовідносин

Особливо складні умови

життя:

- проживання поза сім'єю;
- проживання в сім'ї, де один із батьків має асоціальну поведінку;
- проживання в сім'ї, де один із годувальників має статус

Дезадаптація

Соціальна недостатність

Інтеграція людей з вадами розвитку у суспільство - необхідність сучасності.

Існуючі стереотипи своєрідно таврують і дітей, і їхніх родичів, особливо дітей з проблемами психічного здоров'я, призводять до їх ізоляції від суспільства. Батьки соромляться говорити про свою дитину, бувати з нею серед інших людей, бояться, що її хтось не образив, не бажають зайвий раз відчувати на собі жалісні погляди або агресивну поведінку оточуючих.

Експерименти, які проводилися у Мінесотському університеті Марком Снайдером, доводять, як помилкова думка про соціальне оточення, що була колись сформована іншими людьми, може стимулювати феномен «біхевіоральне підтвердження». Ці експерименти дають змогу зрозуміти, яким чином думка, що сформована соціумом, - стереотипи про людей з фізичною чи розумовою недостатністю чи представників окремої раси або статі – може стати самопідтвердженням.

Інтеграція дітей з вадами розвитку у суспільство багато в чому залежить від створення позитивного іміджу таких дітей, тобто увага приділяється їхнім потенційним можливостям і тактовному поводженню з ними, щоб не принижувати людської гідності як дітей, так і їх батьків.

На думку багатьох спеціалістів, віднесення цієї категорії дітей до маргінальних груп населення розпочинається з термінології, яка «навішує ярлики», і вже лише цим створює негативні соціальні установки щодо них, особливо психічнохворих. Використання термінології, яка принижує гідність людини, є порушенням її прав і призводить до стигматизації дітей-інвалідів та їхніх батьків, тобто створюються певні негативні стереотипи, соціальні установки та атитюди стосовно людей з інтелектуальною, фізичною, сенсорною вадою, інвалідністю.

Сьогодні термінами, що сприяють формуванню позитивного іміджу дітей, є «діти з особливими потребами», «діти з проблемами у психічному здоров'ї», «люди з обмеженими психофізичними можливостями».

Уперше рух за гуманізацію термінології щодо дітей з вадами фізичного та психічного розвитку почала Міжнародна організація інвалідів, створена у 1980-1981 рр., щоб привернути увагу до проблем інвалідів у всьому світі. Міжнародна організація інвалідів відстоює права інвалідів (дітей, чоловіків і жінок), і разом з іншими всесвітніми організаціями є могутнім інструментом у боротьбі за права людини. За її ініціативи розроблено соціальну модель інвалідності, в контексті якої визначено поняття «порушення» й «інвалідність». *Порушення* – це функціональне обмеження індивіда, що спричинене фізичними, інтелектуальними чи сенсорними вадами. *Інвалідність* – втрата або обмеження можливості вести нормальне життя у суспільстві щодо реалізації рівних прав внаслідок фізичних чи соціальних бар'єрів.

Сьогодні можна виділити декілька аспектів понятійного апарату стосовно дітей з обмеженими психофізичними можливостями, а саме: медичний, педагогічний (дефектологічний, соціально-педагогічний), психологічний, правовий.

Так, правовий компонент формується на основі міжнародних документів. Одна з проблем – неадекватний оригіналові переклад термінології цих документів з англійської на російську, а потім на українську мову. Зокрема, в англійській мові слово «invalid», його можна знайти тільки при оцінці якості дослідницьких методик і процедур. Вважається, що вживання цього терміна стосовно людей з проблемами у психофізичному стані дискримінує їх права і принижує людську гідність. У англійській мові використовуються слова «disability», що означає нездатність – стан фізичного або розумового розладу, те, що робить людину нездатною; «handicap» - те, що робить людину нездатною, ускладнює розвиток. Більше того, останнім часом частіше вживається «children with disabilities» (діти з нездатностями) замість «disabled children» (нездатні діти). У Швеції замість «handikappede» (дефектна

дитина) використовується термін «barnet met handicap» (дитина з порушеннями). У перекладах на російську, а потім на українську мову «disability» і «handicap» вживаються терміни «інвалідність», «непрацездатність», «соціальна недостатність».

У російському й українському перекладах Конвенції ООН про права дитини вживається термін «неповноцінні діти». Це, мабуть, можна пояснити суто лінгвістичними проблемами, тобто відсутністю адекватного еквівалента мовлення. Разом з тим, у суспільній свідомості «неповноцінний» асоціюється з нецінним, недосконалим, непридатним. До другої половини ХХ ст. в українській і російській мовах слово «неповноцінний» взагалі вживається тільки щодо матеріальних цінностей (гроші, валюта). Можна припустити, що вперше воно застосоване фашистами для характеристики людей з вадами інтелектуального розвитку. Гітлер у «Майн кампф» наголошує: заборонити відтворення людей неповноцінних; усі дії і заходи з попередження дефективного потомства слід вважати найгуманнішими; хворі, які не підлягають лікуванню, повинні бути ізольованими.

Крім того, існування у нашій країні «культури корисності», яка культивувала людину, корисну для суспільства, а відтак соціально повноцінну, закріпило вживання поняття «неповноцінний» в українській мові стосовно дітей з вадами фізичного та інтелектуального розвитку.

У сучасному «Словнику української мови» «неповноцінний» тлумачиться як такий, у кого нема потрібних якостей, позбавлений багатьох позитивних ознак, тобто цей термін містить негативне семантичне навантаження.

Відповідно до прогресивних вітчизняних та зарубіжних психолого-педагогічних досліджень і рекомендацій Організації Об'єднаних Націй і ЮНІСЕФ наукова термінологія не повинна призводити до стигматизації дітей, адже використання термінів з негативним семантичним навантаженням створює додаткову психотравмуючу ситуацію для дитини та її батьків, акцентує увагу на протиставленні понять «норма» і «аномальність». Тому в регіональній моніторинговій доповіді Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) «Освіта для всіх» діти-інваліди і діти з порушеннями у психофізичному розвитку виокремлюються в категорію «дітей з особливими потребами».

Інтеграція людей з вадами розвитку у суспільство - важливе завдання гуманістичного суспільства, де оптимальні умови для розвитку повинні відповідати потребам кожної особистості. Максимальна адаптація людини з особливими потребами задля оптимальної самореалізації – мета і завдання соціальної роботи з даною категорією населення.

ЛЕКЦІЯ 2.

Організація охорони здоров'я населення України (2 години)

План

1. Поняття «здоров'я», «охорона здоров'я» та основи організації охорони здоров'я.
2. Поняття «медицина», «медична допомога», структура органів.
3. Коротка характеристика структури і функцій медичних закладів.

Рекомендована література

Основна:

1. Закон України «Про основи законодавства», ст. 78, п. «а».
2. Закон України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування» [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20131001_0.html
3. Конституція України (ст. 49).
4. Цивільний кодекс України (ст. 284, п. «д» ст. 6).
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19 листопада 1992 р. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
6. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / Л. А. Чепелевська, О. Р. Ситенко, В. В. Бедний [та ін.] ; за ред. В. В. Лазоришинця. – К., 2014. – 607 с. : іл., табл.
7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
8. Нетяженко В.З. Загальний та спеціальний догляд за хворими / В.З. Нетяженко, А.Г. Сьоміна, М.М. Присяжнюк – К., 1993. – 304 с.

Додаткова:

1. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. Проф. Я.Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.

Електронні джерела:

1. Система охорони здоров'я в США [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://pidruchniki.com/17280924/sotsiologiya/sistema_ohoroni_zdorovya_spolucheni_h_shtatah#457

1. Поняття «здоров'я», «охорона здоров'я» та основи організації охорони здоров'я

Однією з основних цінностей людського життя є здоров'я. Це поняття має різні визначення. Зокрема, за визначенням ВООЗ, «здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або тілесних вад, це стан повного фізичного, соціального благополуччя людини».

Науковці пропонують таке визначення: «Здоров'я» – це стан оптимального функціонування організму, доброго самопочуття людини, нормальної її життєдіяльності».

Стан здоров'я людини визначається низкою факторів і передумов, які прийнято зводити до 4-х груп факторів. Називаючи їх, одночасно покажемо питому вагу у відсотках кожної групи факторів. Тож наше здоров'я зумовлено:

1. на 10% – від організації, якості медичної допомоги;
2. на 20 % – від спадковості людини (генетично);
3. на 20% – від факторів і умов навколишнього середовища, як природного так і соціального;
4. на 50% – від рівня освіченості, культури людини, способу її життя, відношення до свого здоров'я.

Отже, стан здоров'я людини, перш за все, залежить від неї самої. Розуміючи, що це велика цінність, передумова самореалізації, щасливого життя, цивілізована людина турбується про своє здоров'я, укріплює його. Несвідомі люди вважають, що відношення до здоров'я – це їх особиста справа.

Складовою державної політики є турбота людей, тобто охорона здоров'я населення. Під охороною здоров'я слід розуміти складну систему державних, суспільних та індивідуальних заходів які спрямовані на збереження здоров'я населення.

Основними нормативними актами, що регламентують організацію охорони здоров'я в Україні є:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р., з наступними змінами та доповненнями.
2. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р.
3. Загальнодержавна програма "Здоров'я - 2020: український вимір".

Які ж державні органи організують і здійснюють охорону здоров'я? Це органи влади, як законодавчі, так і виконавчі, як центральні, так і регіональні.

Перш за все – це Верховна Рада України, яка виробляє політику в цій галузі, розробляє нормативну основу, закладає на ці цілі у бюджет певні кошти.

Далі – Президент України виступає у ролі гаранта забезпечення права громадян на ефективну охорону здоров'я, безоплатну і доступну медичну допомогу.

Нарешті, Кабінет Міністрів України, його міністерства і відомства організують взагалі і по окремим галузям господарства предметну роботу по забезпеченню охорони здоров'я населення. Не існує жодного міністерства, відомства, яке б не виконувало певну сукупність функцій по охороні здоров'я. Адже всюди працюють люди, а їх здоров'я є багатством і продуктивною силою. Разом з тим, спеціально уповноваженим центральним державним органом, на який

безпосередньо покладено управління цією справою є Міністерство охорони здоров'я.

І тут у державній політиці допущена небезпечна помилка, тому що архіважлива соціальна сфера віддана у ведення доволі скромного міністерства з досить обмеженими можливостями. Про роль цього відомства яскраво висловився академік Микола Амосов, який стверджував, що у нас фактично немає Міністерства охорони здоров'я, а є лише залишки, осколки Міністерства медичної допомоги.

Адже тільки на 10% наше здоров'я залежить від медиків. Визначальними тут є рівень життя людей, їх культура і спосіб життя, стан виробництва, екології, тобто такі фактори, на які медики не мають суттєвого впливу. Ось чому, як образно кажуть, охорона здоров'я у нас сильно кулягає, а медицина дуже хвора.

2. Поняття "медицина", "медична допомога", структура органів

Важливою складовою охорони здоров'я населення є організація медичної допомоги.

Медицина (від лат. тесісіпе – лікувальна справа) - це особлива галузь знань і практики, що вивчає порушення здоров'я людини, їх діагностику і лікування.

Практичний напрямок медицини називають медичною допомогою.

Медична допомога – це комплекс спеціальних заходів, які передбачають надання людям необхідної допомоги у випадку захворювання, травми, іншого патологічного процесу. Існують різні види і рівні медичної допомоги. Це зокрема: перша допомога, долікарська допомога, кваліфікована медична допомога. Розглянемо їх сутність і відмінність:

1. перша медична допомога – це комплекс невідкладних і відносно простих заходів допомоги, яка надається при нещасних випадках, гострих станах з метою рятування життя та поліпшення страждань потерпілого. Таку допомогу надає собі сам потерпілий (самодопомога) або інші особи, що опиняються поблизу місця події (взаємодопомога);
2. долікарська – це система медичних заходів, які здійснюються по відношенню до хворого або потерпілого середнім медичним працівником (фельдшером, медичною сестрою);
3. кваліфікована медична допомога – це комплекс лікувально-діагностичних заходів, які здійснюються лікарями або іншими спеціалістами із закінченою вищою медичною освітою.

3. Коротка характеристика структури і функцій медичних закладів

Медичну допомогу населенню надає система різноманітних медичних закладів, серед яких, перш за все, розрізняють керівні та практичні.

Згадаємо, що центральним керівним органом системи є Міністерство охорони здоров'я (фактично медичною допомогою). В регіонах керівні функції виконують відповідні управління (відділи) охорони здоров'я: обласні, міські, районні. В тих районах, де такі управління не утворені, керівництво здійснюють безпосередньо головні лікарі центральних районних лікарень. Це ланки керівництва по вертикалі: від міністерства до лікарень. Крім того, існує керівництво по горизонталі, яке здійснюють у регіонах відповідні обласні, міські, районні адміністрації. Таким чином, медичні заклади мають подвійне керівництво: спеціальне і загальне.

Практичні медичні заклади дуже різноманітні і класифікуються за різними ознаками, зокрема, залежно від:

1. окремих територій, населенню яких надається медична допомога: це медичні заклади республіканські, обласні, міські, районні, сільські;
2. напрямків допомоги, заклади бувають санітарно-протиепідемічними та лікувально-профілактичними;
3. контингентів населення, що обслуговуються: заклади дитячі, жіночі, геріатричні;
4. профільності, спеціалізації: бувають заклади загальні, багатопрофільні, а також вузькоспеціалізовані (венерологічні, протитуберкульозні тощо);
5. по рівню, кваліфікованості медичної допомоги, заклади бувають первинного, вторинного і третинного рівня:
 - первинний рівень: це найбільш поширений, відносно простий і наближений до населення рівень медичної допомоги, що передбачає можливість огляду і консультації у фельдшера чи лікаря загальної практики, проходження простих лабораторних обстежень, при необхідності, направлення до спеціалістів вищого рівня. Така допомога надається медпунктами різного виду, сільськими амбулаторіями, центрами сімейної медицини;
 - вторинний рівень: це надання кваліфікованої, при потребі спеціалізованої медичної допомоги, всебічне діагностичне обстеження і комбіноване лікування, одержання різних медичних послуг. Представниками такого рівня є звичайні міські, районні поліклініки та лікарні;
 - третинний рівень: це висококваліфікована та вузькоспеціалізована лікарська допомога, яку надають сучасні діагностичні центри, обласні лікарні, спеціалізовані клініки;
6. залежно від особливостей організації медичної допомоги: заклади бувають амбулаторні та стаціонарні.

Детальніше розглянемо останній підхід. Амбулаторними називають заклади, в які хворий приходить на прийом, обстеження, лікування і повертається додому. Важкі хворі можуть одержувати необхідну медичну допомогу безпосередньо на дому. До числа амбулаторних медичних

закладів відносять медпункти, амбулаторії, медсанчастини, консультації, поліклініки, диспансери, тощо. Коротко про специфіку призначених закладів кожного виду:

- амбулаторія: це невеликий лікувально-профілактичний заклад первинного рівня медичної допомоги. Такі заклади звичайно діють в сільській місцевості, в них працює по 2-3 лікарі основних фахів (терапевт, педіатр, стоматолог). У розпорядженні хворих процедурний і часто фізіотерапевтичний кабінети, з відносно простим обладнанням;
- медсанчастина – щодо структури і штату медпрацівників схожа на амбулаторію, але обслуговує працівників великого підприємства чи господарства. Це форма наближення медичної допомоги до місця роботи трудящих, з обслуговуванням не за територіальним, а за виробничим принципом. Окрім надання лікувально-діагностичної допомоги, цехові лікарі та інші медпрацівники здійснюють певну профілактичну роботу, заходи по забезпеченню здорових і безпечних умов праці;
- поліклініка – це звичайно великий, багатoproфільний медичний заклад, що обслуговує населення міста або району. Лікувально-профілактичну допомогу хворим надають не тільки лікарі широкого профілю (терапевти, хірурги, невропатологи), але і біля двох десятків спеціалістів вузького профілю (окулісти, отоларингологи, кардіологи тощо). Поліклініка має потужне діагностичне відділення, з низкою лабораторій, рентгенкабінети, кабінети функціональної діагностики, що дозволяє проводити хворим комплекси необхідних лабораторно-діагностичних обстежень. Також існує реабілітаційне відділення з кабінетами фізіотерапії, лікувальної фізкультури тощо, де хворі проходять відновлювано-оздоровче лікування, одержують різні медичні послуги;
- диспансер – це лікувально-профілактичний заклад вторинного, навіть іноді третинного рівня, який надає хворим кваліфіковану, спеціалізовану допомогу при певних складних, вузьких видах патології. Поширеними є такі види диспансерів: психоневрологічний, протитуберкульозний, онкологічний, кардіологічний тощо.

Стаціонарні лікувально-профілактичні заклади, як правило, вторинного та третинного рівня медичної допомоги забезпечують таку допомогу хворим з важкими, складними видами патології. В таких закладах хворі знаходяться цілодобово і одержують повний комплекс показаних лабораторно-діагностичних та кваліфікованих лікувальних заходів. До числа стаціонарних закладів відносять лікарні, госпіталі, клініки, пологові будинки, санаторії тощо. Зрозуміло, лікарні є найбільш поширеними і важливим закладом, тому їх вивченню буде окремо присвячена наступна тема. Про інші види закладів наведемо коротку довідку:

- госпіталь (шпиталь) – це лікувально-профілактичний заклад вторинного, третинного рівня допомоги. Їх специфіка полягає у тому, що кваліфікована медична допомога надається військовослужбовцям строкової служби, а також колишньому офіцерському складу Збройних Сил, що знаходяться у запасі або відставці, а також є інваліди війни;
- клініка – це високої кваліфікації лікувально-профілактичний заклад третинного рівня медичної допомоги. Клініки мають передове сучасне медичне обладнання, в них працюють висококваліфіковані спеціалісти з науковими ступенями і званнями. Окрім звичайних для лікувальних закладів функцій, вони виконують і відмінні, притаманні саме їм завдання. А саме, вони є науковими базами для вивчення і апробації нових, передових методів лікування, а також навчальними центрами для практичного навчання студентів-медиків, підвищення кваліфікації практикуючих лікарів;
- в) санаторії – це оздоровчі медичні заклади, основою лікувального процесу в яких є використання цілющих природних факторів курортів, зокрема, особливого клімату, мінеральної води, лікувальної грязі, морських купань тощо.

ЛЕКЦІЯ 3.

Органи, що встановлюють інвалідність, їх структура та функції (2 години)

План

1. Система органів МСЕК в Україні, схема структури.
2. Завдання керівних і наукових органів МСЕК.
3. Спільне в діяльності усіх медико-соціальних експертних комісій (МСЕК).

Рекомендована література

Основна:

1. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/875-12
2. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/2961-15
3. Наказ Міністерства юстиції України від 05 червня 2012 р. № 420 «Про затвердження порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам яким заподіяно ушкодження здоров'я з виконанням трудових обов'язків».
4. Про затвердження «Положення про медико-соціальну експертизу» і Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда». Постанова Кабінету Міністрів України від 22.02.1992 № 83.
5. Постанова Кабінету Міністрів України «Про порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи» від 04.04.1994
6. Типове положення про обласний центр медико-соціальної експертизи, затверджене МОЗ України 06.07.1992.
7. Терміни та поняття у медико-соціальній експертизі / За ред. А.В. Іпатова. – Дніпропетровськ: Укр. НДІМСГПН, 2001.

