

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІОЛОГІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФІЛОСОФІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

**Кваліфікаційна робота
магістра**

**Оптимізація технологій соціальної реабілітації осіб з інвалідністю
з дитинства**

Виконала: магістрант 2-го курсу, групи 8.2319-ср-з
напряму підготовки
спеціальності 231 «Соціальна робота»
освітньо-професійної програми
«Соціальна робота»
І.О. Кваша

Керівник: професор кафедри соціальної філософії
та управління,
доцент, д.і.н. Приймак О.М.

Рецензент: доцент кафедри соціальної філософії та
управління,
доцент, к.психол.н. Бойко А.В.

Запоріжжя – 2020

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціології та управління
Кафедра соціальної філософії та управління
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 231 «Соціальна робота»
Освітньо-професійна програма «Соціальна робота»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри соціальної філософії та
управління

_____ Т.І.Бутченко
« ____ » _____ 2020 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Кваша Ірина Олексіївна

(прізвище, ім'я, по-батькові)

1. Тема роботи Оптимізація технологій соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства

керівник роботи Приймак Олег Миколайович д. історичних наук, доцент,
(прізвище, ім'я, по-батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом ЗНУ від «30» жовтня 2020 року № 1494-с

2. Строк подання студентом роботи 3 грудня 2020 року

3. Вихідні дані до роботи Актуальні проблеми соціальної реабілітації молоді з обмеженою дієздатністю / Толстоухова С. В. : Київ: УДЦССМ, 2000. 184 с.; Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам : Закон України від 16.11.2000 № 2109-III. Відомості Верховної Ради України. 2001. № 1. Ст. 2.; Організаційно-правові заходи реабілітації інвалідів / Оболенський Ю., Соболев Є. : Правовий вісник УАБС. 2013. № 2 (9). С. 82–87.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки

1. Історія дослідження технологій соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства. 2. Характеристика основних понять дослідження: «оптимізація технологій», «технології соціальної роботи», «соціальна реабілітація», «особа з інвалідністю з дитинства». 3. Принципи и методи дослідження соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства. 4. Особа з інвалідністю з дитинства як категорія клієнтів соціальної роботи. 5. Технології соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства. 6. Правові засади соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства. 7. Порівняльний аналіз використання технологій соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства. 8. Шляхи удосконалення соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Поважна А.В., доцент кафедри соціальної філософії та управління	25.05.2020	25.05.2020
Розділ 2	Поважна А.В., доцент кафедри соціальної філософії та управління	26.06.2020	26.06.2020
Розділ 3	Приймак О.М., професор кафедри соціальної філософії та управління	03.10.2020	03.10.2020

7. Дата видачі завдання _____ 25 травня 2020 року _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми кваліфікаційної роботи	Березень – квітень 2020	<i>виконано</i>
2.	Бібліографічний пошук	Травень 2020	<i>виконано</i>
3.	Розробка основних положень роботи	Травень 2020	<i>виконано</i>
4.	I розділ	Червень 2020	<i>виконано</i>
5.	II розділ	Липень – серпень 2020	<i>виконано</i>
6.	III розділ	Жовтень – листопад 2020	<i>виконано</i>
7.	Систематизація висновків	Листопад 2020	<i>виконано</i>
8.	Нормоконтроль	Листопад – грудень 2020	<i>виконано</i>

Студент _____ І.О. Кваша

Керівник роботи _____ О.М. Приймак

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ А.І. Васильєва

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота складається з 86 сторінок, 79 позицій у списку літератури.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕХНОЛОГІЙ, ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ, СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ОСОБА З ІНВАЛІДНІСТЮ З ДИТИНСТВА

Мета дослідження: є вивчення та оптимізація технологій соціальної реабілітації для осіб з інвалідністю з дитинства.

Об'єкт дослідження: виступають технології соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства.

Предмет дослідження: форми, оптимізація інноваційних технологій соціальної реабілітації для осіб з інвалідністю з дитинства.

Методи дослідження: аналіз, синтез, індукція, дедукція, анкетування, тестування, спостереження.

Гіпотеза: одними з головних завдань при побудові системи оптимізації технологій соціальної роботи є традиційні форми підтримки осіб з інвалідністю з дитинства в соціальної реабілітації.

Висновки: 1. Реабілітаційні установи повинні організувати процес реабілітації, щоб діти з обмеженими можливостями могли досягати і підтримувати функціонування оптимального рівня фізичного і розумового розвитку, забезпечувати їм інструменти для досягнення більш високого рівня незалежності у своєму житті.

2. Відповідно до Закону «Про засади соціального захисту інвалідів в Україні», реабілітаційні установи впроваджують реабілітаційний процес для людей з інвалідністю відповідно до програм реабілітації.

3. Соціальної реабілітації (абілітації) полягає у навчанні дитини з інвалідністю основних соціальних навичок, пристосування побутових умов до її потреб, вироблення та підтримання стереотипів безпечної поведінки, отримання навичок автономного проживання, конструктивного спілкування, самоаналізу та позитивного сприйняття себе і оточуючих тощо.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ З ДИТИНСТВА.....	9
1.1. Історія дослідження технологій соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства.....	9
1.2. Характеристика основних понять дослідження: «оптимізація технологій», «технології соціальної роботи», «соціальна реабілітація», «особа з інвалідністю з дитинства».....	15
1.3. Принципи и методи дослідження соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства.....	18
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ З ДИТИНСТВА	25
2.1. Особа з інвалідністю з дитинства як категорія клієнтів соціальної роботи.....	25
2.2. Технології соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства.....	33
2.3. Правові засади соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства.....	40
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНИЙ АСПЕКТ ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ З ДИТИНСТВА.....	54
3.1. Порівняльний аналіз використання технологій соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства.....	54
3.2. Шляхи удосконалення соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства.....	67
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	78

ВСТУП

Актуальність дослідження. Із здобуттям Україною незалежності, прийняттям і реалізацією стратегічного курсу побудови соціально орієнтованої ринкової економіки та інтеграції у світове співтовариство прогресивних змін зазнали концептуальні засади інституційного регулювання соціально-економічного забезпечення осіб з інвалідністю з дитинства. Нині інституційне регулювання щодо інвалідів з дитинства спрямовано на забезпечення їм рівних з іншими громадянами умов життєдіяльності для реалізації своїх громадянських, політичних, соціально-економічних прав і свобод, які передбачені Конституцією України та нормами міжнародного права.

Сьогодні поставлене кардинальне завдання сформуванню на державному рівні ефективну систему створення сприятливих психологічних, правових умов та гарантій для набуття інвалідами з дитинства, на основі їх медико-соціально-професійної реабілітації, освіти, профорієнтації, професійної підготовки. Особливої актуальності ця проблема набула після запровадження в Україні системи соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійного захворювання. Вона передбачає відповідальність страхового фонду за професійну реабілітацію інвалідів з дитинства.

Не дивлячись на проведену значну роботу по законодавчому закріпленню інституту соціального захисту, по налагодженню системи працевлаштування і професійної реабілітації інвалідів, існування ряду національних програм, не всі проблеми у цій сфері вже вирішені в Україні. Однією з причин такого стану є те, що фінансування і строки реалізації соціальних програм встановлені не із потреб осіб з інвалідністю з дитинства, а виходячи з наявних фінансових та економічних можливостей держави. Внаслідок цього програми не забезпечують реальне покращання соціально-економічного забезпечення осіб з інвалідністю. При низькому рівні державного та регіонального фінансування вони виявляються розтягнутими на тривалі строки і мало ефективні. Ті ж пункти програм, які вдається виконати, по суті мало що змінюють у величезній кількості невирішених питань соціально-економічного забезпечення осіб з

інвалідністю з дитинства.

Проблемна ситуація. Важливою складовою європейського поступу України є активізація діяльності у сфері захисту осіб з інвалідністю з дитинства. Існує невідкладна необхідність соціалізації такої категорії населення. Особам з інвалідністю з дитинства має бути надана можливість та створені умови для повноцінної участі у всіх сферах суспільного життя нарівні з іншими категоріями громадян. Це стосується зайнятості та створення специфічних умов праці для інвалідів. Важливу роль відіграє система професійної реабілітації інвалідів з дитинства, яка має забезпечувати повернення або залучення їх до зайнятості в доступних за станом здоров'я умовах праці, з урахуванням їх фізичних можливостей та особистих схильностей.

Теоретико-методологічним підґрунтям наукової праці стали передусім праці вітчизняних науковців А.В. Пономаренко, А.Д. Носов, А.Й. Капська, І. Д. Зверева, О. В. Безпалько, А. Д. Гулевська-Черниш, С. Корнієнко, О. С. Бурлака, Ю. Оболенський, Є. Соболев, М. В. Чічкань, В. О. Євсєєнко, В. Л. Костюк, Г. М. Кучер, О. Г. Платонова, В. П. Мельник, С. В. Толстоухова.

Об'єктом дослідження виступають технології соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства.

Предмет дослідження – форми, оптимізація інноваційних технологій соціальної реабілітації для осіб з інвалідністю з дитинства.

Метою дослідження є вивчення та оптимізація технологій соціальної реабілітації для осіб з інвалідністю з дитинства.

Згідно з метою маємо такі завдання:

- описати історію дослідження технологій соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства;
- надати характеристику основних понять дослідження: «Оптимізація технологій», «Технології соціальної роботи», «Соціальна реабілітація», «Особа з інвалідністю з дитинства»;

- розкрити принципи и методи дослідження соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства;
- відобразити особу з інвалідністю з дитинства як категорія клієнтів соціальної роботи;
- охарактеризувати технологію соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства;
- обґрунтувати правові засади соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства;
- надати порівняльний аналіз використання технологій соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства;
- узагальнити шляхи удосконалення соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства.

Гіпотеза: одними з головних завдань при побудові системи оптимізації технологій соціальної роботи є традиційні форми підтримки осіб з інвалідністю з дитинства в соціальної реабілітації.

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку літератури.

РОЗДІЛ 1

МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ З ДИТИНСТВА

1.1. Історія дослідження технологій соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства

Добре відомо, що одним із фундаментальних підходів у соціальній державі є спрямування збільшення ресурсів держави для надання додаткових гарантій та переваг тим категоріям людей, які цього найбільше потребують. Серед цієї категорії людей найбільш уразливою групою є діти, інвалідність яких сталася з народження або до досягнення ними повноліття, оскільки вони не лише позбавлені можливості забезпечити собі засоби для існування у дорослому віці, але проблема полягає у правильній соціалізації та адаптації таких дітей, враховуючи їх особливі потреби [50, с. 22].

Для вирішення цієї проблеми слід залучити додаткові сили та державні ресурси. А.В. Пономаренко та А.Д. Носов звертають увагу на те, що на сучасному етапі розвитку держави та суспільства відбувається радикальне переосмислення парадигми навчання та виховання дитини з особливими потребами, оновлення змісту, форм і методів навчання, зосереджене про формування особистості такої дитини як суб'єкта навчально-виховного процесу, створення сприятливих умов для його фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я, правового та соціального захисту [32,с. 113-120.].

Економічні умови нашого життя такі, що деякі діти та молодь, які мають проблеми зі здоров'ям, залишаються поза спеціалізованою освітою, оскільки там, де вони живуть, немає спеціалізованих шкіл, а оплата за їх освіту в іншому регіоні не завжди доступна. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є комплексне навчання дітей із порушеннями зору, слуху та опорно-рухового апарату в загальноосвітніх школах за місцем проживання. У багатьох

зарубіжних країнах такий досвід успішно впроваджується при спільному існуванні інтегрованого та спеціалізованого навчання [32, с. 113-120.].

Рівень цивілізованості будь-якої соціальної держави визначається ставленням до найменш захищених та найуразливіших її громадян, які потребують соціального захисту, особливо до дітей-інвалідів. В умовах реформування економічної системи України у зв'язку з переходом до ринкових відносин такі діти опинилися в найважчій ситуації. Поділ дітей-інвалідів на окрему самостійну групу є життєво важливим у зв'язку з їх беззахисністю, враженістю соціальної адаптації в суспільстві, що пов'язано із особливими умовами, в яких відбувається формування особистості дитини з інвалідністю [42, с. 28-33.].

У своїй роботі А. Й. Капська визначила дві основні цілі організації такої роботи: забезпечення соціального, економічного, інтелектуального та фізичного розвитку дитини, що має відхилення через організацію соціального, матеріального та медичного забезпечення; профілактика вторинних дефектів у дітей з інвалідністю. Під ними розуміють трудову діяльність, навчання, самостійний рух, службу, вміння самостійно керувати в повсякденному житті і т.д [17, с. 468].

Загальний процес соціально-педагогічної допомоги поділяється на чотири етапи дослідження:

1. виявлення особливих та соціальних потреб інвалідів, що зберігаються своїми здібностями. планування системи соціально-педагогічних впливів.
2. організація соціально-педагогічної допомоги.
3. оцінка роботи [17, с. 468]

Згідно з цими етапами соціальний педагог досліджує проблеми в розвитку дитини, розробляє план допомоги, реалізує процес реабілітації та визначає ефективність цієї системи догляду за дітьми з інвалідністю.

У роботах Зверева І. Д., Безпалько О. В., Гулевська-Черниш А. Д. визначено, що «інвалід» - це особа, яка має стан здоров'я з постійним порушенням функцій організму внаслідок захворювань, наслідків травм або

дефектів, які призводять до обмеження життя і потребують соціального захисту [13, с. 185-186.].

«Інвалідність» розглядається як обмеження можливостей, викликаних фізичними, психологічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які перешкоджають людині бути інтегрованою в суспільство і брати участь у житті сім'ї та держави на цих умовах, як і інші члени суспільства [20, с. 275-283.].

Дослідження С. Куніковскі, М. Пічкур, Т. СтратанАртишкової довели, що рішучість у подоланні труднощів, реактивність на стресові ситуації та адаптивність поведінки є значущими показниками копінг-стратегічного критерію готовності майбутніх педагогів до роботи з дітьми з особливими потребами [65].

Оскільки процес ранньої соціальної реабілітації є унікальним, максимально астандартизованим явищем, в якому розвиток дитини відбувається за індивідуальним напрямком, із задіянням притаманних тільки цій дитині механізмів, то розвиненість у майбутнього соціального педагога творчих якостей, з нашої точки зору, є тим особистісним ресурсом, завдяки якому здійснення соціально-педагогічного процесу в умовах ранньої реабілітації стає можливим.

Взагалі особистість дитини з обмеженими функціональними можливостями розвивається відповідно до загальних законів розвитку дитини, а дефект, стан або захворювання визначають вторинні симптоми, що виникають опосередковано під час аномального соціального розвитку. Захворювання, яке викликає, насамперед, порушення в біологічному полі людини, створює перешкоду для соціального і психічного розвитку. Існує багато класифікацій відхилень у здоров'ї та розвитку.

Одним з найбільш поширених є британська тризіркова шкала обмежених можливостей: хвороба – втрата або аномалія психологічних або фізіологічних функцій, елементи анатомічної структури, що перешкоджає певній діяльності; обмежена здатність – втрата здатності (через дефект) виконувати певну

діяльність у межах, що вважається нормою для людини; непрацездатність – наслідок дефекту або обмеженої здатності конкретної особи, що перешкоджає або обмежує виконання певної нормативної ролі, виходячи з віку, статі або соціальних факторів [20, с. 275-283.].

Виявлені закони, що представляють одну з найважливіших складових теорії соціально-педагогічної реабілітації, визначають її зміст у практиці соціальної роботи з дітьми-інвалідами та визначають стратегічні шляхи реалізації наукових досягнень у сфері соціального захисту. Основні закони ґрунтуються на принципах, що визначають їх зміст. Ці принципи представлені в Додатку А. Загальні закони повинні включати: зміну характеру державної політики щодо дітей з інвалідністю та розробка певних механізмів її реалізації. Основна передумова успішного вирішення актуальних проблем соціальної реабілітації дітей-інвалідів [11, с. 287-292.].

Прийняття заходів щодо соціального захисту дітей з інвалідністю відбувається шляхом розробки, прийняття та реалізації програм, що фінансуються як за рахунок коштів держави, так і місцевих органів влади, спрямованих на реалізацію заходів відповідно до стратегічних цілей і пріоритетів. З метою вирішення проблем дітей з інвалідністю уряд затвердив низку нормативно-правових актів, що визначають основні напрями вдосконалення державної політики у сфері соціального захисту дітей з інвалідністю на наступні роки.

Важливим напрямком є надання комплексних реабілітаційних послуг для дітей з обмеженими можливостями. Статистичні дані свідчать про необхідність охоплення якомога більшої кількості дітей за допомогою реабілітаційних послуг. Проте вони повинні бути диференційовані відповідно до індивідуальних потреб кожної конкретної дитини, наданих своєчасно і в повному обсязі. Цей підхід є не тільки основою для повної інтеграції дітей з інвалідністю у суспільне життя, але й повністю відповідає положенням Конвенції ООН про права інвалідів [21, с. 127-130.].

Реабілітаційні установи повинні організувати процес реабілітації, щоб діти з обмеженими можливостями могли досягати і підтримувати функціонування оптимального рівня фізичного і розумового розвитку, забезпечувати їм інструменти для досягнення більш високого рівня незалежності у своєму житті. Це означає, що кожний курс реабілітації приведе дитину до відвідування установи та поліпшення її здібностей у повсякденному та суспільному житті. Для батьків, підвищуючи свій рівень знань, навичок та обізнаності, щоб забезпечити більш ефективну підтримку своїй дитині [23, с. 54- 62.].

Відповідно до того, наскільки серйозними є інваліди у розвитку дитини та можливості для її навчання, соціальний педагог вибирає відповідний метод реабілітації:

1. Інтегрування (mainstreaming – загальний потік). Здебільшого це позакласна форма спілкування: участь у спільних масових заходах, літні табори, клуби інтересів тощо [26, с. 118.].

2. Інтеграція (інтеграл) – ціле число. За словами Н. М. Чернуха, проблема інтеграції дітей з інвалідністю в суспільство обумовлена, з одного боку, наявністю їх відхилень у фізичному і психічному розвитку, з іншого – недосконалістю самої системи суспільних відносин, які через певну жорсткість вимог до своїх потенційних суб'єктів недоступні для дітей-інвалідів [48, с. 272].

3. Інклюзивна освіта (включення – включення (англійська) – включення). Інклюзивна освіта – це гнучка, індивідуалізована система навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в масовій середній школі за місцем проживання. Підготовка базується на індивідуальній навчальній програмі, забезпечені медико-соціальною та психолого-педагогічною підтримкою [41, с. 113-118.].

