

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

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІОЛОГІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФІЛОСОФІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

**Кваліфікаційна робота
магістра**

**ОПТИМІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ,
ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ**

Виконала: магістрант 2-го курсу, групи 8.2319-
ср-з
спеціальності 231 «Соціальна робота»
освітньо-професійної програми
«Соціальна робота»
Я. В. Медведкова

Керівник: доцент кафедри політології,
к.політ.н. Кальцева С.І

Рецензент: доцент кафедри соціальної філософії
та управління, к.філос.н. Цапліна І.С.

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

_____ Медведковій Яніні Валеріївні

(прізвище, ім'я, по-батькові)

1. Тема роботи Оптимізація соціального супроводу осіб, хворих на дитячий церебральний параліч

керівник роботи Кальцева Світлана Іванівна, к.політ.н.,

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

затверджені наказом ЗНУ від «25» травня 2020 року № 606-с

2. Строк подання студентом роботи 3 грудня 2020 року

3. Вихідні дані до роботи Шевчук П. І. Соціальна політика. Львів: Світ, 2003. 400 с.; Шумна Л. П. Правові основи реабілітації інвалідів в Україні: автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.05. Харків, 2003. 19 с.; Мельник В. П. Державний соціальний захист осіб з інвалідністю: науково-теоретичний контекст. Соціальне право. 2017. № 1. С. 152-163 ; Досвід втілення положень про освіту для дітей із особливими потребами в країнах Центральної Європи. Київ: Центр навчальної літератури, 2006. 42с.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) 1. Дослідити історію соціального захисту та супроводу в Україні; 2. Проаналізувати сучасний стан системи надання соціальних послуг в Україні; 3. Виявити методи дослідження соціального супроводу дітей з ДЦП; 4. Розглянути загальні поняття категорії діти-інваліди ДЦП; 5. Дослідити психолого-педагогічні аспекти розвитку дітей з дитячим церебральним паралічем; 6. Проаналізувати форми і методи соціально-педагогічної роботи з сім'єю дитини з ДЦП; 7. Дослідити соціально-педагогічну діагностику дитини та сім'ї, яка має дитину-інваліда ДЦП; 8. Проаналізувати ефективність реалізації реабілітаційних заходів; 9. Скласти перспективний план роботи соціального педагога з дітьми інвалідами ДЦП.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)
2 рисунка, 3 таблиці

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Кальцева С.І, доцент кафедри політології	25.05.2020	25.05.2020
Розділ 2	Кальцева С.І, доцент кафедри політології	26.06.2020	26.06.2020
Розділ 3	Кальцева С.І, доцент кафедри політології	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 _____ Я.В. Медведкова

Керівник роботи _____ С.І. Кальцева

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ І.С.Цапліна

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота складається з 100 сторінок, 87 позицій у списку літератури, 3 додатки.

СОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД, ІНВАЛІД, ДЦП, СІМ'Я, СОЦІАЛІЗАЦІЯ

Мета дослідження. Виявлення та систематика основних груп проблем соціалізації дітей із ДЦП в сучасній Україні та обґрунтування шляхів підвищення її ефективності та оптимізації.

Об'єкт дослідження. Особливості соціалізації осіб хворих на ДЦП.

Предметом дослідження є соціальний супровід дітей з ДЦП як складний поліструктурний феномен.

Методи дослідження. Аналіз, індукція, дедукція, аналогія, гіпотеза, спостереження,

Наукова новизна. Полягає у тому, що проаналізовано та запропоновано підходи оптимізації соціального супроводу осіб з дитячим церебральним паралічем.

Гіпотеза. Комплексне використання різних видів і форм соціально - педагогічної допомоги позитивно впливає на розвиток і становлення дитини з ДЦП, підвищує соціально-рольову адаптованість сім'ї.

Висновки. Я вважаю, що поєднання індивідуальних і колективних форм впливу, соціального супроводу та допомоги, допоможе подолати багато недоліків у розвитку особистості дитини – інваліда ДЦП, зробить процес інтеграції їх у суспільство цілком здійсненим.

Питання соціально-педагогічної допомоги та соціального супроводу вивчені далеко недостатньо. Складність, різноманіття і специфіка аномального розвитку вимагають системного підходу до розробки корекційних реабілітаційних психологічних та соціальних технологій.

Психологічна, соціально-педагогічна допомога та соціальний супровід є одним з важливих ланок системи реабілітації дітей з ДЦП.

В даний час проблема інвалідності переосмислюється, на зміну закритим установи приходить система комплексної реабілітації.

SUMMARY

Qualification work consists of 100 pages, 87 literature sources, 3 annexes.

SOCIAL ACCOMPANIMENT, DISABLED, CEREBRAL PALSY, FAMILY, SOCIALIZATION

Research purpose is to identify and systematize the main groups of socialization problems of children with cerebral palsy in modern Ukraine and substantiate the ways to increase its efficiency and optimization.

Research object is the socialization features of people with cerebral palsy.

Research subject is the social accompaniment of children with cerebral palsy as a complex polystructural phenomenon.

Research methods are analysis, induction, deduction, analogy, hypothesis, observation.

Research novelty is that the optimization approaches of social accompaniment of people with cerebral palsy are analyzed and offered.

Research hypothesis is that the integrated use of various types and forms of social and pedagogical assistance has a positive effect on the development and formation of a child with cerebral palsy, increases the social role of the family.

Conclusions. The combination of individual and collective forms of influence, social accompaniment and assistance will help to overcome many shortcomings in the personality development of a child with cerebral palsy, will make the process of their integration into society quite feasible.

Issues of socio-pedagogical assistance and social accompaniment are far from sufficiently studied. The complexity, diversity and specificity of abnormal development require a systematic approach to the introduction of corrective rehabilitation psychological and social technologies.

Psychological, socio-pedagogical assistance and social accompaniment are important parts of the rehabilitation system for children with cerebral palsy.

Currently, the problem of disability is being rethought, the closed institutions are being replaced by a system of comprehensive rehabilitation.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.....	9
1.1. Історія дослідження соціального захисту та супроводу в Україні	9
1.2. Сучасний стан системи надання соціальних послуг в Україні	18
1.3. Методи дослідження соціального супроводу дітей з ДЦП	26
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОПТИМІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ ДЦП В УКРАЇНІ.....	33
2.1. Загальне поняття категорії діти-інваліди ДЦП.....	33
2.2. Психолого-педагогічні аспекти розвитку дітей з дитячим церебральним паралічем.....	56
2.3. Форми і методи соціально-педагогічної роботи з сім'єю дитини з ДЦП	60
РОЗДІЛ 3. ФАКТОРИ ОПТИМІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ ДЦП В УКРАЇНІ.....	66
3.1. Соціально-педагогічна діагностика дитини та сім'ї, яка має дитину-інваліда ДЦП.....	66
3.2. Аналіз ефективності реалізації реабілітаційних заходів.....	72
3.3. Перспективний план роботи соціального педагога з дітьми інвалідами ДЦП.....	76
ВИСНОВКИ.....	85
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	87
ДОДАТКИ.....	94

ВСТУП

Актуальність дослідження. В даний час проблема надання соціально-педагогічної допомоги дітям з проблемами в розвитку як ніколи актуальна. Число дітей з відхиленнями у психофізичному розвитку та поведінці неухильно зростає. Група дітей з проблемами в розвитку за статистичними даними ряду країн становить від 4,5% до 11%, в залежності від того, які порушення враховуються. Це пов'язано з погіршенням екологічної ситуації, низькою культурою в області планування народження дітей, незадовільним станом служб материнства, високим рівнем травматизму і захворювань і іншими причинами. В даний час в спеціальних виховних закладах за приблизними підрахунками навчається 3949 дітей, 2% з них становлять учні допоміжних шкіл. Досить масову форму аномального розвитку дітей мають порушення опорно-рухового апарату.

Станом на початок 2018 р в Україні було зареєстровано 2,636 млн. людей (6,1% від усього населення) зі статусом інваліда, з них 159 тис. – діти. На думку ряду експертів, в Україні частка людей з інвалідністю може досягати 15% населення. Різниця в цифрах пояснюється недоліками в процесі встановлення інвалідності та системою їх реєстрації.

Згідно статистики, на початок 2018 р. на 1000 населення припадало 62 особи з інвалідністю. У 2011 р. ця цифра становила 59 осіб, в 2014 р. – 63 особи. У кожної дитини своя доля, окрема історія життя, але спільним є те, що інвалідність дитини стає причиною глибокої і тривалої дезадаптації сімей, в якій вона виховується. В даний час проблема інвалідності поступово переосмислюється, на зміну закритим установам по вихованню та освіті дітей – інвалідів приходить система комплексної соціалізації та адаптації на всіх рівнях. Однак питання допомоги таким дітям висвітлені далеко недостатньо, практично відсутні теоретично обгрунтовані інтегровані моделі організації психолого – педагогічної, соціальної допомоги дітям з ДЦП.

Проблемна ситуація. Сьогодні з особливою гостротою постає проблема соціально-психологічного супроводу дітей хворих на ДЦП. Відомо, що діти з

обмеженими можливостями в плані фізичного і психічного здоров'я важко переносять ситуації зіткнення з неуспіхом, відчуттям того, що вони не схожі на інших, що їм не доступна велика кількість ресурсів. Ще однією важливою проблемою є характер взаємин дитини хворої на ДЦП в першу чергу з батьками, потім з групою, учителями і всією системою соціалізації в цілому.

Різні аспекти реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я є предметом широкого кола досліджень. Одночасно триває пошук оптимальних шляхів успішної реабілітації та позитивної адаптації в суспільстві дітей з обмеженими можливостями здоров'я, що дозволяє віднести проблему до числа першорядних і вважати її об'єктом міждисциплінарного дослідження. Аналіз літератури свідчить про розробку багатьох аспектів реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я, проте недостатньо вивчені питання виявлення соціально-медичних та соціально-психологічних особливостей особистості дітей з ДЦП та членів їх сімей, ступеня їх соціальної адаптації з урахуванням мультидисциплінарних реабілітаційних заходів.

Об'єктом дослідження є особливості соціалізації осіб хворих на ДЦП.

Предмет дослідження. Соціальний супровід дітей з ДЦП як складний поліструктурний феномен.

Метою дослідження є виявлення та систематика основних груп проблем соціалізації дітей із ДЦП в сучасній Україні та обґрунтування шляхів підвищення її ефективності та оптимізації.

Для досягнення мети були поставлені такі дослідницькі завдання

- історія дослідження соціального захисту в Україні;
- визначити сучасний стан системи надання соціальних послуг в Україні, особливості та напрямки соціально-психологічного супроводу;
- визначити загальне поняття категорії діти-інваліди ДЦП;
- визначити психолого-педагогічні аспекти розвитку дітей з дитячим церебральним паралічем;
- визначити форми і методи соціально-педагогічної роботи з сім'єю

дитини з ДЦП;

– дослідити соціально-педагогічну діагностику сім'ї, яка має дитину-інваліда ДЦП;

– проаналізувати аналіз ефективності реалізації реабілітаційних заходів;

– розробити та сформулювати перспективний план роботи соціального педагогами з дітьми-інвалідами ДЦП.

Методи дослідження: аналіз, індукція, дедукція, аналогія, гіпотеза, спостереження.

Наукова новизна. Полягає у тому, що проаналізовано та запропоновано підходи оптимізації соціального супроводу осіб з дитячим церебральним паралічем.

Гіпотеза. Комплексне використання різних видів і форм соціально-педагогічної допомоги позитивно впливає на розвиток і становлення дитини з ДЦП, підвищує соціально-рольову адаптованість сім'ї.

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

РОЗДІЛ 1

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

1.1. Історія дослідження соціального захисту та супроводу в Україні

Історія соціального захисту сягає особистої доброчинності, яка була притаманна людському суспільству ще з доісторичних часів. Особиста доброчинність завжди була властива людям як вияв природного співчуття і намагання підтримати в такий спосіб власний авторитет. Проте вияви доброчинності були адекватною відповіддю на суспільні потреби. З перших кроків цивілізації, коли сім'я, домогосподарство були основним виробничим осередком у суспільстві, цілком логічним було покладати турботу про непрацездатних на інших членів сім'ї. Ті, хто залишився безпомічним поза сім'єю, або ціла сім'я, яка опинилася у скрутному становищі, могли розраховувати на допомогу громади. Захист нужденних здійснювався у формі особистої та громадської доброчинності тоді, коли йшлося про виживання людини або сім'ї.

Церква. Християнство справило величезний вплив на формування суспільної моралі, ставлення до убогих, адже любов до ближнього є основною засадою християнської моралі. Сюжет про християнські чесноти відображений у трьох Євангеліях Нового Заповіту. Наведемо його. Чоловік підійшов до Ісуса і запитав його: «Що маю робити, щоб заслужити вічне життя?» – «Знаєш заповіді: не перелюбствуй, не вбий, не вкради, несправедливо не свідчи, поважай батька свого і мати свою?». Той відповів: «Усе це я роблю з молодих років». Почувши це, Ісус сказав: «Іще одного тобі не вистачає. Продай все, що маєш, і роздай бідним, тоді матимеш скарб на небі. Легше верблюдові пройти крізь вушко голки, ніж багатому увійти до Царства Божого». Громадська благодійність була поширена ще за часів Київської Русі. Церква була благодійницею

організацією, за посередництвом якої подавалась допомога нужденним з боку глави держави – князя. Перші уроки та перші регламентації були тісно пов'язані з християнським світобаченням потреб і проблем окремої людини. Сирітство, жебрацтво, інвалідність – ось коло проблем, що відображені в перших законодавчих нормах. Уставом князя Володимира його піддані зобов'язані були віддавати десятину свого доходу на утримання монастирів, церков, богаділень, лікарень і мандрівних нужденних. У Заповіті Володимира Мономаха (1053-1125), зокрема, ідеться: «всього ж паче убогих не забувайте, оскільки вам по силі своїй можливо годуйте». Виходячи у добродійності з етично-релігійних міркувань, князі були схильні ставити її під опіку церкви і доручати цю справу представникам церковних кіл. Особливою щедрістю вирізнялися ченці Києво-Печерського монастиря. Феодосій Печерський побудував поблизу монастиря спеціальний будинок, де утримувались убогі та каліки.

У Церковному уставі 996 р. згадується про обов'язок духовенства турбуватися про бідних, причому на утримання церков, монастирів, богаділень і мандрівних нужденних було визначено десятину. Цей час щодо уваги суспільства до справ благодійності та пожертв слід поставити у тисячолітній історії на перше місце. Відмітною рисою благодійності цього періоду було «сліпе» роздавання милостині; жебраків ні про що не розпитували, бо це заборонялося вченням святих отців. Святий Іоанн Златоуст казав: «Ти не повинен дізнаватися в бідних, що вони за люди, тому що приймаєш їх в ім'я Христа». Зрозуміло, що допомога подавалася здебільшого у вигляді життєво важливих продуктів, тому що грошовий обіг був дуже слабо розвинений. Отже, незважаючи на відсутність «розслідування» нужди прохача, милостиня досягала своєї мети.

Голодний не брав будівельних матеріалів, а погорілець, якщо не був голодний, не просив хліба. Допомога була різноманітною і відповідала справжній нужді. Повчання митрополита Київського і Галицького Петра Могили (1597-1647): «Повідала нам братія святої лаври Печерської Київської, що до

архімандрита Єлисея Плетенецького якось прийшов келар і сказав йому, що много-множество хлібів видається на всяк день. Той же подивувався такому спожителю і пішов до келарні подивитися, хто це так багато хлібів поїдає. І побачив багато жебраків там, і ще більше вразився (не тому, що багато їх було, а що здорові й сильні з недужими брали хліб). І почав сам здорових голодних проганяти (повелів їм не дармового хліба їсти, а працювати). Недужим таки сліпим, кривим і їм подібним повелів дати. Коли ж повернувся у свою келію, тоді, о чудо! Град такий великий випав, що всі жита монастирські окрест побив і з землею змішав. Нікому ж іншому град той жита не потовк. Побачив це старець-архімандрит і повелів усім, хто просить, дати хліба. І коли супроти того говорив келар: нема цього чи того в келарні, не маю звідки дати, сказав йому старець: «Давай усім, хто просить: ти не убудеш, обитель же свята ніколи не збідніє»».

Боротьба з жебраками. З розвитком грошового обігу стало можливим накопичувати і обмінювати отриману милостиню, тоді жебрацтво перетворилося на професійну справу. Водночас на теренах Росії й України утиски народу панівними класами породили велику кількість мандрівних жебраків, які втікали від своїх хазяїв-поміщиків, тинялися просторами Російської імперії і жили з жебрацтва та розбоїв. Таке становище почало загрожувати соціальній безпеці, тому в 1712 р. Петро I видав указ, що забороняв жебрацтво. Здорових працездатних жебраків били нагаями і повертали господарям або віддавали в робітні будинки, а старих і хворих – до богоділень.