Додаткова:

1. Коваль О. Реалізація прав громадян під час проходження медико-соціальної експертизи та прав осіб із інвалідністю: інформаційно-аналітичне видання / О.Я Коваль, Л.Л. Тарасенко, Т.Г. Яцків – Львів, 2012. – 128 с.

1. Система органів МСЕ в Україні, схема структури

Медико-соціальна експертиза є, з одного боку, наукою, галуззю знань, а з другого – системою установ, закладів. Метою теми є вивчення устрою системи органів МСЕ в Україні, також основних функцій, завдань кожної з ланок системи.

Органи медико-соціальної експертизи побудовані на основі наступних організаційних принципів:

- державність та демократичний централізм;
- відомча належність до системи охорони здоров'я;
- територіальний принцип обслуговування населення;
- здійснення експертної роботи на базі лікувально-профілактичних закладів.

Всі існуючі в нашій державі органи медико-соціальної експертизи прийнято поділяти на три складові частини. А саме, розрізняють керівні, наукові та практичні органи. Щодо керівних органів МСЕ, то в системі існує дві управлінські ланки: центральна та регіональні. Центральним органом, що здійснює керівництво експертною справою у масштабі всієї України є Управління МСЕ, що структурно входить до складу Міністерства охорони здоров'я України. Друга ланка керівництва працює в обласних містах, інших адміністративних центрах подібного рівня (автономія Крим, міста республіканського підпорядкування Київ та Севастополь). Ця ланка має неоднозначну назву: це є центри або бюро медико-соціальної експертизи*. По аналогії з попередньою ланкою, можемо здогадатися, що ці центри (бюро) входять до структури відповідних (як правило, обласних) управлінь охорони здоров'я.

Наукові центри медико-соціальної експертизи представлені, перш за все, спеціалізованими науково-дослідними інститутами системи. В Україні таких інститутів, відомчо належних системі охорони здоров'я, є два. Головний інститут працює у Дніпропетровську, - це Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності (Укрдерж НДІМСШН). Другий інститут діє у Вінниці - це науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів (ВНДІРІН). Певну наукову роботу з проблем МСЕ також здійснюють відділення та кафедри медико-соціальної експертизи, що працюють в складі різних медичних науково-дослідних інститутів, а також медичних вищих навчальних закладів (ВНЗ).

Практичні органи МСЕ – це не що інше, як сітка різноманітних медико-соціальних експертних комісій (МСЕК). У схемі відображені три різновиди комісій. їх прийнято поділяти за двома ознаками. А саме, існують МСЕК двох рівнів:

- вищі (наприклад, обласні);
- первинні (міські, міжрайонні).

Також, в залежності від профілю, розрізняють загальні комісії, які приймають на експертний огляд хворих з різними захворюваннями (органів дихання, органів травлення тощо), а також

спеціалізовані МСЕК, що забезпечують експертну допомогу хворим з певними вузькими видами патології (наприклад, хворим на туберкульоз або на психічні захворювання).

Основним структурним осередком системи є групи медико-соціальних експертних комісій, що об'єднані під началом центрів (бюро) МСЕ обласних відділів охорони здоров'я.

Низка стрілок, що з'єднує між собою окремі ланки, показує що всі складові структури органів МСЕ тісно пов'язані між собою і утворюють цілісну систему, що функціонує на принципах демократичного централізму.

2. Завдання керівних і наукових органів МСЕ

Зрозуміло, що керівні органи медико-соціальної експертизи, при певній відмінності завдань окремих ланок, виконують управлінські функції щодо діяльності інших складових системи. До числа основних функцій належать:

1. організаційна робота – керівні органи, виходячи з насущних потреб, створюють сітку необхідних наукових і практичних органів МСЕ, займаються комплектуванням штатів спеціалістів цих органів тощо;
2. інструктивно-методична функція полягає в тому, що за допомогою низки нормативних актів (інструкцій, методичних рекомендацій тощо) керівні органи регламентують і спрямовують діяльність підвідомчих органів МСЕ;
3. контрольна функція, яка пов'язана з правом керівних органів перевіряти усі ланки діяльності підвідомчих органів МСЕ і приймати по результатах перевірок необхідні заходи, спрямовані на подальше вдосконалення роботи;
4. координаційна функція, що пов'язана з встановленням необхідних ділових контактів, координацією діяльності між органами МСЕ та іншими зацікавленими відомствами. Особливо це стосується взаємодії з місцевими органами влади, управлінням охорони здоров'я та соціального захисту, господарським та профспілковим активом.

Розповсюдженими керівними установами в системі органів МСЕ є центри (бюро) медико-соціальної експертизи, діяльність яких регламентована Типовим положенням про обласний центр МСЕ, затвердженим МОЗ України 06 липня 1992 року.

Центр (бюро) – це самостійна установа, яка створюється за рішенням облдержадміністрації і за погодженням з Управлінням МСЕ. Очолює Центр головний лікар, він же головний експерт області. В структуру Центру входять адміністративна частина, а також сітка медико-соціальних експертних комісій регіону.

До числа основних функцій центру належать такі:

- комплектування та облік кадрів сітки органів МСЕ регіону;

- забезпечення методичної та консультативної допомоги спеціалістами МСЕК;
- організація навчальної роботи лікарів ЛКК та МСЕК з метою підвищення ділової кваліфікації;
- організація клініко-експертного обстеження хворих та інвалідів в лікувально-профілактичних закладах з метою вирішення складних експертних питань, визначення реабілітаційного потенціалу;
- ведення обліку та аналізу показників інвалідності серед населення регіону з метою організації цілеспрямованої профілактичної роботи.

Наукові органи медико-соціальної експертизи здійснюють такі основні функції:

1. науково-дослідницька робота над актуальними проблемами теорії і практики МСЕ;
2. інформаційно-методична функція, яка полягає у доведенні до відома та керівництва інших органів МСЕ інформації про досягнення експертної науки та передовий досвід діяльності практичних закладів;
3. навчальна функція, що пов'язана з організацією при наукових центрах факультетів підвищення кваліфікації, де лікарі-експерти та інші спеціалісти МСЕК здійснюють професійне вдосконалення;
- 4) обстежувально-консультативна функція, яка полягає в тому, що в клініках наукових інститутів, за направленнями інших органів МСЕ, здійснюється поглиблене обстеження і консультування хворих та інвалідів у складних і конфліктних випадках медико-соціальної експертизи.

Більш детальне уявлення про завдання наукових органів МСЕ можна одержати ознайомившись з діяльністю Українського НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (УНДІМСПІН). Головними напрямками діяльності інституту є такі:

- участь у законотворчій діяльності щодо проблем інвалідності;
- удосконалення організації медико-соціальної допомоги в Україні;
- розробка проблем профілактики інвалідності та реабілітації інвалідів;
- методична та консультативна допомога спеціалістам МСЕК;
- організація роботи по підвищенню кваліфікації лікарів-експертів.

В штаті інституту майже 350 працівників, серед них більше ніж 70 наукових співробітників, серед яких шість докторів і 22 кандидати медичних наук. В структурі інституту діють два основні підрозділи: науково-дослідна частина та клініка.

Провідним науковим підрозділом є відділ досліджень медико-соціальних проблем інвалідності та реабілітації інвалідів. До функцій цього відділу входять:

1. проведення наукових досліджень з пріоритетних напрямків діяльності інституту;

2. здійснення спільної з Управлінням МСЕ МОЗ України організаційно-методичної роботи по розв'язанню проблем медико-соціальної експертизи;
3. формування інформативно-аналітичної бази даних про діяльність органів МСЕ та показники інвалідності серед населення України.

За останні роки науковцями відділу виконані актуальні науково-дослідні роботи з проблем реформування систем медико-соціального обслуговування населення, зниження рівня інвалідності серед населення і вдосконалення реабілітаційної роботи тощо. Результати наукових досліджень активно впроваджуються в практику. На їх підставі розроблена більшість діючих нормативних актів з питань медико-соціальної експертизи.

Практичною базою інституту є його клініка на 300 ліжок; сім відділень клініки надають населенню терапевтичну, хірургічну, неврологічну, травматологічну, кардіологічну, очну та іншого профілю медико-експертну допомогу. Основні завдання клініки такі:

- за направленнями органів МСЕ вирішення складних питань медико-соціальної експертизи;
- надання МСЕК необхідної методико-консультативної допомоги;
- поглиблене обстеження хворих та інвалідів відповідно науковим дослідженням інституту;
- відновне лікування, медична реабілітація інвалідів з тяжкою патологією.

Щорічно в клініці інституту проходять обстеження і лікування біля п'яти тисяч хворих та інвалідів.

Таким чином, науково-дослідний інститут здійснює важливу роботу по науковому забезпеченню служби медико-соціальної експертизи України.

3. Спільне в діяльності усіх медико-соціальних експертних комісій (МСЕК)

Зрозуміло, що основною складовою системи органів МСЕ є сітка медико-соціальних експертних комісій різного виду.

Перш ніж говорити про призначення комісій кожного виду, необхідно усвідомити, що в діяльності усіх МСЕК існує певна схожість. Тому спочатку розглянемо спільне для всіх експертних комісій.

Така спільність обумовлена рядом підходів. Усі МСЕК діють на основі певної науково-методичної та нормативної бази, єдиних організаційних принципів, у руслі провідних завдань медико-соціальної експертизи.

Існує значна схожість між МСЕК щодо їх складів та штатів. Інколи виникає плутанина у розумінні цих дещо різних понять, тому необхідні пояснення. Склад МСЕК – це група лікарів, інших кваліфікованих спеціалістів, які будучи рівноправними членами комісій, засідають разом і колегіально вирішують питання, що входять до завдань медико-

соціальної експертизи. Усі члени МСЕК, як правило, але не обов'язково, входять до штату працівників комісії. Крім них, до штату входить допоміжний, технічний персонал. Це, зокрема, середні медичні працівники, програміст, водій тощо.

До постійного складу МСЕК звичайно входить 5 членів. Серед них 3-4 лікарі-експерти різного фаху, один з яких, найбільш досвідчений, призначається головою МСЕК, Також у складі комісії обов'язково є спеціаліст з проблем відновлення здоров'я і життєдіяльності людини, тобто лікар-реабілітолог. Нарешті, як правило, до складу комісії входить такий спеціаліст, як психолог.

Окрім постійних членів МСЕК, до участі в роботі комісії можуть залучатися різні представники. Раніше до складу експертних комісій включалися представники від місцевих управлінь соцзахисту (спеціалісти, що займаються проблемами інвалідів), а також від профспілок (робітники, службовці), Зараз інститут таких представників ліквідований як недоцільний. Натомість, до складу МСЕК можуть включатися представники від фондів соціального страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, а також у зв'язку з трудовим каліцтвом та професійним захворюванням. Розгляд справ колишніх військовослужбовців та осіб до них прирівняних має здійснюватися за участю представників служб охорони здоров'я відповідних відомств України (міністерств оборони та внутрішніх справ, державних комітетів служби безпеки та прикордонної служби тощо).

Зрозуміло, що для вирішення складних експертних питань на засідання МСЕК можуть запрошуватися представники різних інших відомств, зокрема, з підприємств і господарств, закладів охорони здоров'я та соціального захисту тощо. Разом з тим, такі представники не включаються до складу експертних комісій, а виконують функції дорадчі, консультативні.

Існує певна схожість між експертними комісіями в питанні, що стосується їх прав. Згідно п. 20 Положення про медико-соціальну експертизу, всі МСЕК мають право:

- одержувати від органів охорони здоров'я, підприємств і господарств необхідні для роботи відомості;
- при потребі направляти хворих до лікувально-профілактичних закладів для уточнення діагнозу і відновного лікування;
- відвідувати підприємства, установи, організації, обстежувати умови праці, знайомитися з даними, що належать до компетенції комісії;
- подавати державним органам матеріали для вжиття відповідних заходів стосовно посадових осіб, які обмежують права інвалідів.

Відповідно до п. 8 Порядку організації та проведення медико-соціальної експертизи до основних завдань МСЕК входить, зокрема, встановлення у громадян:

- характеру та ступеню обмеження життєдіяльності та працездатності;

- інвалідності, її групи, причини і часу настання;
- ступеню втрати працездатності у відсотках;
- потреби направлення у будинки-інтернати для інвалідів та престарілих.

Якщо уважно проаналізувати зміст роботи будь-якої МСЕК, то можна виділити дві пов'язані між собою складові діяльності, а саме, роботу експертну і роботу організаційно-методичну.

Експертна робота пов'язана з проведенням засідань комісії, всебічним обстеженням хворих, оцінкою у них стану здоров'я, життєдіяльності, працездатності; при наявності підстав, встановлення інвалідності і вирішення інших, пов'язаних з цим експертних питань, які згадувалися вище.

Організаційно-методична робота МСЕК – це комплекс різноманітних забезпечувальних експертну роботу та допоміжних заходів. Перш за все, це заходи організаційні, навчальні, методичні, аналітичні, профілактичні, консультаційні тощо. Якщо пояснити це простіше, то для забезпечення реалізації завдань комісії необхідно вирішити питання про приміщення і обладнання, про кадри спеціалістів та їх навчання, про організацію роботи по попередженню та зниженню інвалідності серед населення, про координацію діяльності з органами охорони здоров'я та соціального захисту, про ведення діловодства і документообіг тощо.

Всі ці питання, з певними особливостями, мають вирішувати експертні комісії будь-якого рівня і профілю.

ЛЕКЦІЯ 4.

Поняття реабілітації людей з функціональними обмеженнями, види реабілітації, правова основа. Роль ерготерапії в реабілітації людей з особливими потребами (2 години)

План

1. Поняття реабілітації, правові основи.
2. Сучасний стан проблеми реабілітації людей з інвалідністю.
3. Ерготерапія як вид професійної діяльності: теоретичний аналіз.
4. Процес ерготерапії: особливості організації та реалізації
5. Ерготерапія як напрям соціальної роботи з людьми з ортопедичними порушеннями.
6. Реабілітація хворих з розладами нервової системи ерготерапевтичними засобами

Рекомендована література

Основна:

1. Соболь Є.Ю. Реабілітаційні заходи щодо інвалідів в Україні: правовий підхід / Є.Ю. Соболь // Право і безпека. – 2012. – № 4. – с. 241–244.
2. Про реабілітацію інвалідів в Україні : Закон України від 6 жовтня 2005 р. № 2961-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2006. – №2–3. – С. 36.
3. Про загальнообов'язкове державне страхування : Закон України від 9 липня 2003 р. № 1058-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – №№ 49–51. – Ст. 376.
4. Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам: Закон України від 16 листопада 2000 р. №2109-III // Відомості Верховної Ради України. – 2001. – №1. – Ст. 2.

Додаткова:

1. Іванова І.Б. Проблеми соціально-психологічної адаптації інвалідів / І.Б. Іванова // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інтеграція аномальної людини в сучасній системі соціальних відносин». – К., 1994. – С. 32–34.
2. Комарова Н.М. Інвалідність як соціальна проблема сучасного українського суспільства / Н.М. Комарова, Р.Я. Левін, О.В. Вакуленко // Український соціум. - 2003. – № 1 (2). – С. 38–45.
3. Офіційний сайт Мінпраці України [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.mlsp.gov.ua/control/uk/publish/category>.
4. Поляк О.В. Проблеми соціальної реабілітації осіб з обмеженою дієздатністю – "духовна реабілітація" [Електронний ресурс] / О. Поляк // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : збірник наукових праць. – К. : Університет "Україна", 2004. – 448 с.

Електронні джерела:

1. Конвенція про права інвалідів від 13 грудня 2006 р. : постанова Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 р. № 80 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.
2. Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інвалідів: постанова Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 р. № 757 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2007-%D0%BF>.
3. Про затвердження Порядку надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80-2007-%D0%BF>.
4. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_306/page.
5. Черняева Т.И. Социальная реабилитация «нетипичных» детей. (Зарубежный и российский опыт) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.isras.ru/files/File/Socis/2005-6/chernyaeva_soc_rehabi.pdf.

1. Поняття реабілітації, правові основи.

Серед проблем інвалідності на одне з перших місць в останні роки виходить проблема реабілітації інвалідів.

Спочатку необхідно розібратися з походженням і сутністю самого поняття “реабілітація”. Це слово походить від латинського “rehabilitatio”, що означає “відновлення”. В історичному плані цей термін тривалий час застосовувався в юридичному розумінні як зняття звинувачення і відновлення в правах. І тільки в 50-60 роках ХХ століття термін набуває нового, медико-соціального тлумачення. Оскільки цією проблемою стали займатися спеціалісти різного фаху, то виникли різні підходи до розуміння сутності реабілітації. Ось чому до нашого часу немає однозначного визначення цього поняття.

Медики розуміють реабілітацію хворого як систему заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених функцій організму, на нормалізацію стану здоров'я в цілому. Соціологи та психологи вважають, що метою реабілітації є відновлення у людини порушених здатностей до професійної, громадської, побутової діяльності і створення умов для оптимальної інтеграції у суспільство. З точки зору юристів, реабілітація - це комплекс заходів, що регулюють правовідношення між суб'єктами щодо організації відновлення (підтримування) медичного, трудового та соціального статусу громадян.

Таким чином, реабілітація хворих та інвалідів - комплексна, інтегральна проблема, що має ряд складових, які тісно пов'язані між

собою і навіть переплітаються. Звідси прийнято виділяти ряд напрямків реабілітації, зокрема: медико-психологічний, соціально-професійний, соціально-психологічний тощо. З навчальною метою дещо спростимо цю проблему і для зручності вивчення виокремимо чотири види реабілітації інвалідів: психологічну, медичну, професійну та соціальну. Кожний з цих напрямків реабілітації буде розглянутий на наступних заняттях.

Узагальнюючи все досі сказане, дамо уніфіковане визначення поняття “реабілітація”:

Реабілітація інваліда – це складний процес, система медичних, психологічних, педагогічних, професійних та інших заходів, що спрямовані на надання особам з функціональними обмеженнями необхідної допомоги у відновленні та компенсації порушених функцій організму, можливе усунення обмежень їх життєдіяльності для досягнення соціальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції у суспільство.

Проблема реабілітації інвалідів є досить актуальною. Адже в нашій країні чисельність інвалідів майже досягає трьох мільйонів громадян, що є біля шести відсотків всього населення. Інвалідність - це не тільки трагедія окремо взятої людини, це низка проблем державного рівня. Розв'язання цих проблем є важливою складовою соціальної політики держави. З цією метою вищими законодавчими та виконавчими органами України прийнято ряд нормативних актів, зокрема це:

- Закон “Про основи соціальної захищеності інвалідів” від 21.03.91 з наступними змінами і доповненнями;
- Закон „Про державні соціальні стандарти і соціальні гарантії” від 05.10.2000;
- Закон „Про соціальні послуги” від 19.06.2003;
- Закон „Про реабілітацію інвалідів в Україні” від 06.10.2005.