Таким чином, підсумовуючи наведене, можемо виділити основні ознаки, що притаманні державній соціальній допомозі інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам:

матеріально-ціннісний характер – така допомога нараховується та виплачується у грошовому виразі;

залежність та обрахунок розміру такої допомоги від прожиткового мінімуму, встановленого для відповідних демографічних груп (осіб, що втратили працездатність, дітей віком до 6 років, дітей віком від 6 до 18 років);

значний ступінь диференціації – розмір такої допомоги залежить від низки факторів та розподіляється за:

а) групою та підгрупою інвалідності;

б) за віднесенням дитини-інваліда до підгрупи А; [47, с. 197]

в) залежно від особливостей висновку лікарсько-консультативної комісії лікувального закладу (для призначення надбавки по догляду самотнім інвалідам з дитинства II і III груп – призначається у разі, якщо вони за висновком такої комісії потребують постійного стороннього догляду). Зазначене дозволяє говорити також і про певну диспозитивність у визначенні розміру такої допомоги та залежність їх розміру великою мірою від розсуду лікарсько-консультативних комісій, медико-соціальних експертних комісій тощо; [70]

безпосередній та адресний характер – зазначена ознака характеризує допомогу як таку, що надається виключно дітям з інвалідністю, що визнані такими згідно з медичними висновками лікарсько-консультативних комісій, та інвалідам з дитинства, що віднесені до таких згідно з рішеннями медико-соціальних експертних комісій, а також лише тим особам, що безпосередньо здійснюють нагляд та піклування за такими категоріями інвалідів (про що свідчить норма закону про надання надбавки на догляд виключно особам, що не працюють та фактично здійснюють догляд за дитиною з інвалідністю);

виключний характер – наведена ознака свідчить про те, що за наявності прав у дитини-інваліда чи особи з інвалідністю з дитинства на іншу соціальну допомогу, виплату, зокрема, відповідно до Закону України «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю», їй призначається одна за її вибором. Виняток становить лише

наявність у дитини-інваліда чи інваліда з дитинства права на пенсію по втраті годувальника – у такому разі призначається і допомога, і пенсія [33].

Більшість вітчизняних та зарубіжних дослідників цього феномена вказують на його інтегративну природу, яка виявляється в поєднанні усвідомлення та розуміння батьками або особами, які їх замінюють своїх відчуттів та дій, а також знань та умінь компетентно виконувати батьківські функції. Компетентнісний підхід до організації цілісного реабілітаційного процесу, за твердженням В. Нечипоренко, є ключовим у ракурсі забезпечення високої якості діагностичних, профілактичних, реабілітаційних і корекційно-розвиткових заходів [55, с. 112].

Відповідно до цього, особлива увага приділена такому аспекту роботи соціального педагога, як співпраця із неблагополучними сім'ями та сім'ями з багатoproфільними проблемами, які виховують дитину з особливими потребами. Окрім цього, зазначено, що соціальний педагог організує роботу груп самодопомоги; здійснює системні соціально-педагогічні інтервенції; планує та здійснює заходи з інтеграції дитини та її сім'ї в соціальне середовище; здійснює кризове втручання; організує взаємодію та консалтинг тощо.

1.2. Характеристика основних понять дослідження: «оптимізація технологій», «технології соціальної роботи», «соціальна реабілітація», «особа з інвалідністю з дитинства»

Діти з інвалідністю є найбільш вразливими членами суспільства, що потребують особливої підтримки та допомоги з боку держави. За даними Світової Організації охорони здоров'я, кожен десятий житель Землі – людина з обмеженими можливостями, з них 120 млн. – діти і підлітки. Серед дітей з інвалідністю, найбільш чисельна вікова група 8–14 років (42,3 %), переважають хлопчики (59 %). Близько 80 % дітей з функціональними обмеженнями виховуються в сім'ях, решта – в інтернатних закладах [30, с. 127-130.].

На сьогодні інвалідність дітей є суспільною проблемою. Для цієї категорії населення нагальними залишаються проблеми, пов'язані з соціальним захистом, інтеграцією в суспільство, навчанням та працевлаштуванням, «безбар'єрністю» як архітектурно-транспортного, соціального так й інформаційного характеру [60, с. 112].

Соціальна робота з дітьми з особливими потребами передбачає їх всебічну підтримку з боку держави, дотримання конституційних прав. Вони потребують не лише соціальної та медичної реабілітації, а й створення таких умов, за яких дитина з інвалідністю зможе реалізувати себе в суспільстві в повній мірі. Проблема життєдіяльності дітей з обмеженими можливостями є предметом дослідження фахівців багатьох галузей науки: медицини, психології, педагогіки, соціальної роботи.

Як наголошує С. Толстоухова, соціальна робота з дітьми з інвалідністю передбачає «широкий комплекс професійної соціально-педагогічної діяльності, що полягає у виявленні, визначенні та вирішенні проблем хворої дитини з метою реалізації та захисту її прав на повноцінний розвиток, індивідуально-зорієнтованій допомозі і співробітництві в її життєвому самовизначенні» [45,с. 184].

Основною метою роботи соціального працівника з дітьми з інвалідністю є забезпечити їх емоційний, соціальний, фізичний та інтелектуальний розвиток, а також максимально розкрити їх потенціал для навчання.

Технологічним аспектом соціальної роботи є сукупність конкретних заходів, засобів і методів діяльності суб'єктів влади, громадськості, середовища проживання та фахівців окремої установи. Необхідно помітитися, що цей аспект менш розвинений дослідниками. Технологізація соціальної взаємодії є цивілізованим способом вирішення соціальних проблем суспільства, людини або групи. Вона визначається наступними факторами [3, с. 160].

Основною метою соціальних технологій є регулювання соціальних процесів у суспільстві за допомогою конкретних соціальних засобів.

Різноманітність соціальних процесів, а отже, і технологія їх регулювання, обумовлена широким спектром соціальної діяльності людини.

Прикладом може слугувати різноманітність технологій надання соціальних послуг населенню через специфіку соціальних установ та соціальних служб, їх форм власності, функцій та переліку соціальних послуг.

В енциклопедії для фахівців соціальної сфери реабілітація розглядається як комплекс медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних заходів, спрямованих на відновлення чи компенсацію порушених або втрачених індивідом суспільних зв'язків і відносин внаслідок змін стану здоров'я, соціального статусу, втрати близьких людей, навичок навчальної діяльності, соціальної дезадаптації, які супроводжуються стійкими розладами функцій організму, втратою соціального статусу, роботи, житла, близьких людей тощо [10, с. 536].

На думку А. Капської, основою для організації і проведення соціальної реабілітації є програма реабілітації дітей з обмеженими можливостями: система заходів, які сприяють розвитку можливостей дитини і всієї сім'ї, яка розробляється соціальними працівниками, психологами та лікарями при активному включенні в цей процес батьків [16, с. 328].

Для того, щоб досягти гарних результатів, потрібно, щоб батьки активно включались у реабілітаційний процес, що передбачає включення, партнерство, та співпрацю. При відсутності активної взаємодії сім'ї з соціальним працівником результат реабілітації може виявитись нульовий. Кожна програма розробляється індивідуально для кожної дитини на різний період (півроку, рік), так як повинна враховувати, стан здоров'я, вік та умови розвитку дітей, а також можливості кожної сім'ї. Кожен період реабілітаційної програми містить мету та окремі цілі. У ході проведення кожного з етапів програми реабілітації соціальний працівник здійснює моніторинг, веде перемовини з потрібними спеціалістами, представниками установ, роз'яснює права дитини і сім'ї [6, с. 289-295.].

На основі проаналізованої соціально-психологічної та педагогічної літератури, можна зробити висновок, що зміст соціальної роботи осіб з інвалідністю з дитинства повинен охоплювати всі сфери життєдіяльності. При цьому важливе місце повинна посідати зміна суспільної думки по відношенню до людей з особливими потребами [49, с. 105].

Варто наголосити, що ефективним механізмом реалізації державної політики по відношенню до осіб з інвалідністю з дитинства є державні та регіональні програми, які покликані забезпечити необхідні умови для індивідуального розвитку та реалізації можливостей дітей з особливими потребами.

1.3. Принципи и методи дослідження соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства

Затвердження соціальної роботи як окремої галузі соціальної практики і самостійної професійної діяльності відбулося в Україні на початку 90-х років ХХ століття. Особливість процесу становлення соціальної роботи в Україні полягає в тому, що невирішені проблеми в соціальній сфері змушують фахівців із соціальної роботи одночасно вирішувати два питання: створити ефективну систему соціального захисту і розробити адекватну теоретико-методологічну базу в сучасних умовах. Створення ефективної системи соціальної освіти є важливою передумовою вирішення багатьох соціальних проблем за допомогою професійної соціальної роботи. Активізація процесу навчання соціальних працівників змусила приділити серйозну увагу теоретичним і методологічним проблемам соціальної роботи. Багато фахівців прийшли до висновку, що подальший розвиток практики соціальної роботи обумовлює необхідність інвентаризації її теорій [58, с. 351].

Таким чином, необхідність підвищення ефективності та ефективності технології ставить перед фахівцями нові виклики для розвитку її теорії.

Сьогодні багато дослідників у різних країнах говорять про необхідність розробки єдиної теоретико-методологічної бази соціальної роботи.

Для того щоб більш об'єктивно і точно описати дану тему, ми будемо використовувати певний комплекс наукових методів і принципів, які дають змогу детальніше розкрити питання вивчення інноваційних технологій соціальної роботи в реабілітаційному центрі для дітей з інвалідністю. Під час роботи було використано загальнонаукові принципами (об'єктивності, системності, історизму, діалектичної суперечливості, науковості, термінологічним та іншими) та головні методами теоретичного (дедукцією, індукцією, аналізу, синтезу та іншими) та емпіричного дослідження (спостереження, тестування, анкетування), без яких неможливо отримати істинних знань [64, с. 1-70].

У ході нашого дослідження ми будемо використовувати такі принципи дослідження як:

Принцип об'єктивності, який орієнтує дослідника на отримання інформації, яка характеризує об'єкт (його властивості, особливості, структуру), що вивчається без врахування побажань суб'єкта, який досліджує тему, його світоглядних, політичних, моральних та інших позицій. За допомогою принципу об'єктивності дослідження набуває наукового характеру, тобто на нього не впливають загальні враження симпатії або антипатії, власний настрій чи стан, за його допомогою можливо розкрити головну закономірність, що не залежить від волі суб'єкта пізнання [14, с. 117].

Принцип системності, є основою вивчення сутності та різнобічних рис системного знання. Завдяки принципу системності всі факти, явища, процеси, окремі елементи розглядаються як єдина система функціонування. Принцип системності передбачає представлення будь-якого досліджуваного об'єкта як системи, яка характеризується такими складовими:

- а) елементним складом (набір елементів);
- б) структурою, як формою взаємозалежності елементів;
- в) функціями елементів і цілого, і так далі [78, с. 31].

За допомогою цього принципу ми розглянемо систему факторів та чинників, що сприяють вивчення інноваційних технологій соціальної роботи в реабілітаційному центрі для дітей з інвалідністю засобами соціальної роботи, як структурного елементу соціальної роботи [7, с. 160].

Принцип світоглядного плюралізму передбачає визнання можливості прийняття до уваги досліджень різних вчених стосовно ролі толерантності, як чинника розвитку соціальної роботи вивчення інноваційних технологій соціальної роботи в реабілітаційному центрі для дітей з інвалідністю засобами соціальної роботи. Цей принцип ми застосуємо в першому та другому розділі під час дослідження різних думок вчених, як поняття та чинника соціальної роботи з дітьми [49, с. 105].

Принцип єдності теорії та практики грає велику роль в успішному здійсненні даного дослідження. Практика – є критерієм істини, яка лягає в основу того чи іншого теоретичного положення. У цьому зв'язку, теорія, яка не буде спиратися на практику, буде умоглядною. Отже, цей принцип необхідний для спростування чи підтвердження гіпотези, яка лягла в основу даної роботи.

Принцип гуманізму виступає як морально-етичний аспект пізнання, він визнає і трактує людину як найвищу цінність та особистість. Цей принцип визначає основні засади практичного аспекту дослідження толерантності, як чинника розвитку вивчення інноваційних технологій соціальної роботи в реабілітаційному центрі для дітей з інвалідністю засобами соціальної роботи.

Принцип діалектичної суперечливості зумовлене тим, що розвиток суспільних відносин перебуває в постійному русі. Тільки в такому разі нам вдається встановити змінні у цьому понятті та сформулювати відповідні висновки-рекомендації для удосконалення ефективності заходів вивчення інноваційних технологій соціальної роботи в реабілітаційному центрі для дітей з інвалідністю.

Принцип науковості дає нам можливість використовувати лише науково обґрунтовані джерела, достовірність яких перевірена на практиці. Використання даного принципу робить дослідження науково доказовим

[4, с. 264].

Термінологічний принцип передбачає вивчення та уточнення змісту і обсягу понять, пов'язаних із використанням профілактики, як засоба розвитку соціальної роботи з дітьми. При цьому повинні бути встановлені взаємозв'язок, субординація і місце термінів у понятійному апараті дослідження. Цей принцип було застосовано нами в першому розділі 1.2. під час характеристики основних понять дослідження.

Реалізація зазначених принципів стає реальною за допомогою загально логічних методів. В пізнавальній діяльності всі методи, які використовуються в роботі, знаходяться в діалектичній єдності, взаємозв'язку, доповнюють один одного, що дозволяє забезпечити об'єктивність та істинність пізнавального процесу. Сукупність принципів наукового пізнання реалізується у конкретних дослідженнях шляхом використання методів наукового пізнання, які поділяють на теоретичні (дедукція, індукція, аналіз, синтез та інші) та емпіричні (анкетування, тестування та інші) [33].

Розгляд методів соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства як методів, сукупності прийомів і операцій у соціальній роботі, як способу дослідження або пізнання реальності і способу практичного розвитку, як сукупності прийомів і методів впливу на клієнта, соціальну групу. Для різних організацій для досягнення професійної діяльності можна зробити висновок, що багато хто з методів, що використовуються в соціальній роботі, є міждисциплінарними. Тому, характеризуючи методи соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства, їх можна розділити на економічні, правові, політичні, соціологічні, медико-соціальні, управлінські і т.д. Існує помітна тенденція розглядати класифікації методів соціальної роботи через призму ступеня спільності, обумовленої до інтегративного характеру теорії та практики соціальної роботи [67, с. 207].

Виходячи з цього, ми спиралися на визначення таких груп методів соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства:

1. Загальні (філософські) методи, «які існують як єдність ідейно-методологічного положення суб'єкта соціальної роботи в різних видах діяльності. Загальні методи визначають спосіб, спосіб пізнання і перетворення дійсності, мислення».

2. Загальнонаукові методи визначають деякі аспекти процесу пізнання і трансформації світу. Одним з основних методів соціального пізнання є метод матеріалістичної діалектики, суть якого полягає в тому, що процес виявлення і осмислення фактів, подій і явищ заснований на відображенні у свідомості дослідника об'єктивної діалектики самої соціальної реальності. «Діалектика як метод наукового дослідження розширює можливості фахівця з соціального прогнозування і прогнозування, оскільки дозволяє знаходити найглибші причини і зв'язку подій, що відбуваються, визначати їх внутрішні закономірності і, як наслідок, описувати в загальних рисах тенденції, що виникають в них» [58, с. 351].

Філософські методи вказують не на універсальний шлях, а тільки на деякі його прояви: наукова абстракція; аналіз і синтез; індукція і дедукція; єдність загального і особливого; історичний метод; подорожувати від простого до складного; єдність якісного і кількісного аналізу; генетичний метод; конкретний соціологічний метод; метод формалізації; аналоговий метод; системно-структурний метод; експеримент; експертний метод оцінки.

3. Спеціальні наукові методи : «це специфічні методи пізнання і трансформації певних сфер суспільного життя, властиві тій чи іншій системі знань». Ці методи після відповідної трансформації широко використовуються в соціальній роботі. Слід зазначити, що в літературі немає єдиного визначення цієї групи методів.

Узагальнюючи різні підходи до класифікації методів соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства, можна виділити наступні «групи спеціальних методів соціальної роботи: організаційні (адміністративні), соціально-економічні, педагогічні, психологічні та соціологічні методи».

Зупинившись на характеристиці окремих методів, ми більш детально пропрацювали їх особливості, так як в процесі професійної підготовки студентів знання методів соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства є незаперечною науковою основою для оволодіння багатограними технологіями, застосовуваними на практиці.

Соціально-економічні методи соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства включають в себе всі існуючі засоби, за допомогою яких фахівці із соціальної роботи впливають на матеріальні, моральні, сімейні, національні та інші соціальні інтереси і потреби клієнта. «Соціально-економічні методи впливу включають натуральну і грошову допомогу, моральне заохочення клієнта, встановлення привілеїв, здійснення патронажу, соціальну підтримку, допомогу в побутових послугах» [60, с. 121].

Організаційні (адміністративні) методи соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства розглядаються в контексті управлінського аспекту організації структури соціальних служб та інших соціальних інститутів. Організаційні методи встановлюють права і повноваження, відповідальність, відповідальність кожного рівня в керівних органах соціальних установ і організацій; дозволяють хірургічне втручання, уточнення і дозвіл епізодичних завдань.

Педагогічні методи «спрямовані на надання допомоги людині як особистості і як члена суспільства, в якому відбувається процес його соціалізації» [70].

Вони включають:

1. методи формування свідомості, які спрямовані на формування певних понять, оцінок, суджень, світогляду особистості;
2. метод переконання – як спосіб впливу на раціональну сферу людини за допомогою логічно обґрунтованої інформації з метою посилення або зміни поглядів, установок, оцінок в об'єкті впливу;
3. метод навіювання – це спосіб впливу на людину, заснований на некритичному сприйнятті інформації об'єктом впливу. Важливою

відмінністю навіювання від переконання є його орієнтація не на логіку і розум людини, його здатність мислити і міркувати, а на емоції людини, його готовність отримувати готові інструкції до дії; [50, с. 22]

4. метод прикладу – як метод виховання, заснований на свідомому відтворенні особистості певної поведінки [70].

Методи організації діяльності розглядаються як способи консолідації, формування позитивного досвіду, поведінки людини, відносин, дій і дій. Найбільш поширені методи організації діяльності включають такі методи: призначення, соціальне навчання і підтвердження позитивного досвіду. Методи стимулюючої діяльності спрямовані на те, щоб стимулювати людину покращувати або змінювати свою поведінку, розвивати мотивацію на соціально схвалених методах і діях [51, с. 179].