Немовлят, яких матері не могли прогодувати й кидали, віддавали на виховання до 10 років, а потім – у солдати. Опіку над богадільнями здійснювали Святий Синод і міські магістрати. Безперечно, російський цар скористався досвідом Західної Європи. Зокрема, в Англії у 1601 р. королева Єлизавета видала закон про бідних, згідно з яким обов'язок полегшувати долю бідних покладался на церковні парафії. У США допомога бідним у XVII-XVIII ст. наслідувала основні риси зазначеного закону про бідних. Зубожілі отримували невелику

допомогу, а через це мусили терпіти погане ставлення, за найменше порушення правил їх карали. Лише у XIX ст. дістали поширення робітні будинки й богадільні. Раніше бідні продавалися з аукціону біддерам (покупникам), які отримували за догляд певні суми грошей.

Соціальний захист за часів козаччини. Дещо з історії соціального захисту в Україні дізнаємося з праці С. Верхратського «Історія медицини». На думку вченого, насамперед потрібно розглянути братство – релігійно-національну організацію українського заможного міщанства, що в XV-XVIII ст. відіграло важливу роль у житті українського народу, у його боротьбі проти національного гноблення польськими панами, проти спроб окатоличування. Їх обов'язком було здійснення релігійно-благодійних заходів; крім того, вони мали забезпечувати церкву людьми, які могли правити службу, тобто вміли читати і писати, допомагати збіднілим і хворим членам своєї парафії. Освіта у братських школах передбачала лише навчання читати і писати, але для тих часів це була справа велика й важлива. Щодо цього в Україні в XVI, а особливо в XVII ст. було досягнуто певних успіхів. В описі Павла Алеппського, який з антіохійським патріархом Макарієм подорожував Україною до Москви в 1654 р., читаємо: «Починаючи з цього міста (Рашків на Дністрі. – Авт.) по всій землі козацькій, у кожному місті, у кожному селі для убогих, немічних і сиріт збудовано по краю чи всередині населеного місця будинки, в яких вони мають притулок». Ці примітивні братські притулки, де, зрозуміло, медичного догляду не було, у XVI ст. називали шпиталями (від лат. *hospitalis* – гостинний). У 1522 р. при Онуфріївському монастирі братство влаштувало шпиталь, для якого отримувало значну матеріальну допомогу від московського царя Федора Івановича (1592 р.). У передмістях Львова при українських церквах було відкрито ще чотири невеликих шпиталі. Братські шпиталі утримувалися коштами парафіян. У містах великі ремісничі цехи утримували власні шпиталі, менші об'єднувались і мали спільний шпиталь. У деяких містах шпиталі існували на гроші, отримовані за користування міськими вагами, за переїзд через мости, переправу поромом. Крім

шпиталів, що утримувалися на громадські кошти, в Україні були шпиталі, існування яких забезпечувалося завдяки заповітам заможних осіб, які відписували для цього села, млини й навіть шинки. Про кількість шпиталів в Україні в XVII-XVIII ст. можна дізнатися з відомостей ревізських книг Лівобережної України архіву Малоросійської колегії. Так, у 1732 р. у Чернігівському полку налічувалось 118 шпиталів, Лубенському – 107, Миргородському – 29, Ніжинському – 138, Полтавському – 42, Переяславському – 52. Ці шпиталі мали опікувальну мету. Київське братство, яке було засновано в 1615 р., мало школу й шпиталь «для людей убогих, старих, уломних та духовних, яко і свецьких і людей рицерських», як зазначається в його засновній грамоті. Коли Запорізька Січ стала місцем скупчення тисяч людей, коли після походів запорізьких козаків було багато поранених, частина з яких назавжди залишалася інвалідами, Січ змушена була збудувати власний шпиталь при Трахтемирівському монастирі над Дніпром. Завдяки великим коштам, які надавала Січ, цей монастир став одним з найвідоміших в Україні. Трахтемирівський монастир з козацьким шпиталем не раз грабували й руйнували, але Січ його швидко відбудовувала. Проте в 1678 р. поляки зруйнували його вщент і назавжди.

За постановою військової ради Запорізької Січі було вирішено створити шпиталь при Межигірському монастирі поблизу Києва. У 1680 р. кошовий Іван Сірко передав у підлеглисть Межигірському монастиреві Самаро-Миколаївський Січовий монастир, розташований на острові між річками Самарою і Самарчиком. При цьому монастирі також був військовий шпиталь, як і при Лебединському поблизу Чигирини і Левківському поблизу Овруча. Монастирі охоче перебирали на себе піклування про запорізьких козаків, оскільки мали від цього матеріальний прибуток у вигляді коштовного оздоблення церков і великих внесків. Під час визвольної війни Січ розподіляла своїх поранених та інвалідів в інші шпиталі при монастирях і церквах, виділяла на лікування і догляд певні кошти із загальновійськового скарбу. Лікували та доглядали хворих у шпиталях

ченці. Із загибеллю Січі шпиталь запорожців при Межигірському монастирі передбачалося перетворити на інвалідний громадський будинок. Проте останній було влаштовано в Кирилівському монастирі в Києві, а в Межигір'ї було відкрито військовий госпіталь. У 1787 р. у день наміченого відвідання Межигір'я царицею Катериною II шпиталь запорізьких козаків з невідомих причин згорів. Архів монастиря згорів ще раніше – у 1764 р. Цим і пояснюється, чому фактично нічого не відомо про організацію і роботу цього шпиталю.

Запровадження державної системи соціального захисту. За часів Катерини II згідно з «Приказом общественного призрения» (1775 р.) було створено народні школи, будинки для сиріт, лікарні, аптеки, богадільні, лепрозорії, божевільні, робітні будинки. Наприкінці XVIII ст. сформувалася державна структура соціальної допомоги населенню. У багатьох губерніях так само було запроваджено «приказы общественного призрения» з відповідними закладами підтримки та захисту населення, сформовано світське законодавство у сфері суспільної опіки і приватної благодійності. Почала розвиватися громадська благодійність. В Україні у 1812 р. було створено Харківське товариство благодійництва. У 1822-1824 рр. було складено атлас богоугодних закладів і запроваджено норми їх забезпечення ліжками тощо. Ініціаторами створення благодійних фондів були члени імператорської родини. Інститути суспільної опіки існували в усіх цивілізованих країнах. Проте в XVIII-XIX ст. на Заході система соціального захисту формувалась на принципах індивідуалізму, свободи індивідууму й відповідальності за свої вчинки – панівної філософії того часу. Система соціального захисту на той час не запобігала нужді й не виводила з неї, надаючи лише мінімальну підтримку людям, які перебували у важкій життєвій ситуації. Наприкінці XIX ст. було зроблено перші спроби глибше зрозуміти причини соціального зла замість вивчення лише його зовнішніх проявів. Початок цьому поклав Ч. Бут, який керував дослідженням життя людей у Лондоні. Публікація доповіді вченого «Життя і праця людей у Лондоні» (17 томів, 1892-1903) мала далекосяжний ефект. За його висновками, майже третина

лондонського населення жила в бідності.

Демократичні перетворення в Україні неухильно зумовлюють поступальний розвиток національної освіти. Соці динаміка цих процесів у вітчизняній освітній галузі зумовлена кардинальними суспільно-політичними, соціально-економічними, соціально-педагогічними та культурологічними змінами в нашій країні. Перехід до розбудови демократичного, відкритого громадянського суспільства, толерантного ставлення до відмінностей, визнання цінності кожної людини, ратифікація численних конвенцій та декларацій у сфері прав людини, дитини, інвалідів, зумовили зміну бачення прав осіб з порушеннями розвитку. Отримавши управлінську автономію, український Народний комісаріат освіти ухвалив важливі документи «Схему народної освіти У.С.Р.Р.», «Декларацію про соціальне виховання дітей» (1920 р.), «Кодекс законів про народну освіту У.С.Р.Р.» (1922), що законодавчо закріплювали нову українську модель загальної освіти та окреслювали кардинально відмінний (від решти радянських республік) шлях розбудови освіти в УСРР [4, с. 71]. Положення Декларації були науково обґрунтовані, гуманістичні та спрямовані на дотримання прав дитини і, загалом, співзвучні з більшістю позицій чинних сьогодні законодавчих і нормативних документів у сфері соціального захисту та освіти, що свідчить про прогресивні педагогічні погляди її укладачів. Основним типом дитячого закладу мав стати дитячий будинок (ця форма «соціального виховання» була обрана у зв'язку з гострою проблемою дитячої безпритульності та сирітства тих років), об'єднавши окремі освітньо-виховні заклади (дитячі садки, школи, позашкільні заклади). Соціальним вихованням планувалося охопити усе дитяче населення, в тому числі й дітей з порушеннями розвитку. У цей період поступово закладалася законодавча основа організації системи освіти, формувалася розгалужена адміністративна вертикаль її управління. Ці заходи свідчать про глобальність і широту намірів керівництва освітньої галузі Української Республіки у розбудові системи освіти та соціалізації осіб з порушеннями розвитку. З огляду на гостру проблему виявлення дітей з

порушеннями розвитку нагальним вбачалось вивчення природи і закономірностей їхнього розвитку, пошуку шляхів надання їм соціальної, медичної, педагогічної та психологічної допомоги; визначення основних умов організації навчально-виховного процесу. Тогочасна соціально-педагогічна парадигма, що склалася в УСРР у ті роки (С. Ананьїн, Г. Косцюк, Д. Ніколенко, А. Владимирський, І. Левінсон, І. Соколянський, В. Тарасевич, М. Тарасевич та ін.), відходячи від суто медико-біологічних засад, поступово переорієнтовувалась на психолого-педагогічні та соціальні аспекти вивчення дітей з порушеннями розвитку з урахуванням вікових, індивідуальних особливостей та вирішального впливу соціальних факторів на їхній розвиток [4, с. 71]. Українські науковці і педагоги як першочерговим, розглядали питання, що стосувалися організації навчання дітей і молоді з порушеннями розвитку: необхідності організації загального обов'язкового дошкільного виховання; необхідності диференціації дітей та організації відповідних освітніх закладів; створення спеціальних обстежувальних інститутів; створення спеціальних факультетів та інститутів для підготовки кадрів; питання наступності навчання і виховання та належного медичного супроводу, питання професійно-трудового навчання молоді з порушеннями розвитку та організації закладів професійної освіти для таких осіб. В цей період в УСРР було створено розгалужену самобутню систему установ (медико-педагогічних об'єднань, спостереження та розподільних пунктів, спеціальних будинків, лікарсько-педагогічних (лікарсько-педологічних) кабінетів, дослідно-педологічних станцій), що стала невід'ємною складовою в структурі соціальної адаптації осіб з порушеннями розвитку. Так, в «Декларації підвідділу соціального виховання» (1920 р.), яка забезпечувала організацію системи освіти осіб з порушеннями розвитку на теренах України, зазначалось, що позитивний практичний досвід роботи діагностичних служб (спостережних розподільних пунктів), мав бути поширений усією республікою і введений до структури системи адаптації осіб з порушеннями розвитку (як прототип сучасної психолого медико-педагогічної

консультації). Мережу таких діагностичних служб можна характеризувати як прообраз сучасної системи соціального супроводу осіб з порушеннями розвитку в освітніх закладах.. Саме на основі роботи системи цих служб в подальшому стало можливим диференціювати і розгалужувати систему загальної освіти та систему освіти осіб з порушеннями розвитку як окрему її складову. Окрім цього, українськими науковцями та практиками в ті роки цілеспрямовано практикувалося навчання дітей з порушеннями розвитку спільно з їхніми ровесниками з типовим розвитком у звичайних закладах; розроблялися методичні рекомендації для педагогів загальноосвітніх шкіл щодо особливостей роботи з такими учнями.

Все це свідчить про достатньо самобутній і прогресивний підхід до організації національної системи освіти виховання та освіти осіб з порушеннями розвитку на тому етапі та оригінальність наукового бачення українських вчених (А. Владимирського, О. Граборав, І. Соколянського, М. Тарасевича, М. Котельникова, В. Протопопова, Н. Латканової, І. Сішрськош, В. Кащенко, М. Варди, М. Яворського, А. Бахметьев, Г. Гурцова, Ф. Мовчановського, О. Андріяшева, В. Хандера, Г. Кузнєцова, К. Лейка, М. Маковського, А. Мощенка, К. Пухтинського та багатьох інших) у той час [70; 4; 71].

Враховуючи цей досвід, можна стратегічно правильно вибудувати алгоритм трансформаційних змін національної системи освіти на сучасному етапі. Інтеграція, інклюзія в сучасному світі – закономірні етапи розвитку системи спеціальної освіти в країнах Європи, Північної Америки, а тепер і в країнах пострадянського простору, в тому числі – в Україні. Безумовно, ці процеси пов'язані насамперед зі зміною суспільної думки, переосмисленням ставлення суспільства і, як наслідок – держави, до людей з порушеннями розвитку, визнанням їхніх прав на здобуття освіти нарівні з усіма [21; 26; 71].

1.2. Сучасний стан системи надання соціальних послуг в Україні

В сучасному українському суспільстві актуалізується потреба у всебічній підтримці соціально незахищених верств населення та комплексній програмі надання соціальних послуг особам та/або сім'ям, які потрапили до складної життєвої ситуації та не можуть самотійно її подолати. Актуальність даної теми також підтверджується введенням в дію нового Закону України «Про соціальні послуги» [55], мета якого зняти державну монополію на надання соціальних послуг та залучити громадські організації та фізичних осіб до допомоги особам та/або сім'ям, які опинилися в складних життєвих обставинах. У вітчизняній науці вивченню особливостей надання соціальних послуг присвячені роботи Я. Белєвцової, Н. Гаєвої, С. Горбунової – Рубан, Р. Гребі, К. Дубич, В. Когута, В. Литвиненко, Е. Лібанової, Л. Лойко, І. Миговича, А. Новікова, О. Палія, В. Савки, В. Скуратівського, О. Слобожан, В. Ротар, Т. Черкашиної, А. Халецької та інших. В. Ротар зазначає, що соціальними послугами слід вважати напрями діяльності, які здійснюють державні та недержавні заклади та установи з метою забезпечення реалізації соціальних прав людини, дотримання стандартів якості життя й людського розвитку [57]. Я. Белєвцова вважає, що соціальні послуги – «це вид діяльності, який спрямований на задоволення основних соціальних потреб людини, попередження та подолання складних життєвих обставин, які вона не здатна розв'язати самотужки, з метою покращення її життєдіяльності, допомога в соціальній адаптації, повернення до самотійного життя» [8]. В. Литвиненко трактує соціальні послуги як «роботу відповідних уповноважених законом суб'єктів, яка спрямована на відновлення нормального життя людини, що зазнала негативного впливу, шляхом усунення такого впливу або його максимального зменшення» [37].

К. Дубич наводить наступне визначення поняття «соціальні послуги»: «низка заходів, які спільно формуються та вживаються органами державної влади, фізичними особами та недержавними організаціями та спрямовані на

пом'якшення або подолання складних життєвих обставин, соціального становища окремих осіб чи груп населення та повернення їх до самостійної життєдіяльності» [8]. Відповідно до статті 1 нового Закону України «Про соціальні послуги» соціальні послуги визначаються як «дії, спрямовані на профілактику складних життєвих обставин, подолання таких обставин або мінімізацію їх негативних наслідків для людей, які в них перебувають» [55]. Складні життєві обставини – це особливий стан людини, причиною якого стала часткова або повна втрата рухової активності, невиліковна хвороба, бідність, бездомність тощо та внаслідок якого особи та/або сім'ї не можуть самостійно піклуватися про особисте/сімейне життя, брати участь у суспільному житті. Варто зазначити, що складні життєві обставини настають несподівано та непередбачено, тому кожна людина, яка опинилася у таких обставинах, і не може їх подолати, має право на соціальну підтримку та допомогу від держави. Соціальна допомога може надаватися у вигляді виплат, пільг та різноманітних соціальних послуг. Згідно зі статтею 16 Закону України «Про соціальні послуги», особам та/або сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах, можуть надаватися такі види соціальних послуг [55]:

- соціально побутові (догляд вдома, денний догляд; підтримане проживання; надання притулку; натуральна допомога);
- соціально-психологічні (соціальна адаптація; соціальна інтеграція та реінтеграція; екстрене (кризове) втручання);
- соціально-педагогічні (консультування; соціальний супровід; представництво інтересів; посередництво (медіація);
- соціальна профілактика;
- догляд та виховання дітей в умовах, наближених до сімейних; супровід під час інклюзивного навчання;
- соціально-медичні (фізичний супровід осіб з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату та пересуваються на кріслах колісних, порушення зору; переклад жестовою мовою);

- юридичні;
- послуги з працевлаштування; інформаційні.