Незважаючи на економічні та інші складні проблеми, які Україна переживає в наші дні, проблеми інвалідності, зокрема, реабілітації інвалідів, постійно перебувають в полі зору уряду держави і поступово розв'язуються.

2. Сучасний стан проблеми реабілітації людей з інвалідністю.

Інвалідність є соціальним явищем, уникнути якого не може жодне суспільство. У всьому світі майже кожна десята людина зазнає тих чи інших обмежень, з них майже 470 млн. людей працездатного віку. Ці дані засвідчують масштабність та глобальний характер проблеми інвалідності. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів проголошують, що кожна людина та її потреби важливі для суспільства.

У Радянському Союзі імідж здорового суспільства створювався за рахунок ізоляції людей з інвалідністю. Україна успадкувала цю систему, таким чином люди з інвалідністю рідко зустрічаються серед широкого загалу. Десятиліттями система реабілітації була спрямована в

основному на медичну реабілітацію, залишаючи поза увагою соціальну та трудову реабілітації. Як правило, люди з інвалідністю були працевлаштовані на спеціальних закритих та субсидованих підприємствах, що сприяло їх подальшій ізоляції від суспільства. Негативні наслідки перехідного періоду вплинули на них більше ніж на інші соціальні групи. Сьогодні, людям з інвалідністю досить важко знайти точку опори на ринку праці. Наразі лише 22% людей з інвалідністю працездатного віку працевлаштовані. Кількість інвалідів в Україні за останні 5 років зросла на 5,5% і на початок 2010р. складала 2,7 млн. осіб, або майже 6% загальної чисельності населення. За даними Державного комітету статистики України, на початок 1999р. в Україні налічувалося понад 2,5 млн. осіб офіційно визнаних інвалідами, тобто близько 5% усього населення країни. Якщо на початку 1990-х рр. загальна кількість інвалідів у країні становила трохи менше 3% населення (близько 1,5 млн. осіб), то на 1 січня 2010р. вона перейшла 6%-й рубіж і дорівнювала 2 млн. 741 тис. Такі статистичні дані приблизно вдвічі менше за середньосвітовий оціночний орієнтир (10%). Така різниця поки що не знайшла чіткого пояснення, але важко уявити, що вітчизняна ситуація настільки відрізняється у кращий бік від загальносвітової, враховуючи реалії української економіки, екології, соціальної підтримки найбільш уразливих верств населення протягом останніх 10–15 років.

Фахівці роблять різні припущення щодо такої різниці. Можливо, вона криється в різних критеріях установлення інвалідності, оскільки в різних країнах світу існують різні підходи та різні концепції. Можливо, певна частина людей хоча й відчуває за станом здоров'я певні обмеження щодо повноцінного здійснення біологічних і соціальних функцій, але не звертається до медичних установ для встановлення інвалідності. Так може бути через те, що обмежені можливості цих людей не підкріплені явними ознаками вад і захворювань, які входять до офіційного переліку, котрим керуються медико-соціальні експертні комісії при встановленні інвалідності. Дехто може не звертатися через неухвалене ставлення до власного здоров'я. Така поведінка характерна для жителів тоталітарних суспільств. І цей феномен, можливо, не зник повністю в частини населення й у посттоталітарних умовах. Інколи люди можуть не звертатися через недостатню поінформованість. І, очевидно, далеко не кожний, у кого спостерігаються стійкі розлади певних функцій (наприклад погіршення функцій органів чуття, серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату внаслідок перенесених інфекційних захворювань тощо), систематично проходить курс лікування і, відповідно, у разі необхідності отримує тимчасову або постійну інвалідність. Можливо, впливає і те, що ті, хто за визначеними медичними критеріями об'єктивно має право на встановлення інвалідності, не завжди в змозі це право реалізувати у зв'язку з матеріальними проблемами, через побутові причини або бюрократичні

перешкоди. Може впливати віддаленість місця проживання від осередків соціальних і медичних служб, недостатня уважність з боку фахівців на місцях, необізнаність самої людини та її оточення щодо послідовності потрібних дій і адресності звернень, особливо в сільській місцевості, невеликих поселеннях тощо.

Таким чином, можна припустити, що певна частина людей з обмеженими можливостями не потрапляє до зведень офіційної статистики. Таку різницю між вітчизняною статистикою і світовими оцінками слід враховувати при оцінці ситуації, хоча й офіційна цифра (майже 2,7 млн.) теж достатньо вагомий показник актуальності проблеми інвалідності для України. До того ж, щоб реально уявляти кількісний аспект проблеми, слід мати на увазі, що близько 20% інвалідів становлять інваліди I групи і діти-інваліди, тобто ті, хто значною мірою потребує обслуговування іншими людьми. Особливу стурбованість викликають тенденції процесу інвалідизації населення України у динаміці останніх 6 років. Так, з 2005 по 2010 рр. майже всі щорічні показники інвалідизації (окрім загальної кількості населення, що зменшується) зростали. щорічно кількість осіб з функціональними обмеженнями прямо пропорційно збільшувалася, тобто процес зростання не уповільнювався з роками. Важливо, що ця тенденція посилювалася зі зменшенням населення країни. Показники інвалідності населення є важливим індикатором, який характеризує стан здоров'я нації та певною мірою може відображати рівень розвитку системи охорони здоров'я та ефективність реалізації соціальної політики держави. Упродовж останніх років Україна проводить послідовну політику переходу від медичної до соціальної моделі інвалідності, що передбачає комплексне розв'язання проблем інвалідності та кардинальної зміни підходів до ролі і місця людей з обмеженими фізичними можливостями в економічному та соціальному житті суспільства. Аналіз стану забезпечення людського розвитку осіб з обмеженими фізичними можливостями ґрунтується на співставленні фактичних даних та даних про потребу людей з інвалідністю в освіті, працевлаштуванні, певному рівні матеріального добробуту, охороні здоров'я тощо.

Високу частку інвалідів у загальній чисельності населення України обумовлено комплексним впливом багатьох чинників, серед яких найбільш значущими є наступні:

- дефіцит бюджетних асигнувань на лікувально-профілактичні заходи;
- нестача медичних кадрів та недостатня кількість сучасного лікувального обладнання (особливо у сільській місцевості);
- забруднення навколишнього середовища, у першу чергу, наслідки аварії на Чорнобильській АЕС;
- інтенсивний розвиток техніки, транспортних технологій та урбаністичних процесів, що призводить до зростання техногенного травматизму;

- непослідовна та низько результативна охорона та безпека праці, особливо на підприємствах недержавної форми власності, що призводить до високого виробничого травматизму.

Відсутність культури здорового способу життя, нераціональне харчування, споживання сурогатів спиртних напоїв також патогенно впливають на стан здоров'я нації. Існує пряма та значна кореляція між соціально-економічними проблемами розвитку суспільства та зростанням показників інвалідності.

Значна кількість населення з інвалідністю потребує вирішення багатьох проблем, що пов'язані із розширенням можливостей людського розвитку. У рамках проведення аналізу стану забезпечення людського розвитку осіб з інвалідністю в Україні слід зосередити увагу на віковій структурі населення з інвалідністю з метою визначення відповідних потреб різних вікових категорій.

Так, у період з 2005 по 2008 рік спостерігалась негативна тенденція до зростання частки дітей-інвалідів як у загальній чисельності інвалідів, так і в чисельності дітей віком від 0 до 14 років. Високий показник інвалідності дітей зумовлений цілою низкою соціально-економічних причин, серед яких основними є: недосконалість існуючої системи медичного забезпечення дітей та підлітків, погіршення якості харчування, техногенні перевантаження, зменшення обсягу профілактичних програм в амбулаторно-поліклінічній ланці охорони здоров'я, недосконалість системи психолого-педагогічної підтримки дітей із соціально неблагополучних родин, неефективність освітніх програм для формування у дітей культури здоров'я тощо.

Для дітей з інвалідністю важливою складовою людського розвитку є забезпечення належної освіти. Адже ефективна адаптація та інтеграція дітей, з порушеннями фізичного та/або розумового розвитку у суспільство неможливі без здобуття ними повноцінної дошкільної, шкільної та позашкільної освіти. Так, у 1,7 тис. спеціальних дошкільних навчальних закладів здобуває освіту 35,1 тис. дітей-інвалідів. У порівнянні із 2004р. кількість таких закладів збільшилася на 126 одиниць, проте чисельність дітей-інвалідів у них зменшилася на 2,4 тис. осіб. Причиною зменшення частки дітей, що перебувають у спеціальних дошкільних закладах, може бути широке впровадження навчання дітей з легкими формами інвалідності у звичайних дошкільних навчальних закладах.

Після здобуття дошкільної освіти подальше формування особистості дітей з особливими потребами, забезпечення їх соціально-психологічної реабілітації, трудової адаптації здійснюється у загальноосвітніх навчальних закладах. Незважаючи на те, що останнім часом навчання дітей-інвалідів у загальноосвітніх навчальних закладах визнано державним пріоритетом, так і не створено достатніх умов для його забезпечення, через те, що переважна більшість дітей-інвалідів

продовжує здобувати освіту у спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах.

Для категорії дорослих інвалідів актуальним є підвищення рівня їх зайнятості, що є одним із пріоритетів державної соціальної політики щодо людей з інвалідністю. Загальновизнано, що саме трудова діяльність відіграє особливу роль у процесі інтеграції інвалідів до суспільного життя, це допомагає їм відчутти власну необхідність як з боку родини, так і суспільства в цілому, подолати наслідки інвалідності, поліпшити власний матеріальний добробут завдяки отриманню заробітної плати, забезпечити повноцінну реабілітацію.

Протягом останніх років спостерігається стійка позитивна тенденція до збільшення кількості фактично працюючих інвалідів на підприємствах (об'єднаннях), в установах та організаціях, які подали звіти про зайнятість і працевлаштування інвалідів до регіональних відділень Фонду соціального захисту інвалідів. Так, якщо у 2003 році на таких підприємствах працювало 288 296 інвалідів, то у 2008 році – 427 864 інвалідів, тобто чисельність зайнятих інвалідів зросла майже у 1,5 рази.

Реалізація політики щодо інтеграції інвалідів у суспільство на сучасному етапі потребує забезпечення максимально зручних умов життя і побуту людей з обмеженими фізичними можливостями, зокрема створення "безбар'єрного" середовища, в якому зазначена категорія громадян матиме можливість без ускладнень користуватися усіма елементами інфраструктури, відвідувати будь-які об'єкти житлового та громадського призначення, вільно пересуватися транспортом, користуватися засобами зв'язку та мати доступ до інформації.

Проте рівень доступності навколишнього простору для людей з різними формами інвалідності поки що залишається однією з найнагальніших проблем. Складність у забезпеченні доступності полягає в тому, що люди з різними формами інвалідності потребують різних видів доступності. Так, інваліди-візочники потребують забезпечення пологого в'їзду у приміщення та відповідну ширину дверей, наявність ліфтів відповідного розміру тощо. У той час люди зі слабким зором потребують написів на основних об'єктах шрифтом Брайля і т.п. Тому визначити однозначно, на який відсоток доступним є навколишнє середовище для людей з інвалідністю досить складно.

Варто визнати, що за останні роки хоча й зроблено суттєві кроки щодо розробки та реалізації соціальної політики щодо цієї категорії громадян, проте, низка серйозних проблем залишається не вирішеними. Основною метою державної соціальної політики щодо інвалідів в Україні має бути забезпечення рівних можливостей та реалізація конституційних прав цієї категорії громадян, створення сприятливих правових, політичних, соціально-економічних, медичних, психологічних, організаційних умов і гарантій для забезпечення людського розвитку та інтеграції у суспільне життя.

3. Ерготерапія як вид професійної діяльності: теоретичний аналіз

Серед інноваційних технологій роботи з людьми з функціональними обмеженнями сьогодні особливе місце займає ерготерапія – з одного боку нова технологія соціальної роботи з людьми з особливими потребами в Україні, а з іншого – професійна діяльність, що має тривалу історію і є основою реабілітаційної діяльності у багатьох країнах світу вже не одне десятиліття.

Як спеціальність, ерготерапія сформувалася після Другої світової війни, коли суспільство зіткнулося з проблемою масової інвалідизації людей працездатного віку і необхідністю їх реабілітувати. Сьогодні ця спеціальність здобувається в університетах і коледжах усіх розвинутих країн світу, а також в країнах Африки, Азії і Південної Америки. Актуальність ерготерапії у сучасному суспільстві доводить і той факт, що вже більше 50 років існує і успішно функціонує Всесвітня Федерація Ерготерапевтів (WFOT), яка сьогодні налічує приблизно 60 країн-учасників. В Україні дана спеціальність ще не включена до переліку спеціальностей, але навички ерготерапевта в рамках професійної підготовки здобувають і реабілітологи, і психотерапевти, і соціальні працівники (соціальні педагоги).

Ерготерапія (Occupational Therapy) (з лат. ergon - праця, заняття, греч. therapia - лікування)– це спеціальність, яка базується на науково доведених фактах того, що цілеспрямована, доцільна для людини активність (діяльність) допомагає покращити її функціональні можливості (рухові, емоційні, когнітивні, психічні).

Мета ерготерапії –_максимально можливе відновлення здатності людини до незалежного життя (самообслуговування, продуктивної діяльності, відпочинку), незалежно від того, які у неї є порушення, обмеження життєдіяльності чи обмеження участі у житті суспільства.

Завдання ерготерапії:

- виявити наявні порушення, відновити чи розвинути функціональні можливості людини, які необхідні у повсякденному житті (активності);
- допомогти людині з обмеженими можливостями стати максимально незалежною у повсякденному житті шляхом відновлення (розвитку) втрачених функцій, використання спеціальних пристосувальних приладів, а також адаптації навколишнього середовища;
- створити оптимальні умови для розвитку і самореалізації людини з обмеженими можливостями через її «зайнятість» у різних сферах життєдіяльності і , в кінцевому результаті, покращити якість її життя.

Спеціаліста, професійною діяльністю якого є ерготерапія, називають ерготерапевтом. Ерготерапевт – спеціаліст, який допомагає пацієнтам (клієнтам) досягнути максимально можливого для них рівня функціонування і незалежності у всіх аспектах життя, не дивлячись на наявні фізичні обмеження.

У ерготерапії термін «зайнятість» (occupation) стосується не тільки роботи чи трудотерапії. У контексті ерготерапії цей термін характеризує різні види діяльності, які людина реалізує у повсякденному житті, надаючи йому змістового наповнення. У науковій літературі розділяють активність у повсякденному житті, активність у роботі і в продуктивній діяльності, а також активність у грі, відпочинку та в організації й проведенні дозвілля.

Активність у повсякденному житті включає в себе:

- заходи з особистої гігієни (догляд за волоссям, вмивання, користування туалетом);
- одягання;
- прийом їжі;
- дотримання правил, необхідних для підтримки і збереження здоров'я;
- соціалізацію;
- функціональну комунікацію і рухливість;
- можливість бути мобільним у відкритому середовищі;
- задоволення сексуальних потреб.

Активність у роботі і в продуктивній діяльності передбачає:

- виконання домашніх обов'язків (догляд за одягом, прибирання приміщення, приготування їжі, підтримка чистоти і безпечне проживання);
- турботу про інших людей;
- можливість навчатися чомусь новому;
- дослідницькі види діяльності (вибір і здобуття спеціальності, пошук роботи, виконання роботи, планування переходу на пенсію, добровільна участь у громадських заходах тощо).

Активність у грі, відпочинку повинна включати:

- можливість вибору гри, способу відпочинку;
- можливість виконувати необхідні дії під час гри чи відпочинку

Таким чином, ерготерапія покликана покращити якість життя людей, що мають порушення здоров'я. Порушення здоров'я – це фізичне, духовне і соціальне неблагополуччя, пов'язане з втратою, аномалією, розладом психологічної, фізіологічної, анатомічної структури чи функції організму. Людина, втрачаючи звичні для себе фізичні можливості, стає нездатною виконувати звичайні повсякденні дії, через що з'являється відчуття неповноцінності і залежності від інших людей. Постійне відчуття, того, що вона є для когось тягарем, призводить до появи невротичних змін особистості, з'являються депресивні реакції, порушуються міжособистісні відносини. Це насамперед є наслідком того, що у кожної людини дуже високою є потреба по можливості самостійно задовольняти хоча б частину основних життєвих потреб.

У процесі проведення ерготерапевтичних заходів необхідно дотримуватися наступних принципів:

- уявлення про індивідуальну повсякденну діяльність пацієнта (клієнта) повинно базуватися на детальній оцінці факторів, що включають індивідуальні особливості особистості та її соціальне середовище; необхідно мати уявлення про можливий потенціал клієнта до розвитку і самовдосконалення;
- клієнт (пацієнт) активно залучається до процесу ерготерапії; взаємовідносини між клієнтом та ерготерапевтом носять характер співробітництва, що видозмінюється при зміні умов функціональних можливостей та життєдіяльності клієнта у його соціально значущому оточенні, а не в лікувальному закладі, і пов'язані з повсякденною діяльністю;
- повсякденна діяльність використовується як терапевтичний засіб; ерготерапевтичні заняття дозволяють розвивати здібності та навички клієнта, які можуть бути і будуть використовуватися у повсякденному житті; завдяки цим навичкам людина може адаптуватися до оточуючого світу і мати можливість самореалізації.

Ерготерапевти працюють з різними віковими категоріями клієнтів, практично в усіх галузях медицини. Вони допомагають людям, які мають фізичні, когнітивні, емоційні чи психічні порушення, відставання в розвитку чи вікові зміни. Ці спеціалісти працюють у госпіталях, клініках, поліклініках, реабілітаційних центрах, санаторіях, денних стаціонарах, спеціальних школах і дошкільних закладах, у сімейній медицині і на виробництві. Багато ерготерапевтів викладають у вищих та у середніх навчальних закладах, надають консультативну допомогу.

Окрім оцінки рухової активності клієнта ерготерапевт повинен діагностувати його когнітивні функції, оцінку і критичність стосовно свого стану, соціального статусу, професійної орієнтації, улюблених занять, можливих способів комунікації з оточуючими (при цьому не виключається можливість створення альтернативних способів спілкування). При цьому спеціаліст має вміти оцінити наявний і потенційний рівень можливостей клієнта, співставляючи його з тим, що потрібно клієнту, що для нього важливо, чого прагне клієнт і на що він здатний.

Таким чином, робота ерготерапевта, охоплюючи усі сфери життєдіяльності особистості, покликана забезпечити максимально повне пристосування людини з функціональними порушеннями до життя в навколишньому середовищі, з одного боку, а з іншого - створити умови, за яких ця людина може самореалізуватися і почувати себе потрібною суспільству, близьким і собі.

4. Процес ерготерапії: особливості організації та реалізації

Ерготерапія – це процес співробітництва спеціаліста з клієнтом (пацієнтом) та його сім'єю, яке включає оцінку ситуації, постановку цілей та проведення програми втручання з метою реабілітації та адаптації клієнта.

Процес ерготерапії починається з діагностики клієнта за допомогою бесіди (інтерв'ю) і спостереження, а також включає в себе використання різноманітних тестів, шкал-опитувальників, що дають уявлення про клієнта, про його фізичні та інтелектуальні можливості, психологічні і ментальні (душевні) особливості, а також про зайнятість і діяльність клієнта.