Безперечно, необхідність розробки методології соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства обумовлена необхідністю подолання вузькоспеціалізованого дослідження проблем, пов'язаних з соціальною корекцією та реабілітацією особистості, а також інтеграція епізодичних, недостатньо пов'язаних соціальних гарантій, уявлень про соціальні потреби. захист, соціальна допомога та милосердя. Беручи до уваги сучасний стан розвитку питання суб'єкта соціальної роботи, ми вважаємо, що це поняття можна трактувати як закони, що сприяють формуванню і реалізації сил індивіда і соціального суб'єкта особи, а також виявлення оновлення життєвих сил і шляхів їх ефективного функціонування та відновлення. Ми розуміємо, що поглиблення розуміння суб'єкта соціальної роботи, розкриття нових аспектів розширення відбувається, розуміння соціальної роботи в цілому.

РОЗДІЛ 2

ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ З ДИТИНСТВА

2.1. Особа з інвалідністю з дитинства як категорія клієнтів соціальної роботи

Актуальність зазначеної теми роботи визначається, насамперед, соціальним замовленням у вдосконаленні та розширенні системи надання соціальної реабілітаційної допомоги інвалідам з дитинства в Україні. Наведемо три аргументи [57, с. 140].

По-перше, на сьогодні кількість дітей з інвалідністю сягає близько 2% (щорічна доповідь про становище дітей в Україні (2016)). Як зазначає В. Мартинюк – один з провідних фахівців в галузі ранньої реабілітації – порушення, що виникають в період раннього нейроонтогенезу і призводять до рухових, мовленнєвих, інтелектуальних, поведінкових, психотичних порушень, стають основною причиною соціальної дезадаптації [25, с. 17-23].

По-друге, поступово стає очевидним успішність програм раннього втручання в зарубіжних країнах (Бельгія, Білорусь, Голландія, Данія, Німеччина, Росія, США та ін.). Фахівці цих країн дійшли висновків, що чисельні наслідки порушень раннього онтогенезу значно зменшуються за рахунок вчасно реалізованої якісної системи раннього втручання, яка грає пропедевтичну роль. Їхня впевненість у виключній значущості реабілітаційного процесу саме у ранньому віці зумовлює гуманізацію проблем осіб з особливими потребами, розробку міжнародних програм, спрямованих на розширення можливостей громад країн третього світу щодо реабілітації та абілітації дітей з особливими потребами. До цієї діяльності залучена низка європейських громадських організацій та об'єднань. Найбільш відомою з них є Європейська Асоціація Раннього втручання Eurlyaid, яка з 1993 року широко пропагує систему раннього втручання як одну з найефективніших у світі. Н. Діброва

Кролл пояснює, що раннє втручання як цілісна система представляє собою сукупність різноманітних заходів, орієнтованих на розвиток дитини. Особливим є те, що в межах раннього втручання відразу після визначення стану та рівня розвитку дитини здійснюється супровід батьків. В цілому можна сказати, що означена система спрямована безпосередньо на дитину і її батьків (осіб, що їх замінюють), сім'ю та її соціальне оточення [8, с. 48].

На офіційному сайті платформи раннього втручання в Україні термін «раннє втручання» розкритий через поняття системи міждисциплінарної сімейно-центрованої допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку та дітям груп біологічного і соціального ризику, яка зорієнтована, насамперед, на покращення розвитку дитини, а також підвищення якості життя родини [38].

Н. Доброва Крол визначає концептуальні позиції раннього втручання: раннє виявлення порушень та своєчасне професійне консультування, забезпечення міжсекторальних послуг та спостереження у домашніх умовах, надання допомоги батькам щодо створення ними оптимальних умов для нормального розвитку дитини, її здатності до самостійного життя у суспільстві, запобігання інституціоналізації дитини, сприяння соціальній інтеграції сім'ї і дитини [8, с. 48].

По-третє, спеціалізація соціального педагога з ранньої соціальної реабілітації набула додаткової актуальності в Україні у зв'язку із прийняттям у 2017 році нової редакції Закону про освіту, який підвищив значущість ранньої підготовки дітей з особливими потребами до включення у навчальний процес інклюзивного загальноосвітнього закладу.

По-четверте, в Україні вже є досвід надання соціально-педагогічної допомоги дітям раннього віку з особливими потребами. Ця діяльність активізувалась після схвалення у 2000 р. Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей з інвалідністю. Ключовим терміном цього документу стало поняття «рання соціальна реабілітація дітей-інвалідів», яка розкрита через її розуміння як системи реабілітаційних та корекційно-відновлювальних заходів, які застосовуються для дітей з інвалідністю раннього віку з метою зменшення

або подолання фізичних та(або) інтелектуальних вад, її повноцінної інтеграції у дитячі колективи. Зазначена система є комплексною (поєднує соціальну, загальноосвітню, фізичну та технічну допомогу), дитиноцентрованою та сімейноцентрованою [19].

З цього часу було перебудовано нормативно-правову базу країни з метою максимального захисту прав та свобод осіб з інвалідністю. Зокрема, Закони України «Про охорону дитинства» (2001), «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (2017) містять норму про те, що держава гарантує рівність прав дітей з інвалідністю порівняно з іншими громадянами.

Окрім цього, нормативно обумовлено розуміння повноцінної соціальної інклюзії у контексті виявлення та усунення перепон щодо доступу до об'єктів громадського призначення, транспортної інфраструктури, благоустрою, інформації та зв'язку, а також з урахуванням індивідуальних можливостей, інтересів та здібностей – до культури, освіти, праці, спорту тощо (Ст. 4 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (2017)) [33].

Стаття 34 прийнятого у 2006 році Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» визначає, що рання реабілітація дітей з інвалідністю раннього віку (до 7 років) спрямовується на подолання або зменшення інтелектуальних вад та фізичних, психічних розладів, набуття соціальних та побутових навичок, розвиток індивідуальних здібностей, поступову часткову або повну інтеграцію в суспільство. Згідно цього документу комплексний підхід до ранньої реабілітації дитини є системоутворюючим та містить такі складові: консультативну, соціальну, освітню, психологічну допомогу сім'ям, в яких виховуються діти з інвалідністю [65].

Згідно статті 37 цього Закону, сутність явища соціальної реабілітації (абілітації) полягає у навчанні дитини з інвалідністю основних соціальних навичок, пристосування побутових умов до її потреб, педагогічну корекцію з метою опанування навичками захисту власних прав та інтересів, вироблення та підтримання стереотипів безпечної поведінки, отримання навичок автономного

проживання, конструктивного спілкування, самоаналізу та позитивного сприйняття себе і оточуючих тощо.

В цьому документі також наголошено, що соціальна реабілітація здійснюється відповідно до індивідуальних програм реабілітації. Пізніше, у 2017 році було видано низку документів, які регламентують порядок, форми та зміст індивідуальної програми реабілітації [34].

Визначальним є прийнятий у 2013 році документ «Деякі питання встановлення лікарськоконсультативними комісіями інвалідності дітям». Значний здобуток цього документу – впровадження сучасних підходів до визначення інвалідності за міжнародними критеріями життєдіяльності, до яких відноситься: самообслуговування; самостійне пересування; орієнтація; спілкування; контролювання своєї поведінки; навчання; трудова діяльність. Це стало нормативною підставою вживання, окрім поняття «дитина з інвалідністю», таких визначень, як: «дитина з особливими потребами», «дитина з обмеженими можливостями життєдіяльності», «дитина з особливостями психофізичного розвитку» та інших [58, с. 351].

Зауважимо, що представлені терміни вживаються також в зарубіжній практиці. Наприклад, в США використовується термін «особа з однією або декількома обмеженими можливостями», який вказує на будь-яку особу, що в силу фізичних чи психічних порушень буде повністю або частково неієздатною до самостійного життя і трудової діяльності [9].

Протягом останніх двох десятиріч наукова спільнота України активно дискутувала з проблеми визначення та диференціації цих понять. Було визначено, що всі згадані вище терміни не є тотожними та мають вживатися з врахуванням певних контекстів. Щодо коректності вживання термінів, що вказують на особу користувача соціально-реабілітаційних послуг, то врахуємо, що згідно Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо застосування терміна «особа з інвалідністю» та похідних від нього» (2018) з текстів більше ніж тридцяти нормативних актів у повній мірі

виключені з вжитку поняття «інвалід», «дитина-інвалід» та замінені на терміни «особа з інвалідністю», «дитина з інвалідністю» [74].

Саме тому у чинних нормативно-правових документах України визначеними та вживаними є терміни «особа (дитина) з інвалідністю», «особа (дитина) з особливими освітніми потребами» та «особа (дитина) з особливими потребами».

Зокрема, у Законі України «Про основи соціальної захищеності інвалідів України» (2017), подано тлумачення особливих потреб особи як таких, що виникають у зв'язку з її інвалідністю. У статті 5 цього документу вказано, що переліки особливих потреб осіб не є тотожними, а визначаються експертами на підставі аналізу їхньої діяльності. В нормативно-правових документах, які забезпечують право дитини з інвалідністю на освіту, переважно вживається термін «дитина з особливими освітніми потребами», що підкреслює наявність у дитини сукупності нетипових потреб, пов'язаних із процесом набуття нею освіти. Цей термін вживаний у текстах Законів України «Про освіту» (2017), «Про внесення змін до деяких законів України щодо доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг» (2018) та інших [34].

У розумінні поняття «соціальна реабілітація дітей з інвалідністю» будемо спиратися на визначення Л. Тюпті, в якому зазначається, що це – процес, спрямований на призупинення наявних та запобігання розвитку нових патологічних процесів шляхом формування навичок суспільно корисної праці. Результатом цього процесу є соціальна інтеграція дітей з особливими потребами у соціум [46, с. 408].

Особливості впровадження системи ранньої реабілітації в міжсекторальну діяльність державних органів виявили низку труднощів. Зокрема, розрізнення видів ранньої соціальної, освітньої, психологічної, медичної, фізичної реабілітації вплинуло на якість допомоги, особливо у випадках комплексних порушень розвитку дитини та надало системі ранньої реабілітації «процедурного» вигляду. Системним засобом її вирішення є

запровадження на території України здобутків зарубіжних дослідників в галузі раннього втручання.

Окрім цього, шлях розвитку від сегрегації до скоординованої взаємодії пройшло бачення щодо інституціональних форм суспільної практики ранньої реабілітації. Так, у Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей з інвалідністю (2000 р.) визначено, що особливі потреби дітей раннього та дошкільного віку задовольняються через мережу центрів ранньої соціальної реабілітації (Стаття 2) [75].

Центри ранньої соціальної реабілітації можна розглядати як ресурсні заклади, перевагами яких є: включеність дитини у активне соціальне життя без відриву від сім'ї, близькість звичного і біологічного оточення, досить ранній початок реабілітаційних заходів, що у сукупності забезпечує максимальний розвиток природних здібностей дітей і в подальшому їх своєчасну та найбільш повну інтеграцію в суспільство.

Аналіз нормативно-правових документів та теоретико-методичних праць сучасних дослідників підвів нас до висновку про те, що досліджуваний нами компонент готовності соціальних педагогів доцільно розглядати у єдності трьох складових: по-перше, системності і об'ємності знань із ранньої соціальної реабілітації, глибини усвідомлення змісту та сутності діяльності соціального педагога з ранньої соціальної реабілітації; по-друге, результативності опанованих умінь; по-третє, його спроможності забезпечити технологічність соціально-педагогічної діяльності в умовах закладу ранньої соціальної реабілітації. Для підтвердження нашої ідеї наведемо результати окремих досліджень, які реалізовувалися сучасними вченими в проблемному полі нашого дослідження [65].

Так, Н. Сайко виділяє готовність соціальних педагогів до соціальної реабілітації. На думку авторки вона виражається у розумінні поняття «реабілітація» на основі соціалізаційних та/або комплексних підходів; засвоєння знань щодо моделей реабілітаційної роботи; знання вікових особливостей дітей тієї категорії, з якою працюють [40, с. 219-223].

Щодо продуктивних навичок соціального педагога, то особливий наголос на його здатності до індивідуальної реабілітаційної роботи та організації реабілітаційного середовища закладу; володіння методикою опори на сильні сторони особистості; використання діагностичних інструментів, які дають змогу вчасно помітити порушення у системі соціум-дитина [40, с. 219-223.].

Схожу думку щодо ключової ролі спроможності фахівця створювати та постійно вдосконалювати корекційно-розвиткове середовище для дітей з особливими потребами висловлює І. Демченко [7, с. 160].

Результатом спеціальної цілеспрямованої професійної підготовки соціальних працівників Ю. Патик називає їхню готовність до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я. Професійна підготовленість простежується через уміння виявляти та вирішувати проблеми, з якими стикаються діти з особливими потребами, обізнаність із психологічними та фізичними особливостями розвитку таких дітей, здатність забезпечувати повноцінний розвиток і соціалізацію, зберігаючи емоційнопозитивний контекст діяльності [29, с. 55-58].

Л. Іщенко розглядає когнітивну та практично-діяльнісну складову готовності соціального педагога. Їх змістом, за твердженням дослідниці, є обізнаність із методами та формами соціально-педагогічної роботи з соціальної реабілітації дитини раннього та дошкільного віку, методами діагности властивостей особистості та характеристик її соціального життя; уміння організувати процес соціальної реабілітації; навички налагодження суб'єкт-суб'єктних взаємин в процесі роботи; уміння обирати оптимальні методи й форми соціальної реабілітації [15, с. 82].

Т. Алексеєнко підкреслює, що на результативність професійної діяльності фахівців соціальної сфери впливають як якість та обсяг засвоєних навичок і знань, їхня спроможність до цілісного бачення соціальнопедагогічної ситуації, уміння її прогнозувати, пропонувати й комплексно реалізовувати конструктивні шляхи її поліпшення, так і особистісні якості фахівця [1, с. 12-16].

Автор рефлексує ідею готовності соціальних педагогів як сукупності розвинених у них професійних компетенцій (здатностей виконувати професійні функції на основі засвоєного теоретичного досвіду). Зокрема, автор виділяє: функціональну компетенцію (вміння приймати управлінські рішення), стратегічну (здатність бачити детермінанти і першопричини проблеми та вирішувати її, долучати до цього процесу інших фахівців), правову компетенцію (знання нормативних документів, що регулюють соціальну сферу життя, широка обізнаність та ерудованість в державному правовому полі), корпоративну (особиста відповідальність за прийняті рішення, вміння конструктивно працювати у команді фахівців) [1, с. 12-16].

Для реалізації ключових цілей діяльності, соціальний педагог з ранньої соціальної реабілітації повинен уміти: здійснювати первинне (повторне) оцінювання; організовувати першу зустріч з сім'єю; надавати відкриті консультативні послуги та організовувати консультативну бесіду із сім'єю; планувати та здійснювати роботу із соціальної адаптації дитини; організовувати соціально-перетворювальне середовище, спрямоване на задоволення соціокультурних потреб дитини, її повноцінний соціальний розвиток, підготовку до інтеграції у соціальне середовище; здійснювати соціально-педагогічну діяльність в умовах тандем-партнерства всіх суб'єктів ранньої соціальної реабілітації; працювати в міждисциплінарній команді та координувати її діяльність у ракурсі соціального розвитку дитини; налагоджувати гармонійні дитячо-батьківські взаємовідносини та конструктивні взаємовідносини з оточуючими; організовувати проектну роботу та соціальне практикування дітей; застосовувати інтерактивні методи в роботі з батьками (або особами, які їх замінюють) та дітьми; здійснювати захисну діяльність; реалізовувати соціально-перетворювальну діяльність за місцем знаходження дитини, здійснювати домашнє візитування; розробляти індивідуальний зміст соціальної реабілітації за програмою (ставити цілі соціальної реабілітації, визначати оптимальні шляхи їх реалізації та ступінь досягнення); використовувати технологію супервізії, здійснювати

соціальнопедагогічний супровід сім'ї дитини в системі послуг з ранньої соціальної реабілітації [43, с. 63-65].

Отже, спираючись на зазначені нормативно-правові акти та тлумачення особливостей ранньої соціальної реабілітації, під поняттям «діти з особливими потребами», в контексті нашого наукового дослідження будемо розуміти групу осіб дитячого віку, які в силу вроджених (чи набутих) особливостей їхнього онтогенетичного розвитку інвалідизуючого характеру відчувають особливі фізіологічні, соціальні та економічні потреби, задоволення яких сприяє підвищенню якості їхньої життєдіяльності.

2.2. Технології соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства

Основи технологізації соціально-педагогічної діяльності закладені у роботах С. Архипової, Р. Вайноли, І. Зверєвої, А. Капської, Н. Коляди та інших.

У своїх роботах дослідники доводять беззаперечну цінність технологізації соціально-педагогічного процесу, що стало причиною виділення в нашому дослідженні такого складника операційно-когнітивного компонента готовності соціального педагога, як «здатність забезпечити технологічність соціально-педагогічного процесу в центрі соціальної реабілітації».

Використовуючи формулювання професійних завдань соціального педагога в умовах системи ранньої соціальної реабілітації та середовищний підхід, ми здійснили спробу запропонувати перелік цих технологій. (Зазначимо, що займаємо позицію Р. Вайноли у розумінні сутності поняття «соціально-педагогічні технології». Це – алгоритмізовані операції з застосуванням форм, методів соціальнопедагогічної роботи, спрямовані на встановлення, збереження чи поліпшення соціального функціонування клієнта [4, с. 264]).

Запропонований нами перелік технологій побудований за принципом «від загального до конкретного». Розглянемо такі позиції:

1). Технології здійснення соціально-діагностичної діяльності. До цієї групи технологій ми відносимо: технології визначення потенціалу сім'ї та її

поточних можливостей для реалізації завдань ранньої соціальної реабілітації дитини; технології первинного (повторного) оцінювання; технології визначення сильних сторін дітей раннього та дошкільного віку з особливими потребами; технології моніторингу динаміки соціального розвитку дитини раннього та дошкільного віку з особливими потребами та процесу надання соціально-реабілітаційних послуг.

2). Технології здійснення прогностичної діяльності соціального педагога, в контексті яких розглядаємо, в тому числі, технології розробки та реалізації індивідуальних програм ранньої соціальної реабілітації дітей [50, с. 22].

3). Технології координаційної та організаційної діяльності. До цієї групи технологій ми відносимо: технології організації соціальноперетворювального середовища; технології організації первинної зустрічі із сім'єю; технології координації діяльності міждисциплінарної команди з питання соціального розвитку дитини; технології організації тандемпартнерства суб'єктів ранньої соціальної реабілітації; технології соціально- педагогічної діяльності в умовах тандем-партнерства суб'єктів ранньої соціальної реабілітації; технології домашнього візитування; технології супервізорської роботи; технології соціально-педагогічного супроводу сім'ї дитини, яка користується послугами ранньої соціальної реабілітації; технології організації соціального патронажу.

4). Технології консультативної роботи соціального працівника, у тому числі: технології надання відкритих консультативних послуг; технології організації консультативної бесіди із сім'єю [47, с. 197].