Види соціальних послуг повинні підбиратися індивідуально в залежності від потреб особи та/або сім'ї та надаватися до подолання або мінімізації наслідків складної життєвої ситуації. Якщо особа та/або сім'я вийшла зі складної життєвої ситуації, надання соціальних послуг припиняється, якщо ні – то підбирається нова, більш актуальна послуга з урахуванням індивідуальних потреб та ситуації. Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги», надавачами соціальних послуг можуть бути державні організації, комунальні підприємства, недержавні заклади й організації та фізичні особи, які відповідають спеціальним критеріям [55]. Таким чином, зазначимо, що не зважаючи на введення в дію нового Закону України «Про соціальні послуги» та виражений науковий інтерес до проблеми надання соціальних послуг особам та/або сім'ям, які опинились у складних життєвих обставинах, в сучасному дискурсі й дотепер не представлено в достатній мірі наукових робіт, присвячених аналізу місця громадських організацій у системі надання соціальних послуг на місцевому рівні, що обумовлює актуальність проблематики.

У контексті нових викликів, що постали перед країною, педагогічні працівники, представники соціально-психологічних служб повинні переглянути тактику виховної роботи та соціального захисту дітей у закладі.

Соціальні педагоги та психологи можуть зробити багато для того, щоб заспокоїти учнів та допомогти їм адекватно ставитися до змін у освітній системі. Постійний контакт з учителями, друзями, батьками, представниками соціально-психологічної служби закладів освіти допоможе дітям краще розуміти та співіснувати у суспільстві з дітьми інвалідами [11]. Соціально-психологічний супровід має носити комплексний характер та поширюватися не лише на самого учня, а й на сім'ю дитини, клас в якому вона навчається, та педагогів, які працюють з даним класом чи дитиною. Для здійснення ефективної професійної діяльності щодо надання допомоги дітям, інвалідам, працівникам соціально-

психологічної служби необхідно налагодити взаємодію з різноманітними державними установами і закладами рис. 1.1, що забезпечують соціальний захист населення, а також зі всіма учасниками навчально-виховного процесу.



Рис. 1.1. Взаємодія соціально-психологічної служби

Соціально-психологічний супровід – особлива форма пролонгованої психологічної і соціальної допомоги – патронажу. Патронаж у даному випадку розуміється як цілісна та комплексна система соціальної підтримки і психолого-педагогічної допомоги, що надається в рамках діяльності соціально-психологічних служб. На відміну від корекції він припускає не «виправлення недоліків і переробку», а пошук ресурсів особистості (чи сім'ї) [64], опору на власні можливості та створення на цій основі психологічних, соціальних і педагогічних умов для відновлення продуктивних зав'язків зі світом людей. У кожному конкретному випадку завдання супроводу визначаються особливостями особистості, якій надається допомога, та ситуації, в якій здійснюється супровід. Діяльність супроводжуваних продовжується доти [64; 65; 26], поки не буде пройдений кризовий період. Результатом соціально-психологічного супроводу особистості повинна стати нова життєва якість –

адаптивність, тобто здатність самостійно досягати відносної рівноваги у відносинах із собою та оточуючими як у сприятливих, так і в екстремальних життєвих ситуаціях. Соціально-психологічний супровід, що розгортається в часі, нараховує три етапи які наведено на рис. 1.2: 1) діагностико-аналітичний; 2) власне діяльнісний; 3) контрольно-аналітичний.

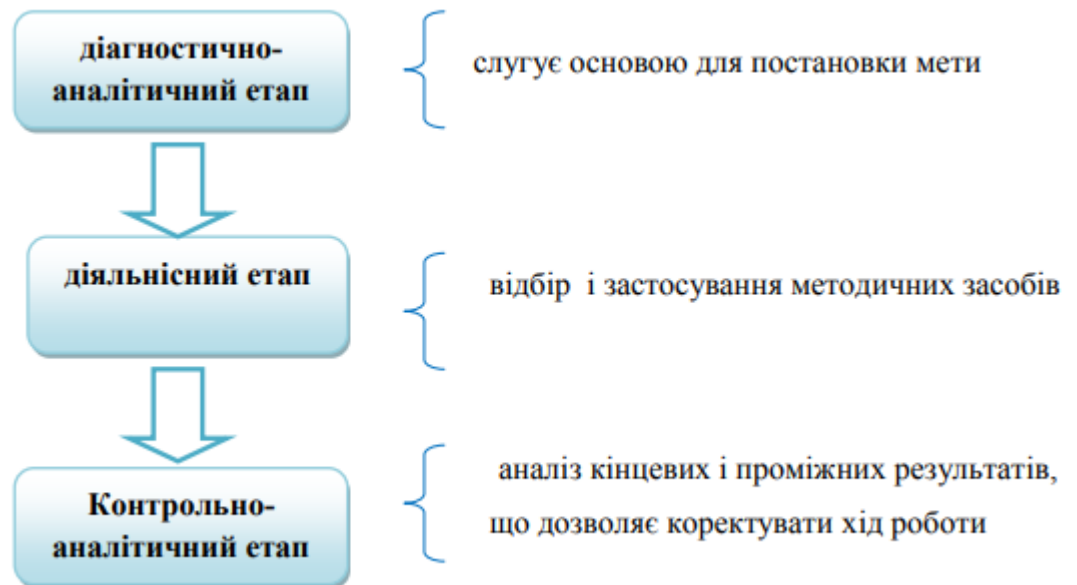


Рис. 1.2. Етапи соціально-психологічного супроводу

Діагностико-аналітичний етап передбачає оцінку ситуації: встановлення контакту, з'ясування, що відбувається, визначення, чи має місце гостра криза, і встановлення робочого контакту для подальшої діяльності. При цьому використовуються: бесіда з клієнтом, тестування, анкетування, спостереження, аналіз документації.

Діяльнісний етап присвячується вирішенню специфічних проблем кризової ситуації клієнта. Перш за все, проводиться робота зі зняття гостроти переживання, формування адекватної самооцінки; здійснюється допомога в усвідомленні як зовнішніх, так і внутрішніх проблем, які привели до кризи і перешкоджають зміні де адаптивних форм поведінки на адаптивні, а також формування поведінки подолання стресу в процесі індивідуальної та групової

роботи. Особливу увагу слід надати побудові нових взаємостосунків клієнта з оточуючими, тобто формуванню мережі психосоціальної підтримки. Окрім роботи з родичами і найближчим оточенням необхідний пошук можливостей надання підтримки з боку людей зі схожими проблемами або які знаходяться в аналогічних ситуаціях (робота з групою осіб, що пережили кризу). Крім того, ефективне рішення проблем людини, що знаходиться в кризовій ситуації, вимагає комплексного підходу та залучення можливих учасників подій: лікарів, психологів, юристів, а також фахівців таких установ, як Центр зайнятості населення, Управління соціального захисту населення, Центр соціального обслуговування населення та ін. Фахівець із соціальної роботи виступає при цьому в ролі посередника з метою активізації підтримуючих систем, залучення уваги формальних підтримуючих систем до проблем клієнта.

Контрольно-аналітичний етап – період осмислення результатів діяльності за рішенням тієї або іншої проблеми, обговорення досягнутого прогресу, аналіз змін (у поведінці, відновленні когнітивного контролю над ситуацією, психологічного стану). Якщо проблему можна вважати вирішеною і клієнт відчуває надію та здатність у подальшому поліпшувати ситуацію самостійно, то цей етап може стати заключним. Якщо змін не спостерігається або вони незначні, цей етап може стати стартовим у проектуванні процесу супроводу (відбувається повернення на перший етап або даються рекомендації щодо відвідин групи взаємодопомоги).

Безперечно, визначені етапи є лише напрямками для роботи, оскільки конкретний зміст кризової допомоги визначається ситуацією і сутністю кризового стану.

Як свідчить зарубіжний та вітчизняний досвід, позитивна результативність інклюзивного навчання досягається виключно за умови максимальної підтримки та спеціального супроводу. У тих випадках, коли це не відбувається, спроби інтегрувати дитину у середовище однолітків з типовим розвитком, зазвичай, завершуються невдачею. Стихійний, нераціональний, а тому – малоефективний

підхід, не дає повною мірою використати можливості інклюзивної освітньої системи.

Наразі питання, пов'язане з організацією системи кваліфікованого психолого-педагогічного супроводу учнів з порушеннями розвитку в загальноосвітніх закладах залишається не вирішеним на практичному рівні. Серед завдань цієї системи вбачається вивчення особливостей розвитку кожної дитини з метою забезпечення найбільш оптимальних умов організації навчального процесу.

Країни Заходу, які вже пройшли подібні трансформаційні зміни освітньої галузі, об'єднує спосіб вирішення проблеми надання підтримки дітям з особливими потребами в інклюзивних умовах освіти та зростання: в них на державному рівні (в Канаді та США – на рівні провінцій і штатів, які мають свої закони) врешті-решт було створено окремий орган/структуру (агенція, центр, служба допомоги, служба підтримки, служба супроводу) (Бельгія, Нідерланди, Німеччина та ін.), що забезпечував фахову допомогу дітям (від народження і до дорослого життя), їхнім родинам та педагогам, які з ними працюють [26; 14; 72]. Це було закономірним кроком, адже в системі спеціальної освіти діти з порушеннями розвитку отримують переважну більшість психолого-педагогічних, корекційно-реабілітаційних та інших спеціальних послуг, необхідних для кожної категорії учнів. Їхній освітній маршрут є сталим (спеціальний заклад освіти), що забезпечує і сталість надання таких послуг. Інтеграція осіб з порушеннями розвитку в масові освітні заклади змусила переглянути підходи щодо надання їм супровідних послуг в умовах освітніх закладів різних рівнів підпорядкування, аби забезпечити належну підтримку проходження їх різними освітніми маршрутами. Згадані країни пройшли ще один етап, що характеризувався створенням служб/центрів супроводу (медико-психолого-педагогічного, реабілітаційного та соціального) різних форм власності та відомчого підпорядкування, державних і громадських тощо. Це спостерігається нині в Україні. У багатьох країнах вони існують і досі, однак

практично у всіх було створено державну структуру забезпечення супроводу, яка узгоджує діяльність різних відомств і фахівців різних галузей; сукупно охоплює всі функції, необхідні для налагодження цієї справи в межах національної системи освіти для всіх дітей і молоді, в тому числі з порушеннями розвитку.

Ці структури загалом створено на зразок так званої «моделі фахової підтримки», що характеризується Дж. Деплер, Т. Лорманом, У. Шармою більшою зосередженістю на діагнозі (категорії порушення) та відповідних до неї корекційно реабілітаційних, психолого-педагогічних заходах, відповідальністю окремих фахівців за їх результативність. Ця модель ґрунтується на тому, що називають «розрізненою спеціалізацією», тобто залученням до різних заходів супроводу найрізноманітніших фахівців і служб медичного, психолого-педагогічного, соціального та ін. профілів [71; 14; 37].

Водночас, із дедалі ґрунтовнішою розробкою теоретичних аспектів інклюзії та напрацюванням практичного досвіду виявляється, що однієї лише фахової підтримки й супроводу дітей з порушеннями розвитку та їхніх родин недостатньо. Аби досягти монолітності освітнього простору, де кожен (в тому числі й особа з порушеннями розвитку) має змогу досягти максимального успіху й здобути якісну освіту, спектр послуг підтримки та супроводу слід поширити на всіх учасників освітнього процесу.

Саме таке переосмислення допоміжних послуг спеціалістів та послуг системи супроводу мають братися до уваги й українськими фахівцями під час створення подібної організаційної структури [14, с. 37]. Паралельно зі створенням нових структур (установ, закладів) важливо удосконалювати вже існуючі, надаючи їм нових функцій, розбудовуючи якісно нову взаємодію спеціальних та загальноосвітніх закладів. Спеціальні школи мають трансформуватися таким чином, аби стати багатofункціональними та виступати ресурсними центрами для загальноосвітніх шкіл і їх педагогів, учнів та батьків. Маючи у своєму арсеналі практичний досвід, матеріальні (спеціальну техніку, апаратуру, комп'ютерні програми тощо) та кадрові ресурси, вони можуть також

забезпечувати загальноосвітні заклади специфічними матеріалами і методами викладання; проводити спеціальні індивідуальні заняття; штатні психологи спеціальних шкіл можуть надавати допомогу як дитині з порушеннями розвитку, котра навчається в масовому закладі, так і педагогам, учням класу. Поширеною формою роботи в багатьох країнах заходу і Північної Америки є так зване спільне/командне викладання, своєрідна форма одночасної співпраці викладача масової та спеціальної школи [14, с. 37].

Отже, ситуація яка наразі склалася в Україні, з тенденцією до скорочення контингенту учнів у спеціальних освітніх закладах, однак формат надання фахової допомоги дітям з порушеннями розвитку та режим їх забезпечення певною мірою змінюватиметься.

1.3. Методи дослідження соціального супроводу дітей з ДЦП

При написанні кваліфікаційної роботи дуже важливо правильно обрати методологію дослідження проблеми. Але спершу, на нашу думку, потрібно дати визначення поняття «метод».

Метод наукового дослідження – це система розумових і (або) практичних операцій (процедур), які націлені на розв’язання певних пізнавальних завдань з урахуванням певної пізнавальної мети. Процес пізнання як основа будь-якого наукового дослідження є складним і вимагає концептуального підходу на основі певної методології, застосування певних методів [29].

Функція методу полягає в тому, що з його допомогою отримують нову інформацію про навколишню дійсність, заглиблюються в сутність явищ і процесів, розкривають закони і закономірності розвитку, формування і функціонування об’єктів, які досліджуються. Від якості методу, правильності його застосування залежить істинність отриманого знання. Істинні знання можна одержати лише у випадку застосування правильного методів.

Для дослідження заданої тематики необхідно дати визначення більш

ширшому поняттю – «методологія». Методологія (гр. *methodos* – спосіб, метод і *logos* – наука, знання) – вчення про правила мислення при створенні теорії науки [30].

Питання методології досить складне, оскільки саме це поняття тлумачиться по-різному. У вітчизняній науковій традиції методологію розглядають як учення про науковий метод пізнання або як систему наукових принципів, на основі яких базується дослідження і здійснюється вибір сукупності пізнавальних засобів, методів, прийомів дослідження [30].

Найчастіше методологію тлумачать як теорію методів дослідження, створення концепцій, як систему знань про теорію науки або систему методів дослідження.

Методологія виконує такі функції: визначає способи здобуття наукових знань, які відображають динамічні процеси та явища; направляє, передбачає особливий шлях, на якому досягається певна науково-дослідницька мета; забезпечує всебічність отримання інформації щодо процесу чи явища, що вивчається; допомагає введенню нової інформації до фонду теорії науки; забезпечує уточнення, збагачення, систематизацію термінів і понять у науці; створює систему наукової інформації, яка базується на об'єктивних фактах, і логіко-аналітичний інструмент наукового пізнання [29].

Ці ознаки поняття «методологія», що визначають її функції в науці, дають змогу зробити такий висновок: методологія – це концептуальний виклад мети, змісту, методів дослідження, які забезпечують отримання максимально об'єктивної, точної, систематизованої інформації про процеси та явища.

Отже, методологія – вчення про систему наукових принципів, форм і способів дослідницької діяльності.

Кожна наука застосовує певні методи дослідження. Методи наукового пізнання поділяються на загально-наукові, конкретно-наукові, спеціальні.

Загальнонаукові методи дослідження поділяються на:

– методи теоретичного дослідження (сходження від абстрактного до

конкретного).

– методи емпіричного дослідження (спостереження, вимірювання, експеримент);

– методи, що використовуються як на емпіричному, так і на теоретичному рівні дослідження (абстрагування, аналіз і синтез, індукція та дедукція, моделювання) [30].

Аналіз – метод дослідження, за допомогою якого досліджуваний об'єкт уявно або практично розчленовується на складові частини з метою більш детального його вивчення. Кожна з виділених частин повинна аналізуватися окремо в межах єдиного цілого.

Аналіз, як метод дослідження в нашій роботі був використаний задля того, щоб визначити поняття які стосуються соціального супроводу осіб з ДЦП, те як вони впливають на вирішення тієї чи іншої проблеми, та те як вони взаємопов'язані і доповнюють одне одного.

Синтез – поєднання абстрагованих сторін предмета і відображення його як конкретної цілісності; метод вивчення об'єкта у його цілісності, у єдиному і взаємному зв'язку його частин. У процесі наукових досліджень синтез пов'язаний з аналізом, оскільки дає змогу поєднати частини предмета, розчленованого у процесі аналізу, встановити їх зв'язок і пізнати предмет як єдине ціле [30].

У дослідженні соціального супроводу дітей з ДЦП в Україні синтез був використаний для того, щоб сформулювати висновки та визначити шляхи вирішення поставленої проблеми.