У ході діагностики ерготерапевт визначає, які види діяльності доступні клієнту, наскільки реальних перелік видів діяльності і життєвих ролей відповідає способу його життя до початку захворювання (чи теоретично можливому відповідно до діагнозу, якщо клієнт має захворювання з дитинства), і як вони співвідносяться з статтю і віком клієнта. Окрім цього, ерготерапевт оцінює, що собою представляє середовище, що оточує клієнта в лікарні, вдома, на роботі. При оцінці оточення ерготерапевта зацікавить перш за все безпека клієнта. Оцінюється як фізичне оточення (наприклад, висота робочих поверхонь і сидінь, можливість пересування), так і соціальне та культурне оточення.

Після проведення оцінки спільно з клієнтом ставляться цілі, спрямовані на виконання діяльності, що є важливою для клієнта. Ці цілі повинні бути досягнуті клієнтом у визначені завчасно строки і узгоджуватися з реабілітаційними цілями, які окреслює ерготерапевт спільно з мультидисциплінарною командою спеціалістів, що залучатимуться до роботи з даним клієнтом.

Обов'язковою умовою ефективності ерготерапії є усвідомлення клієнтом своєї проблеми в момент початку проведення роботи.

Відповідно до поставлених цілей ерготерапевт планує і проводить втручання, спрямоване на відновлення втрачених функцій чи на адаптацію, підбір необхідного обладнання чи пристосувань, після чого оцінюється ефективність проведеного втручання. Далі розглядається реальна можливість постановки нових цілей.

Можливість досягнення клієнтом прогресу у фізичному, психічному чи соціальному розвитку, відновлення звичних для нього видів активності чи набуття нових навичок визначає необхідність продовження ерготерапевтичного втручання.

Стратегія ерготерапевтичного втручання базується на індивідуальному підході до кожної людини. Існують різні ситуації (інсульт, травма, дефекти розвитку і т.д.), у яких людина, більшою чи меншою мірою, втрачає можливість жити повноцінним життям – доглядати за собою, виконувати звичні для кожного дії – працювати і заробляти гроші, робити покупки, виконувати домашню роботу, відпочивати чи займатися улюбленими справами. З активного члена суспільства така людина стає пасивним об'єктом для догляду. Завдання ерготерапевта – не допустити обмеження життєдіяльності людини, обмеження її участі у житті суспільства і зробити її якомога активнішою при виконанні поставлених задач.

Процес ерготерапії базується на кількох принципово важливих підходах, основними серед яких є наступні:

- клієнту повинна надаватися висококваліфікована допомога, направлена на покращення якості його життя;
- найважливішим ресурсом ерготерапії є сам клієнт (або батьки чи особи, що їх замінюють, у випадку, якщо клієнтом ерготерапевта є дитина). Він (клієнт), спільно з ерготерапевтом, ставить довготривалі чи короткотермінові цілі втручання. Їх спільне завдання – допомогти розкрити і використати особистісний потенціал клієнта і його бажання досягнути поставленої мети;
- ерготерапевт є членом міждисциплінарної команди, яка включає фізичного терапевта, спеціального педагога, соціального педагога. Лише спільними зусиллями міждисциплінарної команди і клієнта (батьків дитини) можна досягнути позитивних результатів;
- в процесі проведення ерготерапевтичних заходів клієнта треба розглядати в контексті оточуючого середовища (фізичного і соціального), з врахуванням їх взаємного впливу і при умові їх активної та постійної взаємодії;
- взаємовідносини ерготерапевта та клієнта повинні характеризуватися як відкриті, побудовані на взаємодовірі та взаємовідповідальності.

Таким чином, для того, щоб максимально повно зберегти чи відновити життєві ролі клієнта (пацієнта), повністю чи частково втрачені після перенесеного захворювання чи травми, а також повернути його до звичних умов діяльності та життя у суспільстві, обов'язковим учасником реабілітаційного процесу повинен бути ерготерапевт. При цьому важливим критерієм і показником успішної взаємодії у процесі реабілітаційного ерготерапевтичного впливу має бути активність клієнта.

Допомога ерготерапевта особливо необхідна людям з функціональними обмеженнями *після випуски із лікарні*. Як відомо, цей період є найскладнішим для пацієнта, адже людина залишається наодинці із своїми обмеженими можливостями і невідомими перспективами. У результаті цього значно (до 50-60% випадків) збільшується ризик розвитку депресії.

Важливою частиною реінтеграції клієнта є *правильна організація його вільного часу*. Дозвілля – це не просто проведення позаробочого часу, але і можливість визначитися з власними індивідуальними потребами і бажаннями. У людей з особливими потребами з високою рекреаційною активністю посилюється самосприйняття власного фізичного і соціального «Я», вони мають змогу відчувати більший контроль над своїм життям. Таким чином, доцільна організація дозвілля людини з обмеженими можливостями є необхідною умовою її соціальної реінтеграції, що сприяє пом'якшенню стресогенних факторів і покращенню самопочуття клієнта. Роль ерготерапії у цій сфері

життєдіяльності особистості полягає у тому, щоб розробити індивідуальні методи та підходи для зростання у клієнта рекреаційної активності.

У роботі з найближчим оточенням клієнта основним напрямом діяльності ерготерапевта є *профілактика «синдрому вигорання»*. Родичі людини, що має функціональні обмеження, потребують прямої професійної психологічної підтримки спеціаліста. За даними опитувань, найближчі родичі, що доглядають за хворою людиною, з моменту захворювання відчують наростаючу тривожність, стрес і депресію, зниження можливості вибору та контролю над ситуацією, що склалася, зменшення продуктивності праці. Вони відчують себе покинутими і не бачать своєї «потрібності суспільству»; основною своєю функцією і завданням вони вважають лікування і реабілітацію хворого родича.

У таких випадках особливо ефективними є групові заняття з клієнтами та людьми, що їх доглядають. За результатами таких занять спостерігаються значні позитивні тенденції у стані як хворого клієнта, так і його оглядальників (зниження тривожності, послаблення депресії, покращення внутрішньосімейних взаємовідносин тощо).

При збереженому інтелекті люди з обмеженими фізичними можливостями можуть активно здобувати освіту та виконувати фізично доступні для них види професійної діяльності. В Україні виникає проблема з облаштуванням об'єктів соціального значення (транспорту, закладів освіти, робочих місць), яке могло б дозволити людям з функціональними порушеннями вільно пересуватися, що, в свою чергу, обмежує їх участь у соціальному та культурному житті суспільства, значно знижує можливість людей з фізичними обмеженнями працевлаштуватися і приносити користь собі та оточуючим. Ерготерапевти за кордоном працюють над тим, щоб покращити доступ своїх клієнтів до об'єктів соціальної інфраструктури, що з одного боку, покращує соціально-культурний рівень їх країн, а з іншого, створює умови для соціальної інтеграції їх клієнтів. В Україні, на жаль, така робота проводиться швидше теоретично (законодавчо закріплені можливості працевлаштування інвалідів, але роботодавцям «дешевше» оплатити адміністративні стягнення, ніж облаштувати робоче місце для людини з особливими потребами).

Особлива роль у ерготерапевтичній роботі відводиться індивідуальному психологічному консультуванню клієнтів та осіб з їх найближчого оточення. Після виписки з лікарні чи з реабілітаційного центру (на початку фази соціальної реінтеграції) клієнт потребує ефективних інтервенцій з боку психологів, соціальних працівників та соціальних педагогів для розвитку адаптивних механізмів, що дозволять йому пристосуватися до оточуючого світу у новому для себе статусі людини з обмеженими можливостями. У той же час така допомога часто є недоступною для клієнта в силу різних причин (віддалене місце проживання, обмежений доступ транспорту, обмежена мобільність клієнта, відсутність особистого транспорту, недостатня кількість

спеціалістів і т.д.). Підготовка ерготерапевтів збільшить кількість залучених до роботи з людьми з функціональними обмеженнями фахівців і знизить навантаження на вже залучених спеціалістів.

Ще одним важливим напрямом реалізації ерготерапії є наставництво клієнтів (пацієнтів), які вже мають досвід пристосування свого порушення до умов навколишнього середовища (або набутий самостійно, або в результаті співпраці з ерготерапевтом та його командою).

Наставництво (інформування і підтримка) клієнтів, що вже мають досвід пристосування до життя у відкритому суспільстві, ерготерапевтом є ефективним способом інтервенції для забезпечення стабільності соціальної реінтеграції клієнта. Наставництво може бути корисним і тому, що психологічна і соціальна підтримка клієнта після травми має тенденцію до зменшення. Це може відбуватися через емоційного дискомфорту у друзів клієнта, що є наслідком їх розуміння неможливості змінити стан речей, допомогти хворому справитися з труднощами, що виникли. У той же час клієнтам з інвалідністю навпаки, необхідна підтримка рідних, близьких, друзів і колег о роботі. Соціально-психологічна підтримка в цілому і підтримка з боку наставників-ерготерапевтів є цінним компонентом пристосування хворого до самостійного життя з травмою, адже вона мотивує повсякденну діяльність і підвищує задоволеність клієнта життям через підвищення соціальної компетентності клієнта (його здатності ефективно використовувати наявні внутрішні і зовнішні ресурси у адаптації до оточуючого середовища).

Ефективність ерготерапевтичної роботи забезпечується через уміння змінювати уявлення про потреби людей з фізичними обмеженнями. Ерготерапевт повинен навчити родичів, близьких і самого клієнта сприймати себе у цілісному контексті як повноцінну особистість, а не як «інваліда», «неповноцінного», акцентуючи увагу на здібностях, життєвих цінностях клієнта, на його інтересах.

При проведенні ерготерапевтичної інтервенції необхідно враховувати вплив на клієнта та його найближчого оточення факторів навколишнього середовища (відповідність обстановки вдома і на вулиці функціональним можливостям людини з порушеннями – наявність ліфтів, пандусів, спеціальних пристосувань для пересування тощо). Адже ці, для здорової людини «дрібниці», для людини з обмеженнями є серйозною перешкодою навіть для звичайної прогулянки.

Отже, ерготерапія виступає напрямом соціальної роботи з людьми з функціональними обмеженнями, що спрямована на адаптацію такої людини до життя у відкритому соціальному середовищі. Реалізація ерготерапевтичної діяльності потребує спеціальної професійної підготовки і повинна забезпечуватися навчальними закладами різних рівнів акредитації, адже фахова підготовка ерготерапевтів є необхідною

умовою підвищення соціальної допомоги і підтримки осіб з функціональними обмеженнями.

5. Ерготерапія як напрям соціальної роботи з людьми з ортопедичними порушеннями.

Найчастіше ерготерапевти працюють з людьми, які внаслідок різних причин мають порушення опорно-рухового апарату (спинна травма, дитячий церебральний параліч, реабілітація після переломів різного характеру: хребта, шиї, кінцівок тощо). Це пов'язано насамперед з тим, що саме ортопедичні порушення займають провідне місце серед функціональних обмежень, що призводять до інвалідності.

Порушення функцій опорно-рухового апарату можуть носити як вроджений, так і набутий характер. Відхилення в розвитку дітей з такою патологією відрізняється значною поліморфністю і ступенями вираженості.

Рухові порушення у дітей з обмеженими функціями опорно-рухового апарату можуть мати різний ступінь вираженості. При важкій ступені дитина не володіє навичками ходьби і маніпулятивною діяльністю, вона не може самотійно обслуговувати себе. При середній ступені рухових аномалій діти оволодівають ходьбою, але пересуваються за допомогою спеціальних механізмів (милиць, канадських паличок і т.д.); спостерігається також порушення маніпулятивних дій – відповідно, виникають проблеми у самообслуговуванні, у пересуванні за межами квартири, двору тощо. При легкій ступені рухових порушень діти самотійно ходять, їх хода впевнена як в приміщенні, так і поза його межами. Вони повністю себе обслуговують, у них достатньо розвинута маніпулятивна діяльність. Однак у хворих можуть спостерігатися неправильні патологічні пози, положення тіла, їх рухи не досить влучні, загальмовані; знижена м'язова сила, є недоліки дрібної моторики.

Залежно від виду та складності порушення будується ерготерапевтична робота з дитиною та її найближчими родичами, адже завдання ерготерапевта полягає не тільки і не стільки у забезпеченні максимальної адаптованості дитини, а й у навчанні батьків чи інших осіб, що працюють з дитиною, основним технікам та методам роботи. При адаптації дитини чи дорослого з порушеннями опорно-рухового апарату до самотійного життя ерготерапевти застосовують допоміжні засоби різного характеру, що залежить від функціональних обмежень клієнта.

Розглянемо найбільш поширені з таких засобів.

1. Універсальна манжета.

Універсальна манжета ідеально підходить для дітей та дорослих, чії руки мають незначну силу або зовсім безсилі (Див.Рис.1).



Рисунок 1. Універсальна манжета

Зручний утримувач манжети цілковито пристосований до стану та розміру руки конкретного пацієнта. Манжета допомагає утримувати столові прибори, зубну щітку чи інші дрібні предмети. Також може допомогти утримувати інструменти під час уроків музики для людей з особливими потребами [22].

2. Засіб для ефективного друку

Це пристосування (Див. Рис.2) необхідне для тих людей з особливими потребами, чия професійна діяльність пов'язана з роботою за комп'ютером. Також цей засіб використовується для розширення кола спілкування людей з обмеженими функціональними можливостями, адже працюючи в Інтернеті, вони мають можливість знайти собі нових друзів і спілкуватися, уникаючи важких для них обмежень у пересуванні: переходів, підйомів, з'їздів, виїздів тощо.



Рисунок 2. Засіб для ефективного друку

Засіб для ефективного друку можна надійно закріпити, що забезпечує користувачу безперешкодне бачення клавіатури. Його одягають на ліктьову частину передпліччя - спеціальна підкладка захищає долоню від пошкоджень (натирань, мозолів тощо). Це

пристосування може стати в пригоді людям, що страждають судомами пальців, які унеможливають використання пристосувань, які потрібно утримувати пальцями. Його можна легко підігнати під потрібний розмір.

Часто не тільки у людей з порушеннями опорно-рухового апарату, але й у тих, хто переніс інсульт, виникають проблеми з тонічністю м'язів (порушення м'язового тону). Регулювання м'язового тону забезпечується узгодженою роботою різних ланок нервової системи. Внаслідок патології нервової системи, ДЦП чи після перенесеного захворювання нерідко спостерігаються порушення у дрібній моториці, у координації рухів або навіть паралічі. За таких умов доречними будуть нижче охарактеризовані ерготерапевтичні засоби.

3. Підйомник з ліжка

Підйомник з ліжка (Див. Рис.3) – пристосування, що допомагає пацієнтам, яким складно самостійно піднятися з ліжка.



Рисунок 3. Підйомник з ліжка

За допомогою цього пристосування пацієнт зможе сісти на ліжку не напружуючи свої стегна чи гомілки. Підйомник з ліжка допомагає пацієнтам використовувати силу м'язів живота і спини, щоб сісти у ліжку. Чотири підйомні петлі розташовані на відстані 10 дюймів (25 см) одна від одної. 40 дюймова (102 см) довга біла петля кріпиться навколо ноги чи рамки ліжка (Див. Рис. 5).

4. Мотузьяна драбина для ліжка

Мотузьяна драбина для ліжка допомагає пацієнтам з паралічем та/чи загальною ослабленістю м'язів підняти себе і сісти в ліжку. Допомагає надійно вмотуватися під час повороту. Слід переконатися, що мотузьяна драбина прикріплена до чогось поблизу рук пацієнта, так щоб він міг дотягнутися до неї, щойно прокинеться. Драбина кріпиться до одного краю діжка пацієнта, щоб йому було легше підняти себе і сісти.

5. Ремінь, що допомагає піднімати ногу

Ремінь, для підйому ноги (Див. Рис.4-5) може допомогти пацієнтам, що страждають на:

- артрит;

- заміну стегнового суглоба;
- надлишкову вагу;
- інсульт;
- травми спини;
- травми коліна чи гомілки;
- поширеного склерозу;
- хворобу Паркінсона;
- травми хребта.

Це пристосування, дозволяє пацієнтові самостійно пересувати хвору ногу.



Рисунок 4-5. Ремінь, що допомагає піднімати ногу

Ремінь для підняття ноги є простим, але практичним пристосуванням, особливо потрібним для людей з обмеженою спроможністю нижніх кінцівок. Він допомагає їм підняти ногу, щоб поставити її на підніжку інвалідного візка, ліжка чи сісти в автомобіль.

Часто ерготерапевти у своїй роботі стикаються з проблемами побутового характеру: клієнтам внаслідок захворювання важко одягатися (або ця функція їм взагалі недоступна), посуд, яким вони користуються, незручний чи постійно висковзує з рук внаслідок низької тоничності м'язів. У ерготерапевтичній практиці існують засоби, що частково вирішують вищеперелічені проблеми.

6. Пристосування для полегшення одягання.

6.1. Палка для одягання

Це надзвичайно корисне багатоцільове пристосування. Призначене для натягування, стягування та заціпання одягу. Допомагає навіть підіймати одяг з підлоги. На одному боці 610 міліметрового дерев'яного держака, розташовано гачок для натягування чи стягування, а з іншого боку – гачок для блискавок (Див. Рис. 6).



Рисунок 6. Палка для одягання

6.2. Гачки для ґудзиків

Гачки для ґудзиків (Див. Рис. 7) - це просте вирішення щоденних проблем клієнтів Особи, чиї пальці позбавлені гнучкості, зможуть застебнути ґудзики за допомогою одного з цих дуже ефективних пристосувань. Потрібно лише протягти металеве вічко через петлю, зачепити нею ґудзик і знову витягнути її через петлю в одязі. Маленький гачок пристосовано для сорочок та блузок, а от великий гачок чудово підійде для курток та пальт.



Рисунок 7. Гачки для ґудзиків

6.3. Пристосування для одягання шкарпеток

Пристосування для одягання шкарпеток (Див. Рис. 8) призначене для осіб, яким важко дотягнутися до своєї стопи і одягти шкарпетки чи панчохи. Пристосування дозволяє одягати шкарпетки не перехиляючись і не згинаючи коліно



Рисунок 8. Пристосування для одягання шкарпеток

Для того, щоб одягти шкарпетку, треба взяти її шкарпетку і натягнути на пристосування для одягання шкарпеток. Пристосування має легко ковзнути у шкарпетку і розтягнути її. Далі, тримаючись за ручки пристосування, потрібно опустити ту його частину, де закріплено носок, на підлогу, поставити ногу так, щоб пальці ноги були прямо напроти відкритої шкарпетки, і проштовхнути ногу у шкарпетку, тримаючись за ручки. Нога має легко ковзнути у

шкарпетку. Далі треба потягнути пристосування за лямки і шкарпетка натягнеться на ногу (Див. Рис.9).



Рисунок 9. Використання пристосування для одягання шкарпеток

7. Пристосування для полегшення прийому їжі.