5). Технології превентивної (профілактичної) діяльності, у тому числі: технології налагоджування гармонійних дитячо-батьківських взаємовідносин та конструктивних взаємовідносин з оточуючими; технології опанування батьками або особами, що їх замінюють навичок захисту прав, відстоювання інтересів; технології організації лекотеки; технології соціальної адаптації до умов центру ранньої соціальної реабілітації.

6). Технології соціально-перетворювальної роботи, у тому числі: технології соціально-перетворювальної діяльності за місцем перебування

дитини; технології організації проектної роботи; технології організації соціального практикування дітей раннього та дошкільного віку; технології розвитку ресурсів сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами.

7). Технології захисної діяльності соціального працівника в умовах надання послуг ранньої соціальної реабілітації [56, с. 461].

Отже, розроблений нами сутнісний склад операційно-когнітивного компоненту готовності соціальних педагогів передбачає глибину розуміння змісту та сутності діяльності соціального педагога закладів, які надають послуги раннього втручання та/або ранньої соціальної реабілітації; здатність фахівців забезпечити технологічність соціальнопедагогічної діяльності з ранньої соціальної реабілітації.

Комп'ютерні технології важливі, насамперед, як джерело інформації при використанні Інтернету. Освоївши дуже прості навички роботи з пошуковими системами, доступ до багатьох довідників, словників, енциклопедій тощо, крім Інтернету має значну базу музичного, тонкого і фотоматеріалу. Комп'ютерні ігри є потужним резервом в ігровій терапії. Ігри повинні бути не тільки елементом розваги, але й тренуванням ряду емоційних, розумових і рухових функцій. Вони дозволяють моделювати різні стани, як чуттєво, так і емоційно, координація поїзду, рух, включають механізм «очей-рука» [55, с. 112].

Ігри сприяють формуванню таких якостей, як прийняття рішень, подолання страхів перед непередбаченими обставинами. Існують ігри, які вимагають здатності тримати в пам'яті і управляти великою кількістю параметрів одночасно (стратегічні, тактичні, рольові ігри), інші дозволяють втратити екстремальний статус (автогонки, а також інші стимулятори) [14, с. 407].

Арт-терапія – це ключик. Один з видатних засновників гуманістичної психології К. Роджерс вважав, що вся психотерапія повинна ґрунтуватися на науці і мистецтві, які здатні проникати у внутрішній світ людини, бути особистісно орієнтованим.

Арт-терапевтична робота передбачає широкий вибір різних образотворчих матеріалів:

- 1) фарби, олівці, воскові крейди, пастель;
- 2) для створення колажів або об'ємних композицій використовуються журнали, кольоровий папір, фольга, плівка, коробки від цукерок, текстиль;
- 3) природні матеріали – кора, листя і насіння рослин, квіти, пір'я, гілки, мох, камінчики; [2, с. 234]
- 4) для ліплення – глина, пластилін, дерево, спеціальне тісто.

Художні матеріали безпосередньо впливають на художню роботу дитини. Вони заохочують її бачити і відчувати, викликати емоційне піднесення і усвідомлення. Самі по собі, будучи частинками реальності, ці матеріали спонукають дитину стикатися з реальністю. Таким чином, відбувається динамічна взаємодія між творцем і художнім матеріалом. Особливо цікаво знати, який матеріал викликає найбільшу виразність дитини. Таким чином, вільний вибір матеріалу є найважливішою рушійною силою в процесі художньої творчості [39, с. 44].

Для вирішення поставлених завдань в роботі використовуються окремі методики арт-терапії, а саме:

- методику «Малюнок сім'ї»;
- методику ізотерапії «Лікувальна мандала»;
- методику казкотерапії «Несмачний колобок»;
- методику пісочної терапії «Дерево життя»;

методику ізотерапії «Долаємо страх» [4, с. 264].

Арт-терапія, використовує можливості мистецтва для досягнення позитивних змін в інтелектуальному, соціальному, емоційному та особистісному розвитку дитини. Творчий характер занять допомагає дитині відкривати в собі щось нове, краще розуміти себе, розвивати свої відносини з людьми і світом.

Велике значення має відкриття і розвиток дитячих здібностей: в деяких - фізична спритність, в інших – музичність, по-третє, тенденція до малювання.

Тому логічно рекомендувати звернути увагу на важливість того факту, що лише творчий і системний характер допомоги дітям в Україні підвищить рівень і ефективність життя людей з психофізичними обмеженнями. Це новий підхід, в якому ми хотіли б бачити майбутнє вирішення проблем дітей з особливими освітніми потребами.

Таким чином, виховання дітей з особливими освітніми потребами є невід'ємною частиною загальноосвітнього простору, ґрунтується на основних вимогах істинної освіти молодого покоління з метою забезпечення соціальної адаптації дітей та їх самореалізації. Інноваційні технології дозволяють кожній дитині залишатися самостійно, не відчувати незручностей, ображати порівняння з іншими членами групи, а також розвиватися у відповідності зі своїми природними здібностями [6, с. 289].

Інноваційні технології «Філософія самостійного життя» (на прикладі Московського клубу інвалідів «Контакти-1», Росія). Клуб «Контакти-1» планує свою роботу з дітьми-інвалідами та їхніми родичами в програмах, заснованих на соціально-політичній моделі інвалідності, суть якої полягає в наступному: людина з обмеженими можливостями має рівні права на участь у всіх аспектах життя суспільства.

Рівні права повинні забезпечуватися системою соціальних послуг, яка прирівнює обмежені можливості в результаті травми або хвороби. Інвалідність не є медичною проблемою. Інвалідність – це проблема нерівних можливостей. Центр незалежного життя є складною інноваційною соціальною технологією, в умовах дискримінаційного законодавства, недоступного архітектурного середовища та консервативної громадської свідомості, створює режим рівних можливостей для дітей з особливими проблемами [68, с. 31].

Головним завданням реалізації моделі Центру незалежного життя є навчання дітей та батьків навичкам та навичкам самостійного життя [52, с. 176].

Ключову роль у моделі відіграє послуга «Від батьків до батька». Знання соціальних проблем, що впливають на інтереси дітей, передаються від батьків до батьків, бажання змінити ситуацію дітей на краще передається від батька до

батька через активну участь самих батьків у соціальних процесах. Форми роботи: розмови, семінари, заходи, творчі кола, дослідження, створення послуг. Батьки не тільки беруть участь у організації заходів, але й працюють там як вчителі, експерти та керівники служб. Інноваційна технологічна послуга «Персональний помічник».

Послуга «Особистий помічник» означає допомогу людині з обмеженими можливостями у подоланні перешкод, які заважають їй брати рівну участь у суспільстві. «Особистий» означає, що він адаптований до потреб кожної людини з інвалідністю. Критерій «споживач», що вводиться в цю соціальну послугу, дозволяє приймати на роботу та навчання персональних помічників людям, які потребують цих послуг [47, с. 197].

За допомогою особистого помічника особа з інвалідністю може навчатися у відкритому навчальному закладі та працювати на постійному підприємстві.

Економічна вигода держави в організації такої соціальної служби полягає в тому, що:

1. потенційні можливості людей з інвалідністю будуть повністю використані (спеціалізовані установи створюються під обмеженими можливостями людей з обмеженими можливостями, а разом з домашнім і дитячим працею в школах-інтернатах посилюють сегрегаційний характер економічної політики держави щодо них)

2. створюється ринок праці, оскільки майже кожен може працювати як особистий помічник.

Політична перевага очевидна, оскільки ця соціальна служба надає кожному члену суспільства рівні права на освіту, роботу та відпочинок. Інноваційна технологія сервісу «Exit Lucem». Медична модель інвалідності, офіційно прийнята, знаходить своє вираження в тому, що соціальна політика повинна бути відокремлена. Освіта, участь у економічному житті, відпочинок закриті для людей з обмеженими можливостями. Спеціалізовані навчальні заклади, спеціалізовані підприємства та санаторії ізолюють людей з

інвалідністю від суспільства і роблять їх меншістю, права якої дискриміновані [44, с. 237].

Експериментальна технологія «Exit Lyceum» - це спроба вирішити проблему інтегрованого виховання дітей з обмеженими можливостями, використовуючи технологію «Персональний помічник» і спеціальну транспортну службу (Green Service), яка давала б їм рівні можливості. Необхідний комплексний підхід для організації навчання для дітей-інвалідів у «двосторонньому русі».

Окремої уваги заслуговує також питання залучення сім'ї дитини до реалізації корекційно-реабілітаційних завдань та стратегій активізації їх ролі в загальному процесі (M. Sawyer) [56, с. 461].

Результати проведених експериментальних досліджень з окресленої проблеми демонструють, що узгоджене співробітництво фахівців і батьків або осіб, які їх замінюють створює спільне розвивальне поле, яке є сприятливим для послідовного цілісного розвитку дітей з особливими потребами.

Отже, до інноваційних форм соціально-педагогічної роботи у соціальній реабілітації дітей з особливими потребами ми відносимо: казкова терапія, арт-терапія, фото, лялькотерапія, «DIY Toys», «Exit Lyceum» [75].

Таким чином, вирішується питання створення оптимальних умов життя, відновлення втраченого контакту з навколишнім середовищем світ, психолого-педагогічна реабілітація, соціальна і трудова адаптація та інтеграція інваліди (зокрема, діти-інваліди та інваліди) з дитинства в суспільстві сьогодні відносяться до первинних державних завдань.

У статті «Раннє втручання для дітей з порушеннями розвитку» de Moor, van Waesberghe, J. B. L. Hosman, D. Jaeken and S. Miedema зазначено, що набуття соціальних навичок дитиною з особливими потребами має бути організовано в комфортному природному середовищі шляхом активізації сутнісних сил дитини [53, с. 280].

Цінність такої роботи полягає не просто в організації взаємодії на «зручних» умовах, а використання життєвих, побутових обставин як основи

(бази) для подальшої реабілітаційної роботи. Саме опора на актуальний життєвий досвід маленької дитини (а у «домашніх» дітей це переважно досвід виконання щоденної рутини) дає можливість фахівцям стимулювати максимальну активність та самодіяльність дитини і вже на цій основі продовжувати розвивати компоненти, яких не вистачає для її соціального становлення [57, с. 140].

Один з важливих факторів досягнення результатів зазначена мета – нормативне закріплення надання державної соціальної допомоги перераховані категорії осіб, їх фінансування та своєчасна оплата. Вказана допомога призначена в першу чергу для задоволення основних матеріальних потреб дитини-інваліда та дитини-інваліда з дитинства ресурси, необхідні для харчування, розвитку, забезпечення нормального функціонування організму, і тому держава повинна продовжувати прагнути до збільшення своїх розмірів і стандартів. Крім того, як видно з вищевказаного матеріалу, було б доцільно вдосконалення нормативно-правового регулювання даного виду соціального захисту у контексті гарантування прозорих умов та порядок подання висновків медичними консультативними комісіями та створення груп інвалідів медичними та соціальними експертними комісіями.

2.3. Правові засади соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства

Рівень соціального захисту інвалідів з дитинства в Україні, безсумнівно, характеризується якістю їх життя. Сьогодні люди, які мають стійкі розлади функцій організму, потребують якомога більшої уваги з боку держави й суспільства. На жаль, зараз реальні потреби інвалідів неповною мірою відображаються в соціальній політиці, яку провадить держава щодо осіб з особливими потребами. Зрозуміло, що цей факт негативно впливає на ефективність соціального захисту людини взагалі [49, с. 105].

Для більш всебічного й детального дослідження питання щодо мінімізації протиріч між чинним законодавством і реальними потребами осіб з інвалідністю треба виокремлювати певні напрямки (сфери) забезпечення їх прав. Ґрунтовний аналіз кожної окремої сфери забезпечення прав таких осіб позитивно вплине на розуміння недоліків сучасної державної політики, що має місце щодо людей з інвалідністю. Одним з найважливіших завдань, що постають при розбудові демократичної, соціальної й цивілізованої держави, є вирішення питань у сфері забезпечення прав, свобод та законних інтересів найбільш уразливих верств населення, в тому числі й осіб з інвалідністю [74].

У науковій правовій літературі виділяють такі основні критерії розвитку політики держави щодо інвалідів: (а) наявність офіційно визнаної політики щодо інвалідів; (б) функціонування спеціального антидискримінаційного законодавства щодо них; (в) судові й адміністративні механізми реалізації прав таких людей; (г) створення неурядових організацій інвалідів; (д) доступ людей з інвалідністю до реалізації політичних і громадянських прав, у тому числі права на працю, освіту, створення сім'ї, недоторканність приватного життя і власності, а також (е) наявність в державі безбар'єрного фізичного й соціального середовища [5, с. 52].

Отже, важливим чинником який визначає рівень цивілізованості держави й суспільства, є правове закріплення прав та свобод і спроможність їх реалізації інвалідами в різних сферах їх життєдіяльності. За Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» до окремих сфер життєдіяльності інвалідів треба відносити працевлаштування, їх освіту, професійну підготовку, мобільність, тобто можливість їх безперешкодного доступу до соціальної інфраструктури, матеріальне, соціально-побутове й медичне забезпечення. Такі сфери життєдіяльності вбачаються надзвичайно значимими для задоволення потреб осіб з інвалідністю та їх інтеграції в соціум.

На міжнародному рівні, як уже зазначалося, прийнято низку важливих документів, що забезпечують не тільки особливі права інвалідів і гуманне ставлення до них, а й такий важливий аспект, як їх соціалізація, входження в

суспільне середовище як повноправних його членів. Однак, незважаючи на те, що українська нормативно-правова база ґрунтується на певних міжнародних документах, правова практика в країні вказує, що реалізація більшості положень вітчизняних нормативно-правових актів щодо інвалідів в Україні ускладнюється з багатьох причин, серед яких і неякісна робота державних органів, і насамперед неготовність суспільства визнати рівність прав інвалідів з правами всіх інших людей [43, с. 63].

Інтеграція інвалідів у суспільство – одне з головних завдань державної політики у сфері забезпечення їх прав у країнах світу, тому більшість нормативно-правових актів останніх мають за мету повну інтеграцію.

У цілому ж сьогодні в Україні функціонує низка віднесених до пріоритетних державних програм соціального захисту інвалідів, а видатки на їх виконання належать до захищених статей Держбюджету України. Серед них матеріальне забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів, їх санітарнокурортне оздоровлення, забезпечення протезно-ортопедичними виробами і спеціальним автотранспортом, соціальна, трудова і професійна реабілітація осіб з інвалідністю. На жаль, подекуди заходи держави щодо інвалідів мають декларативний характер. Зараз соціальний захист цих осіб зводиться переважно до забезпечення мінімальних соціальних потреб, проте й вони не надаються в повному обсязі [48, с. 272].

На цей час забезпечення прав інвалідів з дитинства в окремих сферах їх життєдіяльності регулюється досить значною кількістю нормативноправових актів, що, звичайно, призводить до певних труднощів і проблем при реалізації їх на практиці. Також зазначимо, що державне регулювання у сфері забезпечення прав інвалідів здійснюється не тільки Верховною Радою України, а й Кабінетом Міністрів України та іншими органами публічної влади. У зв'язку із цим вагому роль у регулюванні відносин у сфері забезпечення прав інвалідів відіграє саме адміністративно-правове регулювання й систематизація законодавства України і цій сфері [65].

Згідно з розділом IV зазначеного Закону до сфери забезпечення прав інвалідів з дитинства належать їх працевлаштування, освіта і професійна підготовка. Значення належного їх регулювання важко переоцінити, тому що можливість людей з інвалідністю приносити користь своєю працею позитивно впливає як на їх інтеграцію в суспільство, так і на їх психологічний стан.

Особливо вагомим критерієм, що дозволяє людям з обмеженими фізичними можливостями відчувати себе повноправними членами соціуму, є рівень їх зайнятості. Проблема зайнятості інвалідів є світовою, розв'язання якої вимагає опрацювання єдиної програми дій, спрямованих на подолання перепон на шляху до інтеграції інвалідів до всіх сфер життя суспільства, усунення дискримінації за ознакою інвалідності тощо [29, с. 55]. Не менш важливою вона є і для України.

Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» під робочим місцем інваліда розуміє місце або виробничу ділянку постійного або тимчасового знаходження особи у процесі трудової діяльності на підприємствах, в установах та організаціях; спеціальним же робочим місцем інваліда є окреме робоче місце або ділянка виробничої площі, що потребує додаткових заходів з організації його праці з урахуванням індивідуальних функціональних можливостей, обумовлених інвалідністю, шляхом пристосування основного й додаткового устаткування, технічного обладнання тощо [37].

На нашу думку, для підвищення рівня зайнятості інвалідів потрібно створити більш сприятливі умови також і для роботодавців, а саме компенсувати за рахунок державних коштів матеріальні збитки з облаштування ними робочих місць для інвалідів. Пропонуємо відкоригувати положення ст. 17 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» щодо повної або часткової компенсації підприємству, установі чи організації за рішенням місцевої ради матеріальних витрат на облаштування робочого місця для людини з інвалідністю [36].

Також варто виділити й додаткові права, притаманні особі зі статусом інваліда, наприклад, згідно ч. 3 ст. 26 КЗпП України при прийнятті на роботу інвалід обов'язково повинен надати висновок МСЕК [36].

За наявності в останньому відповідної рекомендації МСЕ щодо працевлаштування роботодавцеві забороняється встановлювати для такої особи випробувальний термін. Згідно зі ст. 12 Закону України № 2694-ХІІ «Про охорону праці» від 14 жовтня 1992 р. підприємства, що використовують працю інвалідів, зобов'язані створювати для них умови праці з урахуванням рекомендацій МСЕК та індивідуальних програм реабілітації, вживати додаткових заходів безпеки праці, які відповідають специфічним особливостям цієї категорії працівників. У передбачених законодавством випадках роботодавець зобов'язаний організувати працевлаштування інваліда, навчання або перекваліфікацію відповідно до медичних рекомендацій [35].

Професійна підготовка й перепідготовка людей з інвалідністю згідно зі ст. 21 Закону «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» здійснюється з урахуванням медичних показань і протипоказань для наступної трудової діяльності. Вибір форм і методів професійної підготовки провадиться з урахуванням висновків МСЕ. При навчанні, професійній підготовці або перепідготовці інвалідів поряд із загальними формами навчання допускається застосування альтернативних форм [36].

У Конституції України, в інших нормативно-правових актах зазначається, що особам з інвалідністю гарантується право на отримання освіти в державних і комунальних навчальних закладах з урахуванням їх особливостей, здібностей, можливостей, бажань та інтересів. Але в силу недосконалості нормативно-правової бази й неналежного матеріальнотехнічного забезпечення отримання освіти інвалідами не завжди відповідає гідному і якісному рівню.