Індукція – це пізнавальна процедура, завдяки якій із порівнянь наявних фактів виводиться узагальнене їх затвердження. Індукція передбачає рух знайомства з одиничних затверджених об окремих фактах до положень, що мають більш загальний характер. Індукція може бути визначена, як метод переходу від знання окремих фактів до знання загального[31]. Індукцію ми застосовуємо при формуванні загальної проблеми нашого дослідження, на

основі окремих припущень.

Дедукція – метод переходу від знання загальних закономірностей до окремого його прояву. Це метод пошуку того, як спочатку висловленому узагальненню знайти конкретні підтвердження. Даний метод ми використовували при визначенні актуальності та уточненні понять адаптації соціального супроводу осіб ДЦП [44].

Володіти треба обома методами – індукцією і дедукцією, бо вони взаємодіють, ніби перевіряючи один одного і таким чином утримують нас від помилок у пізнанні дійсності.

Для визначення ж гіпотези застосовувався метод абстрагування, який допоміг виділити найсуттєвіші чинники, наслідки та ознаки проблеми, можливі шляхи її вирішення, в результаті чого ми сформували дане припущення.

Емпіричні методи дослідження є визначальними в навчально-дослідній справі та забезпечують накопичення, фіксацію та узагальнення вихідного дослідного матеріалу. Отримані за допомогою цих методів дані є основою для подальшого теоретичного осмислення пізнавальних процесів та створюють цілісну єдність наукового пізнання.

Спостереження – це систематичне цілеспрямоване, спеціально організоване сприймання предметів і явищ об'єктивної дійсності, які виступають об'єктами дослідження [30]. Метод спостереження є одним з основних методів практичної діяльності які були задіяні у даній магістерській роботі.

Вимірювання – це процедура визначення числового значення певної величини за допомогою одиниці виміру. Даний метод ми використовували задля оцінки реальних статистичних даних інвалідності ДЦП людей в Україні [30].

Метод порівняння ми застосовували при аналізі зарубіжного досвіду соціального супроводу дітей з ДЦП.

Порівняння – це процес зіставлення предметів або явищ дійсності з метою встановлення подібності чи відмінності між ними, а також знаходження загального, притаманного, що може бути властивим двом або кільком об'єктам

дослідження.

Експеримент – апробація знання досліджуваних явищ в контрольованих або штучно створених умовах.

Одним із важливих методів збору інформації є опитування. Суть цього методу полягає в тому, що інформацію збирають шляхом реєстрації показників, отриманих в результаті опитування людей. В нашій роботі, з його допомогою, ми можемо одержати інформацію не лише про факти, а й про мотиви, причини, що їх зумовили. Опитування-інтерв'ю проводяться у формі вільної бесіди, під час якої ставляться питання, відповіді на які дозволяють отримати необхідну інформацію [44].

Анкетні опитування проводять за регламентованою програмою. Для їх проведення розробляється анкета – визначеним певним чином структурно організований набір питань, кожне з яких дозволяє отримати дані, передбачені програмою опитування. Метод анкетування проводився для визначення ступеня реабілітаційної культури сім'ї, проводилося анкетування батьків.

Бесіда – метод отримання інформації шляхом безпосереднього спілкування дослідника з респондентом [44]. Перевага бесіди над анкетною: можливість фіксації реакції респондентів на поставлені запитання. Метод бесіди проводився з батьками перед анкетуванням та після, для більш розгорнутого аналізу анкетування, бесіди з батьками проводилися і поза межами програми анкетування для збору інформації та для більш конкретного розуміння проблематики соціального супроводу в Україні.

Різновидом опитування є тестування, яке проводиться з метою виявлення суттєвих ознак об'єкта, засобів його функціонування, використовується в лабораторних експериментах, коли масове опитування через анкетування неможливе. Тестування іноді проводять два рази – на початковому етапі дослідження, де воно виконує верифікаційну функцію. Тести складають так, щоб однозначно виявити ті чи інші властивості опитуваних.

Головним засобом конкретизації загальних підходів є принципи

дослідження. До основних методологічних принципів дослідження належать: принципи об'єктивності, науковості, розвитку та взаємодії, відносності, цілісності, практичності та ін.

Метою нашого дослідження є отримання об'єктивних знань, саме тому його процес повинен відповідати принципу об'єктивності. Принцип об'єктивності ґрунтується на поточному відображенні дійсності. Він вимагає розгляду процесів та явищ такими, якими вони є, без упередженості, у всьому розмаїтті їх сторін, зв'язків і відносин. Він знаходить своє відображення у використанні фактичних даних, побудові гіпотез, оцінці результатів досліджень.

Принцип науковості полягає у необхідності опису, пояснення та передбачуваності подій та явищ. Науковість виявляється у можливості передбачення подій та їхніх наслідків і на цій основі використання результатів досліджень [30].

Принцип відносності полягає у пошуку обмежень, порівнянні результатів, визначенні умов їх застосування. Він дозволяє формулювати критерії відбору або оцінок.

Принцип цілісності є необхідною умовою будь-якого дослідження. Система існує тільки у рамках певної цілісності, яку потрібно визначити, знайти межі того чи іншого явища безумовно.

Отже, для проведення наукового дослідження дуже важливо мати уявлення про процес наукового дослідження взагалі, методологію та методи наукової роботи зокрема, оскільки саме на перших кроках оволодіння навичками наукової роботи виникає найбільше питань саме методологічного характеру. Знання методів має величезне практичне значення, воно орієнтує дослідника, допомагає відокремити «істотне» від «другорядного», намітити шлях проходження від «невідомого» до «відомого», від «простого» до «складного», від «передумов» до «висновків».

За результатами дослідження теоретичних основ проблеми оптимізації соціального супроводу осіб з ДЦП в Україні встановлено, що проблема

оптимізації соціального супроводу в Україні потребує глибокого вивчення, аналізу, обробки та використання методів на практиці та також впровадження нормативно-законодавчої бази створеної з урахуванням потреб осіб з інвалідністю, адже діти інваліди є повноправними членами суспільства і мають комфортно та соціалізовано існувати у суспільстві. Нами було розглянуто історію, сучасний стан, загальні та поняття дослідження соціальної роботи з даної проблематики.

Дослідження видів соціального супроводу та захисту за термінами, характером, формами реалізації, ступенем адаптації та соціалізації та ін. дозволило упорядкувати класифікаційні критерії соціального супроводу. Крім того, було визначено основні поняття: «соціальна робота», «інвалід», «соціальний захист», «соціальний супровід», «ДЦП».

З'ясовано, що профілактика будь-якої соціальної проблеми повинна бути спрямована як на соціальне середовище, в якому вона виникає, так і на особистість, котра від цієї проблеми страждає.

Для подальшого дослідження, було визначено методи дослідження оптимізації соціального супроводу осіб з ДЦП.

Загальнонаукові методи дослідження поділяються на: методи теоретичного дослідження (сходження від абстрактного до конкретного) та методи емпіричного дослідження (спостереження, вимірювання, експеримент).

Під час написання кваліфікаційної роботи ми керувалися принципами об'єктивності, розвитку, системності, комплексності.

РОЗДІЛ 2

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОПТИМІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ ДЦП В УКРАЇНІ

2.1. Загальне поняття категорії діти-інваліди ДЦП

Поняття «аномалія» в перекладі з грецького означає відхилення від норми, від загальної закономірності, неправильність в розвитку. У дітей з проблемами в розвитку є фізичні чи психічні вади, які призводять до відхилень в загальному розвитку. Залежно від характеру дефекту, а також від часу його настання одні недоліки можуть долатися повністю, інші підлягають корекції, треті можна компенсувати. Термін ДЦП належить З. Фрейду. Визначення, яке він дав у 1893р. є загальноприйнятим. Згідно Фрейду ДЦП – непрогресуюче захворювання головного мозку яке вражає його відділи, які відають рухом і положенням тіла.

В даний час ДЦП розглядається як захворювання, що виникає в корі мозку, перенесене в пренатальний або в період народження, як одна з форм нервово-психічної патології центральної нервової системи. Являє собою виражену рухову патологію в поєднанні з сенсорною недостатністю.

Соціальне забезпечення завжди займало одне з ключових місць в житті держави і суспільства. Воно безпосередньо залежить від розвитку економіки і тісно пов'язане з політикою і соціальним благополуччям населення. Від стану соціальної сфери, ефективності проведеної державою політики у сфері соціальної підтримки громадян залежить стабільність суспільства, його стійкий розвиток, а в результаті його національна безпека. Окремим аспектам соціального захисту населення присвячені наукові праці таких вчених як А. Александрова, А. Базиліук, Н. Борецька, Л. Вернигора, В. Волик, Д. Галлагер, О. Гаряча, Н. Гринчук, Ю. Дехтяренко, Б.Зайчук, І. Калачова, В. Кириленко, Е. Лібанова, М. Ліборакіна, Б. Надточій, Л. Ніконова, В. Новіков, Б. Річман, В. Скуратівський, М. Ганслі Теренс, Й. Хендшель, П. Таундсен, П. Шевчук,

Ю. Шклярський, Л. Якушев та інші. Проте, незважаючи на досить широке коло розглянутих теоретичних та практичних питань, актуальною залишається проблематика, пов'язана з теоретичними основами зазначеної сфери наукових досліджень. В цілях з'ясування місця і функцій сучасного соціального забезпечення в системі соціального захисту населення представляється доцільним уточнити зміст самого поняття «соціальний захист».

Що стосується природи терміна «соціальний захист», то він був вперше використаний в «Законі про соціальний захист США» в 1935 р, який законодавчо визначив новий для цієї країни інститут обов'язкового страхування на випадок старості, смерті, інвалідності і безробіття [10]. Незабаром цей термін став широко застосовуватися в багатьох країнах світу, а також Міжнародною організацією праці (МОП). Надалі рамки цієї дефініції розширилися в ході розробки та прийняття конвенцій і рекомендацій МОП, Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародної асоціації соціального забезпечення (МАСО) і ін. Система соціального захисту як особливий соціальний інститут знаходиться в процесі свого розвитку.

Термін «соціальний захист» має різні значення. В нових економічних умовах система соціального захисту замінила собою систему соціального забезпечення. В нашій країні термін «соціальний захист» отримав широке поширення в зв'язку з перейменуванням у 1992 р. системи органів соціального забезпечення в систему органів соціального захисту населення. Україна згідно з Конституцією 1996 р. проголосила себе соціальною державою, тобто такою, в якій створюються умови для досягнення високого матеріального добробуту громадян, запровадження дієвої системи соціального захисту для всіх без винятку членів суспільства, для вільного та всебічного розвитку, а також максимально можливі шанси для самореалізації, зберігаючи тим самим стабільність в суспільстві. Згідно зі ст. 46 Конституції України «Громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника,

безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом. Це право гарантується загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням за рахунок страхових внесків громадян, підприємств, установ і організацій, а також бюджетних та інших джерел соціального забезпечення; створенням мережі державних, комунальних, приватних закладів для догляду за непрацездатними. Пенсії, інші види соціальних виплат та допомоги, що є основним джерелом існування, мають забезпечувати рівень життя, не нижчий від прожиткового мінімуму, встановленого законом» [27].

Соціальний захист, як і соціальне забезпечення в цілому, включає в себе всі види пенсій, допомог, компенсаційних виплат, соціальне обслуговування, медичної допомоги та багато іншого. Серед понять, що примикають до категорії «соціальна робота», слід виділити такі, як «соціальна захищеність» і «соціальний захист».

Соціальна захищеність – це конституційне і законодавче забезпечення всього комплексу прав і свобод людини. Необхідність соціальної захищеності громадян викликає суспільну потребу в наявності в державі системи законів, компенсуючи недосконалість організації виробництва і розподілу матеріальних благ. Сутність соціальної захищеності полягає також в законодавчому забезпеченні економічних, політичних, соціальних та інших прав, свобод та інтересів громадян. Важливо розрізнити поняття «соціальна захищеність» і «соціальний захист».

Соціальний захист – це більш конкретне поняття, яке зводиться до практичної роботи всіх гілок влади щодо реалізації прав і свобод громадян, тобто, соціальної роботи. У літературі розрізняють два види соціального захисту. Абсолютна – це забезпечення всім членам суспільства гарантованого мінімуму рівня життя, це вкрай необхідний рівень життєвих благ, достатній для підтримання здоров'я і працездатності громадян, що не повинно розглядатися як привілей для обраних. У той же час обмежений соціальний захист це забезпечення державою соціальних гарантій відносного благополуччя

конкретній особі або категорії громадян. Його мета – застрахувати громадян від можливого зменшення рівня доходів і зниження життєвого рівня. Фактично це винагорода за працю [79].

Поняття соціального захисту, є найбільш близьким до поняття «соціальна робота». В літературі соціальний захист також розглядається як різновид соціальної підтримки, тобто. Сприяння людині або групі людей в подоланні важкої життєвої ситуації. Це також соціальна дія або система дій, спрямованих не тільки на підтримку людей, а й на усунення джерел виникнення важких життєвих ситуацій [10]. Таким чином, як соціальна робота, так і соціальний захист є певною формою діяльності. Однак соціальний захист може охоплювати більш широке коло питань в порівнянні з соціальною роботою. Соціальний захист включає в себе надані суспільством заходи, спрямовані не тільки на ліквідацію або мінімізацію соціально несприятливих наслідків, але на запобігання їх настанню, тобто носить превентивний характер. Соціальна забезпеченість лише спрямована на компенсацію і мінімізацію наслідків несприятливих соціальних явищ, що настали, становить забезпечувальний компонент соціальної роботи.

На думку П. І. Шевчука система соціального захисту покликана виконувати дві основні функції: пом'якшувати наслідки бідності (реабілітаційна функція) через надання короткотермінової адресної допомоги бідним; запобігати бідності (превентивна функція), що досягається запровадженням умов для участі громадян у соціальному страхуванні під час свого активного періоду життя.

Перша функція має, зазвичай, характер пасивної підтримки тих членів суспільства, які з певних причин опинились у скрутному економічному становищі, що допомагає їм уберегтися від зубожіння.

Друга полягає у захисті доходу окремої особи і членів її сім'ї на випадок втрати працездатності (через старіння, хворобу, каліцтво) чи самої роботи і є активним заходом допомоги [84].

До найважливіших характеристик категорії «соціальний захист»

Л. П. Якушев відносить: види та організаційно-правові форми соціального захисту, категорії громадян, яким надається соціальна допомога. Даний підхід спирається на позиції МОП, в основі яких лежить інституційна будова національних систем соціального захисту як комбінації різних інститутів соціального страхування і соціальної допомоги [87].

Відзначимо також взаємний зв'язок і обумовленість зазначених категорій. Поняття «соціальна робота» істотно відрізняється від понять «соціальна підтримка» і «соціальний захист». Поступово соціальна робота починає превалювати над соціальним захистом, включаючи її у власну структуру. Ключова відмінність цих понять полягає в тому, що соціальна робота передбачає оптимальне поєднання профілактичних заходів з «лікуванням» соціальних недуг, що в підсумку призведе до скорочення кількості які потребують соціальної підтримки та соціального захисту.

Наведений огляд понять, що застосовується в соціальній сфері, показує, що в чинному законодавстві повинна бути проведена уніфікація понятійного апарату, вибрати одні терміни і відмовитися від інших. Так, під «соціальним забезпеченням» слід розуміти грошові кошти, інше майно і соціальні послуги, що надаються певним категоріям громадян за рахунок коштів бюджетів усіх рівнів у разі настання подій, визнаних законом соціально значущими з метою вирівнювання соціального стану громадян.

Далі, якщо говорити про другий термінологічний ряд, то складається враження, що «соціальна пільга», «соціальна гарантія», «компенсація», «соціальна допомога», «соціальна позика», «пенсія» – різновид соціального забезпечення. Причому можна помітити, що частина з них являє грошові виплати (пенсії, допомоги, компенсації, субсидії, позики), а інша частина – соціальне обслуговування (соціальні послуги і натуральна допомога продуктами харчування, притулку, надання психологічної, медичної допомоги громадянам та ін.).

Також необхідно провести різницю між видами грошових виплат: пенсії –

грошові виплати, що надаються щомісяця на безоплатній та безповоротній основі, з метою відшкодування громадянам заробітної плати чи іншого доходу, втраченого ними у зв'язку з настанням певної події, і є постійним і основним джерелом для існування. Компенсації – грошові кошти, що надаються на безоплатній та безповоротній основі з метою повного відшкодування оплати, що надаються громадянам матеріальних благ або надання послуг, а також в тих випадках, коли компенсацію неможливо отримати в повному обсязі від правопорушника або з інших джерел. Допомоги – кошти, які надаються на безоплатній та безповоротній основі з метою відшкодування громадянам зарплати чи іншого втраченого доходу, надання додаткової матеріальної допомоги і є доповненням до іншого постійному і додаткового джерела існування. Субсидії – кошти, які надаються на безоплатній і поворотній основі з метою оплати наданих громадянам матеріальних благ або послуг, що надаються.