7.1. Підставки для закріплення предметів

Нерідко клієнти ерготерапевтів стикаються з проблемою, коли внаслідок обмежених функціональних можливостей руки (чи обох рук) вони не можуть самостійно приймати їжу: посуд зісковзує, його важко взяти в руку тощо. У таких випадках ерготерапевти застосовують підставки для утримання предметів на поверхні (стола, наприклад) (Див. Рис. 10–11)



Рисунок 10–11. Підставки для закріплення предметів

Спеціальний матеріал (рогожа), з якого виготовлені підставки, утримує предмети від хитання і вислизання. Цей особливий матеріал кріпиться на поверхні з обох сторін, щоб убезпечити предмети від вислизання, але не пошкоджує їхню поверхню. Використовується на ручках підносів та столах, щоб посуд та столові прибори, ручки чи олівці не ковзали по поверхні. Такі підставки ідеально підходять для домашнього, офісного, лабораторного вжитку, їх також можна використовувати у човнах та караванах. Нековзкі рогожі можуть бути різноманітних форм, розмірів та кольорів. Контраст кольорів важливий у тих випадках, коли пацієнти старшого віку чи мають порушення зору – їм буде легше помічати робочу поверхню. Можливість поставити білу миску на яскраво забарвлену рогожу, не лише зробить її легше помітною, але й стійкою.

7.2. Спеціально пристосований посуд

Доволі часто у своїй роботі ерготерапевти пропонують клієнтам спеціальні ложки, що має особливу ручку (Див. Рис. 12).



Рисунок 12. Ложка для людей з порушеннями дрібної моторики

Таку ложку легко тримати навіть тоді, коли вона волога. Прорезинене вінілове покриття захищає від механічних пошкоджень зуби

і губи клієнта. Така ложка ідеально підходить для дітей із спастичними порушеннями, обмеженням координації рук.

Підсумовуючи вищевикладене, можемо зробити висновок про те, що ерготерапевти у своїй роботі з клієнтами, що мають порушення опорно-рухового апарату, або проходять реабілітацію після перенесеного інсульту користуються великою кількістю допоміжних засобів, які за кордоном виробляються промисловим способом. В Україні ж такі засоби з'являються лише у якості гуманітарної допомоги. Елементарні засоби, які використовують ерготерапевти у своїй роботі з метою побутової адаптації клієнта, нескладні у своєму виготовленні і можуть бути зроблені самотужки або спеціалістом (ерготерапевтом), який працює з клієнтом, або людьми, які зайняті доглядом за ним.

Крім побутової реабілітації, ерготерапевти налагоджують зв'язок клієнта та членів його сім'ї з психологом, психотерапевтом чи іншими спеціалістами, необхідність у допомозі яких виникає у процесі проведення ерготерапевтичного втручання.

6. Реабілітація хворих з розладами нервової системи ерготерапевтичними засобами

Завдання ерготерапевта у роботі з клієнтом полягає у тому, щоб створити умови, які сприятимуть внутрішньому управлінню індивіда, досягненню ним своїх цілей, реалізації різнобічних типів поведінки, гнучкої адаптації. Треба створити атмосферу безпеки та ситуації, у якій відсутнє зовнішнє оцінювання. Лише за цих умов людина може проявити себе нестандартно, по-новому, творчо. Разом з тим, самоактуалізація не може бути реалізована без емпатійного розуміння і прийняття іншої людини, тобто взаємодії з нею.

Особливо важко побудувати взаємодію з клієнтом на основі емпатії та взаєморозуміння у випадках, коли клієнт страждає розладами нервової системи. В силу певних причин (упередженого ставлення до нього з боку найближчих родичів, друзів, постійного недомагання, депресивного стану тощо) людина з порушенням функціонування нервової системи потребує особливої уваги та підтримки.

У роботі з даною категорією клієнтів ерготерапевти часто співпрацюють з психологами, психотерапевтами, використовуючи засоби індивідуальної та групової психотерапії.

У результаті психологічної травми, пов'язаної з порушенням або втратою життєво важливих функцій, у людини може виникнути невроз - порушення нервової системи, що виникає під впливом гострих і тривало травмуючих психогенних факторів. Причиною неврозу може бути також психологічна перевтома, недосипання і поганим харчування.

Форми прояви неврозів різноманітні. *Неврастенія* - форма неврозу, при якій поряд з психогенними факторами присутнє фізичне виснаження. Лікування неврастенії – активний відпочинок, вітамінна терапія і помірні фізичні вправи. Істеричний невроз - це реакція психіки на неприйнятні

або небажані ситуації. Психіка «змушує» людину відпочити, «підставляючи» їй хворобу. Істеричний невроз виражається в порушенні рухів, чутливості, підвищеній емоційності при ослабленому загальному стані організму. Невроз нав'язливих станів виражається в постійному почутті страху, невпевненості. При цьому неврозі виникають порушення діяльності дихальної та серцево – судинної систем і спостерігається виражена інертність нервових процесів, наприклад постійне повернення до однієї і тієї ж думки, невпевненість в завершеності тієї чи іншої діяльності, постійні перевірки.

Одне з найпоширеніших нервових розладів – *депресія*. Депресивний стан визначається пригніченим настроєм, загальмованістю розумових і рухових процесів. Для хворого депресією характерно байдужість до близьких, стан тривоги, поява думки про самогубство. Хворий може подовгу нерухомо сидіти або лежати, не розрізняти смаку їжі, односкладово і з великими затримками відповідати на запитання.

Іншою формою неврозу є психоз-це серйозне психічне захворювання. На відміну від олігофренії психоз не вроджена, а надбане захворювання, що виявляється, як правило, в зрілому віці. Незважаючи на різноманітні форми прояву психозу, можна виділити деякі загальні риси. Для хворих психозом характерні заперечення наявності у себе хвороби, впевненість у власній нормальності і некритичність до подій. Психотик по-іншому сприймає реальність, повністю занурюючись у світ своїх фантазій. Інтелект психотика зазвичай не страждає від хвороби. Періоди загострення змінюються періодами майже повної нормальності.

Під час *маніакально-депресивного* психозу періоди бурхливої активності, нестримного веселощів або нападів гніву змінюються періодами повної байдужості, коли хворий постійно лежить, повернувшись обличчям до стіни, ні на що не реагуючи.

Шизофренія («розщеплення свідомості») - найзагадковіше з усіх психічних захворювань «аристократичний» психоз, яким, як вважалося, страждають люди з високим інтелектом. І хоча серед шизофреніків чимало видатних вчених, художників, поетів, музикантів, тонка психічна організація і високий інтелект, як з'ясувалося, зовсім не є обов'язковою умовою для виникнення шизофренії.

Для шизофреніків характерна емоційна убогість, холодність і байдужість до оточуючих, спрямованість на себе і на свої переживання (інтроверсія), відсутність бажань і прагнень, звуження кола інтересів, спотворення уявлень про реальність і неадекватна оцінка того, що відбувається. Але головна особливість шизофренії - наявність своєрідного мислення, яка висуває незвичайні судження і тлумачення своїх і чужих вчинків. Такий тип мислення називається аутичних. Аутическою мислення дозволяє знайти новий підхід до відомих речей, подивитися на них з іншого боку. Люди з таким типом мислення з усіх ознак предмета, не зупиняючись на його визначальні властивості, вибирають те, що зацікавило їх в даний момент. Так, порівнюючи плаття

і брюки, шизофреніки можуть об'єднати їх тому, що вони однаково розгойдуються по вітру, залишаючи осторонь їх визначальна ознака як одягу. Така свідомість відкриває майже необмежені можливості, але не дає практичних плодів.

Олігофренія – це важке психічне захворювання виражається в недорозвиненні всієї психіки і особистості в цілому, в першу чергу інтелекту, а також уваги, пам'яті, мови, сприйняття, моторики, емоцій, волі. Розрізняють три ступені тяжкості цієї хвороби: дебільність, імбецильність, ідіотія. Страждаючі ідіотією повністю нездатні обслуговувати себе, не здатні до мислення і не володіють мовою. Імбецильність дозволяє освоїти елементарні навички, таким хворим доступний словник з 200-300 слів, іноді вони навіть можуть читати по складах. Найлегша ступінь олігофренії – дебільність. При гарному вихованні та навчанні слабоумство і дебільність дітей майже не помітно, і, хоча їм важко дається навчання, багато з них можуть володіти професією і жити самотійно.

Неврастенія. При неврастенії хворий відчуває себе як після важкої фізичної роботи або після важкого захворювання, скаржиться на м'язові болі, особливо у ділянці нирок (підвищена напруженість цих м'язів), на серцебиття, болі в животі, розлади статевої сфери. Відзначаються труднощі концентрації уваги і запам'ятовування - ці порушення є проявом психічної втоми. З ранку характерно почуття втоми, до вечора - поживлення. Хворі погано засинають, бачать жахливі, поверхневі сни. Відчувають дратівливість, злість, «вулканічні» виверження гніву. Хворий хоче «виявитися в іншому світі», залишити в минулому дійсність, бігти від неї або зруйнувати. Неврастенік бореться з актуальних часом, з актуальною ситуацією.

Істерія. Істерію називають "великою симулянткою", тому що при істерії проявляються симптоми, характерні для різних захворювань: головна біль, серцебиття, емоційна збудливість, характерні для серцевої недостатності, випадки (істерична дуга), нагадують епілепсію. В основі захворювання лежать чинники емоційного характеру (емоційний стан пацієнта, його травми, конфлікти). Фактори емоційного характеру, що діють на фізичне самопочуття, називаються конверсією. Симптоми істерії проявляються в рухових, сенсорних і психічних порушеннях.

Широке застосування психотерапевтичних методів у лікуванні неврозів адекватно і зрозуміло, тому що в розвитку, компенсації і декомпенсації визначальна роль належить психологічному фактору. Зміст, цілі і завдання психотерапії при неврозах визначаються тією концепцією, якої дотримується психотерапевт, що працює у команді ерготерапевта.

Раніше (у вітчизняній психотерапії) була популярна концепція, згідно з якою невроз є психогенним нервово-психічним розладом, що виникає в результаті порушення особливо значущих життєвих відносин

людини. Мета психотерапії – зміна порушеною системи відносин пацієнта, корекція неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки.

В даний час акцент з індивідуальної психотерапії неврозів зміщується на систему групової психотерапії, яка б дозволила ефективно відновлювати порушені відносини особистості і перебудувати їх шляхом впливу на всі основні компоненти відносини. При неврозах використовується широкий спектр форм групової психотерапії: групова дискусія, психодрама, психогімнастика, проєктивний малюнок, арт-терапія, рухова терапія та ін. Психотерапія проводиться в малих групах по 8-12 осіб або великих (25-30 осіб). Найчастіше групи організуються за принципом загального психогенного чинника у розвитку захворювання, а рідше - за принципом орієнтації на симптом. Частота групових занять теж різна – від 1 разу на день до щотижневих; оптимальна тривалість занять 1 – 1,5 години.

Для клієнтів, що не можуть відвідувати сеанси групової психотерапії, пропонуються індивідуальні психотерапевтичні заняття. За допомогою різних методів гіпнотерапії (мотивоване навіювання, подовжена гіпнотерапія, гіпноз-відпочинок тощо) можна також впливати практично на всі симптоми при неврозах. Також позитивно зарекомендувало себе використання аутогенного тренування – при неврастенії, порушеннях сну, станах тривожності і страху, виражених фобіях і т.д. Володіння методикою аутогенного тренування – необхідна умова підготовки висококваліфікованого ерготерапевта, адже аутогенне тренування є одним з основних терапевтичних впливів спеціаліста на клієнта, що має розлади нервової системи.

Також ерготерапевти часто застосовують у роботі з такими клієнтами поведінкові терапевтичні методики. Раціональна психотерапія широко використовується при лікуванні неврозів. Цей методу адресується до логічного мислення пацієнта, а в якості лікувальних факторів виступають авторитет психотерапевта, переконання, роз'яснення, схвалення, відволікання і ін. Таким чином змінюється неадекватне ставлення пацієнта до неврозу, роз'яснюється його сутність.

Крім перерахованих вище, при терапії неврозів ерготерапевтами можуть використовуватися і інші методи, наприклад, методи арттерапії: малювання, аплікація, ліплення, конструювання тощо.

Наведені і проаналізовані вище техніки роботи ертерерапевта спільно з психологом чи психотерапевтом використовуються не тільки для хворих з невротичними порушеннями, вони корисні для дітей з функціональними обмеженнями та їх найближчих родичів, адже допомагають подолати психічні проблеми, пов'язані з усвідомленням власної неповноцінності та неможливості щось змінити самотійно.

ЛЕКЦІЯ 5.

Проблеми здобуття освіти, працевлаштування та реалізації творчих здібностей дітей та молоді з функціональними обмеженнями (2 години)

План

1. Нормативно-правове підґрунтя навчання і виховання дітей з особливими потребами.
2. Інклюзивна освіта: її суть, мета та основні завдання.
3. Навчально-виховні заклади для дітей дошкільного та шкільного віку з обмеженими фізичними чи (і) психічними функціями.
4. Профорієнтація та профосвіта молоді з функціональними обмеженнями. Проблеми середньої спеціальної та вищої освіти інвалідів.

Рекомендована література:

Основна:

1. Баріхашвілі І.І. Психологічні основи профорієнтації і професійного самовизначення : навч. посібник / І.І. Баріхашвілі, М.П. Ворона, Г.В. Грищенко та ін. – К.: Видпвничий дім «Професіонал», 2009. – 208 с.
2. Гладкова В.М. Профорієнтація : навч. посібник / В.М. Гладкова. – Львів : Новий світ – 2007. – 160 с.
3. Кольченко К.О. Освіта осіб з інвалідністю : Можливості та особливості навчання людей з інвалідності у вищих начальних закладах : методичний посібник для абітурієнтів та студентів з інвалідністю / К. О. Кольченко, Г.Ф. Нікуліна, Н.Я. Козліковська. – К.: Університет «Україна». – 2007. – 41 с.
4. Коляденко Н.В. Профілактика соціальної дезадаптації осіб з обмеженими можливостями в процесі забезпечення безперервної професійної освіти інвалідів / Н.В. Коляденко // Актуальні проблеми професійної самореалізації осіб з особливими потребами на ринку праці : Зб. наук. Праць / Упорядники: М.П. Лукашевич, Н.В. Коляденко, В.І. Жуков, О.М. Ковбаско. – К. : ІПК ДСЗУ, 2008. – С. 49–55.
5. Малофеев Н.Н. Инклюзивное образование в контексте современной социальной политики / Н.Н. Малофеев // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2009. – №6. – С. 3–9.
6. Макарова Е.В. Проблеми і особливості супроводу освітянського процесу студентів з інвалідністю / Е.В. Макарова // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. – 2014. – Випуск 3 (45). – С. 138–142.
7. Соловйова Т.Г. Особливості профорієнтаційної діяльності соціального педагога з молоддю з обмеженими можливостями /

- Т.Г. Соловйова // Наукові записки НДІ ім. М. Гоголя. Серія Психолого-педагогічні науки. – 2014. – № 2. – С. 142–146.
8. Таланчук П.М. Супровід навчання студентів з особливими потребами в інтегрованому освітньому середовищі : [навч.-метод. посіб.] / П.М. Таланчук, К.О. Кольченко, Г.Ф. Нікуліна. – К.: Соцінформ, 2004. – 128 с.
 9. Церкелевич В.С. Реалізація права отримання вищої освіти молоддю з функціональними можливостями: від дискримінації до інтеграції / В.С. Церкелевич // Соціальна робота в Україні: теорія і практика : наук.-метод. журнал. – 2009. – № 2. – С. 45–56.

Додаткова:

1. Довідник матері особливої дитини. – К.: Віпол, 1999. – 136 с.
2. Феоктистова В.А. Цели, содержание и пути социально-трудовой реабилитации слепых / Сб. по реабилитации слепых (под ред. А.Г. Литвака). – М.: ВОС., 1982.
3. Фирсов М.В. Теория социальной работы / М.В. Фирсов, Е.Г. Студенова. – М.: Владос, 2000.
4. Хрусталева С.А. Методика и практика социально-психологической реабилитации незрячих / С.А. Хрусталева, С.А. Гильд, Л.И. Боброва. – М.: ВОС., 1986.

Електронні джерела:

1. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/875-12
2. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/2961-15
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/z1197-07
4. Офіційний сайт Мінпраці України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mlsp.gov.ua/control/uk/publish/category>.
5. Ник Вуйчич биография, жена и ребенок Ника Вуйчича [Електронний ресурс]. – Режим доступу: the-most-beautiful.ru/?q=nik-vuychich-biografiya-zhena-i.
6. Ода мужеству [Електронний ресурс]. – Режим доступу: tubik-kubik.ru/v/1147/zapru-5025-5531.html
7. Цени то, что у тебя есть [Електронний ресурс] – Режим доступу: www.youtube.com/watch?v=gMSOt6SJVA8
8. Фильм «А в душе я танцую» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: films.imhonet.ru/element/993195/movie-online/
9. Фильм «Ржавчина и кость» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: gidonlinekino.com/2012/11/rzhavchina-i-kost

1. Нормативно-правове підґрунтя навчання і виховання дітей з особливими потребами.

У 1991 році Україна ратифікувала **Конвенцію ООН про права дитини**. Документ висуває вимоги до держави щодо приведення національного законодавства у відповідність до цієї «всесвітньої конституції прав дитини», яка проголошує право на освіту на підставі рівних можливостей. Правові механізми Конвенції спрямовані на захист дітей з інвалідністю від дискримінації.

Державна підтримка дітей з особливостями психофізичного розвитку набула особливо інтенсивного розвитку після ратифікації Україною у 2009 році **Конвенції про права інвалідів**. *Конвенцією про права інвалідів* визнається право осіб з інвалідністю на освіту та зазначається, що для цілей реалізації цього права без дискримінації й на підставі рівності можливостей держави-учасниці забезпечують інклюзивну освіту на всіх рівнях і навчання протягом усього життя.

Соціальні установки на включення дітей-інвалідів у освітнє середовище проголошено ще у 1994 році *Саламанською Декларацією*, в якій зазначається, що тенденції в галузі соціальної політики в останні два десятиріччя полягали в сприянні інтеграції та боротьбі з відчуженням.

В основу реалізації прав громадян на освіту покладено **Конституцію України**. У статті 53 задекларовано, що «держава забезпечує доступність і безоплатність дошкільної, повної загальної середньої, професійно-технічної, вищої освіти в державних і комунальних навчальних закладах».

У **Законі України «Про освіту»** у статті 3 відзначено право громадян України «на безкоштовну освіту в усіх державних навчальних закладах незалежно від ... стану здоров'я ... та інших обставин», та вказано на сприяння навчанню у домашніх умовах та можливість педагогічного патронажу. Але в цьому Законі ще не йдеться про гарантії забезпечення умов для навчання дітей з особливими потребами саме у масових навчальних закладах, оскільки його прийнято у 1991 році.

Інші закони України про різні ланки освітньої галузі також прийняті у 1999–2001 роках, коли нормою було забезпечення дітей з особливими потребами корекційно-компенсуючою освітою в основному у навчальних закладах інтернатного типу.