Вважаємо, що для досягнення більш високого й ефективного рівня освіти осіб з вадами здоров'я потрібно посилити інформаційне забезпечення реалізації їх прав на освіту. Зокрема, доцільно провадити перед кожним навчальним роком презентації освітніх закладів з наданням повної інформації про

матеріально-технічне забезпечення й підготовку педагогічного складу навчальних закладів для прийняття й належного надання освіти особам з особливими освітніми потребами, звертаючи увагу при цьому на кожен окрему групу таких людей відповідно до різноманітних нозологічних форм їх захворювань [74].

Поряд із цим треба внести зміни до ст. 56 Закону України № 1060-ХІІ «Про освіту» щодо обов'язків педагогічних і науково-педагогічних працівників, зобов'язавши їх підвищувати професійний рівень у плані компетентності викладання особам з інвалідністю та їх виховання. У статутах вищих навчальних закладів слід враховувати особливості надання інвалідам освітніх послуг.

До такого роду особливостей віднести: (а) виховання інвалідів, (б) належне кадрове забезпечення, (в) облаштування освітньо-реабілітаційного простору в цих закладах, (г) матеріально-технічне забезпечення і (д) розумне пристосування з урахуванням індивідуальних потреб інвалідів. Ще одним актуальним питанням є безперешкодний доступ інвалідів до соціальної інфраструктури, яка виділеної розд. V Закону «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». Ця проблема є важливою для інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство, належного забезпечення їх життєдіяльності й гідної підтримки державою й соціумом [60, с. 121].

У ст. 26 цього Закону закріплено, що підприємства, установи й організації зобов'язані створювати умови для безперешкодного доступу інвалідів (у тому числі тих, які користуються засобами пересування й застосовують для цього собак-поводирів) до об'єктів фізичного оточення. Власники й виробники транспортних засобів, виробники й замовники інформації (друковані ЗМІ, телерадіоорганізації тощо), оператори і провайдери телекомунікацій повинні забезпечувати надання послуг і виробництво продукту з урахуванням потреб людей з інвалідністю [36].

Норми цієї статті, на наше переконання, вимагають певного уточнення для уникнення певних розбіжностей при її застосуванні на практиці й

ефективнішої реалізації закріпленого в ній положення. Ідеться про те, що створення умов для безперешкодного доступу інвалідів до об'єктів фізичного оточення може вважатися обов'язковим лише для державних підприємств, установ та організацій, а цю статтю треба доповнити словосполученням «підприємства, установи й організації усіх форм власності» [68, с. 31].

Захищеність дитини та її сім'ї є провідною характеристикою реабілітаційного процесу. Дослідники спільні у думці про те, що захисна (охоронно-захисна) функція соціального педагога «забезпечує обстоювання гарантованих прав та інтересів дітей на основі державних та міждержавних документів» [2, с. 187-197].

Проте специфіка закладів ранньої соціальної реабілітації, в яких здійснюється соціально-педагогічна діяльність, визначає особливості захисної функції соціального педагога.

Аналіз стану дотримання прав інваліда з дитинства в Україні, представлений у Державній доповіді про становище дітей в Україні (за період 2009 – 2018 роки) демонструє увагу суспільства до трьох актуальних аспектів захисту прав зазначеної категорії дітей. Зокрема: захист права на освіту, який характеризується тенденцією трансформаційних змін від інституалізації до інклюзії; забезпечення права на охорону здоров'я та права на оздоровлення і відпочинок [9].

Зазначені у Доповіді аспекти захисту прав дитини з інвалідністю, з нашої точки зору, є соціально затребуваними та актуальними, проте, не вичерпними, особливо, з огляду на контингент дітей закладів ранньої соціальної реабілітації, а саме: діти від народження до шести років, що мають інвалідність чи ризик її отримати. Саме тому вважаємо, що, окрім означеного вище, захисна діяльність соціального педагога закладів ранньої соціальної реабілітації має спрямовуватися на відстоювання таких прав та свобод дітей:

1. Права на повноцінний розвиток відповідно до здібностей та обдарувань, повагу та гідне ставлення.

Так, Конвенція про права осіб з інвалідністю (чинна в Україні від 06.03.2010) декларує повагу до здібностей дітей з інвалідністю, що розвиваються, і повагу до їх права зберігати свою індивідуальність (Ст. 3). У Законі України «Про охорону дитинства» наголошено, що дискримінація дитини з особливими потребами заборонена (Ст. 26) [19].

2. Права на функційну самостійність та незалежність. Так, Конвенція про права осіб з інвалідністю (чинна в Україні від 06.03.2010) у статті 24 наголошує на тому, що особи з інвалідністю мають можливість засвоювати життєві та соціалізаційні навички, щоб полегшити їхню повну й рівну участь в суспільній діяльності. Стаття 26 приділяє увагу абілітації та реабілітації як заходам надання дітям з інвалідністю можливості максимальної незалежності. При чому зазначено, що ці заходи повинні мати добровільний характер і бути доступними для дітей якомога ближче до місць їхнього безпосереднього проживання [74].

3. Права на виховання у сім'ї. Так, Закон України «Про охорону дитинства» визначає державний пріоритет у забезпеченні найкращих інтересів дитини з особливими потребами, зокрема, у статті 12 наголошується, що виховання в сім'ї є першоосновою розвитку особистості дитини [35].

4. Права на освіту в реабілітаційних закладах за індивідуальними навчальними програмами. Закон України «Про охорону дитинства» у статті 19 гарантує право на освіту дітям з інвалідністю, які перебувають в реабілітаційних закладах. Вони мають право здобувати освіту за індивідуальними навчальними програмами.

5. Права на індивідуальну програму реабілітації та її повноцінну реалізацію. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» розкриває засади створення умов для усунення або компенсації наслідків, спричинених стійким порушенням здоров'я. Однією з таких умов, згідно статті 23 цього закону, є індивідуальна програма реабілітації, яка розробляється лікарськоконсультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів [35].

Щодо індивідуальної програми реабілітації, то в документі наголошено на таких її особливостях: по-перше, обсяг реабілітаційних заходів, що передбачається програмою не може бути меншим від передбаченого Державною типовою програмою реабілітації інвалідів; по-друге, ця програма є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади та реабілітаційними установами; потретє, для дитини з інвалідністю програма має рекомендаційний характер. Законний представник дитини має право відмовитися від будь-якого виду, форми та обсягу реабілітаційних заходів. Згідно Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», держава бере на себе зобов'язання, зокрема, у частині забезпечення виконання індивідуальної програми реабілітації.

6. Права на отримання безоплатних послуг, гарантованих державою. Закон України «Про охорону дитинства» розкриває сутність захисту прав дітей з інвалідністю та дітей з вадами розумового або фізичного розвитку. Зокрема, у статті 26 зазначено, що держава гарантує безоплатне матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення, безоплатну спеціалізовану медичну, дефектологічну і психологічну допомогу. Держава також гарантує безоплатне забезпечення засобами індивідуальної корекції.

7. Права на матеріальне забезпечення. Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям з інвалідністю». Гарантує дітям з інвалідністю право на матеріальне забезпечення за рахунок коштів Державного бюджету України та їх соціальну захищеність шляхом встановлення державної соціальної допомоги на рівні прожиткового мінімуму. Гарантом дотримання означених вище прав та свобод дітей з особливими потребами у закладах ранньої соціальної реабілітації виступає, в тому числі, соціальний педагог [35].

В межах своїх повноважень цей фахівець виконує захисну діяльність, ключовими характеристиками якої є:

1. Діагностичність. На основі ґрунтовного аналізу життєвої ситуації сім'ї фахівець може визначити істинні її потреби, спланувати охороннозахисну

роботу, здійснити моніторинг якості наданих послуг, визначити їх доцільність та затребуваність.

2. Суб'єктність і прозорість соціально-педагогічного захисту. Захисна діяльність має бути адресною, за запитом, зрозумілою батькам або законним представникам дитини з особливими потребами, а також відповідати індивідуальним потребам та особливостям соціального стану сім'ї [59, с. 174].

3. Комплексний характер соціально-педагогічної захисної діяльності. Окрім того, що захисна діяльність спрямовується на відстоювання прав та свобод дитини з особливими потребами, вона має бути спрямована також на нормалізацію відносин в сім'ї та відновлення її соціально-правового статусу; представництво в органах влади, соціальних службах, громадських організаціях тощо; реалізацію заходів, спрямованих на зміну ставлення громади до осіб з інвалідністю, поширення правової інформації; координацію зусиль всіх фахівців, які працюють з дитиною (сім'єю). Окремою складовою комплексної діяльності соціального педагога є профілактика правової неграмотності членів сім'ї або законних представників дитини з особливими потребами та підвищення рівня їх правосвідомості [61, с. 20].

Отже, специфікою захисної функції соціального педагога закладу ранньої соціальної реабілітації є діагностичність захисної діяльності, суб'єктність і прозорість, а також її комплексний характер. Робота соціального педагога спрямовується, зокрема, на захист права дитини з особливими потребами на повноцінний розвиток, повагу та гідне ставлення; права на функціональну самостійність; права на виховання у сім'ї; права на освіту в реабілітаційних закладах; права на індивідуальну програму реабілітації та її повноцінну реалізацію; права на отримання безоплатних послуг, гарантованих державою; права на матеріальне забезпечення.

Наступна характеристика простору є його розвитковість. Простір навколо дитини має розширювати межі доступного для дітей оточуючого світу, кола їх інтересів. Складовими простору є: сукупність предметного природного, сімейного та середовища власного «Я» [74].

«Світ дітей з інвалідністю часто обмежений стінами дома, реабілітаційного центру, лікарні. Коло їх спілкування дуже вузьке: мати, педагоги, лікарі. В силу цього порушується хід розвитку хворої дитини з особливими потребами в цілому: діти часто стають аутсайдерами в житті сучасного суспільства. Часто їм не знайомі такі звичні ситуації, як покупка та продаж товарів, відвідування кафе, поїздка у міському транспорті, прогулянка по місту, відвідування яскравих заходів. Уявлення про оточуючий світ часто носить формальний характер, обривкові, ізольовані один від одного. Тому діти з особливими потребами потребують розширення меж доступного для них оточуючого світу, збільшення кола інтересів» [19].

Відповідно до Закону «Про засади соціального захисту інвалідів в Україні», реабілітаційні установи впроваджують реабілітаційний процес для людей з інвалідністю відповідно до програм реабілітації. У Типовому положенні про реабілітаційну установу змішаного типу для інвалідів та дітей-інвалідів з розумовою відсталістю, затверджене наказом № 392 від 23.07.2007, Міністерство праці та соціальної політики заявляє, що реабілітаційне закладу змішаного типу для інвалідів затримка та психічні захворювання дітей з вадами розумового розвитку – це установа, метою якої є здійснення заходів, спрямованих на надання послуг з реабілітації людям з розумовою відсталістю та психічними захворюваннями [33].

Установа може бути утворена на основі державної, комунальної та приватної власності без прибутку, формується, реорганізовується та ліквідується на підставі рішення відповідного місцевого органу виконавчої влади або органу місцевого самоврядування. Інститут приватної власності формується, реорганізується та ліквідується його засновником відповідно до чинного законодавства. Такий соціальний інститут розвиває власну позицію, яка затверджується засновником. Види діяльності, які вимагають ліцензування, здійснюються Установою після отримання відповідної ліцензії у встановленому порядку [21, с. 535-540].

У своїй діяльності реабілітаційний центр керується Конституцією та законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, наказом Міністерства праці, Міністерства охорони здоров'я та іншими нормативними актами щодо реабілітації інвалідів та дітей з обмеженими можливостями. Установа забезпечує виконання завдань, визначених Законами України «Про засади соціального захисту інвалідів в Україні», «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [33], Концепцію соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю, затверджена Кабінетом Міністрів України від 25 серпня 2004 року № 619 -р, а також Постановою Кабінету Міністрів України від 12 травня 2007 року № 716 «Про затвердження Державної служби України» Програма розвитку системи реабілітації та зайнятості осіб з інвалідністю, копіювання психічних захворювань та розумової відсталості на період до 2011 року «Про реабілітацію прав інвалідів та дітей-інвалідів [33].

Центр надає експертну оцінку статусу осіб з інвалідністю або дитини з інвалідністю, визначає пріоритет реабілітаційних заходів, а також встановлює безперервність реабілітаційного процесу, розробляє систему всебічної реабілітації, реабілітації та догляду відповідно до особистості реабілітаційну програму, сприяє встановленню опіки чи піклування у випадку недійсного визнання недієздатності, надання тимчасової цілодобової допомоги інваліду та / або дитині з обмеженими можливостями (у випадку тимчасової, важкої життєвої ситуації) з законним представником і Валідом – період поточної ситуації). Діти-інваліди віком до 18 років та дорослі інваліди I-III групи з розумовою відсталістю або психічними захворюваннями приймаються до реабілітаційних центрів відповідно до вимог Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 року № 80 «Про затвердження Порядку надання послуг з реабілітації інвалідів та дітей з обмеженими можливостями» [33].

Заходи соціальної реабілітації полягають у підготовці дітей-інвалідів або дітей з обмеженими можливостями до внутрішніх операцій для задоволення власних фізіологічних потреб, оволодіння навичками захисту власних прав і інтересів, забезпечення автономного життя в суспільстві з необхідною

підтримкою. Заходи психологічної реабілітації полягають у проведенні психологічної діагностики дитини-інваліда, визначенні форм, методів, засобів, термінів і процедур психологічної корекції, методів і методів навчання саморегуляції, самоосвіти, самоосвіти, формування мотивації до роботи, проведення індивідуальної психо-корекційної роботи [79, с. 50].

Заходи психолого-педагогічної реабілітації полягають у створенні умов для всебічного розвитку знань, навичок і здібностей дитини-інваліда або інваліда з метою їх адаптації в суспільстві, проведення коригувальної та розвивальної роботи (розвиток здорового сприйняття, корекція пізнавальна діяльність, формування навичок соціально-споживчого обслуговування), навчання простих трудових навичок, дотримання техніки безпеки, сприяння ефективному працевлаштуванню інвалідів [14, с. 117].

Заходи медичного забезпечення включають визначення фізичних, соматичних, фізіологічних, сенсорних і розумових можливостей дитини-інваліда за індивідуальною реабілітаційною програмою та результати обстеження лікарями установи, надання рекомендацій для подальшого (або неможливо) соціальна реабілітація, розробка рекомендацій щодо дозування фізичного і психологічного стресу, створення стереотипів поведінки, що відповідають фізичним і розумовим можливостям дитини-інваліда, визначення адекватності і послідовності спеціальних заходів лікування і профілактичний характер, постійний нагляд і контроль за фізичними, соматичними і психічними станами дітей з обмеженими можливостями, організація і контроль за впровадженням у санітарно-гігієнічних, протиепідемічних і профілактичних заходів, здійснення санітарно-просвітницької роботи [39, с. 44-54].

Реабілітаційний центр очолює керівник, який призначається і звільняється з посади засновником у встановленому законом порядку.

Працівники реабілітаційного центру сертифіковані відповідно до законодавства, незалежно від форми реєстрації, власності та відомчої підпорядкованості установи. Оформлення штату затверджується засновником відповідно до встановлених стандартів відповідної галузі. Фінансова підтримка

здійснюється за рахунок засновника. Таким чином, реабілітаційний центр – це мультидисциплінарна, комплексна установа, а для дітей з інвалідністю та їхніх сімей – центр реальної допомоги [73, с. 87].

Отже, сьогоденні проблеми нормативно-правового забезпечення – це значною мірою не дотримання законодавства на належному рівні всіма ланками державного управління й фахівцями первинних структур. До того ж вітчизняному суспільству поки що бракує сучасних світоглядних установок щодо такого соціального явища як інвалідність взагалі, норм більш наближених до загальносвітових, проголошених головними міжнародними документами, до яких приєдналась Україна протягом останнього десятиліття [6, с. 289].

Урахувавши недоліки, відмічені в цьому підрозділі дослідження, можемо зробити висновок, що сьогодні чинне законодавство України в розглянутих нами сферах соціального забезпечення прав інвалідів знаходиться на дуже низькому рівні й не відповідає повною мірою міжнародним вимогам і стандартам, яких повинна дотримуватися кожна цивілізована, соціальна й демократична держава. Отже, ті проблеми, які нами порушені, й варіації їх вирішення потрібні для вдосконалення нормативноправової бази держави в окремих сферах забезпечення прав осіб з інвалідністю з метою поліпшення їх життєдіяльності й належної інтеграції цих осіб у суспільство.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНИЙ АСПЕКТ ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ З ДИТИНСТВА

3.1. Порівняльний аналіз використання технологій соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства

Сучасна система реабілітації заснована на соціальних правах і правах людини модель інвалідності, визначена Конвенцією Організації Об'єднаних Націй про права інвалідів і МФЛ, прийнятий ВООЗ в 2001 році. Україна, приєднавшись до Конвенції, взяла на себе зобов'язання здійснювати свої підходи. При цьому МОЗ наших країни оголосили про введення системи охорони здоров'я і Реабілітаційний МКФ58 [19].

У Конвенції про права людини з інвалідністю визначається як концепція, яка еволюціонує і є результатом взаємодії, яка відбувається між погіршення здоров'я і соціальні та середні бар'єри, які перешкоджають їх повноцінна та ефективна участь у житті суспільства нарівні з іншими. Стаття 26 цього міжнародного договору безпосередньо стосується абілітації та реабілітація:

1. Держави-учасниці приймають, зокрема, за підтримки інших інвалідів, ефективні та належні заходи щодо забезпечення інвалідів з можливістю досягнення та підтримання максимуму інвалідності незалежність, повні фізичні, розумові, соціальні та професійні здібності і повна інтеграція та участь у всіх аспектах життя. З цією метою державні учасники організують, зміцнюють і розширюють комплексну абілітацію та реабілітаційні послуги та програми, особливо в галузі охорони здоров'я, зайнятості тощо [67, с. 207].

Освіта та соціальні послуги таким чином, щоб ці послуги та програми:

а) Почали впроваджуватися якомога раніше і ґрунтувалися на багатопрофільності оцінка потреб і сильних сторін людини;

б) Заохочення участі та інтеграції в життя місцевої громади та в усіх аспектах життя суспільства, було добровільним і доступним для осіб з

інвалідність якомога ближче до місця свого безпосереднього проживання, зокрема, в сільських районах.

2. Держави-учасники сприяють розробці первинних і подальших підготовка фахівців і кадрів, що працюють в області абілітації та реабілітаційні послуги [66, с. 23].