Також, необхідно ввести визначення підвидів грошових виплат, які встановлені на місцевому рівні і, як наслідок, повинні фінансуватися з місцевого бюджету і державних позабюджетних фондів держави. Таким чином, соціальне забезпечення є найважливішим структурним елементом системи соціального захисту та напряму національної стратегії та державного регулювання соціально-економічного розвитку країни.

Функціонування системи соціального захисту знаходить своє відображення як у вигляді грошової допомоги, так і у формі надання матеріальних благ, безкоштовного харчування, притулку, надання психологічної, медичної, юридичної допомоги громадянам, що є об'єктом соціального захисту. Здійснення політики соціального захисту відбувається не тільки на державному рівні, але й за рахунок місцевого бюджету, спеціально створюваних фондів соціальної підтримки населення, а також недержавних фондів. проаналізовано й узагальнено погляди вчених та філософів на поняття соціального захисту. Зміст цього поняття досліджено з точки зору трактування як у широкому, так і у вузькому розумінні. Визначено, що у широкому розумінні

соціальний захист розглядається через категорію соціального ризику як закріплених законодавством та визнаних суспільством соціально-вагомих об'єктивних обставин, які тягнуть за собою втрату засобів до існування чи потребу додаткового матеріального забезпечення та не можуть бути усунені особою самотійно. У вузькому розумінні соціальний захист становить соціально-захисну діяльність держави щодо поновлення чи заміни втраченої особою можливості забезпечити себе.

Порівняння категорій соціальне забезпечення і соціальний захист довело, що соціальне забезпечення за стандартами Ради Європи і Європейського Союзу є частиною більш широкої за змістом системи, яка включає також і інші форми соціального захисту, зокрема державну соціальну допомогу. Таке розуміння має важливе значення для вітчизняного законодавства, оскільки в Україні до цього часу відсутній загальний закон про соціальний захист населення. Термін «соціальний захист» включає забезпечення всіх соціальних прав, одним з яких є право людини на соціальне забезпечення.

Наголошено, що одним із чинників розвитку та становлення поняття «соціальний захист» є те, що до прийняття у 1996 році Конституції національне законодавство активно використовувало поняття «соціальне забезпечення», котре, як було визначено вище, є дещо вужчим, ніж соціальний захист. Застосувавши нову категорію, законодавець розширив діяльність держави та її обов'язки в зазначеній царині.

Також визначено, що під соціальним захистом слід розуміти систему правовідносин, які виникають між державою, що зобов'язана забезпечувати громадян в разі настання певних обставин, які унеможливають повноцінну діяльність та всебічно знижувати вірогідність настання цих обставин, а також громадянами, яким надано право на отримання всебічної допомоги у випадку настання визначеного кола умов, передбачених законом. визначено, що суб'єктами правовідносин із соціального забезпечення є фізична особа та державний орган.

Фізичних осіб об'єднує те, що вони підлягають соціальному забезпеченню зі спеціально створених фондів у зв'язку з настанням соціального випадку (старість, безробіття) або виконанням певних професійних обов'язків (робота у шкідливих умовах).

Існують також правовідносини, в яких суб'єктом виступає сім'я, а не фізична особа (пенсійні правовідносини в разі втрати годувальника; правовідносини з приводу надання допомоги малозабезпеченим сім'ям). Однак представництво одним із членів сім'ї інтересів інших не позбавляє права останніх бути самостійними учасниками цих правовідносин.

Необхідною умовою виникнення правовідносин є правосуб'єктність їх учасників. У державних і громадських організаціях правосуб'єктність знаходить свій вираз у компетенції їх органів, тобто в сукупності права і обов'язків, що їм надаються для виконання відповідних функцій. Обґрунтовано, що визнання людини повністю недієздатною у праві соціального забезпечення неможливе, оскільки недієздатні є однією з категорій осіб, яким держава зобов'язана надавати соціальне забезпечення.

На державу покладено обов'язок надавати допомогу громадянам незалежно від загальної дієздатності. Стаючи суб'єктом соціального захисту людина набуває права вимагати від держави надання певних соціальних благ та права користуватися ними.

Характерною рисою суб'єктивного права є можлива міра поведінки, забезпечена не тільки законом, але й обов'язками інших осіб. Діяльність держави у сфері соціального забезпечення полягає не тільки у виконанні своїх обов'язків по наданню допомоги громадянам, які її потребують, а й у створенні умов для надання такої допомоги. В даному випадку першорядне місце займають суб'єктивні права держави як учасника правовідносин (право створення спеціальних державних структур та фондів для надання соціального захисту, а також право вимагати від фізичних та юридичних осіб матеріального чи нематеріального сприяння діяльності цих структур і фондів). На підставі аналізу

наявних поглядів робиться висновок, що більшість правовідносин у праві соціального забезпечення є складними та двосторонніми, з комплексом прав і обов'язків у обох суб'єктів. Оскільки в підґрунті цих правовідносин лежить конституційне право громадян на соціальний захист, то вони будуються на взаємних правах та обов'язках. В разі настання певних юридичних фактів, держава, в особі її органів, зобов'язана надавати громадянам соціальний захист. Однак для створення і подальшого існування ефективного та дієвого механізму виконання цього обов'язку державі необхідно мати резерв матеріальних ресурсів, які можна було б використовувати для надання допомоги. Як наслідок з'являється обов'язок громадян робити відрахування у спеціальні фонди для створення резерву коштів на випадок настання наслідків соціальних ризиків.

Соціальний супровід, як один із видів соціальної роботи набув впровадження в практику роботи з сім'ями і окремими клієнтами соціальної роботи наприкінці 90-х років минулого століття.

На даний час соціальний супровід, як модель цілеспрямованої комплексної соціальної допомоги особі або сім'ї, набула широкого впровадження в роботі з різними категоріями клієнтів центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Соціальне супроводження прийомної сім'ї та дитячого будинку сімейного типу є обов'язковим атрибутом функціонування таких специфічних сімей, закріпленим на законодавчому рівні. Одним із дієвих механізмів роботи з сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах, є соціальний супровід, що виступає механізмом попередження соціального сирітства, «виходу» дитини із біологічної сім'ї. Широке запровадження соціального супроводу, як технології соціальної роботи, потребує визначення теоретичних та методологічних складових такої діяльності, формулювання основних принципів і підходів його реалізації, що і визначило тему нашої наукової роботи. В методичній літературі однією із традиційних форм індивідуальної соціальної роботи з клієнтом визначається методика «ведення випадку» або «робота з випадком», що широко використовується в практиці соціальної роботи різних країн (care management –

у Великій Британії, casework – у США).

В Україні соціальна робота, спрямована на вирішення індивідуальних потреб клієнта, нормативно визначена терміном «соціальний супровід». В науково-методичних та навчальних виданнях використовується також термін «ведення випадку», «соціальне супроводження». Термін «соціальний супровід» вперше в Україні було запроваджено у 1998 році в ході проведення соціального експерименту з створення інституту прийомної сім'ї. На даний час технологія соціального супроводу, як форма надання соціальних послуг окремим клієнтам і сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах, знайшла широке використання у практиці діяльності центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді [51; 43; 66; 73; 74].

Зокрема нормативними документами соціальний супровід, як технологію соціальної підтримки, передбачено у роботі з сім'ями та особами, які опинилися у складних життєвих обставинах, ВІЛ-інфікованими дітьми та молоддю, неповнолітніми та молоддю, які відбувають покарання в установах виконання покарань і звільняються з них. Трактуювання сутності терміну «соціальний супровід», як виду соціальної роботи, наведено у Законах України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» та «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування». Відповідно до законів: соціальний супровід – вид соціальної роботи, спрямованої на здійснення соціальних опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій дітей та молоді з метою подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення їх соціального статусу.

В нормативних документах, що стосуються діяльності центрів соціальних служб з різними категоріями сімей та клієнтів, наведено формулювання поняття «соціальний супровід», враховуючи конкретні особливості і потреби надання соціальної підтримки. Зокрема соціальне супроводження прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу – робота, що передбачає здійснення фахівцем

(або групою фахівців) центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді заходів, спрямованих на забезпечення належних умов функціонування прийомної сім'ї, дитячого будинку сімейного типу, зокрема надання соціальних послуг.

Соціальний супровід сімей та осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах, є формою соціальної підтримки та передбачає надання конкретній особі чи сім'ї комплексу соціальних послуг.

Мета соціального супроводу – подолання життєвих труднощів, мінімізація негативних наслідків чи навіть повне розв'язання проблем сім'ї або особи. Наведені визначення мають ряд розбіжностей і демонструють відсутність єдиного підходу до опису сутності технології соціального супроводу, що це: вид соціальної роботи, форма соціальної підтримки, комплекс соціальних послуг.

Науково-методичні та навчальні посібники містять також різні трактування терміну «соціальний супровід». Соціальний супровід сім'ї (за І. Зверєвою, О. Безпалько) – це вид соціальної роботи, спрямованої на забезпечення оптимальних умов життєдіяльності сімей, дітей і молоді, шляхом надання необхідних соціальних послуг, допомоги та здійснення відповідних заходів. Його здійснює соціальний працівник, діяльність якого спрямована на підтримку сім'ї в різних видах її життєдіяльності, формуванні здатності сім'ї самотужки долати свої труднощі, надання допомоги сім'ям з метою розв'язання різних проблем [65].

Сутність індивідуальної роботи з сім'єю розглядається через комплексну діяльність із залученням різних видів соціальної роботи: соціальні послуги, соціальна допомога, а також реалізацію заходів. Завдання соціального супроводу передбачена зовнішня підтримка сім'ї, спрямована на формування умов самостійного вирішення членами родини сімейних проблем.

Соціально-педагогічний супровід неблагополучних сімей (за І. Трубавіною) – це довготривала, різноманітна допомога різним типам неблагополучним сім'ям, яка спрямована на створення умов для ліквідації причин неблагополуччя (чи їх можливості компенсації), форсування формування

здатності сім'ї самотужки розв'язувати свої проблеми, долати труднощі, виконувати функції, реалізовувати свій соціальний і виховний потенціал, права в суспільстві, корекцію і покращення внутрішньосімейних стосунків сім'ї із мікро- і макросередовищем [78].

Соціальний супровід (за Н. Комаровою, І. Пешою) – це діяльність соціального працівника (або групи соціальних працівників) спрямована на створення необхідних соціально-психологічних умов розвитку прийомних дітей та дітей-вихованців у прийомних сім'ях та дитячих будинках сімейного типу. Завданнями соціального супроводу є створення позитивного психологічного клімату в сім'ї, умов для розвитку дітей з урахуванням їх індивідуальних потреб, формування партнерських відносин між прийомними батьками, державними і громадськими установами для забезпечення оптимальних умов життя та захисту прав дітей [78]. Але як і кожна система соціальний супровід також має свої вади в системі (див. Додаток Б).

Наведені визначення дають характеристику соціального супроводу або як комплексу реалізації окремих форм соціальної роботи, або відповідно до завдань, що мають бути вирішеними відносно індивідуальних потреб клієнта або сім'ї. Щоб сформулювати визначення соціального супроводу, як специфічного виду соціальної роботи, необхідно проаналізувати мету, завдання, принципи такої діяльності, що можливо за умови узагальнення теоретичних та практичних підходів.

Соціальний супровід, як вид комплексної соціальної підтримки, надається окремим клієнтам та сім'ям, які опинилися у складних життєвих обставинах. Здійснюють соціальний супровід спеціалісти районних та міських центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та спеціалізовані заклади.

Складна життєва ситуація – ситуація, яка суб'єктивно сприймається особою як складна особисто для неї або такою, о об'єктивно порушує його нормальну життєдіяльність (інвалідність, сирітство, безробіття тощо) [78].

Завданням соціального супроводу осіб та сімей, які опинилися у складних

життєвих обставинах, є надання своєчасної допомоги, здійснення комплексу заходів, спрямованих на вихід сім'ї або особи зі складних життєвих обставин, наслідки яких вона не в змозі самотійно подолати за допомогою наявних засобів та можливостей, створення умов для самотійного розв'язання та подолання життєвих труднощів, збереження та підвищення соціального статусу сім'ї або особи, яка опинилася у складних життєвих обставинах.

Ще однією категорією сімей, які перебувають під соціальним супроводом (соціальним супроводженням) є сім'ї, які виховують дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.

Завдання соціального супроводу сімей, які виховують дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, полягають у сприянні адаптації дитини в новій сім'ї, створенню позитивного психологічного клімату в сім'ї, умов розвитку дітей з урахуванням індивідуальних потреб кожної дитини, забезпеченні оптимальних умов життя дитини-сироти, дитини, позбавленої батьківського піклування, та захисту їх прав.

Соціальний супровід, як вид соціальної роботи, що базується на впровадженні комплексного індивідуального підходу до вирішення проблем клієнта/сім'ї здійснюється шляхом надання різних видів матеріальної та психологічної допомоги, соціальних послуг, консультування, захисту інтересів клієнта сім'ї в органах державної влади [68, с. 35]. І. Зверева визначає, що основними формами соціальної роботи, які є базовими для соціального супроводу є: індивідуальна, суть якої полягає у здійсненні соціальної допомоги, соціальних послуг і соціальної реабілітації відповідно до потреб особистості й характеру самих проблем; соціально значуща діяльність, у тому числі громадський дитячий та молодіжний рух; соціальне навчання, що здійснюється у різних типах державних, приватних освітніх закладах і пов'язана з отриманням певного рівня соціальної освіти; соціально-психолого-педагогічна та юридична підтримка, призначення якої є надання професійної допомоги та посередницька діяльність професіоналів із соціальної роботи у розв'язанні різноманітних

проблем; консультування, у процесі якого виявляються і накреслюються основні напрями виходу з проблеми, що хвилює особистість; науково-обґрунтовані й своєчасно застосовані дії держави, соціальних інституцій спрямовані на запобігання можливим фізичним, психологічним та соціокультурним колізіям у розвитку окремих індивідів і груп ризику; збереження, підтримка і захист нормального рівня життя та здоров'я сімей, молоді; сприяння молодим людям у досягненні поставлених цілей і розкритті їх внутрішнього потенціалу. Суб'єктом соціального супроводу є центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Соціальний супровід це така модель соціально педагогічної роботи, коли соціальний працівник виступає в якості соціального менеджера: відповідає не тільки за організацію, а й за надання необхідних послуг клієнтові, які можуть бути реалізовані різними установами. Звідси виходить, що соціальний супровід передбачає роботу спеціаліста на двох рівнях: контактний, при якому відбувається безпосередня взаємодія соціального працівника з клієнтом; організаційний або опосередкований, коли взаємодія відбувається у системі: соціальний працівник – організації – клієнт [51; 65].

Проведений вище аналіз методологічних та технологічних підходів дозволяє уточнити термінологічне визначення соціального супроводу як виду соціальної роботи. Розглянемо окремі характеристики соціального супроводу.

Суб'єкт соціальної роботи – спеціалісти центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Об'єкт – окрема особа або сім'я, які опинилися у складних життєвих обставинах. Причому, потрібно зауважити, що не усі клієнти або сім'ї, які опинилися у складних життєвих обставинах, мають перебувати під супроводом, а лише ті із них, що мають комплексну проблему і не можуть самостійно її вирішити. Більш точне формулювання об'єкта соціального супроводу є таким: окрема особа (клієнт) або сім'я, які опинилися у складних життєвих обставинах, і потребують соціальної підтримки.

Мета реалізації соціального супроводу – вихід сім'ї або особи зі складних

життєвих обставин, наслідки яких вона не в змозі подолати самотійно.

Завдання, що вирішуються у ході реалізації даної технології, і дозволяють досягнути передбаченої мети мають включати: - соціальна підтримка клієнта або сім'ї у вирішенні проблем, які вони не мають змоги самотійно розв'язати; - організація самодопомоги – вміння клієнта самотійно вирішувати проблемні життєві обставини, ефективно використовувати внутрішні та зовнішні ресурси - залучення та ефективного використання внутрішніх та зовнішніх ресурсів клієнта або сім'ї.

Соціальний супровід з боку соціального працівника виступає як комплексна соціальна допомога клієнту, що планується на підставі індивідуального діагностування потреб і ресурсів клієнта і здійснюється на підставі активної взаємодії працівника і клієнта. Завдання соціального супроводу – створення умов, за яких клієнт має змогу самотійно вирішувати власні життєві проблеми.

Виходячи з наведених вище міркувань, соціальний супровід – це вид соціальної роботи з особою та сім'єю, які опинилися в складних життєвих обставинах, наслідки яких вони не можуть подолати самотійно, що передбачає надання комплексної індивідуальної соціальної допомоги. Завдання соціального супроводу – створення умов для самотійного розв'язання та подолання життєвих труднощів, збереження та підвищення соціального статусу сім'ї або особи.