Так, **Законом України «Про дошкільну освіту»** гарантується право дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку на виховання і навчання у дошкільних навчальних закладах компенсуючого типу, навіть останні зміни 2010 року не торкнулися питань забезпечення інклюзивного дошкільного навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами. Разом з тим, у розміщеному для обговорення з 2011 року на офіційному сайті Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України Проекті Закону «Про внесення змін до Закону України «Про дошкільну освіту» зазначено, що «у дошкільних

навчальних закладах для організації ранньої корекційної роботи можуть створюватися інклюзивні групи».

У Законі України **«Про позашкільну освіту»** гарантується доступність позашкільної освіти громадянам з будь-якими ознаками, при цьому також не йдеться про їхній стан здоров'я.

Статтею 21 Закону України **«Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»** дітям з інвалідністю гарантується дошкільне виховання та здобуття освіти на рівні, що відповідає їх здібностям і можливостям, а також можливість застосування при навчанні, професійній підготовці або перепідготовці осіб з інвалідністю поряд із загальними альтернативних форм навчання.

У статті 19 Закону України **«Про охорону дитинства»** відзначається не лише рівне право всіх дітей на будь-який рівень освіти, але й окремо – права дітей з інвалідністю на спеціальну освіту, освіту в домашніх умовах та «на здобуття освіти за індивідуальними навчальними програмами, які узгоджуються з індивідуальними програмами реабілітації дітей-інвалідів та інвалідів з дитинства».

У 2003–2005 роках було затверджено державні програми та план заходів, спрямовані на створення умов для життєдіяльності осіб з особливими потребами, у яких у тому числі йшлося й про забезпечення **доступності навчальних закладів**. У 2009 році акти Кабінету Міністрів України, якими затверджувались ці документи скасовані як такі, що втратили чинність.

Указом Президента України **«Про додаткові заходи щодо підвищення якості освіти в Україні»** (2008 рік) доручено розробку планів дій щодо поліпшення умов навчання для дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, та дітей з обмеженими фізичними можливостями, надання їм соціально-педагогічної підтримки для адаптації серед однолітків.

Одним з таких планів дій в частині забезпечення доступності навчальних закладів для дітей-інвалідів став **План заходів щодо створення безперешкодного життєвого середовища для осіб з обмеженими фізичними можливостями та інших маломобільних груп населення на 2009–2015 роки «Безбар'єрна Україна»**, затверджений постановою Кабінету Міністрів України у липні 2009 року.

Таким чином, аналіз нормативної бази свідчить, що основні закони України про освіту в цілому забезпечують соціальний захист дітей та осіб інвалідністю, гарантують створення умов для спеціального, компенсуючого та інтегрованого навчання.

2. Інклюзивна освіта: її суть, мета та основні завдання.

Указом Президента України **«Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями»** (2007 рік) Міністерству освіти і науки України за участі Ради міністрів Автономної Республіки

Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій доручено вжити заходів щодо створення умов для навчання (за відсутності протипоказань) дітей з інвалідністю у неспеціалізованих загальноосвітніх навчальних закладах, удосконалення навчально-матеріальної бази загальноосвітніх, професійно-технічних, вищих навчальних закладів для забезпечення освітніх потреб дітей та молоді з інвалідністю. На виконання Указу до структури Міністерства освіти і науки України та обласних управлінь освіти було введено відділи корекційної освіти, реабілітації дітей з інвалідністю (на сьогодні – інклюзивної освіти та інтернатних закладів). Однак щодо розвитку матеріально-технічної бази навчальних закладів у напрямку їхнього пристосування до організації інклюзивного навчання на сьогодні суттєвих зрушень не сталося, у першу чергу, через недостатнє бюджетне фінансування.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 №1482-р затверджено **План заходів щодо запровадження інклюзивного та інтегрованого навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на період до 2012 року**. Ряд заходів цього плану було виконано, а саме:

- внесено зміни до деяких законодавчих документів щодо запровадження інклюзивного та інтегрованого навчання;
- затверджено Положення про спеціальні класи для навчання дітей з особливими освітніми потребами та Порядок організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах.

Ряд доручень сьогодні виконується на місцях частково за рахунок місцевих освітніх програм та за кошти благодійників: громадських організацій, батьків. Це стосується організації підвезення учнів з особливими потребами до місця навчання спеціально обладнаними транспортними засобами у супроводі підготовленого персоналу, створення умов для безперешкодного доступу до будівель і приміщень навчальних закладів з інклюзивним навчанням (побудова пандусів, спеціальних ліфтів, підйомників тощо).

Наступним кроком у забезпеченні підґрунтя для інклюзивного навчання стало затвердження у 2010 році нового **Положення про загальноосвітній навчальний заклад**, у якому відображена як і в Законі України «Про загальну середню освіту» (зі змінами) можливість впровадження інклюзивного навчання, а саме зазначене право навчального закладу приймати рішення про створення інклюзивних класів для навчання дітей з особливими освітніми потребами.

Указами Президента України В.Ф. Януковича «Про заходи щодо забезпечення пріоритетного розвитку освіти в Україні» (2010 рік) та «Про заходи щодо розв'язання актуальних проблем осіб з обмеженими фізичними можливостями» (2011 рік) доручено забезпечити активізацію роботи із запровадження інклюзивного навчання в дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах дітей з особливими потребами.

На особливу увагу заслуговують документи про **Концепцію розвитку інклюзивної освіти**, і **Порядок організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах**, які врегульовують комплекс питань, пов'язаних з організацією навчально-виховного процесу та створенням відповідних умов для навчання, приведення системи освітньої роботи у відповідність до потреб дитини та сім'ї.

Інклюзія (від англ. inclusion – включення) – процес збільшення ступеня участі всіх громадян в соціумі, і насамперед тих, що мають труднощі у фізичному розвитку. Інклюзія – це процес реального включення дітей з особливостями психофізичного розвитку в активне суспільне життя.

Інклюзія базується на концепції «нормалізації», в основі якої – ідея, що життя і побут людей з обмеженими можливостями мають бути якомога більше наближені до умов і стилю життя усєї громади.

Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами, зокрема дитини з особливостями психофізичного розвитку, в умовах загальноосвітнього закладу.

Для забезпечення рівних можливостей доступу до якісної освіти інклюзивні навчальні заклади повинні адаптувати програми і плани, форми і методи навчання та ресурси до індивідуальних потреб дітей з особливими освітніми потребами.

Інклюзивне навчання забезпечує доступ до освіти дітей з особливими потребами у загальноосвітніх школах за рахунок застосування методів навчання, що враховують індивідуальні особливості таких дітей. В основу інклюзивної освіти покладена ідеологія, яка виключає будь-яку дискримінацію дітей; забезпечує рівноцінне ставлення до всіх людей, але створює спеціальні умови для дітей з особливими потребами.

В інклюзивних класах діти з особливими потребами включені в освітній процес. Вони осягають основи незалежного життя, засвоюють нові форми поведінки, спілкування, взаємодії, вчать виявляти активність, ініціативу, свідомо робити вибір, досягати згоди у розв'язанні проблем, приймати самостійні рішення.

Обґрунтування доцільності інклюзивної освіти:

Існує **обґрунтування освітнього характеру**: вимоги до інклюзивних навчальних закладів стосовно спільного навчання усіх дітей означають, що школи повинні розробити такі адаптовані методи навчання, які відповідають індивідуальним відмінностям учнів і, таким чином, приносять користь усім дітям.

Існує **обґрунтування соціального характеру**: інклюзивні навчальні заклади можуть змінити ставлення до існуючих відмінностей через спільне навчання усіх дітей, створюючи таким чином основу для

справедливого та недискримінаційного суспільства, яке заохочує людей жити разом у злагоді.

Існує *економічне обґрунтування*: ймовірно, дешевше створювати й утримувати загальноосвітні та дошкільні навчальні заклади, в яких навчаються та виховуються усі діти разом, аніж створювати складну систему різних типів закладів, що спеціалізуються в галузі освіти конкретних груп дітей. Інклюзивні заклади, які забезпечують ефективну освіту для всіх дітей, є економічно більш прийнятним засобом забезпечення освіти для всіх

Мета інклюзивної освіти - забезпечення конституційних прав і державних гарантій дітям з особливими потребами на освіту в рамках забезпечення їх комплексної реабілітації.

Завдання інклюзивної освіти

- Організувати навчально-виховний процес, який би задовольняв освітні потреби всіх дітей (як здорових, так і тих, хто має певні порушення у фізичному розвитку).
- Розробити систему надання спеціальних освітніх і фахових послуг для дітей з особливими освітніми потребами.
- Створити позитивний клімат у шкільному середовищі, де навчається дитина з особливими потребами, та поза його межами.

Якість навчально-виховного процесу значною мірою визначається тим, наскільки враховуються та реалізуються потенційні можливості навчання й розвитку кожної дитини, її індивідуальні особливості. Якими б не були фізичні чи психічні обмеження, у дитини завжди є резерви для розвитку, використання яких може суттєво поліпшити якість її життя.

Шляхи розвитку інклюзивної освіти в Україні:

- удосконалення нормативно-правової бази,
- створення умов для безперешкодного доступу до навчальних закладів, починаючи з дошкільних,
- збереження єдиного освітнього простору,
- приведення системи освітньої роботи у відповідність до потреб дитини, сім'ї,
- відповідна підготовка педагогічних кадрів до роботи з дітьми з особливими освітніми потребами.

У **Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах** регламентується введення посади вихователя (асистента вчителя), яка за Типовими штатами загальноосвітнього навчального закладу, затвердженими у 2010 році, вводиться з 01.09.2012 і без збільшення кількості працюючих (тобто за рахунок інших штатних одиниць).

Доповнення і зміни до основоположних освітянських актів у 2010 році створюють **можливість запровадження інклюзивного навчання на загальному середньому освітньому рівні.**

Нормативно-правова база інклюзивної освіти в Україні продовжує розвиватись. Серед останніх документів з питань становлення інклюзивної освіти в Україні, які отримали освітяни, є листи Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 02.04.2012 №1/9-245 *«Про одержання документа про освіту учнями з особливими потребами загальноосвітніх навчальних закладів»* та від 18.05.2012 №1/9-384 *«Про організацію інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах»*, який супроводжує інструктивно-методичний лист *«Організація навчально-виховного процесу в умовах інклюзивного навчання»*. Зазначеним інструктивно-методичним листом, розробленим з метою запровадження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах, надаються вказівки щодо запровадження індивідуальних програм розвитку, індивідуальних навчальних планів, індивідуальних навчальних програм та застосування певних методів оцінювання учнів з особливими освітніми потребами.

Зміст та основні завдання участі психологічної служби системи освіти з питань впровадження інклюзивного навчання визначено низкою нормативно-правових документів, зокрема наказом Міністерства освіти і науки від 11.09.2009 №855 *«Про затвердження Плану дій щодо запровадження інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на 2009-2012 роки»*, листами Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 26.07.2012 №1/9-529 *«Про організацію психологічного і соціального супроводу в умовах інклюзивного навчання»* та від 02.01.2013 №1/9-1 *«Про визначення завдань працівників психологічної служби системи освіти в умовах інклюзивного навчання»*. Кваліфікаційна характеристика та основні функціональні обов'язки соціального педагога в умовах інклюзивної освіти визначені наказом Міністерства освіти і науки від 28.12.2006 №864 *«Про планування діяльності та ведення документації соціальних педагогів, соціальних педагогів по роботі з дітьми-інвалідами системи Міністерства освіти і науки України»*.

18.07.2012 р. Кабінет Міністрів України затвердив постанову № 635 *«Зміни, що вносяться до постанов Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 р. №346 і від 14 червня 2000 р. № 963»*, що доповнила перелік педагогічних і науково-педагогічних працівників посадою асистента вчителя загальноосвітнього навчального закладу з інтегрованим та інклюзивним навчанням. Посада асистента вчителя у класі з інклюзивним навчанням передбачена *Типовими штатними нормативами загальноосвітніх навчальних закладів*, затвердженими наказом Міністерства освіти і науки України від 16.12.2010 №1205, зареєстрованими у Міністерстві юстиції України 22.12.2010 за №1308/18603. Зазначеним наказом передбачено, що в загальноосвітніх навчальних закладах з інклюзивним навчанням може вводитись додаткова посада вихователя(асистента вчителя) для роботи з учнями з особливими освітніми потребами з розрахунку 0,5 ставки на клас, у

якому навчаються такі діти. Посадові обов'язки, кваліфікаційна характеристика, порядок нарахування заробітної плати, тривалість щорічної відпустки асистента вчителя розкриваються в листах МОНмолодьспорту № 1/9-675 від 25.09.2012 «Щодо посадових обов'язків асистента вчителя» та №1/9-694 від 28.09.2012 «Щодо введення посади вихователя (асистента вчителя) у загальноосвітніх навчальних закладах з інклюзивним навчанням».

Перелік навчальних програм, підручників і навчально-методичних посібників, рекомендованих Міністерством освіти і науки, молоді та спорту для використання у загальноосвітніх навчальних закладах для навчання дітей з особливими освітніми потребами (за нозологіями) у 2012/13 навчальному році надається в листі від 03.08.2012 №1/9-550 «Про використання навчальної літератури в загальноосвітніх навчальних закладах для навчання дітей з особливими освітніми потребами (за нозологіями) у 2012/13 навчальному році».

Таким чином, на сьогодні створено основу нормативно-правового підґрунтя для становлення інклюзивної освіти в Україні, відбувається процес його постійного розвитку.

3. Навчально-виховні заклади для дітей дошкільного та шкільного віку з обмеженими фізичними чи (і) психічними функціями.

Одним із основних напрямків соціальної допомоги інвалідам є їх інтеграція у суспільство через освіту. З метою соціальної допомоги і реабілітації, здобуття неповної середньої освіти, розвитку нахилів і здібностей дітей з вадами фізичного або розумового розвитку створюються різні *типи навчально-виховних закладів*.

Для дітей глухих, зі зниженим слухом, сліпих і слабозрячих створюються спеціальні загальноосвітні школи із підготовчим відділенням, а для розумово відсталих дітей та із затримкою психічного розвитку діють допоміжні школи.

Спеціальний (корекційний) навчальний заклад – це установа, що забезпечує учнів, вихованців з порушеннями в пізнавальному чи фізичному розвитку навчання, виховання, лікування, сприяє їх соціальній адаптації та інтеграції у суспільство.

Ці заклади мають особливі умови для виховання, навчання й утримання дітей. У них створюється спеціальний охоронно-педагогічний режим дня у поєднанні з корекційною спрямованістю навчання, відновлення здоров'я, забезпечення умов для розвитку дитини та здобуття соціально необхідного мінімуму обов'язкових вимог до рівня й обсягу загальної середньої освіти.

На жаль, більшість дітей-інвалідів не підлягає навчанню у спеціальній школи. Зокрема, це діти із церебральним паралічем, які не пересуваються без сторонньої допомоги, не обслуговують себе у зв'язку з грубими руховими порушеннями, потребують індивідуального догляду;

діти, які страждають на часті епілептичні випадки; діти, які хворі на енурез і енкопрез внаслідок органічного ураження центральної нервової системи; діти-олігофрени в ступені імбецильності, ідіотії та ін. Таких дітей у домашніх умовах доглядають батьки або вони направляються в інтернати, підпорядковані Міністерству праці і соціальної політики. Ці заклади мають особливі умови для навчання і життєдіяльності дітей-інвалідів: спеціальні програми, відповідні приміщення й обладнання, спеціально підготовлений персонал.

За спостереженнями ЮНЕСКО, у багатьох країнах світу запроваджені програми взаємодії із загальноосвітніми школами, де спеціальні школи виконують функції консультаційних центрів, надаючи інформацію загальноосвітнім школам; діють сімейні допоміжні служби. Акцент у роботі спецшкіл робиться на перехід від навчання у певній ізоляції обмеженої кількості дітей у бік виконання функцій консультаційного характеру.

Сучасні зарубіжні й вітчизняні дослідження довели, що найбільш ефективно навчання дітей-інвалідів здійснюється у *зкладах комбінованого типу*, де одночасно є дошкільні групи, класи для нормально розвинених дітей та спеціальні групи, класи для дітей-інвалідів. У цьому випадку інтеграція може здійснюватися як: 1)комбінована, за якої діти з рівнем психологічного та мовного розвитку, рівним або близьким до вікової норми виховуються у масових групах, класах під наглядом учителя-дефектолога; 2)часткова інтеграція, коли діти-інваліди по 1-2 особи входять у масові групи (класи), але лише на частину дня; 3) тимчасова інтеграція - всі діти-інваліди спеціальної групи, незалежно від їх рівня психологічного та мовного розвитку, періодично об'єднуються зі здоровими людьми з метою не освітньої, а ранньої інтеграції.

Для дітей, які за рівнем психофізичного та мовного розвитку відповідають віку та підготовлені до навчання зі здоровими дітьми, ефективна повна інтеграція в систему загальноосвітніх закладів (інклюзивна освіта).

4. Профорієнтація та профосвіта молоді з функціональними обмеженнями. Проблеми середньої спеціальної та вищої освіти інвалідів.

Найбільш ефективна інтеграція інвалідів у систему професійно-технічної та вищої освіти, за якою інваліди по декілька осіб навчаються в звичайних групах або у спеціальній групі в звичайному навчальному закладі.

У цілому в Україні **професійне навчання інвалідів** здійснюють навчальні заклади органів соціального захисту населення, спеціалізовані підприємства інвалідів, спеціальні навчальні заклади, професійно-технічні та вищі навчальні заклади загального типу системи Міністерства освіти і науки України, державна служба зайнятості.

Професійна орієнтація – науково обґрунтована система форм, методів, засобів впливу на особу для сприяння її професійному самовизначенню на основі врахування стану здоров'я, освітнього і професійно-кваліфікаційного рівнів, інтересів, здібностей, індивідуальних, психофізіологічних особливостей та потреб галузей економіки.

Особи з обмеженими можливостями мають змогу навчатися за конкурентоспроможними професіями: радіотехнік, слюсар-електрик, кравець, закрійник, бухгалтер, соціальний працівник, економіст тощо. З метою реалізації творчих і виробничих здібностей інвалідів та з урахуванням індивідуальних програм реабілітації їм забезпечується право працювати на підприємствах і в організаціях зі звичайними умовами праці, в цехах і на ділянках, де застосовується праця інвалідів, а також займатися індивідуальною та іншою трудовою діяльністю, яка не заборонена законом.

Специфіка професійного навчання інвалідів по відношенню до інших осіб полягає у тому, що направлення інвалідів на навчання залежить не тільки від їх бажання та інтересів, нахилів, здібностей, але й від рекомендацій та висновків Медико-соціальної експертної комісії.

З метою збільшення обсягів професійного навчання інвалідів, підвищення їх конкурентоздатності на ринку праці та інтеграції у суспільство сьогодні акцентується увага на необхідності створення наскрізної системи „дитячий садок – школа – професійний навчальний заклад”; відкриття в середніх закладах освіти, в тому числі й спеціалізованих, спеціальних класів для навчання інвалідів сучасним професіям і спеціальностям; створення умов для навчання інвалідів у звичайних навчальних закладах; розширення обсягу професійної підготовки дітей-інвалідів, які не в змозі відвідувати школу; організації підготовки інвалідів на підприємствах.