3. Держави-учасниці заохочують доступність, знання та використання допоміжні пристрої та технології для реабілітації та реабілітації, та для інвалідів. Таким чином, ключові компоненти системи реабілітації повинні бути:

- багатодисциплінарна оцінка потреб інвалідів;
- направлення служб реабілітації та абілітації на отримання найбільшої незалежності і включення інвалідів у всі сфери життя суспільства, включаючи
- підтримка та інші питання;
- добре підготовлений персонал та фахівці сфери реабілітації ;
- абілітаційні та реабілітаційні послуги повинні надаватись якнайраніше для особи, яка їх потребує, та якнайближче до місця проживання, зокрема у сільській місцевості [71, с. 56].

МКФ, видана ВООЗ у 2001 році, покликана доповнити попередню класифікацію захворювань. Згідно із класифікацією, система охорони здоров'я та реабілітації, готуючи оцінку, зокрема потреб особи із порушеннями здоров'я керується не лише станом захворювання, але й зовнішніми чинниками, як – то: середовищними перешкодами; соціальним становищем та інше.

Таким чином, МКФ покликане поєднати медичне та соціальне визначення інвалідності. Крім того, ВООЗ започаткувала міжнародну програму «Реабілітація на рівні громади», серед напрямів якої: охорона здоров'я, освіта, самозабезпечення, соціальні питання та просування прав та можливостей. У країнах Європейського Союзу система реабілітації передбачає отримання людьми з інвалідністю послуг за місцем проживання в рамках звичайних соціальних служб і служб охорони здоров'я [75].

Медико-соціальна реабілітація інвалідів здійснюється як в спеціалізовані реабілітаційні клініки, стаціонарні реабілітаційні центри, і в амбулаторних умовах, в дитячих садках і будинку. Якщо організація обох спеціалізувалася (медичний, здоров'я, професіонал) і комплексні реабілітаційні центри (Німеччина, Сполучене Королівство, Данія). До цього спостерігається тенденція переорієнтації поведінки медичних і соціальних реабілітація інвалідів від стаціонарних форм до амбулаторних, догляд за дітьми та реабілітація вдома, незважаючи на високу вартість реабілітаційні послуги та великі потреби в персоналі (Без меча, Великий Великобританія, Данія, Ірландія, Франція). Перехід до медичної реабілітації вдома або в контексті денного відвідування медичних закладів забезпечує підвищення ефективності реабілітаційних заходів [61, с. 20].

Наприклад, у Данії широко поширені дитячі дошкільні установи непрацездатність. Досвід цієї країни показує, що саме в таких установах більш ефективно, ніж амбулаторне лікування. Але в разі важких захворювань або травми, медична реабілітація проводиться в клінічних стаціонарних умовах, і потім у медичних центрах.

Одночасно з політикою деінституціоналізації реабілітації підтримка в країнах ЄС знижує роль урядів та інших держав органи в реабілітації літаційної активності. Основні учасники в основному реабілітаційні організації приватного сектору та особи з інвалідністю. Це сприяє орієнтація процесу реабілітації, не заснована на наявному асортименті необхідних товарів і послуг, а також для потреб кожного індивідуума.

Наприклад, у таких країнах, як Німеччина, Великобританія, Бельгія, медичні реабілітаційні установи є недержавними і працюють в суворих умовах змагання. У Франції проводиться медична реабілітація як для спеціалізованих державні, муніципальні або приватні лікарні та будинки. Послуги в Ірландії забезпечувати медичну реабілітацію та догляд за інвалідами в державному порядку, та недержавні установи на основі урядових розпоряджень [71, с. 56].

Безкоштовна конкуренція такі заклади сприяють підвищенню якості медико-соціальної реабілітації [69, с. 66].

У деяких країнах ЄС місцеві ролі визначаються на законодавчому рівні Громади та добровільні організації в діяльності з реабілітації. Так, в з 1986 року на місцевому рівні створені медичні служби та центри соціальних дій, що сприяють незалежності інвалідів громади, координувати діяльність реабілітаційних установ незалежно від їх форми власності (державні, приватні, муніципальні). У Фінляндії, відповідь за організацію реабілітації людей з фізичними або психічними порушення здоров'я в першу чергу комуни (громади). Широка участь у роботі в Ірландії добровільні організації беруть участь у заходах з реабілітації, зокрема програми реабілітації осіб з психосоціальними порушеннями. Тут існують незалежні життєві центри, в яких викладається незалежність [9].

До речі, у фахівців цих добровільних організацій є відповідні професійні сертифікати. Фінансова підтримка медичної реабілітації інвалідів у країнах ЄС в основному охоплений медичним і соціальним страхуванням. У Данії держава 68 осіб несе відповідальність за всі витрати з реабілітації інвалідів [75].

У Німеччині та Франції людина має право обирати установи та засоби реабілітації і транспортні засоби, і можна надавати їх не натурою форма, але в якості адресної грошової допомоги. Його можна витратити на свій розсуд.

У країнах ЄС велика увага також приділяється інформаційним послугам реабілітаційні системи. Так, у Німеччині за наказом федерального міністерства праці та соціальних питань, створених та функціонуючих протягом останніх 10 років Інформаційно-довідкова система «Рехадат», що містить 10 баз даних з питань, належать до медичної та соціальної реабілітації. Розробка і постійне оновлення банки даних про спеціалізовані медичні реабілітаційні центри, технічні засоби реабілітації, підприємства, на яких працюють інваліди, спеціальні семінари для осіб з глибокими проблемами здоров'я та спеціальний пристрій робочих місць, реабілітаційних фондів, організацій, установи, служби, науково-дослідні та навчальні семінари в цій галузі у сферу. Ця система надає

необхідну інформацію через Інтернет безкоштовно люди з обмеженими можливостями, лікарі, всі співробітники в області медико-соціального реабілітація.

Професійна реабілітація в країнах ЄС спрямована на розвиток і максимізацію професійного потенціалу людей з інвалідністю, незалежно від рівня обмежень та ступеня порушення здоров'я. Наприклад, у Франції різні аспекти питання професійної реабілітації людей з інвалідністю відображено в семи законах, які регламентують комплексність медико-соціальної реабілітації, включення до її складу якісної підготовки та перенавчання з урахуванням фізіологічних можливостей організму, організацію працевлаштування особи⁷¹. У Великій Британії, зокрема Англії, інвалідність трактується через поняття рівності та недискримінації [67, с. 207].

Сполучене королівство взяло на себе зобов'язання вивести систему послуг на такий рівень незалежності осіб з інвалідністю, наскільки це можливо. Національне законодавство передбачає безоплатність послуг з охорони здоров'я: «Послуги надаються у зв'язку із потребою, а не можливістю платити».

Вартість допоміжних засобів, які коштують менше 1000 фунтів, теж покривається за рахунок місцевого органу влади. Раніше Уряд Англії здійснював проект «Трансформовані послуги та обладнання у громаді», який передбачав надання засобів та найпростіших побутових приладів. За новою моделлю місцеві соціальні або медичні органи виписують ваучер на придбання простого допоміжного засобу, який особа може обміняти. Водночас, особа з інвалідністю може поповнити відповідний ваучер на суму, необхідну для придбання більш складнішого засобу [60, с. 121].

Для системи медичної реабілітації Англії підготовлено рекомендації «Трансформація послуг на рівні громади – амбіції, дія, досягнення», призначені для лікарів щодо формування типу послуг для якнайбільшої самостійності особи з інвалідністю. Ці рекомендації підкреслюють важливість

міждисциплінарних та міжвідомчих груп для надання безпосередніх послуг особі на рівні громади.

Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності відповідає за формування навчальних посібників, зокрема і реабілітації після перенесеного захворювання [64, с. 1-70].

Швеція визначає поняття щодо осіб з інвалідністю керуючись МКФ. Однак існують різні контекстуальні визначення інвалідності у національному законодавстві: недискримінаційному, соціальному та сфери будівництва.

Законодавство країни передбачає відповідальність основного фахівця сфери здоров'я за надання особі реабілітації, допомоги та допоміжних технологій, що сприятимуть поліпшенню її можливостей. Водночас особа з порушеннями здоров'я бере на себе відповідальність за здійснення абілітаційного / реабілітаційного процесу та за потреби може розраховувати на допомогу інших фахівців медичної чи соціальної сфери.

Фінансування допоміжних технологій передбачено Законом про послуги у сфері здоров'я. Надання засобів залежить від особливостей засобу: для використання вдома або зовні, як-то у школі; для щоденного використання або для допомоги чи лікування. За це відповідають керівники медичних закладів через муніципальні ради. Тарифікація відрізняється в залежності від округу.

Особа повинна мати можливість вільно обирати потрібний їй засіб. Допоміжні засоби перевіряються та замовляються медичними центрами первинних послуг охорони здоров'я, клініками та спеціалізованими медичними центрами, як-то: слуху, зору, ортопедії, інше [78, с. 31].

Перевірка та оцінка допоміжних засобів здійснюється за рахунок державних коштів. Шведський інститут допоміжних технологій залучається до проведення відповідних досліджень щодо розвитку нових технологій та засобів для людей з інвалідністю. Крім того, інститут проводить навчання навичок користування та здійснює міжнародне співробітництво в частині допоміжних технологій.

У законодавстві Чеської Республіки відсутнє уніфіковане визначення інвалідності та особи з інвалідністю. Ці визначення вживаються залежно від контексту в антидискримінаційному законодавстві щодо рівності прав. Законодавство про працю апелює до визначення ступеня втрати працездатності (перший, другий, третій). Для цілей соціального законодавства інвалідність означає такі порушення: фізичні, сенсорні, ментальні, мовні, навчальні та поведінкові [79, с. 50].

Люди з інвалідністю є невідомою частиною національної системи страхової медицини, яка в майбутньому має використовувати інструменти, які б зменшували залежність від медичного втручання та посилювали би його ефективність та результативність. Розвиватиметься не лише раннє втручання, подальше медичне обслуговування та інтеграція допомоги в системі медичних та соціальних послуг, але й підтримуватиметься заходи попередньої реабілітації та терапевтичні заходи для людей з інвалідністю та осіб із хронічними захворюваннями. Передбачається й вторинне втручання через політику дотацій таким особам на подальше навчання. Передбачається, що це дозволить зекономити державні ресурси.

Щороку, Міністерство охорони здоров'я Чехії оголошує грантові програми для організацій осіб з інвалідністю та хронічно хворих осіб із тематики навчання користувачів медичної допомоги серед зазначених груп.

Стосовно ж послуг для осіб із ментальними порушеннями здоров'я, уряд країни зосереджує увагу на створенні центрів у громадах, де б такі особи могли б отримувати послуги [66, с. 23].

Чеське законодавство про охорону здоров'я передбачає, що пацієнта мусять інформувати про всі доступні медичні та соціальні послуги, які можуть поліпшити його стан здоров'я, зокрема медична, соціальна та трудова реабілітація. Послуги із соціальної та медичної реабілітації, спрямовані на, набуття навичок самообслуговування та максимальної незалежності, надаються різними недержавними провайдерами, серед яких організації людей з інвалідністю, медичні інституції.

Послуги надаються як в амбулаторних умовах, так і за місцем проживання особи. Складові соціальної реабілітації визначаються Законом України «Про соціальні послуги». Ці послуги включають: тренінги із навичок самодопомоги; навчання навичкам незалежності та діям щодо соціальної інклюзії ; посередництво в контактах із соціальним середовищем; освітня і заохочувальна діяльність; допомога в реалізації прав. Додатково центри соціальної реабілітації надають послуги із консультування, особистої гігієни, харчування та побутової допомоги [62, с. 158].

Фінансуються послуги за рахунок субсидій із організацій Міністерства соціальної політики. Для користувачів базова соціальна реабілітація є безкоштовною. Оплачуються лише видатки, пов'язані із проживанням, харчуванням та допомогою в особистій гігієні.

Допоміжні засоби одноразово можна придбати за рахунок муніципалітетів. Видатки на їх придбання перебувають за межами медичної системи допомоги.

Інвалідність у Республіці Польща визначається як неможливість виконувати соціальні функції через порушення здоров'я. Для визначення інвалідності враховуються фізичні, психічні та соціальні можливості функціонування організму особи. Оцінку проводить комісія, на рівні повіту, яку сформовано із лікаря та іншого фахівця, яким може бути психолог, соціальний робітник, консультант із супроводу в працевлаштуванні, педагог або інший лікар [57, с. 140].

У документах стосовно інвалідності зазначаються рекомендації щодо зайнятості, працевлаштування на спеціальних підприємствах для осіб з інвалідністю, професійного навчання, участі у програмах працетерапії, надання протезно-ортопедичних засобів, допоміжних або інших технічних засобів. Важливим компонентом рекомендації є отримання допомоги на місцевому рівні – соціальна допомога, особистий догляд, лікувально-реабілітаційні послуги.

Крім того, надаються рекомендації щодо постійного або тривалого догляду чи сторонньої допомоги. Ці рекомендації слугують обґрунтуванням

для отримання соціальної допомоги в грошовій та / або натуральній формі, передбаченій для осіб з інвалідністю.

Послуги із догляду за особами з інвалідністю можуть включати: засвоєння та розвиток навичок повсякденного самостійного життя; фізичну реабілітацію та відновлення функцій організму. Допоміжні засоби, такі як інвалідні візки, пристрої для руху та підйомники, можна придбати, зокрема, за рахунок Державного фонду реабілітації осіб з інвалідністю. Той же Фонд може сплатити до 95% вартості навчання комунікації, зокрема жестової мови для особи з інвалідністю. Крім того, від Фонду можна отримати засоби на часткове покриття витрат на перекладача жестової мови або перекладача-супровідника.

До видатків, передбачених у системі медичного страхування, включено питання догляду за особами з інвалідністю, надання медичних засобів, допоміжних засобів. До слова, класифікацію відповідних засобів подано в Польському стандарті PN-EN ISO 9999:2011 «Допоміжні засоби для осіб з інвалідністю» [65].

Крім того, за фінансування Міністерства охорони здоров'я особі з інвалідністю надаються амбулаторні послуги за місцем проживання. Водночас питання інвалідності включено до програм вищої освіти підготовки лікарів та програм підготовки іншого медичного персоналу.

Актом Міністерства охорони здоров'я визначається порядок отримання та гарантується перелік послуг медичної реабілітації : амбулаторна реабілітаційна допомога; амбулаторна фізіотерапія, медичні консультації вдома; фізіотерапія вдома; реабілітація. Надання окремих послуг вдома суттєво поліпшує доступ до послуг мешканцям сільської місцевості [48, с. 272].

За кошти Державного фонду реабілітації інвалідів можуть бути профінансовані заходи, зокрема і для недержавних надавачів, які стосуються реабілітації, навчання для осіб з інвалідністю та їх сімей. Крім того, функції із соціальної та професійної реабілітації забезпечують органи державної влади та місцевого самоврядування. До слова, кошти на забезпечення діяльності реабілітаційних служб можуть виділятися через фонд вирівнювання. Також

існує фінансове заохочення, яке полягає в податкових пільгах, у разі видатків на реабілітацію, які несе особа з інвалідністю.

Держава Ізраїль, визначаючи термін особи з інвалідністю, виходить із стійких довготривалих порушень здоров'я, які перешкоджають участі в суспільному житті. Водночас у спеціальних правових актах можуть використовуватись інші контекстуальні визначення [69, с. 66].

У страховій медицині країни наявні можливості фінансової підтримки для оплати страхових внесків для осіб з інвалідністю. Ба більше розмір внеску не має наслідком різницю в наданні послуг. Щорічне обстеження за відповідними стандартами дозволяє виявляти порушення здоров'я на ранньому етапі. Огляд проводиться у лікарнях, центрах матері та дитини.

Урядом фінансується широкий спектр послуг стосовно реабілітації та абілітації через Міністерство охорони здоров'я, оборони та інститут страхування. Ці послуги спрямовані на досягнення максимальної незалежності особи.

Такі послуги надаються в громадах, носять добровільний характер та враховують побажання користувачів. Вживаються заходи щодо інформування про послуги із реабілітації, які здійснює Національний інститут страхування. Реабілітаційний відділ цього інституту здійснює й підготовку та підвищення кваліфікації фахівців реабілітаційних установ. Щорічно проводяться навчальні програми, зокрема з урахуванням відгуків від координаторів реабілітаційної роботи [73, с. 87].

Міністерство охорони здоров'я відповідальне за сприяння в забезпеченні допоміжних засобів. Витрати на такі засоби (зокрема для осіб із порушеннями руху – візки, моторизовані візки, спеціальне взуття, тростини) покриваються за рахунок внесків особи та державних коштів. Причому, уряд поступово зменшує частку особистого внеску особи.

Певна фінансова підтримка надається й для придбання автомобілів та витрат пов'язаних із їх експлуатацією.

Реабілітаційні послуги та допоміжні засоби надаються й через Міністерство оборони для осіб, що набули інвалідність внаслідок бойових дій. Спектр допоміжних засобів є достатньо широким. Такі засоби надаються безкоштовно.

Характерною особливістю міжнародної практики надання реабілітаційних послуг є функціонування системи охорони здоров'я та соціальної підтримки. У більшості окреслених країн, реабілітаційні послуги включені у систему медичного страхування із відповідними формами відшкодування. Отримання ж послуг поступово зосереджується ближче до місць проживання осіб з порушеннями здоров'я. Щодо допоміжних засобів, то їх забезпечення теж відрізняється: від часткового відшкодування вартості до забезпечення за рахунок держави або місцевих органів [67, с. 207].

Водночас проблемою залишається отримання реабілітаційних послуг якнайближче до місця проживання. Вище йшлося про інфраструктуру реабілітаційних установ, яку не можна вважати сприятливою. Як і раніше складною залишається ситуація із реабілітацією осіб з інтелектуальними та психосоціальними порушеннями. Лише із затвердженням нових редакцій Типових положень зможуть розраховувати на реабілітаційні послуги особи, які перебувають у інтернатних закладах. Однак треба зауважити, що послуги за місцем проживання є вкрай фрагментарними та надаються переважно лише організаціями, що працюють в інтересах осіб з інвалідністю [72, с. 217].

Важливим кроком стало прийняття Плану дій щодо реалізації у 2017-2020 пілотного проекту «Створення системи надання послуг з раннього втручання» для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя. Основна ідея – розробити на базі існуючих закладів Львівської, Харківської, Запорізької та Одеської областей систему надання відповідних послуг. Наприкінці проекту планується розробити та затвердити загальні рамки і стандарти надання послуг з раннього втручання; яким чином взаємодіють установи, що надають такі послуги; Положення про центр (офіс, офіс) надання послуг з раннього втручання, форма документів; процедура раннього виявлення

(скринінгу) у дітей з недорозвиненістю та порушеннями розвитку; типові стандарти та кваліфікаційні характеристики фахівців (фахівців) з надання даних послуг; витрати і джерела фінансування. Тільки за результатами річного звіту виконавців пілотного проекту можна буде зробити висновки щодо ефективності його реалізації.