Запропоноване тлумачення сутності соціального супроводу, безперечно не є універсальним. Проте воно визначає специфічну особливість цього виду соціальної роботи, а саме – спрямування соціальної допомоги клієнту не на розв'язання його життєвих проблем, а на мотивацію і створення умов для самотійного їх вирішення.

Історично люди з фізичними вадами, порушеннями функцій організму дуже давно були виділені в окрему верству суспільства література й по суті вели ізольований спосіб життя. Розвиток і становлення змісту поняття «інвалід»

характеризується численними змінами упродовж століть. За сучасних умов законодавці більшості країн намагаються виправити історично зумовлені помилки у ставленні до інвалідів, здійснюючи низку заходів щодо їх реабілітації та адаптації у суспільстві. Кожного року 3 грудня під егідою Організації Об'єднаних Націй з метою привернення уваги суспільства до проблем інвалідів відзначається Міжнародний день інвалідів.

Протягом минулих століть не було створено дієвих механізмів, здатних у кращий бік змінити життя людини з фізичними вадами, пристосувати його до актуальних суспільних умов, через що й саме право на рівне співіснування інвалідів з іншими людьми практично не визнавалося. Однак за сучасних умов проблема реабілітації інвалідів та адаптації їх до максимально активного життя у суспільстві набирає все більшої актуальності.

Науково-технічний прогрес дозволяє не тільки рятувати людей, а й створити умови для їх більш-менш нормального існування за рахунок комп'ютерної техніки, автоматизації виробництва. Втручання людини у хід природного відбору через лікування хворих, можливості медикаментозної підтримки функцій організму, трансплантації органів, протезування тощо, зобов'язує її відповідати за тих, хто отримав лише частину допомоги завдяки медицині.

Найважливішим питанням після врятування життя є питання забезпечення гідного існування, особливо в умовах зростання кількості інвалідів у зв'язку з надзвичайними подіями останніх десятиліть. Так, доль мільйонів людей торкнулася Чорнобильська катастрофа. У багатьох регіонах, на величезних територіях виникли нові соціальні та економічні умови. Україну оголошено зоною екологічного лиха. У той самий час Україна проголосила себе соціальною державою, де всі люди є вільними і рівними у правах. Людина незалежно від її фізичного стану визнається найбільшою соціальною цінністю. Відтак, одним з основних завдань держави стає покращення становища інвалідів, шляхом не тільки визнання їх рівноправними громадянами, а й забезпечення реалізації ними

прав і свобод.

Перші кроки української держави зі створення правових, економічних та організаційних засад захисту прав інвалідів були здійснені з прийняттям 21 березня 1991 р. Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». Створюючи відповідну законодавчу базу, держава намагається цивілізовано будувати свої взаємини з громадянами, чий фізичний або психічний стан не дає їм змоги самотійно та всебічно дбати про своє здоров'я. Не тільки інвалід повинен пристосовуватися до життя, але й держава зобов'язана надавати йому соціальний захист і допомогу. Держава зобов'язана створити умови для працевлаштування, навчання, профорієнтації, перекваліфікації, пенсійного забезпечення, пересування, спілкування інвалідів з метою надання їм можливості в міру об'єктивних обставин не почуватися знедоленими, безправними, викинутими суспільством; виховання власного почуття гідності й відповідного ставлення оточуючих. Окремі питання правового регулювання соціального захисту інвалідів були предметом дослідження у наукових працях багатьох українських і російських вчених, таких як В. С. Андрєєв, Н. Б. Болотіна, Н. А. Вигдорчик, В. М. Догадов, Т. З. Гарасимов, М. Л. Захаров, Р. І. Іванова, М. І. Іншин, З. Л. Кондратьєв, С. І. Кобзев, О. Є. Мачульська, В. В. Москаленко, П. Д. Пилипенко, С. М. Прилипко, О. І. Процевський, В. Д. Роїк, І. М. Сирота, Б. І. Сташків, С. М. Сивак, О. Ф. Скакун, Н. М. Стаховська, Є. Г. Тучкова, О. М. Ярошенко та ін.

Однак досі у правовій науці відсутнє комплексне загальнотеоретичне дослідження цих проблем за сучасних тенденцій розвитку і врахування еволюції розуміння понять «інвалід» та «інвалідність». Саме тому набуває особливої актуальності проблема висвітлення особливостей правового регулювання соціального захисту інвалідів в Україні за сучасних соціально-економічних умов, глибокий науковий аналіз нових правових категорій.

Важливість і нагальність відповідних наукових пошуків зумовлена необхідністю вдосконалення шляхів реформування сучасної системи

соціального забезпечення в умовах ринкової економіки. становлення і розвиток понять «інвалід» і «інвалідність» пов'язуються з різним змістовним наповненням у певні етапи процесу їх формування.

Виділено чотири етапи формування понять: на першому етапі інвалідами називали лише військовослужбовців, які постраждали під час військових дій; на другому інвалідами визначали будь-яких людей з розладом функцій організму, але характерним було ізолювання таких людей і негативне відношення суспільства до них; третій етап пов'язується з розвитком промисловості, розширенням виробництва, що супроводжується збільшенням чисельності найманих працівників і відсутністю належних умов праці на багатьох підприємствах, як результат – зростання кількості нещасних випадків, виробничих травм, професійних захворювань, що призводить для визначення людей, постраждалих на виробництві, інвалідами; четвертий етап характеризується усвідомленням необхідності встановлення юридичних гарантій, врахуванням не тільки медичного критерію, а й соціально-економічних причин виникнення інвалідності, неможливістю визначення інваліда як хворого, якого погано, недостатньо, невдало лікували або не лікували.

Доведено, що розлад функцій організму не повинен впливати на рівень життя людини та відношення до неї. У соціальній державі зусилля спрямовуються на усвідомлення необхідності інтеграції інвалідів у нормальне життя суспільства та надання їм рівних прав і можливостей із здоровими людьми. Інвалідність визначається як наявність у людини певної хвороби чи вади, яка унеможлиблює виконання особою звичних і необхідних для неї дій чи процесів, що тягне визнання людини інвалідом в установленому порядку та відповідне піклування про неї у вигляді соціальної допомоги і захисту. Змістовним наповненням поняття визначено розуміння інвалідності як процесу, котрий складається з передумови, наслідків та причинного зв'язку між ними.

До передумови віднесено втрату здоров'я та обмеження життєдіяльності. Наслідком визнано надання соціальної допомоги і захисту, а причинний зв'язок

проявляється в обов'язку держави надавати цю допомогу в разі визнання людини інвалідом в установленому порядку.

В результаті аналізу чинного законодавства, наведені аргументи, що найбільш прийнятне визначення дається в Інструкції про встановлення груп інвалідності, затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 7 квітня 2004 р. № 183, де інвалідність – це соціальна недостатність (дезадаптація) внаслідок обмеження життєдіяльності людини, яка викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, що призводить до необхідності соціального захисту і допомоги. Принципово вірним є визначення інвалідності не як тривалої хвороби, вродженої вади чи втрати працездатності, а саме як соціальної дезадаптації. Обґрунтовується це твердження через необхідність надання допомоги, як фахівцями, так і оточуючими, для реабілітації і адаптації людини, яка внаслідок тривалої втрати або вродженої відсутності якихось життєвих, необхідних умінь та навичок вважає себе не такою як всі, починає уникати суспільства.

У більшості національних нормативно-правових актів відображена, так звана, медична модель інвалідності, коли на перший план виходять фізичні чи психічні вади або втрата здоров'я. В той же час, міжнародне співтовариство намагається наближувати сприйняття інваліда з точки зору соціальної моделі, коли інвалід сприймається як людина рівних прав та можливостей, з оглядом на його потребу у сторонній допомозі та нагляді. З позиції соціальної моделі відносин людина – інвалід – держава інвалідність не заперечує потребу інвалідів у соціальній допомозі, підтримці з боку держави та суспільства, але при цьому сприйняття інваліда повинно відбуватися на базі усвідомлення кожним рівноправності його як члена суспільства.

З метою перенесення наголосу на соціальний аспект інвалідності (де медичні характеристики є лише причиною), а не на наявність проблем зі здоров'ям чи вроджених вад, доведена необхідність перегляду визначення інваліда та інвалідності. До загальних ознак інвалідності віднесено: соціальну

недостатність; фізичний або психічний розлад здоров'я, який є вродженим або виникає внаслідок травми чи захворювання; позбавлення людини в результаті такого розладу певних умінь чи навичок, які зазвичай притаманні людському організму; потребу в соціальній допомозі, реабілітації; д) причинний зв'язок між визнанням людини інвалідом і обов'язком держави здійснювати соціальний захист відносно неї.

Обґрунтовується, що в нашій країні змістом соціального захисту інвалідів є реабілітація людей з обмеженими можливостями і допомога їм в усвідомленні своїх невід'ємних людських прав. Акцент на необхідність усвідомлення інвалідами своїх прав дозволяє визначити Україну державою, яка відноситься до того напрямку розвитку взаємовідносин між людиною – інвалідом і суспільством, коли інвалідність визначається соціальною проблемою, де обмежені можливості визнаються наслідком того, що соціальні умови звужують можливості самореалізації інвалідів.

Цей напрямок характеризується прагненням досягнення балансу для всіх людей, незалежно від фізичних вад і стану здоров'я. Держава і суспільство повинні прагнути досягти балансу реалізації прав за рахунок адаптації існуючих норм, стандартів, умов до особливих потреб людей – інвалідів, забезпечуючи їм необхідний рівень життя, можливість реалізовувати свої права нарівні з іншими людьми.

Доведено, що врахування лише медичного критерію або здатності до праці є недостатнім для визнання людини інвалідом. Трансформація поняття змушує враховувати здатність людини не тільки до праці, але й можливість навчатися, контролювати свою поведінку, спілкуватися, обслуговувати себе тощо.

Тобто, якщо раніше для визначення людини інвалідом потрібно було проведення медико-трудової експертизи, то еволюція поняття спричинила і необхідність дослідження інших параметрів у межах медико-соціальної експертизи, яка враховує не тільки оцінку стану здоров'я і відповідну можливість реалізації здатності до праці, а й спрямована на розробку механізму

реабілітації інвалідів і визначення видів соціальної допомоги їм.

Медико-соціальна експертиза включає всі аспекти розуміння і визначення поняття інвалідності у всіх сферах застосування шляхом комплексного обстеження, враховуючи медичний критерій, соціальний, економічний та правовий. У разі відсутності одного з критеріїв, визнання особи інвалідом є неможливим.

Дитячий церебральний параліч або ДЦП – це комплекс порушень, що впливають на здатність людини рухатися, підтримувати рівновагу та поставу.

Слово «церебральний» вказує на стан, що стосується головного мозку, а «параліч» означає «слабкість», труднощі з контролем м'язів. Церебральний параліч розвивається внаслідок порушення нормального розвитку центральної нервової системи або пошкодження головного мозку, що вражає здатність контролювати свої м'язи.

Прояви захворювання різноманітні, і відповідають важкості стану дитини з ДЦП: від потреби у сторонній допомозі впродовж всього життя, до здатності ходити, використовуючи спеціальні засоби, чи навіть цілком самостійно.

Дитячий церебральний параліч ДЦП не прогресує з часом, однак, окремі симптоми можуть змінюватись впродовж життя: якщо не проводити лікування дитини з ДЦП, скорочення м'язів та м'язова «жорсткість» можуть посилитися. У всіх випадках дитячий церебральний параліч ДЦП проявляється руховими порушеннями. У багатьох також розвиваються супутні патологічні стани: судоми, проблеми зі слухом, зором, вимовою, розумова відсталість тощо.

Дитячий церебральний параліч ДЦП є однією з найбільш частих причин інвалідності в дитячому віці: поширення в Україні та Європі становить 2-3 на 1000 живих новонароджених, а серед глибоко недоношених дітей сягає 40-100 на 1000 живих новонароджених.

Виділяють чотири основні форми ДЦП в залежності від порушень м'язового тону.

Спастична форма – напружені м'язи. Спастичний церебральний параліч є

найбільш поширеним, і складає 80% всіх випадків. Тонус м'язів підвищений, вони постійно перебувають у стані скорочення, що ускладнює діяльність.

Атактична форма – порушення рівноваги та координації. Діти з атактичною формою церебрального паралічу мають труднощі з рівновагою та координацією. Це проявляється в них проблемами при ході, а також при швидкому рухові, чи дії, що потребує концентрації та контролю (наприклад, письмо).

Дискінетична форма – неконтрольована рухова діяльність. При дискінетичному ДЦП спостерігаються неконтрольовані рухи рук чи ніг; вони можуть бути як повільні та гнучкі, так і швидкі та рвучкі. Зазвичай, це створює важкість для рухової діяльності дітей, насамперед вони мають труднощі з сидінням та ходьбою. Іноді уражаються м'язи обличчя і язик, що призводить до проблем із ковтанням та мовленням.

Одним із підтипів цієї форми ДЦП є дистонічний. До його проявів відноситься непостійність тону м'язів, коли період повного розслаблення змінюється періодом сильного напруження. Зміни можуть відбуватися як раз на кілька днів, так і декілька разів на день.

Змішана форма – неможливо виділити ознаки тільки однієї форми ДЦП, що переважає більше, натомість проявляються симптоми різних типів одночасно. Найчастішим поєднанням є спастично-дискінетичний. Також ДЦП класифікують за такими ознаками:

- за ураженими частинами тіла: Геміплегія (ураження однієї половини тіла – правої або лівої). Диплегія (параліч, що вражає обидві половини тіла, але більшою мірою ноги). Тетраплегія (ураження рук та ніг);

- за порушеннями руху: Використовується Система класифікації великих моторних функцій Gross Motor Function Classification System (GMFCS).

ДЦП виникає внаслідок ураження нервової системи дитини – внутрішньоутробного (80% випадків), або після народження (20%).

Через дію різноманітних чинників відбувається ураження головного мозку

дитини, зокрема, ділянок, що відповідають за рух. Жоден з перелічених факторів не обов'язково призводить до появи захворювання, проте їх наявність підвищує ризик виникнення ДЦП. До найрозповсюдженіших відносять такі фактори ризику: недоношеність і низька маса тіла новонародженої дитини; гіпоксія дитини внутрішньоутробна, під час чи зразу після народження; інфекційні ураження мозку дитини; розлади системи згортання крові дитини; пошкодження головного мозку дитини через травму чи крововилив у мозок; вірусні та інфекційні захворювання матері та плоду під час вагітності; захворювання щитоподібної залози у матері; вплив хімічних речовин та шкідливих звичок при вагітності (в тому числі, професійні шкідливості, куріння, вживання наркотиків); гемолітична хвороба новонародженого; генні мутації; ускладнення при вагітності та пологах (рідкісніша причина ДЦП, ніж прийнято вважати. До них належать від 5 до 10% випадків). Іноді симптоми ДЦП можна виявити відразу при народженні, а саме під час того, коли лікар оглядає дитину і оцінює її стан, але найчастіше діагноз встановлюють тільки у віці одного-двох років.

Дитячий церебральний параліч може супроводжуватись симптомами, які дуже різняться у хворих в залежності від типу захворювання.

Головна ознака, яка може наштовхнути на думку про загрозу виникнення ДЦП, є рухові порушення, що проявляються в період розвитку дитини (особливо беруться до уваги такі важливі навички, як вміння тримати голову, перевертатись зі спини на живіт, сидіти, повзати, стояти та ходити).

До симптомів також можна віднести: зміни м'язового тону: від повного розслаблення до сильного напруження.

Сильне напруження м'язів + підвищені рефлекси (спастика) - часто у вигляді вигинання тіла дитини в один бік, асиметричне положення кінцівок.

Порушення координації рухів (атаксія).

Повільні, гнучкі рухи (атетоз).

Тремор або неконтрольовані безладні рухи.

Діти виказують безпричинний неспокій або в'ялість.

Вторинними проявами бувають: розлади ссання, ковтання, слинотеча, затримка у розвитку мови, судоми (епілепсія), порушення зору, слуху, розумова відсталість.

Виходячи з наведених вище міркувань, соціальний супровід – це вид соціальної роботи з особою та сім'єю, які опинилися в складних життєвих обставинах, наслідки яких вони не можуть подолати самотійно, що передбачає надання комплексної індивідуальної соціальної допомоги. Завдання соціального супроводу – створення умов для самотійного розв'язання та подолання життєвих труднощів, збереження та підвищення соціального статусу сім'ї або особи. Дитячий церебральний параліч ДЦП є однією з найбільш частих причин інвалідності в дитячому віці. Також стало зрозуміло, що протягом минулих століть не було створено дієвих механізмів, здатних у кращий бік змінити життя людини з фізичними вадами, пристосувати його до актуальних суспільних умов, через що й саме право на рівне співіснування інвалідів з іншими людьми практично не визнавалося.