В Україні досить гострою залишається проблема працевлаштування людей з фізичними вадами, проте законодавство гарантує працевлаштування інвалідів. Відсутність у інваліда професійної підготовки або неадекватність її рівня потребам ринку праці зменшує його шанси на працевлаштування і, як наслідок, - на активну життєдіяльність.

Професійний відбір - науково обґрунтована система визначення ступеня придатності особи до конкретної професії, спеціальності (робочого місця, посади) відповідно до встановлених законодавством нормативних вимог.

Професійна адаптація - система заходів, спрямованих на забезпечення успішного професійного становлення працюючої особи, формування в неї професійних якостей, установок, потреби активно і творчо працювати.

Гарантії щодо зайнятості інвалідів, закріплені законом України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні", полягають у наступному.

Після закінчення навчального закладу інвалідам надається право вибору місця роботи з наявних варіантів або надається за їх бажанням право вільного працевлаштування.

Професійна підготовка або перепідготовка інвалідів здійснюється з урахуванням медичних показань і протипоказань для наступної трудової діяльності. Вибір форм і методів професійної підготовки провадиться згідно з висновками медико-соціальної експертизи.

Підбір робочого місця здійснюється переважно на підприємстві, де настала інвалідність, з урахуванням побажань інваліда, наявних у нього професійних навичок і знань, а також рекомендацій медико-соціальної експертизи.

Спеціальне робоче місце інваліда - окреме робоче місце або ділянка виробничої площі, яка потребує додаткових заходів з організації праці особи з урахуванням її індивідуальних функціональних можливостей, обумовлених інвалідністю, шляхом пристосування основного і додаткового устаткування, технічного обладнання тощо.

Підприємства і організації, які використовують працю інвалідів, зобов'язані створювати для них умови праці з урахуванням індивідуальних програм реабілітації й забезпечувати інші соціальні економічні гарантії, передбачені чинним законодавством.

Чинна система квотування робочих місць для підприємств і організацій встановлюється нормативом робочих місць для забезпечення працевлаштування інвалідів у розмірі чотирьох відсотків від загальної чисельності працюючих, а якщо працює від 15 до 25 чоловік - у кількості одного робочого місця.

Важливим завданням соціальної політики є розвиток нетрадиційних гнучких форм зайнятості інвалідів, серед яких - програми працевлаштування на навчально-виробничих підприємствах; програми організації підприємницької діяльності, працевлаштування на спеціалізованих підприємствах, у цехах та дільницях; надомна праця. Наприклад, люди з обмеженими можливостями отримують шанс працювати нарівні з іншими членами суспільства в сфері комп'ютерних технологій. і домашній комп'ютер реально може стати не тільки засобом комунікації, але й інструментом заробітку.

ЛЕКЦІЯ 6.

Сутність та структура соціально-культурної реабілітації людей з функціональними обмеженнями (2 години)

План

1. Сутність поняття «соціально-культурна реабілітація людей з інвалідністю». Об'єкти та суб'єкти соціокультурної реабілітації.
2. Основні принципи соціокультурної реабілітації.
3. Заклади, що забезпечують комплексну реабілітацію людей з інвалідністю та специфіка їх діяльності.

Рекомендована література

Основна:

1. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях. Навчальний посібник / О.В. Безпалько. – К., 2003. – 140 с.
2. Капська А.Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю : Навчально-методичний посібник / А.Й. Капська. – К., : УДЦССМ, 2001.
3. Коваль Л.Г. Соціальна педагогіка / Л.Г. Коваль, І.Д. Зверева, С.Р. Хлебик. – К.: ІЗМН, 1997.
4. Пенішкевич Д.І. Соціальна педагогіка: Модульна технологія навчального курсу. Навчальний посібник / Д.І. Пенішкевич, Л.І. Тимчук. – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2010. – 496 с.
5. Силкин Л.Н. Что такое психологическая реабилитация / Л.Н. Силкин // Наша жизнь. – М., 1982. – № 1. – С. 34–35.
6. Словник-довідник для соціальних працівників та соціальних педагогів / За заг. ред. А.Й. Капської, І.М. Пінчук, С.В. Толстоухової. – К.: УДЦССМ, 2000.
7. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю / За заг. ред. Пінчук І.М., Толстоухової С.В. – К.: УДЦССМ, 2000.
8. Шептенко П.А. Методика и технология работы социального педагога: Учеб. пособие для студ. высш. пед-учеб. Заведений / П.А. Шептенко, Г.А. Воронина. – М.: Академия, 2001.

Додаткова:

1. Оздоровлення дітей та молоді з різним рівнем здоров'я. Методичні рекомендації в II частинах / Упорядники Шатохіна О.К., Топеха Н.Л. – К.: УДЦССМ, 1998.
2. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник. – К.: УДЦССМ, 2002.

Електронні ресурси:

1. Фільм «А в душе я танцюю» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: films.imhonet.ru/element/993195/movie-online/
2. Фільм «Ржавчина и кость» [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

gidonlinekino.com/2012/11/rzhavchina-i-kost

3. Фільм «Не могу сказать «Прощай!»» [Електронний ресурс]. – Режим доступу

1. Сутність поняття «соціально-культурна реабілітація людей з інвалідністю». Об'єкти та суб'єкти соціокультурної реабілітації.

За останнє десятиріччя в Україні відбулися значні соціально-культурні зрушення, що позначилися й на активізації уваги до найменш захищених у соціальному плані громадян, серед яких інваліди посідають одне з перших місць.

Сучасна система соціально-педагогічної роботи з молодими інвалідами поступово набуває нового змісту, форм та функцій. Так, замість традиційного підходу до хворої людини як до безпомічного об'єкта виховання та лікування, на перший план висувається *концепція “культурного плюралізму”*, в основу якої закладено гуманістичну ідею про права та потенційні можливості кожного індивіда на рівних засадах з іншими брати активну участь у житті суспільства.

Йдеться про створення оптимальних умов для незалежного життя інвалідів, що, врешті решт, має бути об'єктивною основою для виявлення особистісної своєрідності, індивідуальної неповторності та унікальності кожного з них.

Зрозуміло, що культурне становлення особистості можливе лише за умови вільного, повноцінного розвитку людини, коли її існування перетворюється із підтримки, збереження та відтворення життя в його активне здійснення, із задоволення обмежених біологічних потреб – у становлення нових творчих, духовних потреб. У цьому контексті особливої гостроти набуває проблема соціально-культурного розвитку молоді, збагачення її духовної культури, створення умов для реалізації ідеалів, позаматеріальних потреб та інтересів, в основу яких закладено гуманізм, свободу, індивідуальність, творчість.

Поняття “соціально-культурна реабілітація інвалідів” не належить до загальноприйнятих. Тому й досі залишається невирішеним до кінця питання, що має важливе методологічне значення: в спеціальній літературі відсутнє єдине та чітке уявлення про його сутність. Цим, власне, і зумовлюється необхідність докладного аналізу та теоретичного обґрунтування змісту дефініції “соціально-культурна реабілітація інвалідів”.

Вважаємо за доцільне проводити аналіз на підставі предметності змісту таких опорних понять, як: “реабілітація” та “соціальна реабілітація інвалідів”, які широко використовуються в науковій літературі.

“Реабілітація” – “відновлення втраченої здатності, повернення певної якості після того, як вона з якихось причин зазнала негативних змін”.

“Соціальна реабілітація людей з інвалідністю” – процес, що має на меті допомогти інвалідам досягти оптимального фізичного,

інтелектуального, психічного і соціального рівня діяльності та максимально його підтримувати, надавши їм, таким чином, можливість змінити своє власне життя та розширити рамки незалежності. У словнику-довіднику з соціальної роботи під редакцією професора Є.І. Холостової, **“соціальна реабілітація”** визначається як “комплекс заходів, що спрямовуються на відновлення зруйнованих або втрачених індивідом суспільних зв'язків та відносин внаслідок порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму”; соціальна реабілітація включає в себе соціальну навколишньо-адаптивну орієнтацію: соціально-побутову адаптацію та соціально-побутове влаштування.

Загальновідомо, що інваліди з причин функціональних обмежень, з одного боку, та внаслідок відсутності у суспільстві належних умов для їхнього повноцінного культурного розвитку та діяльності, з іншого, позбавлені можливості на рівних з іншими задовольняти свої культурні потреби, знайомитися з культурними надбаннями, творчо розвиватися та самореалізовуватися. Тому проблема їхньої культурної реабілітації і досі залишається чи не найважливішою.

Цим і зумовлюється необхідність розглянути реабілітацію інвалідів у дещо іншій площині та відпрацювати обґрунтовану позицію щодо сутності поняття “соціально-культурна реабілітація інвалідів”.

Соціально-культурна реабілітація молодих інвалідів – це процес входження людини у сферу культури, культурне середовище, досягнення гармонії з навколишнім світом, суспільством та з самою собою в процесі інтеріоризації, становлення особистості як суб'єкта життєтворчості, розвитку культурних потреб, творчих здібностей та смаків.

Інтеріоризація – формування внутрішніх структур людської психіки через засвоєння зовнішньої соціальної поведінки

Забезпечення для інвалідів рівних можливостей брати участь в житті суспільства є головним принципом реабілітаційного процесу, а соціальна інтеграція – його метою.

Об'єктами соціокультурної реабілітації – вважає Н.М. Платонова, – є люди, які внаслідок хвороби чи травми повністю або частково втратили здатність виконувати соціальні функції, що властиві здоровим людям того ж віку, статі, суспільно-професійного положення або знаходяться під загрозою стійкого порушення цих функцій (трудова діяльність, навчання, здатність до читання, письма, самостійного переміщення, комунікативні здібності, можливість до самообслуговування тощо).

Суб'єкти соціокультурної реабілітації – держава, громадські й суспільно-політичні об'єднання, фонди, конфесії, органи місцевого самоврядування, спеціалісти соціальної роботи (соціальний педагог, соціальний працівник, ерготерапевт, реабілітолог, тифлопедагог, сурдопедагог тощо), батьки дитини з особливими потребами, сама

дитина-інвалід чи доросла людина з обмеженими функціональними можливостями.

2. Основні принципи соціокультурної реабілітації.

Зміст соціокультурної реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями залежить значною мірою від тих принципів, якими керуються у своїй діяльності суб'єкти реабілітації, суспільство загалом, держава, організовуючи та реалізуючи відповідні соціальні програми.

Соціальна політика, адресована інвалідам, ґрунтувалася спочатку на принципах ізоляції і компенсації. Він проявлявся у створенні особливих систем забезпечення життєдіяльності інвалідів, сегрегованих загальних систем: спеціальних будинків для постійного, іноді довічного проживання, особливих навчальних закладів, спеціалізованих підприємств тощо. Самі інваліди в такий спосіб виключалися із суспільного життя та перетворювалися лише у об'єкт його турботи і піклування.

Сьогодні соціокультурна реабілітація інвалідів будується на наступних принципах:

- 1) **Принцип компенсації** – реалізується через заходи, націлені отримати відшкодування тих збитків, що має інвалід, в грошовій чи іншого роду компенсаційній формі: виплата пенсій чи допомог, надання пільг. З одного боку, такі пільги необхідні, проте, будучи єдиним механізмом допомоги, вони не можуть сприяти інтеграції інвалідів у суспільство, а на тому рівні, на якому вони закріплені законодавством, забезпечують інвалідам вкрай низькі стандарти існування. З іншого боку, низка потреб інвалідів може бути вирішена шляхом матеріального їх забезпечення, оскільки відновлення соціального статусу особи з особливими потребами, повноцінність інтеграції її у суспільстві опосередковано пов'язані з матеріальним чинником.
- 2) **Принцип рівних соціальних прав і можливостей інвалідів**, які надаються кожному члену суспільства незалежно від його фізичних, психічних, інтелектуальних та інших особливостей. Відповідно до нього, інваліди розглядаються не тільки як об'єкт турботи суспільства, але й як суб'єкти своєї власної життєдіяльності.
- 3) Дедалі більше впливово заявляє про себе **принцип активної участі самих інвалідів у роботі соціальних служб, у формуванні та реалізації державної соціальної політики стосовно осіб з обмеженими можливостями.**
- 4) Також з практики зарубіжної соціальної роботи активно запозичений нами **принцип незалежного життя осіб із обмеженими можливостями**, який сприяє розвитку їх здібностей до самообслуговування, самопомоги і самозабезпечення.

Допомога, що надається інваліду різними установами і організаціями, повинна бути адекватною до його стану, сприяти самореалізації, формуванню навичок самообслуговування та і спонукати до цього.

- 5) **Принцип добровільності** – допомога, що надається спеціалістами, повинна прийматися (чи відхилитися) на добровільних засадах або самою особою з функціональними обмеженнями, або особами, що призначені її опікунами.
- 6) **Принцип нерозривного зв'язку індивіда з обмеженими можливостями і соціального середовища.** Зрозуміло, середовище впливає інваліда в багатьох напрямках - через загальні соціальні зв'язки, через найближчу соціальну мережу, через громадські настрої, забобони й очікування. Особистість інваліда формується у конкретних соціальних умовах. Проте самі інваліди свідомо чи несвідомо формують своє соціальне оточення, більшою мірою впливаючи на найближчі ланки своєї "соціальної мережі" значно меншою мірою - на суспільство загалом. Це знаходить свій відбиток у **феномені співзалежності**, в несприятливому психоемоційному середовищі багатьох сімей з інвалідами, у свідомому чи несвідомому прагненні низки інвалідів до маніпулювання тими особами, із якими вони спілкуються.
- 7) Одним із основних є **принцип вивчення і збереження сімейних і соціальних зв'язків інваліда**, бо для кожного індивіда його родина має бути найдосконалішою функціонально-соціалізуючим і реабілітаційним середовищем. Проте, крім безперечно позитивної дії сім'ї на розвиток особи з обмеженими можливостями, треба говорити про те, що сім'я може в бути і найсильнішим патологічним чинником, який породжує і консервує комплекс неповноцінності інваліда у власних очах і в очах оточення.
- 8) Надзвичайно важливим є **принцип комплексності і послідовності реабілітаційних заходів**, оскільки окремі несистематизовані заходи можуть не принести позитивного результату чи навіть у окремих випадках позначитися негативно на розвитку людини з особливими потребами. Незавершеність реабілітаційної програми, відсутність окремих її напрямів скорочують можливості реалізації індивідуального реабілітаційного потенціалу.
- 9) **Принцип індивідуального підходу при розробці програми реабілітації інваліда** - індивідуальний підхід до визначення обсягу, характеру і спрямованості заходів.
- 10) **Принцип раннього початку здійснення реабілітаційних заходів.**

3. Заклади, що забезпечують комплексну реабілітацію інвалідів, та специфіка їх діяльності:

- Управління праці та соціального захисту населення і управління соціального захисту населення райдержадміністрацій, міських рад;

- Територіальні центри соціального обслуговування;
- Інтернатні заклади;
- Центри соціальної реабілітації дітей-інвалідів;
- Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді;
- Благодійні організації та фонди.

Сутність, зміст, напрямки соціальної реабілітації залежать від специфіки закладу, в якому вона проводиться, а також функцій, меж компетенції, повноважень цього закладу.

Активізація соціально-культурних і соціально-педагогічних функцій конкретної особистості у задоволенні основних соціальних потреб має на меті подолання почуття самотності, емоційної відчуженості і значною мірою досягається стимулюванням соціальної активності особистості. Спочатку вивчаються проблеми дітей і молоді, а потім створюються умови для подальшого розвитку їхньої ініціативи, зокрема, створюються центри соціальної активності, громадські організації та дитячі асоціації. Вихід особистості за вузькогрупові рамки, залучення її до системи безпосередніх стосунків з широким колом інших людей сприяє збагаченню індивідуального життя особистості.

Самоактуалізація і соціалізація неможливі без розвитку креативності особистості, виявлення і розвитку творчого потенціалу. Йдеться як про творчий підхід до життя, так і про компенсаторний вплив мистецтва на особистість. Тому в практиці соціальної роботи використовуються такі методи роботи, як арттерапія, конкурси і фестивалі художньої творчості дітей і молоді.

Реабілітаційні функції виконує також взаємодія особистості з природою. Догляд за тваринами і рослинами знімає стрес, нормалізує роботу нервової системи, психічний стан. Спілкування з тваринами суттєво збагачує життя, може бути додатковим джерелом взаємодії людини з навколишнім світом. Тому в роботі з дітьми-інвалідами можна використовувати таку форму соціальної реабілітації, як екологізація педагогічного середовища (конструювання і виготовлення екологічних куточків у ССМ, навчально-виховних закладах і за місцем проживання; іпотерапія; соціальна реабілітація сліпих за допомогою собак-поводирів; екологічні гуртки; обладнання гнізд; екскурсії у ліс, на річку, наметові табори тощо).

Один із шляхів соціальної реабілітації інвалідів – профорієнтація і працевлаштування. Тому навчально-виховні заклади для дітей-інвалідів мають бути відкритими і доступними для соціальних працівників. З цією метою в інтернатах проводяться дні соціальної служби, під час яких соціальні педагоги і психологи надають дівчаткам і хлопчикам інформаційно-консультативні послуги з проблем профорієнтації й працевлаштування. Діти знайомляться зі своїми правами, що встановлені Конвенцією ООН про права дитини, і пільгами, які надаються державою для їх соціального захисту.

Профорієнтація передбачає попереднє дослідження функціональних можливостей молодшої людини, ІЗ освітнього, професійного і соціального рівня. Завдання профорієнтації – встановити найпридатніші для інвалідів види роботи, надати їм можливість обрати роботу відповідно до їх навичок, здібностей і вмінь. Обов'язково слід враховувати особисті бажання кожного й виходити з найретельнішого оцінювання професійних здібностей. Так, соціальна реабілітація дітей з обмеженнями у пересуванні здійснюється шляхом організації плідної праці, творчих занять. З цією метою для дітей-інвалідів проводяться заняття з плетіння мережива, влаштовуються курси з плетіння ґерданів, виготовлення іграшок, штучних квітів, виробів з бісеру. Творчі заняття справляють психолого-педагогічний вплив на особистість, сприяють згуртуванню інвалідів, об'єднанню їх у неформальні групи. Такі форми роботи створюють умови для відновлення почуття гідності, самоповаги, соціальної придатності й самоствердження особистості.

Соціально-психологічна реабілітація сприяє формуванню творчої особистості, яка знаходить опору у власному "Я". Це є важливою передумовою самоактуалізації людини та її духовного оздоровлення. З іншого боку, соціально-психологічна реабілітація сприяє соціалізації особистості, засвоєнню культурного і духовного досвіду, набутого людством. Кожна людина крім задоволення потреб свого буття і природного розвитку своїх можливостей спрямована на зовнішній вищий зразок, ідеал, наявний у соціальному, духовному і моральному вихованні. Отже, соціально-психологічна реабілітація – це складний процес реалізації своїх здібностей, безперервний процес вибору, знаходження себе і навчання нових способів комунікації. Водночас це процес соціалізації особистості, розвитку громадської відповідальності й активності.

Основними формами реабілітаційної соціальної роботи з дітьми і молоддю з обмеженими психофізичними можливостями є **групова та індивідуальна**.