Позитивним можна вважати внесення до класифікатору професій посад «лікар фізичної реабілітації», «фізичний терапевт», «ерготерапевт». Забезпечення відповідної підготовки та функціонування зазначених фахівців можна розцінювати як ознаку формування нової реабілітаційної системи.

Рівень готовності ключових інституцій та груп інтересів до формування нового порядку денного системи реабілітації є неоднаковим. Проте на характер цих змін можуть вплинути інші сфери реформування, зокрема децентралізація, а з нею сфера охорони здоров'я та соціальних послуг [77, с. 340].

Мінсоцполітики. Адміністративна підтримка нововведень супроводжуватиметься певними викликами. Як видно із аналізу впровадження Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, Мінсоцполітики не поспішає запроваджувати деінституалізацію в наданні послуг для осіб з інвалідністю. Непомітно особливих зрушень і в питанні забезпечення компенсації або зміни порядку отримання допоміжних засобів, на що вказують окремі категорії осіб з інвалідністю. Водночас оптимізму може додати підтримуваний міністерством законопроект «Про соціальні послуги», яким передбачаються додаткові альтернативи отримання послуг, зокрема на рівні громади. Очевидно, ухвалення парламентом Закону має в подальшому призвести до уніфікації системи соціальних та реабілітаційних послуг. Зокрема, має бути визначеним перелік реабілітаційних послуг, що надаватимуться на базовому рівні.

МОЗ. Із стриманим оптимізмом можна сприймати повідомлення виконуючої обов'язки Міністра МОЗ та її радників із реабілітації стосовно необхідності запровадження МКФ та побудови нової системи реабілітації 95, зокрема на засадах оцінки групою фахівців функціональних розладів особи та формування на її основі реабілітаційних послуг згідно із очікуваннями

користувача. Проведення реформи охорони здоров'я може посилити можливості реформування, особливо щодо закладення реабілітаційних послуг на трьох рівнях послуг охорони здоров'я. Однак загальна консервативність та корпоративна закритість апарату Міністерства може суттєво зашкодити таким очікуванням. Крім того, реформа фінансування медичних послуг, зокрема введення гарантованого їх пакету, прямо впливатиме на спосіб отримання реабілітаційних послуг та засобів медичного призначення [71, с. 56].

Реформа децентралізації вимагатиме й участі громад у наданні реабілітаційних послуг. Рівень оцінки потреб, надання базових соціальних послуг, як і медичних послуг первинного рівня вимагатиме необхідної спроможності фахівців та інститутів на місцевому рівні. Отримання повноважень об'єднаними територіальними громадами, зокрема у сфері соціальних / реабілітаційних послуг базового рівня, без підкріплення відповідними ресурсами не сприятиме належному рівню отримання цих послуг. Крім того, подальше фінансування реабілітаційних установ, але не послуг для користувача ставитиме під сумнів взаємодію громад, у яких наявні послуги різної форми реабілітації. Неурядові організації, що працюють в інтересах людей з інвалідністю.

Інтерес спільноти людей з інвалідністю є дуальним:

По-перше, група зацікавлена в збереженні кращих здобутків чинної реабілітаційної системи, зважаючи на можливість отримання певного виду послуг, зокрема санаторного закладу для осіб із порушеннями спинного мозку, декількох інших установ [60, с. 121].

По-друге, особи з інвалідністю наполягають на впровадженні стандартів Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, підтримуючи розгляд визначення інвалідності в контексті відношення особи з порушеннями здоров'я до середовищних та суспільних перешкод. Підтвердження цього може слугувати ініціювання громадським рухом осіб з інвалідністю моделі послуг раннього втручання, зокрема через функціонування мультидисциплінарних груп.

Отже, аналіз вищезазначених нормативно-правових актів щодо забезпечення осіб з інвалідністю та інших категорій осіб засобами реабілітації засвідчує певні спроби поліпшення цієї ситуації. Однак, на жаль, відсутність системності та індивідуального підходу не дозволяє докорінно змінити систему і забезпечити людей з інвалідністю засобами, що відповідають їхнім потребам та дозволять вести максимально незалежний спосіб життя.

3.2. Шляхи удосконалення соціальної реабілітації осіб з інвалідністю з дитинства

На сьогодні інвалідність дітей є суспільною проблемою. Для цієї категорії населення нагальними залишаються проблеми, пов'язані з соціальним захистом, інтеграцією в суспільство, навчанням та працевлаштуванням, «безбар'єрністю» як архітектурно-транспортного, соціального так й інформаційного характеру [74].

Соціальна робота з дітьми з особливими потребами передбачає їх всебічну підтримку з боку держави, дотримання конституційних прав. Вони потребують не лише соціальної та медичної реабілітації, а й створення таких умов, за яких дитина з інвалідністю зможе реалізувати себе в суспільстві в повній мірі. Проблема життєдіяльності дітей з обмеженими можливостями є предметом дослідження фахівців багатьох галузей науки: медицини, психології, педагогіки, соціальної роботи.

Оптимізація проблеми дітей та молоді з особливими потребами можна розділити по таких напрямках:

1. Медичне обслуговування (недостатня кількість і якість послуг безкоштовного лікування, профілактики, реабілітації та діагностики; недостатня кількість кваліфікованих фахівців);

2. Матеріальне забезпечення (недостатня кількість медичних і технічних засобів лікування; значна різниця між прожитковим мінімумом та встановленими виплатами по інвалідності); [76, с. 172]

3. Вільне пересування (невиконання вимог законодавства щодо пристосування споруд та транспорту до потреб людей з функціональними обмеженнями);

4. Психологічна допомога дітям та їх батькам (мала кількість інформаційнометодичного забезпечення інноваційних методів роботи); 5. Підготовка дітей до самостійного життя (незначна кількість в Україні центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями);

6. Освіта (недостатня кількість закладів освіти зі спеціалізованими класами);

7. Брак спілкування (мала кількість клубів за інтересами, центрів соціальнопсихологічної реабілітації) [18, с. 164].

Освоєння дітьми з інвалідністю соціального досвіду вимагає від українського суспільства розробки та впровадження нових технологій соціальної роботи для вирішення проблем даної категорії. До важливих видів технологій соціальної роботи з дітьми з інвалідністю відносимо соціальну діагностику, соціальну реабілітацію та соціальну адаптацію.

Розглянемо основні принципи оптимізації соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями:

а) діти з інвалідністю повинні продовжувати жити у своїх родинях і вести, за необхідної підтримки, звичайний спосіб життя;

б) діти з особливими потребами повинні брати активну участь в усіх сферах життя суспільства;

в) діти з інвалідністю повинні отримувати необхідну допомогу в рамках систем охорони здоров'я, освіти, соціальних служб тощо; [75]

г) особи з інвалідністю повинні брати участь у загальному соціальному й економічному розвитку суспільства, а їх потреби повинні враховуватися у національному плані розвитку.

В деяких сім'ях, де є дитина з особливими потребами, ставлення батьків характеризується її емоційним відторгненням, недостатньою потребою

спілкування з дитиною, неадекватним стилем виховання тощо. До помилкових настанов батьків можна віднести:

- неприйняття ситуації («За що мені таке?»);
- перенесення провини на дитину («Безпорадна істота! Стільки сил, грошей – усе безрезультатно!»);
- пошук винних («Це все твоя «гнила» кров!»);
- фальшивий сором («Мені неприємно та соромно, що в мене «ненормальна» дитина»);
- синдром жертви («У мене немає життя!»); [65]
- комплекс провини («Це мене Бог покарав! Мій борг – спокутувати провину»);
- самоприниження («Я завжди була нещаслива. Тільки зі мною може таке трапитися!»);
- манія «особливості» («Наша родина особлива, не така, як усі»);
- споживацькі потреби («Нам повинні усі йти назустріч – у нас таке горе!»);
- «убивча» жалість («Ця дитина така безпорадна! Вона нікому не потрібна такою. Без мене вона загине!») [6, с. 289-295].

Також, як правило, близькі люди дитини з інвалідністю перебувають у стані хронічного стресу, викликаного її хворобою, обставинами лікування, навчання та виховання. Ще однією нагальною проблемою, що потребує вирішення – це проблема спілкування та соціального оточення. Більшість батьків, що мають дітей з інвалідністю, майже не спілкуються з колегами, друзями чи сусідами. Більшість свого часу вони присвячують догляду за хворою дитиною. Тому важливого значення набуває ставлення до дитини та її родини сторонніх людей – сусідів, дітей у дворі, пасажирів у транспорті [24, с. 114-133].

Важливу роль у реалізації дитини з особливими потребами у суспільному житті відповідно своїх потреб, навичок та здібностей відіграють працівники соціальних служб.

Працюючи з батьками дітей з інвалідністю, соціальний працівник повинен наголошувати їм на дотриманні наступних правил:

1. Ставитися до дитини з обмеженими функціональними можливостями як до такої, що вимагає спеціального навчання виховання та догляду.

2. На основі спеціальних рекомендацій, порад та методик поступово і цілеспрямовано:

– навчати дитину альтернативних способів спілкування;

– навчати основних правил поведінки;

– прищеплювати навички самообслуговування;

– розвивати зорове, слухове, тактильне сприйняття;

– виявляти та розвивати творчі здібності дитини.

3. Створювати середовище фізичної та емоційної безпеки:

– позбавитися небезпечних речей та предметів;

– вилучити предмети, що викликають у дитини страх та інші негативні емоційні реакції; [63, с. 20]

– не з'ясовувати у присутності дитини стосунки, особливо з приводу її інвалідності та проблем, пов'язаних з нею.

4. Рідним та людям, що знаходяться в безпосередньому контакті з дитиною з особливими потребами, потрібно:

– сприймати її такою, якою вона є;

– підтримувати і заохочувати її до пізнання нового;

– стимулювати до дії через гру;

– більше розмовляти з дитиною, слухати;

– надавати дитині можливості вибору: в їжі, одязі, іграшках, засобах масової інформації тощо;

– не піддаватися всім примхам вимогам дитини;

– не вимагати від неї того, чого вона не здатна зробити; – не боятися кожну хвилину за життя дитини [2, с. 134].

Основним заданням соціального працівника є реабілітація сім'ї, яка має дітей з особливими потребами, для того щоб максимально ефективно

задовольнити потреби самої дитини та її батьків. В енциклопедії для фахівців соціальної сфери реабілітація розглядається як комплекс медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних заходів, спрямованих на відновлення чи компенсацію порушених або втрачених індивідом суспільних зв'язків і відносин внаслідок змін стану здоров'я, соціального статусу, втрати близьких людей, навичок навчальної діяльності, соціальної дезадаптації, які супроводжуються стійкими розладами функцій організму, втратою соціального статусу, роботи, житла, близьких людей тощо [10, с. 536].

На початковому етапі фахівцем соціальної сфери здійснюються наступні види діяльності:

1) індивідуальна співбесіда (інтерв'ювання) з кожним дорослим членом родини, визначення члена родини, здатного здійснювати головну функцію при організації реабілітаційного процесу;

2) участь членів родини у різних видах діагностичного обстеження, що проводиться на базі психолого-медико-педагогічної консультації, психологопедагогічного, медико-соціального центру, або в умовах родини;

3) аналіз разом із усіма членами родини результатів обстеження, виявлення основних проблем, специфічних особливостей дитини;

4) складання індивідуальної програми корекційно-педагогічної роботи з дитиною в умовах родини [12, с. 76-82].

Із окреслених вище альтернатив пропонуємо взяти за основу підхід імплементації МКФ, запропонований МОЗ. Водночас пропонуємо зберегти основні здобутки реабілітаційної системи для осіб з інвалідністю, адаптувавши її до нових умов.

Під час опрацювання запропонованого порядку денного, вважаємо за необхідне зосередитись на:

1. Необхідності законодавчо визначити та інституційно забезпечити функціонування єдиного координаційного органу у сфері реабілітації. Цей інститут мав би зосередитись на:

- нормативному регулюванні сфери реабілітації у взаємодії із Мінсоцполітики, МОЗ, МОН та іншими відомствами;
- регламентуванні діяльності мультидисциплінарних груп, які спільно із користувачем здійснюватимуть оцінку потреб у реабілітаційних послугах та формуватимуть їх перелік;
- забезпеченні належної координації на трьох рівнях медичної допомоги, надання системи реабілітації та соціальних послуг, зокрема через рівні громада – область – інституції національного рівня;
- організації підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців у сфері реабілітації, зокрема учасників мультидисциплінарних команд, фахівців реабілітаційних установ;
- ролі консультації в отриманні інформації особами з порушеннями здоров'я, сім'ями, де перебувають особи з порушеннями здоров'я;
- участі у веденні статистичних даних щодо кількісних показників реабілітаційної системи; [65]
- проведенні та організації досліджень у сфері допоміжних технологій; їх розвиток та відіграватиме роль депозитарію допоміжних технологій.

Створення цього органу можливе як у межах одного із міністерств, так і в межах майбутньої Національної служби з охорони здоров'я.

2. Планування та надання реабілітаційних послуг повинно бути розпочато із часу звернення особи за медичною допомогою. На рівні областей, центрів госпітальних округів, закладів охорони здоров'я для військовослужбовців діятимуть відповідні мультидисциплінарні команди, які здійснюватимуть оцінку потреб, формуватимуть план реабілітаційних заходів. Первинним у формуванні таких заходів повинна бути воля особи з порушеннями здоров'я. З цією метою особі має бути надана повна інформація, із використанням за необхідності доступної форми її донесення щодо кроків реабілітації [71, с. 56].

Мультидисциплінарні команди формуються з медичних працівників, фахівців соціальної сфери, психологів із можливим залученням фахівців інших галузей за потреби. Окрім реабілітаційних послуг, реабілітаційний план може

включати перелік допоміжних засобів, потрібних особі. Причому такий перелік не повинен залежати від затвердженого нормативу, а опиратись виключно на потреби в подоланні особою перешкод для максимальної незалежності.

3. Після завершення гострого стану, перебування особи вдома із сформованим реабілітаційним планом, з урахуванням ступеня порушення здоров'я, та зовнішніх перешкод для реалізації прав, особі може бути встановлено інвалідність. З цією метою документи особи надсилатимуться комісії (лікар, соціальний працівник, психолог, інші фахівці за потреби), яка встановить відповідний ступінь порушення.

Така комісія функціонуватиме в межах госпітального округу. За бажанням особи з порушеннями здоров'я може відбутись додаткове спілкування із комісією за місцем проживання такої особи [75].

4. Послуги із соціальної реабілітації, догляду, здобуття навичок надаватимуться на первинному рівні – рівні громади. В залежності від гарантованого рівня безоплатних послуг такі послуги можуть надаватись або безоплатно, або за часткову оплату. Крім того, особа з порушеннями здоров'я може самостійно взаємодіяти із фахівцями у сфері реабілітації у разі необхідності надання додаткових послуг, як-то навчання додатковим навичкам.

5. Для отримання допоміжних засобів у межах соціальної підтримки особі з порушеннями здоров'я надаватиметься ваучер, який дорівнюватиме певній сумі коштів. Цю суму особа з порушеннями здоров'я може витратити на придбання допоміжних засобів або оплатити частину їхньої вартості, додавши власні ресурси. Особа з порушеннями здоров'я повинна отримати підтримку, зокрема в навчанні навичок використання відповідного допоміжного засобу.

6. За потреби отримання послуг реабілітації у відповідних центрах вищого рівня громада сплачує за ці послуги або повністю, або вносить частини оплати за них. Національний координаційний орган може надати додаткову підтримку в разі неспроможності бюджетних ресурсів громади. З цією метою інститут взаємодіятиме із Фондом соціального захисту інвалідів.

7. У межах законодавства про соціальні послуги на умовах соціального замовлення слід забезпечити закупівлю соціальних / реабілітаційних послуг, зокрема на конкурентних умовах, залучаючи як державних, так і недержавних надавачів.

8. Критерії оцінки отримання реабілітаційних послуг повинні базуватись на оцінці їх користувачем та зовнішній оцінці координуючого органу. На підставі оцінки послуг здійснюватиметься оцінка компетентностей персоналу, плануватимуться відповідні програми перепідготовки чи підвищення кваліфікації.

Фінансова підтримка перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу урядом має бути однаковою як для державних, так і недержавних надавачів послуг. Розуміючи виклики, які можуть виникнути із впровадженням рекомендацій, окремі їх частини можна запровадити як експеримент, на зразок послуги раннього втручання [54, с. 119].

Пропоновані рекомендації не поширюються на питання отримання фінансової соціальної допомоги, пенсії у зв'язку із інвалідністю, підтримки сім'ям / особам, що доглядають осіб з інвалідністю. Ці питання визначатимуться політикою соціального захисту.

Таким чином, за активної участі фахівців соціальної сфери батьки дітей з особливими потребами не залишаються наодинці зі своїми проблемами та отримують підтримку та кваліфіковану допомогу.

На основі проаналізованої соціально-психологічної та педагогічної літератури, можна зробити висновок, що зміст соціальної роботи з дітьми з інвалідністю повинен охоплювати всі сфери життєдіяльності. При цьому важливе місце повинна посідати зміна суспільної думки по відношенню до людей з особливими потребами. Варто наголосити, що ефективним механізмом реалізації державної політики по відношенню до дітей з інвалідністю є державні та регіональні програми, які покликані забезпечити необхідні умови для індивідуального розвитку та реалізації можливостей дітей з особливими потребами.

ВИСНОВКИ

Відповідно до поставленої мети та завдань нашого дослідження, можемо здійснити наступні висновки, а саме:

«Інвалідність» розглядається як обмеження можливостей, викликаних фізичними, психологічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які перешкоджають людині бути інтегрованою в суспільство і брати участь у житті сім'ї та держави на цих умовах, як і інші члени суспільства.

Прийняття заходів щодо соціального захисту дітей з інвалідністю відбувається шляхом розробки, прийняття та реалізації програм, що фінансуються як за рахунок коштів держави, так і місцевих органів влади, спрямованих на реалізацію заходів відповідно до стратегічних цілей і пріоритетів. З метою вирішення проблем дітей з інвалідністю уряд затвердив низку нормативно-правових актів, що визначають основні напрями вдосконалення державної політики у сфері соціального захисту дітей з інвалідністю на наступні роки.

На основі проаналізованої соціально-психологічної та педагогічної літератури, можна зробити висновок, що зміст соціальної роботи осіб з інвалідністю з дитинства повинен охоплювати всі сфери життєдіяльності. При цьому важливе місце повинна посідати зміна суспільної думки по відношенню до людей з особливими потребами.

Варто наголосити, що ефективним механізмом реалізації державної політики по відношенню до осіб з інвалідністю з дитинства є державні та регіональні програми, які покликані забезпечити необхідні умови для індивідуального розвитку та реалізації можливостей дітей з особливими потребами.