2.2. Психолого-педагогічні аспекти розвитку дітей з дитячим церебральним паралічем

Психолого-педагогічний аспект багатьох проблем психічного розвитку дітей, в тому числі дітей з ДЦП, продовжує залишатися мало розробленим.

Найгостріша потреба розробки аспекту проблем особливостей психічного розвитку дітей з ДЦП зумовлена насамперед необхідністю створення корекційних систем виховання, починаючи з перших років життя.

Виражені рухові, перцептивні, когнітивні, афективні і мовних розладів, як правило, складні, іноді ізольовані, але частіше поєднані, ускладнюють спілкування цих дітей з оточуючими, негативно впливають на всі їх розвиток, сприяють формуванню негативних рис характеру, появи поведінкових порушень, формування гострого почуття неповноцінності. Одним з найважливіших аспектів є створення умов для повноцінного особистісного розвитку дітей з обмеженими

можливостями в ході психолого-педагогічної реабілітації та соціальної адаптації з подальшою інтеграцією їх в сучасне суспільство. Систематичне спостереження за розвитком, динамічне, комплексне, всебічне і цілісне вивчення дитини розглядається як основа соціально-психологічного супроводу дітей з ДЦП [1; 2; 3]. З урахуванням отриманих результатів психолого-педагогічного вивчення дитини розробляються індивідуальні програми навчання, проводиться аналіз їх реалізації. Головне завдання підтримки дитини з проблемами в розвитку – допомогти йому так побудувати пізнання самого себе, щоб воно стало дієвою силою сприятливого саморозвитку і саморегуляції (Т. Мерцалова, 1996) [4].

Взаємодія з соціальним середовищем під керівництвом дорослих дозволяє дитині «привласнювати» соціальний досвід здобувати знання, навички, вміння, опановувати нормами і правилами поведінки. Однак предметний світ не в змозі сам по собі викликати у маленької дитини таку активність, яка сприяла б предметами побуту і т. п., Поза практичного і мовного спілкування з оточуючими дорослими. Відсутність повноцінного спілкування дитини з дорослими може стати істотною причиною, що утрудняє розвиток його психіки. Народження в родині дитини з порушеннями в розвитку - проблема, яка зачіпає всі сторони життя, що викликає сильні емоційні переживання батьків і близьких родичів. Це призводить до погіршення у батьків загального самопочуття, появи різних нервово-психічних розладів (реактивні стани, депресії, суїцидальні висловлювання, істеричні реакції і тощо) [5; 6], що в свою чергу призводить, як правило, до порушень внутрішньо сімейних стосунків. У зв'язку зі станом дитини спотворюється поведінка у дорослих, в сім'ї виникають проблеми, з якими батьки не можуть впоратися самотійно: порушується взаємодія з соціальним оточенням, коло спілкування складають близькі родичі, знайомі, лікарі, дефектологи і вчителі. Складаються невірні уявлення про хвору дитину, можливості його лікування і виховання. Спостерігається заперечення діагнозів, ігнорування призначень, консультації у широкого кола фахівців в надії, що

діагноз не підтвердиться або знайдуться ліки і методи, здатні допомогти дитині. Виникають питання про доцільність розвитку, виховання, навчання дитини в домашніх умовах або поміщення його в спеціалізовані установи для дітей з порушеннями. Часто мати покладає на себе відповідальність за порушення в розвитку дитини або перекладає провину на інших членів сім'ї, намагаючись послабити почуття провини перед дитиною, надмірно опікає його, обмежуючи його контакти зі здоровими дітьми.

Дитина, що не має досвіду спілкування з однолітками та іншими людьми, не знає способів самоствердження, не має адекватної самооцінки, що призводить до неприйняття його однолітками, розвивається реакція на будь-яку перешкоду як на непереборне. Ситуація ізоляції дитини від навколишнього світу створює несприятливий фон, підсилює невротичні реакції, призводить до стійких неврозів. Розвивається замкнутість і агресивність. Всі рішення щодо його проблем приймає мати. Вона і інші члени сім'ї диктують йому його поведінку.

Можна зробити висновки що, описаний сімейний стереотип щодо дитини-інваліда призводить до своєрідності формування його особистості: високий ступінь залежності від сім'ї; відсутності або слабкості навичок зовнішніх соціальних взаємодій; елементам аутичного поведінки в сім'ї; ссамоствердження в підлітковому віці через неадекватні реакції; Невмотивовані відмови, негативізм, істеричні емоційні реакції, перебільшення своїх недоліків, догляд в надцінні захоплення (малювання, музичні записи, комп'ютерні ігри тощо); розвитку страхів, боязні активних дій.

Розвиваючись в процесі дорослішання ці особливості можуть призвести до таких особистісним відхилень, які за своїми наслідками значніше, ніж основне захворювання, бо формується особистість недостатня в соціальному аспекті. Становлення психіки дитини відбувається в діяльності як особливої форми психічної активності.

У дошкільному віці провідною діяльністю при повноцінному розвитку дітей закономірно є рольова колективна гра, так як, згідно з дослідженнями

А. Н. Леонтьєва [9; 12], всередині гри виникають і диференціюються нові види діяльності, наприклад, вивчення; в ній перебудовуються приватні психічні процеси; від неї в даний період залежать основні зміни особистості [20; 22]. Вона дозволяє дитині моделювати, символізувати будь-які відносини, але за правилами життя. Реальні думки, почуття, відносини між партнерами в дитячому ігровому співтоваристві сприяють формуванню дитини: його морального потенціалу, самосвідомості, елементарної оцінки себе як особистості, зняття егоцентризму. Гра в випадках порушень і патології розвитку або не відповідає віковому рівню, або набуває своєрідний характер.

Показовим при цьому є відсутність поступового ускладнення гри, недостатність конструктивного творчості в грі. Характерним є одноманітність, стереотипність, монотонність гри, відсутність або зниження емоційної реакції, що супроводжує зміни характеру гри. Не сформована ігрова діяльність, що відповідає віковим рівнем, тягне за собою ряд особливостей розвитку.

Позбавлені можливості ігор з однолітками, діти будують свій «внутрішній театр» з умоглядними іграми. Зовнішні контакти замінюються програванням ситуацій в цьому театрі, поведінка ж стає аутичною, з характерними рухами само стимуляції. Проте, така поведінка не заважає їм аналізувати дійсність, робити логічні висновки і усвідомлювати своє соціальне становище. З огляду на соціальну природу психіки дитини, можна вважати, що органічні причини відносно самостійне значення. У випадках значної їх тяжкості навіть при сприятливих соціально-педагогічних умовах вони не можуть не обмежувати можливості розвитку дитини. Найвні рухові порушення багато в чому визначають специфіку розвитку пізнавальної, емоційної сфери, особистості в цілому. Характерно порушення артикуляційної моторики, розвитку мови, обмежені можливості самообслуговування. Не сформованість зорово-моторної координації. В порівняно легких випадках органічних порушень, але при несприятливих соціально-педагогічних умовах, відхилення в психічному розвитку дитини можуть виявитися не тільки значними, але і незворотними.

Розглянувши психолого-педагогічний аспект проблем психічного розвитку дітей з ДЦП, ми розуміємо що, цей аспект продовжує залишатися мало розробленим. Дуже гостро постає проблема розробки аспекту проблем особливостей психічного розвитку дітей з ДЦП і це зумовлен насамперед необхідністю створення корекційних систем виховання, починаючи з перших років життя.

Діти з вираженими руховими, перцептивними, когнітивними, афективними і мовними розладами, як правило мають великі труднощі у соціалізації та адаптації до сучасного суспільного життя, через малу обізнаність, суспільства, про хворобу та методики адаптації та соціалізації. Одним з найважливіших аспектів є створення умов для повноцінного особистісного розвитку дітей з обмеженими можливостями в ході психолого-педагогічної реабілітації та соціальної адаптації з подальшою інтеграцією їх в сучасне суспільство.

2.3. Форми і методи соціально-педагогічної роботи з сім'єю дитини з ДЦП

Нормалізація виховання дитини з обмеженими можливостями починається з підвищення його соціальної значущості в сім'ї. Розвиваючі заняття з дитиною у відриві від сім'ї не принесуть бажаної користі, так само як і індивідуальна робота психолога з матір'ю. Необхідно якомога раніше сформувати активну поведінку дитини в природних умовах сім'ї, адаптувати його до виконання посильних обов'язків, розвивати різні види його контактів з усіма членами сім'ї в процесі виконання цих обов'язків і можливо більш часте їх ігрове виконання. Тому потрібні спеціальні заняття соціальних психологів або фахівців сімейного супроводу з сім'єю в її найбільш повному складі як з тренінгової групою з розвитку навичок управління. Модель комплексної допомоги дітям з відхиленнями у розвитку була розроблена Осипової А. А. [13; 25; 28]. У своїй роботі вона виділяє три основні блоки допомоги:

– загальна допомога – система оптимального розвитку особистості в цілому. Вона включає в себе щадний режим, відповідне розподіл навантажень з

урахуванням психологічного стану, організацію життєдіяльності дитини в сім'ї. Направлена на профілактику відхилень у розвитку дитини;

– типова (приватна) психологічна допомога, конкретні корекційні впливи з використанням спеціально розроблених заходів і методів. Спрямована на оптимізацію;

– індивідуальна (спеціальна) – виправлення порушень з урахуванням індивідуальних особливостей. Всі блоки пов'язані між собою і доповнюють один одного.

У роботі з дітьми з ДЦП використовуються короткострокові і довгострокові форми роботи. Це, перш за все, надання допомоги безпосередньо в кризовій ситуації, що є дуже ефективним, так як в цей момент люди особливо чутливі до допомоги. Завдання соціального педагога в цей момент, шляхом надання безпосередньої підтримки пом'якшити вплив стресової події і мобілізувати зусилля клієнтів на подолання кризи. Серед різних видів і форм соціально-педагогічної допомоги найбільш ефективними є корекційно-розвиваючі заняття з дітьми, консультування, патронаж, психотерапевтичні заходи - тренінги, релаксаційні сеанси, занятті з використанням методів казко-терапії, арт-терапії, ігротерапії і тощо. Розглянемо деякі з них.

Патронаж. Являє собою відвідування клієнтів на дому з діагностичними, контрольними, адаптаційно-реабілітаційними цілями, що дозволяє встановлювати і підтримувати тривалі зв'язки з клієнтом, своєчасно надавати допомогу. В його рамках здійснюються послуги Соціально-побутового характеру, медичні послуги, послуги з розвитку навичок спілкування, корекції сімейних відносин. Він дає можливість спостерігати сім'ю в її природних умовах, своєчасно вирішувати проблеми. Необхідно вуалювати діагностичні та контрольні цілі патронажу, щоб зберегти довіру сім'ї, її відкритість. Патронаж може бути як одиничним так і довготривалим в залежності від ситуації в родині. На першому році інвалідності необхідно відвідувати сім'ю регулярно, потім періодично.

Консультативні бесіди [30]. Займають важливе місце серед технологій соціально-педагогічної діяльності. Являють собою взаємодію між двома або кількома людьми, в ході якого певні спеціальні знання консультанта для надання допомоги консультованого в рішенні поточних проблем або підготовці до майбутніх подій. Консультація може бути будь-якої спрямованості і виконувати різні завдання. Кінцева мета консультативної роботи-за допомогою спеціально-організованого процесу спілкування активізувати сім'ю, підвищити її реабілітаційну культуру, відрегулювати ставлення до дитини. Головним тут виступає рівень довіри між фахівцем і клієнтом. Тренінг. Є одним з найбільш ефективних групових методів роботи з психолого-педагогічної освіти батьків. Тренінги дають можливість батькам обмінюватися один з одним досвідом, задавати питання, що дуже важливо для батьків дитини-інваліда. Тренінг повинен бути максимально насиченим і інтенсивним. Основне завдання соціального педагога в тренінгу - вміла організація дискусії учасників, при якій всі є активними учасниками не пригнічуючи один одного.

Ігротерапія. Доброю формою роботи психолога з дітьми є використання різного виду ігор [41; 42]. Це можуть бути ігри в образах, ігри, засновані на літературних творах, на імпровізованому діалозі, на поєднанні переказу і інсценування і тощо. Використання образів в грі має ряд психологічних переваг. По-перше, створюються найбільш благополучні умови для особистісного зростання дитини, змінюється ставлення до свого «Я», підвищується рівень само сприйняття. Цьому сприяють обмеження перенесення емоційних переживань дитини, пов'язаних з низькою самооцінкою, невпевненістю в собі, турботою про себе, зменшується напруженість, скорочується гострота переживань.

Ігрова-терапія цінна тим, що дозволяє побачити, з чим в грі асоціюється у дитини травма, проблема, досвід минулого, що заважає йому нормально жити. Для роботи з дітьми можна використовувати вільну гру і керовану [44; 52]. У вільній грі дітям пропонується різний ігровий матеріал, він використовує його на свій розсуд. в залежності від потреб і бажань дитини. У своїх іграх діти постійно

повертаються до пережитим стресовим ситуаціям і будуть переживати їх до тих пір, поки не звикнуть до того, що вони пережили. Поступово переживання стануть менш гострими і сильними, і діти зможуть переносити свої переживання на інші об'єкти. Але для цього потрібно навчити дітей способам нового поведінки і іншим переживань. Для організації таких ігор можна використовувати неструктурований ігровий матеріал, який психологи, на жаль, досить рідко застосовують в роботі з дітьми даної категорії. Це вода, пісок, глина, різного виду пластилін. З таким ігровим матеріалом дитина побічно висловлює свої бажання, емоції, так як сам матеріал сприяє сублимації. Більш ефективною виявляється діяльність, якщо організовані гри з таким матеріалом керовані. Для проведення реабілітаційної роботи добре включати структурований ігровий матеріал, який провокує дітей на вираження власних бажань, оволодіння соціальними навичками, засвоєння способів поведінки. Для цього ефективним є використання людських фігурок, які символізують сім'ю, машин, предметів і ляльок, наборів іграшок і тощо.

Арт-терапія Даний метод побудований на використанні мистецтва, як символічної діяльності. Застосування цього методу має два механізми. Перший спрямований на вплив мистецтва через символічну функцію реконструювання конфліктної ситуації, що травмує і знаходження виходу через переконструювання цієї ситуації. Другий пов'язаний з природою естетичної реакції, що дозволяє змінити реакцію переживання негативного афекту по відношенню до формування позитивного афекту, що приносить насолоду. Розрізняють декілька видів арт-терапії: малюнкова, заснована на образотворчому мистецтві, бібліо-терапія, драм-терапія і музична терапія. В якості терапії засобами мистецтва можна застосовувати прикладні види мистецтва. Можна порекомендувати завдання на певну тему з заданим матеріалом: малюнки, ліплення, орігамі, тощо. Дітям пропонуються завдання на довільну тему з самостійним вибором матеріалу. Рекомендується використання вже існуючих творів мистецтва (картини, скульптури, календарі) для їх аналізу та інтерпретації. Можна також

використовувати поєднання деяких видів робіт, наприклад, запропонувати дитині репродукцію картини і попросити його скопіювати її, не обмежуючи його творчість. І нарешті, можна порекомендувати спільна творчість психолога і дитини (ліплення, малювання, в'язання, вишивання і тощо), надавши дитині більшу самостійність у виконанні роботи. На думку О. А. Карабанова, застосування терапії малюванням буквально незамінне у випадках важких емоційних порушень [18; 23; 24], несформованості у дитини комунікативної компетентності. У більшості випадків використовується розумне поєднання елементів двох терапій. Дитині задається тема малювання і надається свобода в пошуку найбільш адекватної форми її вираження. надавши дитині більшу самостійність у виконанні роботи. На думку О. А. Карабанова, застосування терапії малюванням буквально незамінне у випадках важких емоційних порушень, не сформованості у дитини комунікативної компетентності. У більшості випадків використовується розумне поєднання елементів двох терапій. Дитині задається тема малювання і надається свобода в пошуку найбільш адекватної форми її вираження.

Музикотерапія. Окремим видом психологічної допомоги може бути спеціально організована робота з використанням музичних творів і інструментів. Добре зарекомендували в такому вигляді роботи твори Баха, Ліста, Шопена, Рахманінова, Чайковського, Шуберта і деякі види духовної музики. Пропонований вид роботи спрямований на організацію вміння слухати музику. Час слухання музики від 3-5 хвилин до 1-1,5 годин вимагає спеціально розробленого прийому організації дітей. Тривалість часу використання музичного твору дозволяє дітям слухати музику, відчувати різного роду переживання, прислухатися до своїх почуттів, викликати емоційний стан радості, зняття напруги. Використання музикотерапії сприяє створенню умов для самовираження дітей, вмінню реагувати на власні емоційні стани.