Основними завданнями групової роботи є:

- допомога членам групи створити систему взаємодопомоги;
- урахування у процесі роботи характеру і змісту групових процесів, використання їх для досягнення цілей групи, допомога в цьому кожному члену групи;
- посилення здатності членів групи діяти незалежно;
- допомога кожній особистості усвідомити свою спільність з іншими в момент припинення діяльності групи.

У своєму розвитку група проходить декілька стадій. На першому етапі ("орієнтування – включення") члени групи знайомляться, затверджується склад групи і приймаються групові цілі. Другий етап пов'язується із незадоволеністю і суперництвом. Третя стадія – етап продуктивної спільної роботи, інтеграція. Четверта стадія – припинення роботи групи, її ліквідування.

Виділяються два основні типи груп:

- групи, які створюються спеціально для роботи з їх членами для вирішення внутрішньогрупових проблем (внутрішньо спрямовані); вони в свою чергу поділяються на два типи: 1) групи, спрямовані на соціалізацію особистості; 2) групи, мета яких – виправлення відхилень, які виникають під час попереднього розвитку (групи ресоціалізації);
- групи, які створюються для досягнення будь-яких зовнішніх щодо групи цілей. Кожен з цих типів, у свою чергу, диференціюється залежно від завдань і мети діяльності.

Групова робота проводиться для дітей підліткового віку, їхніх батьків, братів і сестер. Діяльність груп спрямована на вирішення таких завдань:

- полегшення самотності та ізоляції дітей;
- емоційна підтримка;
- забезпечення необхідною інформацією;
- реалізація рольових моделей поведінки;
- формування порівняльної бази.
- За структурою виділяються такі групи:
- соціальний педагог – брати і сестри дітей-інвалідів;
- батьки – батьки;
- діти – діти (діти з обмеженими фізичними можливостями підлітково-юнацького віку) зі збереженим інтелектом.

Залежно від змісту групової роботи розділяють групи з навчальним компонентом, терапевтичним компонентом та інтегровані. Головне завдання груп з навчальним компонентом – надати батькам інформацію про певні атитюди, що є в суспільстві, особливості поведінки дітей-інвалідів. Терапевтична модель зумовлює обговорення медичних аспектів інвалідності в групі, роботу якої спрямовують різні спеціалісти (терапевт, психолог, реабілітолог, юрист). Інтегрована модель побудована на припущенні, що батьки дітей-інвалідів потребують необхідних знань та емоційної підтримки у вихованні дітей.

Найбільш поширеною формою роботи, що прямо чи опосередковано сприяє адаптації дітей-інвалідів, є **групи взаємодопомоги батьків**. Ці групи базуються на навчальному компоненті й тому батьки часто можуть бути більш обізнаними з проблемами інвалідності дитини, ніж професіонали.

Процес взаємодопомоги. До групи взаємодопомоги приходять батьки, яким необхідно позбутися соціальної ізоляції, фрустрації, емоційного виснаження, поділитись своїм горем, знайти надію на поліпшення свого становища. Тому для участі в роботі груп взаємодопомоги відбираються батьки-волонтери, які мають необхідні якості й риси: позитивні цінності і прийняття дітей-інвалідів; інтерес до спілкування з іншими батьками; готовність взяти участь у всіх

навчальних сесіях; обізнаність за реакцією батьків на інвалідність дитини; готовність допомогти батькам, у яких дитина має іншу ваду, ніж їхня. Лідер групи повинен мати попередній досвід комунікації в такій групі, бути емпатійним і обізнаним з природою і специфікою дитячої інвалідності, мати хороші знання про сервіс та ресурси. З цією метою для лідерів проводяться дводенні тренінги з формування чутливості до потреб інших, забезпечення базовою системою комунікації та специфічною інформацією щодо різнобічних станів і ресурсів обслуговування, що є в наявності.

У рамках групової роботи як окремий метод розглядається **метод арттерапії**, який виконує реабілітаційну функцію у межах короткотривалого спілкування, зокрема в умовах дитячого оздоровчого табору. Слід зазначити, що мистецтво і художня творчість мають велике значення у житті дитини з обмеженнями у руховій сфері. Творча діяльність стимулює бажання дитини-інваліда спілкуватися, розширювати міжособистісні стосунки.

Важливою формою соціально-педагогічної роботи з дітьми-інвалідами є індивідуальна робота:

- аналіз індивідуальних біологічних функцій і функціональних можливостей (біологічний і соціальний вік, рівень функціонального обмеження, біологічні ритми, психофізичні можливості);
- виявлення специфіки соціокультурного розвитку (вплив різнорівневих соціальних факторів, соціальні потреби, ролі, статус, соціальні очікування, культурні й субкультурні цінності, норми);
- усвідомлення психологічних характеристик (сприйняття, пам'ять, здатність до вирішення проблем, характер самооцінки, рівень залежності, адекватність реакцій);
- дослідження особливостей психосоціальної адаптації, процесу взаємного впливу індивіда і його оточення;
- залучення дитини до соціально-педагогічного процесу (соціалізації). Безпосередня практика соціально-педагогічної допомоги дітям-інвалідам включає конкретні методики, прийоми, засоби і техніки, які застосовуються соціальним педагогом відповідно до її мети, завдань і рівнів.

Вибір методів соціально-педагогічної допомоги залежить від ряду взаємопов'язаних і взаємообумовлених соціально-психологічних, фізіологічних та соціокультурних факторів: категорії функціонального обмеження і обмеження життєдіяльності дитини; віку дитини; її зовнішнього вигляду (наявності дефекту зовнішності); психофізичних можливостей дитини; реакції батьків на інвалідність дитини, динаміки інвалідності; реакції найближчого оточення (родичів, друзів, колег по роботі, сусідів) на інвалідність дитини; віку батьків, їхньої емоційної зрілості; віросповідання батьків; соціокультурного і соціоекономічного статусу сім'ї; наявності в сім'ї інших дітей (інвалідів чи не інвалідів); місця

проживання та інфраструктури (місто, сільська місцевість, багатоповерховий будинок тощо); наявності соціальної служби для надання соціальних послуг.

Більшість дітей-інвалідів в Україні навчаються і виховуються у школах-інтернатах, тобто перебувають в особливо складних і надзвичайних умовах. Ці діти штучно відірвані від сім'ї, що породжує проблеми у міжособистісних стосунках між батьками і дітьми, тому батькам необхідна допомога у спілкуванні з дитиною. Під час канікул таким сім'ям надається допомога у догляді й нагляді за дитиною, організовується спілкування з ровесниками за місцем проживання. Дитина має якомога частіше перебувати в сім'ї, в оточенні батьків, родичів, друзів.

Соціальна допомога дітям-інвалідам, які навчаються і виховуються в інтернатному закладі, забезпечується завдяки тісній співпраці шкіл-інтернатів і соціальних служб для молоді. Завдання соціальних служб для молоді полягають у сприянні політиці "відчинених дверей" цих закладів, надання допомоги дитині безболісно перейти у доросле життя, попередити виникнення екстремальних ситуацій чи полегшити їх наданням соціально-педагогічної та правової допомоги. Таким чином активізуються зусилля суспільства для задоволення особливих потреб дітей-інвалідів (перебування в сім'ї, правовий захист).

З цією метою робота здійснюється у таких напрямках: реалізація рекреаційних проектів з тимчасового перебування дітей у сім'ї, спільних з школами-інтернатами програм з правової освіти дітей і підготовки їх до сімейного життя; вжиття заходів, спрямованих на розвиток співпраці шкіл-інтернатів і загальноосвітніх шкіл; створення дитячих асоціацій; залучення спонсорських коштів для додаткової фінансової підтримки дітей. Ефективними формами роботи є: клуби сімейного виховання; кризові центри; соціально-психологічні служби SOS; групи взаємодопомоги; спеціалізовані лінії Телефону довіри.

ЛІТЕРАТУРА ДО КУРСУ

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида / М.М. Айшервуд; [пер. с англ.]. – М.: Педагогика, 1991. – 88 с.
2. Алфьорова Г.В. Нові підходи до корекційно-розвиваючої роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я / Г.В. Алфьорова // Дефектологія. – 2001. – № 3. – С. 10–17.
3. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / А.Й. Капська, О.В. Безпалько, Р.Х. Вайнола. – К., 2002.
4. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях. Навчальний посібник / О.В. Безпалько. – К., 2003. – 140 с.
5. Битов А.Л. Особенный ребенок: исследования и опыт помощи. Проблемы интеграции и социализации / А.Л. Битов. – М., 2000.
6. Виховання дітей з особливими потребами в сім'ї. – К., 1998.
7. Вовканич А.С. Програма підготовки спеціалістів-реабілітологів / А.С. Вовканич, В.М. Трач, Г.В. Тупайло // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції. – К.: А.Л.Д., 1995. – 38 с.
8. Врегулювання проблемних питань працевлаштування та захисту прав інвалідів у сфері праці : [Практ. посіб.] / уклад. О.В. Бабак, І.В. Гладка, Н.М. Малиновська, В.Й. Скаковська; за заг. ред. В.М. Дьяченка, М.Л. Авраменка. – К.: "Ун-т Україна", Всеукр. центр професійної реабілітації інвалідів, 2007. – 156 с.
9. Грачев Л.Г. Программы социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов / Л.Г. Грачев. – М., 1992.
10. Дубич К.В. Ставлення суспільства до людей з обмеженими фізичними можливостями / К.В. Дубич // Духовність особистості: методологія, теорія і практика. – 2011. – № 3 (44). – С. 30–35.
11. Іванова І.Б. Діти з особливими потребами: проблема термінологічного визначення / І.Б. Іванова // Дефектологія. – 1999. – № 1. – С. 2–7.
12. Іванова І.Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів / І.Б. Іванова. – К.: Логос, 2000. – 87 с.
13. Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції. – К.: АЛД, 1995. – 112 с.
14. Капська А.Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю : Навчально-методичний посібник / А.Й. Капська. – К.,: УДЦССМ, 2001.
15. Качан Л. Турбота про інвалідів – справа всенародна / Л. Качан // Соціальний захист. – 1999. – № 8. – С. 28–31.
16. Коваль Л.Г. Соціальна педагогіка / Л.Г. Коваль, І.Д. Зверева, С.Р. Хлєбїк. – К.: ІЗМН, 1997.
17. Коваль Л.Г. Соціально-педагогічна підтримка дітей з різними соціальними та фізичними аномаліями / Соціальна педагогіка.

- Соціальна робота. [Навчальний посібник] / Л.Г. Коваль, І.Д. Зверєва, С.Р. Хлєбїк. – К.: ІЗМН., 1997.
18. Комарова Н.М. Інвалідність як соціальна проблема сучасного українського суспільства / Н.М. Комарова, Р.Я. Левін, О.В. Вакуленко // Український соціум. – 2003. – № 1 (2). – С. 38–45.
 19. Конвенція ООН про права дитини. – К. ЮНІСЕФ, 2003.
 20. Кравченко Р.І. Соціальна робота з розумово відсталими людьми: Навчальний посібник / Р.І. Кравченко. – К., 2001.
 21. Левченко І.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. – М.: Академия, 2001.
 22. Ляшенко В.І. Життя без перешкод. Методичний посібник по створенню безбар'єрного середовища для дітей-інвалідів / В.І. Ляшенко. – Миколаїв: Редакційно-видавничий відділ Державного комплексу соціальної реабілітації дітей-інвалідів, 2008. – 68 с.
 23. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами / [Л.В. Борщевська, Л.В. Зіброва, І.Б. Іванова та ін.]. – К., 1999.
 24. Пархомов С. Увага до проблем інвалідів / С. Пархомов, Л. Польовий // Соціальний захист. – 1999. – № 1. – С. 30–37.
 25. Пенішкевич Д.І. Соціальна педагогіка: Модульна технологія навчального курсу. Навчальний посібник / Д.І. Пенішкевич, Л.І. Тимчук. – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2010. – 496 с.
 26. Поляк О.В. Проблеми соціальної реабілітації осіб з обмеженою дієздатністю – «духовна реабілітація» / О. Поляк // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : збірник наукових праць. – К. : Університет "Україна", 2004. – 448 с.
 27. Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ сторіччя: Наук.-метод. зб.: у 2 ч. / І.Г. Єрмаков (ред.). – К.: ІЗМН, 1998.
 28. Реабілітація дітей з функціональними обмеженнями засобами мистецтва / За ред. А.Й. Камської. – К.: ДЦССМ, 2002. – 96 с.
 29. Сводіна В.М. Інтегроване виховання школярів з обмеженими можливостями здоров'я / В.М. Сводіна // Дефектологія. – 1998. – № 6. – С. 31–39.
 30. Синьов В.М. Основи дефектології / В.М. Синьов, Т.М. Коберник. – К.: Вища школа, 1994.
 31. Силкин Л.Н. Что такое психологическая реабилитация / Л.Н. Силкин // Наша жизнь. – М., 1982. – № 1. – С. 34–35.
 32. Сім'я та проблеми дитячої інвалідності // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Міжнародними дню інвалідів та Всеєвропейському тижню артизму. – Донецьк. 25–28 листопада 1997 р. – Донецьк, 1997. – 40 с.
 33. Словник-довідник для соціальних працівників та соціальних педагогів / [За заг. ред. А.Й. Капської, І.М. Пінчук, С.В. Толстоухової]. – К.: УДЦССМ, 2000.

34. Соціальна педагогіка. Навчальний посібник / За ред. Капської А.Й. – К., 2000.
35. Социальная педагогика: Курс лекций / Под ред. М.А. Галагузовой. – М., 2000.
36. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю / За заг. ред. Пінчук І.М., Толстоухової С.В. – К.: УДЦССМ, 2000.
37. Соціальна робота: технологічний аспект / За ред. А.Й. Капської. – К., 2004.
38. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями (навчально-методичний посібник). – К.: ДЦССМ, 2003. – 168 с.
39. Социальная работа: теория и практика / Е.И. Холостовой, А.С. Сорвина. – М., 2001.
40. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. – К., 2003.
41. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др. / Под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Академия, 2000.
42. Технологии социальной работы. Учебник / Под ред. Холостовой Е.И. – М., 2001.
43. Технології соціально педагогічної роботи: Навчальний посібник / За заг. ред. проф. А.Й. Капської. – К., 2000.
44. Шептенко П.А. Методика и технология работы социального педагога: Учеб. пособие для студ. высш. пед-учеб. заведений / П.А. Шептенко, Г.А. Воронина. – М.: Академия, 2001.
45. Язвина И.М. Совершенствование управления системой социальной реабилитации. – М.: ВОС., 1985.

Додаткова:

1. Довідник матері особливої дитини. – К.: Віпол, 1999. – 136 с.
2. Іванова І.Б. Соціально-педагогічна робота з дітьми-інвалідами в системі соціальних служб для молоді: автореф. дис. ... канд. пед. наук.: 13.00.05 / Київський університет ім. Т.Г. Шевченка / І.Б. Іванова. – К., 1998. – 19 с.
3. Жмир В. Дослідження кризових ситуацій та шляхів їх подолання в сім'ях інвалідів з психічним захворюваннями / В. Жмир, С. Циганок // Соціальна педагогіка і соціальна робота. – 1999. – № 3–4. – С. 100–125.
4. Збірник нормативно-консультативного спрямування з медико – психологічних та юридичних питань для молодих людей з вадами здоров'я / Упорядник: В. Пушкар. – 1998. – № 4. – 42 с.
5. Зимин Б.В. Социально-трудовая реабилитация и интеграция слепых / Б.В. Зимин. – М.: ВОС., 1979.

6. Ипполитова М.В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье / М.В. Ипполитова, Р.Д. Бабенкова, Е.М. Мастюкова. – М., 1993.
7. Кантор В.З. Самодеятельный художественный коллектив как фактор социальной реабилитации слепых и слабовидящих: Дис. канд. пед. наук. – Л., 1989. – 163 с.
8. Кокколова Н. Розв'язання проблеми інвалідності – одне з найважливіших питань соціального захисту / Н. Кокколова // Соціальний захист. – 1999. – № 5. – С. 22–24.
9. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. – М., 1998.
10. Літопис Руський за Іпатським списком. – К.: Дніпро, 1980.
11. Мастюкова Е.М. Они ждут нашей помощи / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина. – М.: Педагогика, 1991.
12. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича. – М., 1991.
13. Оздоровлення дітей та молоді з різним рівнем здоров'я. Методичні рекомендації в II частинах / Упорядники Шатохіна О.К., Топеха Н.Л. – К.: УДЦССМ, 1998.
14. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под. ред. Т.А. Власовой. – М., 1985.
15. Платонова Н.М. Основы социальной педагогики. Учеб. пособ. / Н.М. Платонова – СПб. : Изд-во СПб ун-т., 1997.
16. Рейфман М.Б. Социальная реабилитация (опыт работы Московского областного правления). – М.: ВОС, 1981. – 51 с.
17. Синьова Є.П. Актуальні питання соціальної адаптації осіб з глибокими порушеннями зору / Є.П. Синьова // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції: збірник. – К., 1995. – Вип. 1.
18. Український державний центр ССМ. Донецький обласний центр ССМ. Матеріали міжнародної практичної конференції: "Соціальна реабілітація та адаптація дітей та молоді з особливими потребами". 2-4 червня 1999 року. – Донецьк, 1999. – 50 с.
19. Феоктистова В.А. Цели, содержание и пути социально-трудовой реабилитации слепых / В.А. Феоктистова // Сб. по реабилитации слепых (под ред. А.Г. Литвака). – М.: ВОС., 1982.
20. Фирсов М.В. Теория социальной работы / М.В. Фирсов, Е.Г. Студенова. – М.: Владос, 2000.
21. Хрусталева С.А. Методика и практика социально-психологической реабилитации незрячих / С.А. Хрусталева, С.А. Гильд, Л.И. Боброва. – М.: ВОС., 1986.
22. Якубенко С.О. Соціальний захист дітей-інвалідів / С.О. Якубенко // Соціальний захист. – 1999. – № 5. – С. 22–24.

Інформаційні ресурси

1. Дети-инвалиды – проблемы обучения и реабилитации [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.youtube.com/watch?v=x_jerKbLpKk
2. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/875-12
3. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/2961-15
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/z1197-07
5. Офіційний сайт Мінпраці України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mlsp.gov.ua/control/uk/publish/category>.
6. Пирог Л.А. Сучасний стан проблем осіб з особливими потребами [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.rusnauka.com/1_NIO.../3_98599.doc.htm
7. Реалізація державної соціальної політики щодо інвалідів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.mlsp.gov.ua/labour/.../article;...id...
8. Соціальна реабілітація інвалідів засобами спорту [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.defes.lviv.ua/invalid_u.htm
9. Черняева Т.И. Социальная реабилитация «нетипичных» детей. (Зарубежный и российский опыт) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.isras.ru/files/File/Socis/2005-6/chernyaeva_soc_rehabi.pdf.
10. Соціально-побутове орієнтування дітей з порушеннями зору [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ukrarticles.pp.ua/nauka/10548-socialno-bytovaya-orientirovka-detej-s-narusheniem-zreniya.html>