Актуальність зазначеної теми роботи визначається, насамперед, соціальним замовленням у вдосконаленні та розширенні системи надання соціальної реабілітаційної допомоги інвалідам з дитинства в Україні. Наведемо три аргументи.

Аналіз нормативно-правових документів та теоретико-методичних праць сучасних дослідників підвів нас до висновку про те, що досліджуваний нами компонент готовності соціальних педагогів доцільно розглядати у єдності трьох складових: по-перше, системності і об'ємності знань із ранньої соціальної реабілітації, глибини усвідомлення змісту та сутності діяльності соціального педагога з ранньої соціальної реабілітації; по-друге, результативності опанованих умінь; по-третє, його спроможності забезпечити технологічність соціально-педагогічної діяльності в умовах закладу ранньої соціальної реабілітації. Для підтвердження нашої ідеї наведемо результати окремих досліджень, які реалізовувалися сучасними вченими в проблемному полі нашого дослідження.

Отже, спираючись на зазначені нормативно-правові акти та тлумачення особливостей ранньої соціальної реабілітації, під поняттям «діти з особливими потребами», в контексті нашого наукового дослідження будемо розуміти групу осіб дитячого віку, які в силу вроджених (чи набутих) особливостей їхнього онтогенетичного розвитку інвалідізуючого характеру відчують особливі фізіологічні, соціальні та економічні потреби, задоволення яких сприяє підвищенню якості їхньої життєдіяльності.

На нашу думку, для підвищення рівня зайнятості інвалідів потрібно створити більш сприятливі умови також і для роботодавців, а саме компенсувати за рахунок державних коштів матеріальні збитки з облаштування ними робочих місць для інвалідів. Пропонуємо відкоригувати положення ст. 17 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» щодо повної або часткової компенсації підприємству, установі чи організації за рішенням місцевої ради матеріальних витрат на облаштування робочого місця для людини з інвалідністю.

Вважаємо, що для досягнення більш високого й ефективного рівня освіти осіб з вадами здоров'я потрібно посилити інформаційне забезпечення реалізації їх прав на освіту. Зокрема, доцільно провадити перед кожним навчальним роком презентації освітніх закладів з наданням повної інформації про

матеріально-технічне забезпечення й підготовку педагогічного складу навчальних закладів для прийняття й належного надання освіти особам з особливими освітніми потребами, звертаючи увагу при цьому на кожен окрему групу таких людей відповідно до різноманітних нозологічних форм їх захворювань.

Урахувавши недоліки, відмічені в цьому підрозділі дослідження, можемо зробити висновок, що сьогодні чинне законодавство України в розглянутих нами сферах соціального забезпечення прав інвалідів знаходиться на дуже низькому рівні й не відповідає повною мірою міжнародним вимогам і стандартам, яких повинна дотримуватися кожна цивілізована, соціальна й демократична держава. Отже, ті проблеми, які нами порушені, й варіації їх вирішення потрібні для вдосконалення нормативноправової бази держави в окремих сферах забезпечення прав осіб з інвалідністю з метою поліпшення їх життєдіяльності й належної інтеграції цих осіб у суспільство.

Основним заданням соціального працівника є реабілітація сім'ї, яка має дітей з особливими потребами, для того щоб максимально ефективно задовольнити потреби самої дитини та її батьків. В енциклопедії для фахівців соціальної сфери реабілітація розглядається як комплекс медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних заходів, спрямованих на відновлення чи компенсацію порушених або втрачених індивідом суспільних зв'язків і відносин внаслідок змін стану здоров'я, соціального статусу, втрати близьких людей, навичок навчальної діяльності, соціальної дезадаптації, які супроводжуються стійкими розладами функцій організму, втратою соціального статусу, роботи, житла, близьких людей тощо.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алексєєнко Т. Ф. Теоретико-методологічні передумови та професійні вимоги до формування іміджу працівника соціальної сфери Актуальні проблеми підготовки фахівців соціальної сфери. Хмельницький : ХІСТ Університету «Україна», 2011. С. 12-16.
2. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях: навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2003. 134 с.
3. Богданова І. М. Соціальна педагогіка: навчальний посібник. Харків : Бурун Книга, 2011. 160 с.
4. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
5. Бурлака О. С. Державна соціальна допомога інвалідам з дитинства та дітям з інвалідністю. Підприємництво, господарство і право. 2016. № 10 (248). С. 52-56.
6. Горєцька О. Психологічні особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами. *Освіта регіону (Політологія. Психологія. Комунікації)*. 2013. № 2(32). С. 289-295.
7. Демченко І. І. Готовність учителя початкових класів до роботи в умовах інклюзивної освіти : структура та діагностика : навч.-метод. посібн. Умань : Вида-вєць «Сочінський М. М.», 2014. 160 с. URL : <http://dspace.udpu.org.ua:8080/jspui/bitstream>
8. Дєбєрова Кєрол Н. Раннее вмешательство: ключевые аспекты и международный опыт. Международный детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) Киев, 2014. 48 с. URL : https://www.unicef.org/ukraine/ukr/Early_Intervention_Concept_RUS.pdf
9. Досвід США у процедурі встановлення інвалідності, розроблення програми реабілітації та існування подібних комісій URL : <http://www.pilga.in.ua/node/6213>
10. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери. – 2-ге вид. / за заг. ред. проф. І. Д. Зверєвої. Київ, Сімферополь: Універсум, 2013. 536 с.

11. Євсєєнко В. О. Еволюція моделей організації соціального захисту в країнах Європейського Союзу. Вісник соціально-економічних досліджень. 2011. № 41 (2). С. 287-292.
12. Закусило О. Ю. Прикладні аспекти соціальної роботи із сім'ями, що мають дітей з особливими потребами. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. Київ: [б. в.], 2009. № 6(8). С. 76-82.
13. Зверєва І. Д., Безпалько О. В., Гулевська-Черниш А. Д. та ін. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери. Київ, 2012. С. 185-186.
14. Історія соціальної роботи : навчальний посібник / [уклад.: О. О. Кравченко, О. О. Матрос]. Умань : РВЦ «Візаві», 2017. 117 с.
15. Іщенко Л., Орос І., Ляховець О. Психолого-педагогічна діагностика готовності майбутнього вихователя до формування творчої особистості дошкільника *Science and Education*, 2017, Issue 10 С. 82-89 DOI : <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2017-10-10>
16. Капська А. Й. Соціальна педагогіка : учбовий посібник. 3-є вид., відкор. і доп. К., 2006. 468 с.
17. Капська А. Й. Соціальна робота: навч. посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2005. 328 с.
18. Карпенко О. Г. Професійне становлення соціального працівника : навч.-метод. посіб. Київ : ДЦССМ, 2004. 164 с.
19. Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей з інвалідністю URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1545-2000-п>
20. Корнієнко С. Сутність та пріоритетні напрями державної політики України у сфері соціального захисту дітей-інвалідів на сучасному етапі. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2011. Вип. 2. С. 275-283.
21. Костюк В. Л. Конвенція ООН про права інвалідів у системі джерел права соціального забезпечення: науково-правовий аспект. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія «Юриспруденція»*. 2015. № 13(1). С. 127-130.

22. Костюк В. Л., Мельник О. Я. Європейський кодекс соціального забезпечення у контексті новітньої моделі джерел права: проблеми та тенденції. Традиції та новації юридичної науки : минуле, сучасність, майбутнє: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 19 травня 2017р.). У 2-х т. Т. 1 / відп. ред. Г.О. Ульянова. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2017. С. 535-540.

23. Кучер Г. М. Проблеми модернізації процесу соціального виховання. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 1. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Вип. 24, том II. Київ, 2018. С. 54-62.

24. Левін Р. Я. Соціальні проблеми сімей з дітьми, які мають функціональні обмеження. *Український соціум*. 2005. № 2–3. С. 114-133.

25. Мартинюк В. Ю. Соціальна педіатрія в Україні: концепція, завдання, перспективи Соціальна педіатрія. 2011. № 1. С. 17-23.

26. Мельник В. П. Соціально-правовий статус осіб з інвалідністю у системі державного соціального захисту. *Часопис Національного університету «Острозька академія»*. Серія «Право». 2017. № 2(16). С. 1-18.

27. Національна доповідь «Про становище інвалідів в Україні». Київ, 2008. 217 с.

28. Оболенський Ю., Соболев Є. Організаційно-правові заходи реабілітації інвалідів. *Правовий вісник УАБС*. 2013. № 2 (9). С. 82-87.

29. Патик Ю. В. Формування підготовленості майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я. *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського* № 2 (109), 2016, С. 55-58.

30. Платонова О. Г. Особливості соціалізації дітей з обмеженими функціональними можливостями *Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «КиєвоМогилянська академія»]*. Серія Педагогіка. 2014. Т. 251. Вип. 239. С. 127-130.

31. Положення про Центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів «Пролісок» управління праці та соціального захисту населення Уманської міської ради. URL : <http://www.dcp.org.ua/parents/reabcenter/cherkas/6035.html>

32. Пономаренко О. В., Носов А. Д. Соціальноправовий захист дітей та молоді з особливими потребами в Україні. *Вісник Запорізького національного університету. Серія «Педагогічні науки»*. 2010. Вип. 2 (13). С. 113-120.

33. Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам : Закон України від 16.11.2000 № 2109-III. Відомості Верховної Ради України. 2001. № 1. Ст. 2.

34. Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2007-%D0%BF>

35. Про затвердження Порядку надання державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям з інвалідністю : наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства фінансів України від 30.04.2002 № 226/293/169. Офіційний вісник України. 2002. № 24. Т. 2. Ст. 473.

36. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні : Закон України від 21 берез. 1991 р. № 875-XII. Відомості Верховної Ради УРСР. 1991. № 21. Ст. 252.

37. Про реабілітацію інвалідів в Україні : Закон України від 06 жовт. 2005 р. № 2961-IV. Відомості Верховної Ради України. 2006. № 2. Ст. 36.

38. Рання соціальна реабілітація URL : <https://khnnra.edu.ua/rannyasotsialna-reabilitatsiya/>

39. Реут А. Г. Система державної соціальної допомоги в Україні : сучасні виклики та вплив на бідність. Демографія та соціальна економіка. 2015. № 1(23). С. 44–54.

40. Сайко Н. О. Підготовка соціальних педагогів до партнерської взаємодії у реабілітаційному процесі. *Наукові записки [Ніжинського*

державного університету ім. Миколи Гоголя]. *Психолого-педагогічні науки*. 2016. № 1. С. 219-223.

41. Слосанська Г. І., Горішна Н. М. Діяльність фахівця із соціальної роботи з надання соціальних послуг населенню у територіальній громаді. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2016. № 12. С. 113-118.

42. Соціальний захист дітей-інвалідів – пріоритет державної соціальної політики. Бюлетень Міністерства юстиції України. 2014. № 6. С. 28-33.

43. Сташук О. О. Зміст діяльності соціального педагога центру ранньої соціальної реабілітації (огляд рамкових документів) Соціальна та життєва практика в структурі професійної підготовки: теорія і практика / За заг. ред. В. В. Нечипоренко. Запоріжжя : Вид-во Хортицької національної академії, 2018. С. 63-65.

44. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие. Москва : УМК «Психология», 2003. 237 с.

45. Толстоухова С. В. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю. Київ : УДЦССМ, 2000. 184 с.

46. Тюптя Л. Т., Іванова І. Б. Соціальна робота (теорія і практика) : навч. посібник. Київ : ВМУРОЛ «Україна», 2004. 408 с.

47. Хандогина А. В. Перспективы применения иппотерапии при работе с детьми с расстройствами аутистического спектра. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. Вип. 32. Ч. 2 : збірник наукових праць / М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова. Київ : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2016, С. 197.

48. Чайковський М. Є., Добровіцька О. О. Соціально-педагогічна робота з молоддю з інвалідністю в умовах вищого навчального закладу : навч.-метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / М.Є. Чайковський, О.О.Добровіцька. Київ : ТАЛКОМ, 2018. 272 с.

49. Чепелєва Н. В. Рудницька С. Ю. Нормативна модель дискурсивного самопроекування особистості *Science and Education*, 2017, Issue 11 с. 105-113
DOI : <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2017-11-14>

50. Чернишенко О. І. Організаційно-методичні умови підготовки майбутніх соціальних педагогів до соціокультурної діяльності зі старшокласниками : автореф. дис.. канд. пед.. наук : 13.00.05 / Національний педагогічний університет ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2013. 22 с.

51. Чернуха Н. М. Категорія соціально-педагогічної підтримки : теорія і практика. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». 2012. (№ 6). С. 179-182.

52. Чічкань М. В. Правове регулювання соціального захисту інвалідів в Україні : дис. ... кандидата юрид. наук : 12.00.05. Харків, 2009. 176 с.

53. Чуйко О. В. Особистісне становлення суб'єктів професійної діяльності у соціономічних професіях : Київ: АДЕФ-Україна, 2013. 280 с.

54. Шабатин Н.Ю. Позиціювання держави щодо працевлаштування осіб з обмеженими фізичними можливостями. Вісник КНУТД. 2012. № (3), С. 191-198.

55. Шевцов А. Г., Романенко О. В., Ханзерук Л. О., Чеботарьова О. В. Сім'я і дитина в умовах інклюзивної освіти. Методичні поради батькам щодо сімейного супроводу навчання дітей з порушеннями функцій опорнорухового апарату. Навч.-метод. посібник заг. наук. ред. Шевцова А. Г. Київ : Видавничий дім «Слово», 2013. 112 с.

56. Шевцов А.Г. Основи реабілітології : монографія. Київ : «МП Леся», 2009. 483 с. Бібліогр.: С. 461-481.

57. Шевцов А.Г., Волошинський О. О., Хміль М. М., Рісний О. П. Практичні питання працевлаштування та зайнятості осіб з інвалідністю / за наук. ред. А. Г. Шевцова Львів : 2009. 140 с.

58. Шеремет А. М. Формування професійної готовності майбутніх соціальних педагогів до роботи з клієнтами соціальних центрів матері і дитини : дис. канд. пед.. наук : 13.00.04 / Хмельницький, 2016. 351 с.

59. Шутаєва О. О., Побірченко В. В. Моделі соціальної політики ЄС : основні напрямки трансформації. Ученые записки Таврического национального университета имени В. И. Вернадского. Серия «Экономика и управление». 2013. Т. 26 (65). № 1. С. 174-182.

60. Юшко А. М., Швець Н. М. Міжнародні соціальні стандарти: [навч. посіб.] / за заг. ред. В. В. Жернакова. Харків: Нац. ун-т «Юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого», 2013. 121 с.

61. Ямковий Олександр Юрійович. Педагогічні умови застосування технології тестового контролю у професійній підготовці майбутніх соціальних педагогів : автореф. дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / Національний університет біоресурсів і природокористування України. Київ, 2012. 20 с.

62. Яригіна Є. П. Забезпечення стабільності системи соціального захисту України в умовах євроінтеграції. Актуальні проблеми соціального права в умовах євроінтеграції : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. 90-річчю проф. І. М. Сироти (м. Одеса, 31 жовт. 2017 р.). Одеса : Фенікс, 2017. С. 158-162.

63. Ярошко М. М. Професійна підготовка майбутніх соціальних педагогів до профілактично корекційної роботи з педагогічно запущеними підлітками : автореф. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Хмельницький національний університет. Хмельницький, 2011. 20 с.

64. Ameri M. L. Schur, Adya M., Bentley S., McKay P., Kruse D. The disability employment puzzles: a field experiment on employer hiring behavior. *Labor and Employment Relations Association conference*. 2015. P. 1-70.

65. Children's Evaluation & Rehabilitation Center. Albert Einstein College of Medicine. URL : <http://www.einstein.yu.edu/centers>

66. De Moor J. M. H., Van Waesberghe B. T. M., Hosman J. B. L., Jaeken D., Miedema S. Early Intervention for Children with Developmental Disabilities: Manifesto of the Eurlayid Working Party. *Department of Special Education, Catholic University, PO Box 9103, 6500 HD Nijmegen, The Netherlands; published in : International Journal of Rehabilitation Research* 1993. № 16. pp. 23-31.

67. Graham C. W., Inge K. J., Wehman P., Seward H. E., Bogenschutz M. D. Barriers and facilitators to employment as reported by people with physical disabilities: An across disability type analysis. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2018. V 48, Issue 2, P. 207-218.

68. Kruse D., Schur L. Employment of people with disabilities following the ADA. *Industrial Relations*. 2003. 42(1), P. 31-64. URL : <https://doi.org/10.1111/1468-232X.00275>

69. Kunikowski S., M. Pichkur, T. Stratan-Artyshkova Future teachers' psychological readiness for inclusive teaching: coping-strategies *Science and Education*, 2017, Issue 12, pp. 66-70 DOI : <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2017-12-9>

70. National Rehabilitation Center for Children with Disabilities. URL : <http://www.ryouiku-net.com/introduction/english.html> (дата звернення 1.10.2020).

71. Nechyporenko, V. V. Experience and problems of comprehensive rehabilitation in educational rehabilitation centers. Zbiór raportów naukowych «*Nauka w świecie współczesnym*» (29.05.2013 – 31.05.2013). Łódź : Wydawca: Sp. z o. o. «Diamond trading tour», 2013. pp. 56-63.

72. Pagán, R. Self-employment among people with disabilities: Evidence for Europe. *Disability and Society*. 2009. 24(2), P. 217-229.

73. Politis Y., Yakkundi A., Dillenburger K., Herbertson N., Charlesworth B., Goodman L. People with Disabilities Leading the Design of Serious Games and Virtual Worlds. *International Journal of Serious Games*. 2017. 4(2), P. 87-97. <https://doi.org/10.17083/ijsg.v4i2.160>

74. Report of the Social Protection Committee. Review of recent social policy reforms, 2015. URL : <http://ec.europa.eu/social/>

75. Riksdagsf rvaltningen. Socialf rs kringsbalk (2010:110) Svensk f rfattningssamling 2010:2010:110 t.o.m. SFS 2018:670 – Riksdagen. URL : <http://www.riksdagen.se/>

76. Sawyer M. Connecting with families to facilitate and enhance Involvement. *Teaching exceptional children*: 2014. Vol. 47, 3: pp. 172-179, DOI : <https://doi.org/10.1177/0040059914558946>.

77. Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2016 : Summaries 13-11801. Social Security Administration, 2016. 340 p.

78. Stashuk Olha Development of worldview and positional future social teachers' readiness to work in the educational establishment of early rehabilitation *Scientific journal innovative solutions in modern science Dubai*, 2019. No. 7(34), pp. 31-47.

79. Zagorskis V. Your social security rights in Germany. European Commission, 2017. 50 p.