Бібліо-терапія. Метод впливу на дитину, що викликає його переживання, почуття за допомогою читання книг. З цією метою підбираються літературні

твори в яких описані страхи дітей, форми переживання стресових ситуацій. Прослухавши прочитане, або розказане твір, діти розуміють, що такі почуття, як страх, тривога, бувають у багатьох дітей, вони розуміють, чим викликані такі почуття, розрізняють різного виду загрозливі ситуації, причини страху. Разом з героями літературних творів діти переживають ті ж стану і одночасно навчаються, як можна вчинити в тій чи іншій ситуації, що дозволяє дітям розширити свою соціальну компетенцію.

Логотерапія це метод розмовної терапії, який відрізняється від розмови по душам, спрямованого на встановлення довіри між дорослим і дитиною. Логотерапія передбачає розмову з дитиною, спрямований на вербалізацію його емоційних станів, словесний опис емоційних переживань [50]. Вербалізація переживань може викликати позитивне ставлення до того, хто розмовляє з дитиною, готовність до співпереживання, визнання особистості іншої людини

На основі опрацьованих даних, форм та методів нормалізація виховання дитини з обмеженими можливостями починається з підвищення його соціальної значущості в сім'ї. У соціально-педагогічній роботі різні форми і методи взаємно доповнюють один одного. Однак найбільш ефективним є комплексне використання різних форм і методів, так як ефективне рішення проблем вимагає участі багатьох фахівців. Розвиваючі заняття з дитиною у відриві від сім'ї не принесуть бажаної користі, так само як і індивідуальна робота психолога з матір'ю. Тому необхідно якомога раніше сформувати активну поведінку дитини в природних умовах сім'ї, адаптувати його до виконання посильних обов'язків, розвивати різні види його контактів з усіма членами сім'ї в процесі виконання цих обов'язків і можливо більш часте їх ігрове виконання з використанням наприклад запропонованих методик.

РОЗДІЛ 3

ФАКТОРИ ОПТИМІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ ДЦП В УКРАЇНІ

3.1. Соціально-педагогічна діагностика дитини та сім'ї, яка має дитину-інваліда ДЦП

Соціально-педагогічна діагностика сім'ї, яка має дитину-інваліда ДЦП, (див. Додаток А), представлена у передбачає розгляд її як цілісного системного утворення, тому в ході оцінювання необхідно проаналізувати цілий ряд структурних і функціональних характеристик сім'ї, а також індивідуальні особливості її членів. Серед функціональних характеристик найбільш значущими для соціально-педагогічного дослідження є наступні:

- психологічний клімат у сім'ї;
- реабілітаційна культура сім'ї;
- реабілітаційна активність сім'ї;
- відношення до проблем дитини.

До найбільш важливим індивідуальним особливостям відносяться:

- вік, рівень фізичного, психічного, мовного розвитку;
- інтереси, здатності;
- успіхи в спілкуванні і навчанні;
- наявність поведінкових відхилень.

В діагностиці дітей з ДЦП важливо не просто встановити наявність того чи іншого дефекту, але і визначити його характер, структуру тощо. При цьому важливо керуватися такими принципами:

Принцип гуманності полягає в тому, щоб створити дитині необхідні умови, при яких він зможе максимально розвинути свої здібності [60, 61, 63]. Особливу увагу звернути на рухові можливості. Положення дитини має бути зручним для досягнення максимального розслаблення м'язів. Дидактичний матеріал

розташовується в поле його зору. Обстеження проводиться в манежі, на підлозі, або спеціальному кріслі. Важливо враховувати стан дитини не тільки в момент дослідження, а й під час оволодіння тими чи іншими руховими навичками. Дослідження проводиться в ігровій формі.

Принцип якісного аналізу всіх отриманих даних. При дослідженні важливий не тільки результат, але і спосіб, раціональність обраних рішень завдання, наполегливість в досягненні мети.

Принцип комплексного вивчення дітей. Враховувати всі фактори, що впливають на розвиток дитини. Дослідити всі сфери психіки, обов'язково зіставляти всі дані, отримані про дитину.

Принцип динамічного вивчення дітей. Важливо враховувати не тільки те, що діти можуть виконати зараз, але і можливості їх в навчанні.

Принцип диференційованого підходу. Діти, що мають одне і теж відхилення в розвитку, але різного ступеня тяжкості досліджуються окремо. У кожному групі підбираються діти одного віку.

Методи діагностики.

Для визначення рівня перцептивного і розумового розвитку у дітей з ДЦП використовуються різні методи.

Вивчення продуктів діяльності проблемних дітей. Цей метод широко застосовується в практиці. Аналізуючи дитячі малюнки, вироби, навчальні роботи, диктанти, вправи, вирішення завдань тощо [77], можна вивчити процес діяльності дитини. судити про уяву дитини, сформованості у нього зорових уявлень, розвитку дрібної моторики рук, ступеня сформованості навичок навчальної діяльності, В продуктах діяльності проблемних дітей, як і при нормальному розвитку, відбивається ставлення до дійсності, природі, відбивається рівень розвитку розумових, сенсорних і моторних навичок, а часто і ставлення до свого дефекту.

Метод спостереження. Спостереження дозволить судити про стан тих чи інших психічних функцій в процесі спонтанної діяльності дитини. Воно повинно

забезпечувати природність психічних проявів дитини, але при цьому бути цілеспрямованим. Спостереження за грою проблемних дітей як метод вивчення використовується в різних цілях. Спостереження дає можливість зафіксувати рівень розвитку гри у дитини і ступінь його працездатності. Результати спостереження за грою дитини дуже важливі для оцінки його мовних можливостей. Починаючи обстеження з гри, можна, розташувавши дитини, поступово перейти до експериментальним завданням. Таким чином спостереження за грою дитини готує можливість використання методу експерименту.

Метод бесіди. При вивченні особливостей психічного розвитку дітей метод бесіди використовується як початковий етап для первинного знайомства, або як один з допоміжних методів при вивченні особливостей розвитку особистості дитини з проблемами. Від уміння побудувати бесіду залежить встановлення контакту, що готує дитину до обстеження за допомогою спеціальних завдань.

Програма бесіди з проблемною дитиною будується з урахуванням його особливостей прийому і переробки інформації, а також з урахуванням можливих проявів мовного негативізму.

Бесіда дає уявлення про рівень пізнавальної діяльності і властивості особистості. Зміст бесіди варіюється в залежності від запиту батьків і дитини, віку дитини та її індивідуальних особливостей, від конкретних умов обстеження.

Метод експерименту. В експериментах, які проводяться з проблемними дітьми, є своя специфіка. Вона полягає в тому, що його зміст має бути доступно і цікаво. Крім того, сама подача завдання повинна йти особливим чином. У більшості випадків воно пропонується дитині в ігровій формі; У своїй психодіагностичних роботах я використовувала методи, які застосовувалися різними дослідниками при обстеженні дітей з проблемами психічного розвитку.

Мета діагностики: виявлення відхилень у розвитку дітей з ДЦП. Визначення рівня реабілітаційної культури сім'ї, яка має дитину-інваліда. Дітям пропонувалися завдання на вивчення сприйняття кольору, форми, величини,

тактильних відчуттів, розумових процесів, рахунки, уваги, конструктивної діяльності.

Матеріал для обстеження: дошки Сегена, кубики Косса, складові матрьошки, дрібні предмети різної форми і текстури, набір карток з чотирьох предметів, предметні картинки, зразки будівель, лото «колір і форма», кольорові олівці, альбом для малювання. У дослідженні брали участь 10 дітей з ДЦП старшого дошкільного віку. Виконання завдань оцінювалося по 5-бальній системі.

Перше завдання.

Сприйняття форми на дошці Сегена [31; 32]. Дітям показується зібрана дошка, потім фігурки розкладаються на столі і пропонується покласти їх на місце. 0 балів – хаотично намалювала фігури, без урахування форми, 1 бал - правильно співвідносить дві контрастні фігури, але не називає їх, 2 бали правильно співвідносить 4 фігури, але не називає їх, 3 бали правильно співвідносить всі фігури, називає 2, 4 бали правильно співвідносить все і називає 4 фігури, 5 балів правильно співвідносить і називає всі фігури.

Більшість дітей не впоралися із завданням. Вони хаотично розклали предмети, вкладаючи їх просто навмання, не звертаючи уваги на форму. Максимальна кількість балів при виконанні цього завдання – 2.

Завдання. Сприйняття кольору. Дітям пропонувалося розташувати кольорові кубики на дошці, розділеної на чотири кольори: червоний, жовтий, синій, зелений. 0 – хаотичне розташування без урахування кольору, 1 – правильно підбирає 1 колір, 2 – правильно підбирає 4 кольори, але не називає, 3 – правильно розташовує і називає 2 кольори, 4 – правильно розташовує і називає 4 кольори. Діти відволікаються, рухи динамічні, метушливі. Правильно можуть розташувати не більше 4 кольорів, в назві зазначають труднощів.

Інше завдання – сприйняття величини. Дітям пропонується зібрати пірамідки. Розставити циліндрики в порядку зростання. 0 – неправильно співвідносить частини за величиною, збирає пірамідку не звертаючи уваги на

розмір частин, 1 – розрізняє 2 контрастні за величиною деталі, збирає пірамідку з двох частин, 3 – збирає пірамідку з 3 частин, 4 – правильно співвідносить циліндрики по діаметру, ряд не вибудовує, 5 – вибудовує серіаційний ряд в порядку зростання [44; 45]. Діти справляються із завданням за допомогою додаткових інструкцій. Самостійно можуть зібрати пірамідку з 3 частин.

Третє завдання. Гра «Чарівний мішечок» Дітям пропонується не дивлячись дістати предмет, назвати його, сказати який він. 0 – не називає, маніпулює ним вигляді катання, постукування, 1 – називає правильно окремі частини фігури, тримає її нерухомо, 2 – називає предмет за подобою з знайомого оточення (котушка-нитка), обмацує його всією рукою, 3 – правильно називає, правильно обстежує предмет. Діти не завжди правильно називали предмет, просто грали з ним.

Завдання номер п'ять. Конструювання з використанням кубиків Косса. Дітям пропонувалося побудувати доріжку з 3 кубиків, орієнтуючись по двом кольорам, побудувати двоповерхову вежу двох кольорів, скласти чотири двоколірних кубика по малюнку так, щоб вийшов кольоровий квадрат, скласти квадрат з чотирьох кубиків двох кольорів. Виконання даного завдання викликало значні труднощі. Діти плутають розташування деталей, дії стереотипні. Із завданням не впорався ніхто.

Завдання шість. «Класифікація предметів» Дітям пропонується 6 картинок із зображенням різних предметів «посуд, 2 – одяг, 2 тварини». Потрібно покласти разом ті, які підходять один до одного. 0 – розкладає хаотично, 1 – розуміє інструкцію, розкладає картинки в 2 групи, 2 – розкладає картинки правильно, але плутає назви. 3 виконує вірно. Діти не можуть з прийняттям завдання, плутають назви. Розкладаю картинки вірно після додаткової інструкції.

Сьоме завдання. Дітям пропонується набір карток з чотирьох предметів. Потрібно знайти предмет, який не підходить до решти трьох, одна дитина не розуміє інструкцію, хаотично вибирає картки, відкладає будь-яку, 1 орієнтується на несуттєві ознаки, 3-орієнтується на істотні ознаки, але не може пояснити свій

вибір, 4 правильно виконує завдання. Більшість дітей при виділенні зайвого предмета орієнтуються на несуттєві ознаки, або діють навмання. Свій вибір пояснити не можуть, часто відволікаються.\

Аналізуючи отримані результати можна зробити висновок, що розвиток сенсомоторних навичок у дітей з ДЦП знаходиться на низькому рівні. Вони не уважні. Погано сприймають і утримують інструкцію і послідовність виконання операцій, дії з предметами носять маніпулятивний характер, розумові процеси розвинені слабо. Крім пізнавальної сфери у дітей з ДЦП страждає і емоційно-особистісна сфера.

Для оцінки особистісних характеристик використовувався рисунковий тест «Дім», дітям пропонувалося намалювати будинок за зразком. При оцінці малюнків враховувалося якість ліній, розмір малюнка, розташування на аркуші, використання кольору, цілісність малюнка.

Аналіз малюнків показав не сформованість навичок малювання, невпевненість дітей, нерішучість. Малюнки дітей або дуже великі, або дуже маленькі, розташовуються по кутах листа, що говорить про імпульсивності дітей. Діти зображують окремі предмети, не зв'язуючи їх між собою, лінії переривчасті і неяскраві, кількість деталей мінімально. Використання фарб похмурих кольорів, відмова малювати ще, що-небудь говорить про замкнутість дітей, депресію, небажання впускати в свій світ кого б то не було.

Для визначення ступеня реабілітаційної культури сім'ї проводилося анкетування батьків. Анкета складена на основі опитувальника А. Фромма.

Спрямована на виявлення задоволеності сім'ї станом дитини, то яку роль відводить собі сім'я в його оздоровленні та розвитку, які потреби дитини вважає першочерговими, наскільки впевнено почуває себе в реабілітації дитини, яка ідеологія сім'ї [18; 23].

Аналіз анкет показав, що більшість сімей мають низький рівень реабілітаційної культури, не знають що робити в такій ситуації, розраховують в основному на допомогу держави.

До основних потреб відносять в першу чергу матеріальні блага (матеріальну допомогу, житло, допомога фахівців). Неадекватно ставляться до проблем дітей. Все це говорить про необхідність надання комплексної соціально-педагогічної допомоги і підтримки таким дітям та їхнім родинам, спрямованої на підвищення соціальної активності, розвиток самостійності, зміцнення соціальної позиції особистості дитини, формування системи ціннісних установок і орієнтацій, розвиток інтелектуальних процесів, які відповідають психічним і фізичним можливостям даної дитини.

Комплекс діагностичних заходів покликаний забезпечити: соціальну діагностику – визначення соціального статусу вихованця і його сім'ї; рівень соціальної недостатності; медичну діагностику – збір анамнезу (для новоприбулих дітей), діагностика, спостереження, висновки лікарів-фахівців: невропатолога, психотерапевта, психіатра, хірурга та ін. (Протягом року і на вимогу); психологічну діагностику – поглиблене вивчення пізнавальної, емоційно-вольової та комунікативної сфер, характеристика «Я – концепції»; педагогічну діагностику – готовність до школи і навчання в ній, оволодіння соціальними нормами, вміннями і тощо. На підставі інформації, отриманої в результаті діагностування, розробляються програми, націлені на максимально повну реабілітацію сім'ї і дитини.

3.2. Аналіз ефективності реалізації реабілітаційних заходів

Програма комплексної реабілітації дітей з обмеженими можливостями «Я-ТИ-МИ-ЛЮДИ» Палеотивний підхід.

З 27.11.2020 р. розроблена Програма комплексної реабілітації дітей з обмеженими можливостями «Я-Ти-Ми-Люди».

Мета програми: Комплексна реабілітація дітей з обмеженими можливостями, створення сприятливих умов для гармонійного особистісного розвитку через різні види діяльності (дозвільної, творчу, спілкування)

Завдання:

- включення дітей в різні види індивідуальної і колективної діяльності, розширення зон їх творчих можливостей з урахуванням індивідуальних особливостей;
- підвищення рівня соціальної культури сім'ї, забезпечення наступності реабілітаційних заходів в сім'ї;
- забезпечення реалізації заходів спільно з установами охорони здоров'я, освіти, культури і спорту;
- зміцнення здоров'я, раціональна організація дозвілля дітей;
- створення повноцінної реабілітаційної середовища, сприятливого психологічного мікроклімату.

Очікувані результати:

- фізичне та психологічне оздоровлення дітей з обмеженими можливостями;
- розкриття творчого потенціалу особистості;
- позитивне самоствердження дитини;
- стабілізація міжособистісних відносин, розвиток навичок спілкування в умовах тимчасових дитячих груп;
- формування і розвиток соціальної активності дітей;
- отримання дітьми позитивного досвіду соціальних відносин і формування на цій основі цільових установок на здоровий спосіб життя;
- адаптація дітей-інвалідів до стану інвалідності, життя в суспільстві.

Критерії ефективності:

- ступінь задоволеності дітей та батьків;
- рівень психологічного комфорту;
- частка числа дітей-інвалідів охоплених програмними заходами від загального числа потенційних клієнтів;
- частка дітей-інвалідів пройшли курс реабілітації і мають позитивний результат від загальної кількості дітей-інвалідів охоплених програмними

заходами.

Реалізація програми розрахована на проведення заходів в режимі денного перебування дітей. Це дає ряд переваг:

- можливість соціальної адаптації зі зміною діяльності і соціального оточення, коли надається можливість покинути свій замкнутий круг спілкування не змінюючи місця проживання;

- взаємодія з сім'єю – виконання соціального замовлення на відпочинок, оздоровлення, зайнятість дітей не відриваючи його від сім'ї;

- використання наявної матеріально-технічної бази і творчого потенціалу педагогічних кадрів відділення (наявність досвіду роботи з профільними дитячими об'єднаннями, використання методики творчого колективного виховання);

- робота з вузькими спеціалістами, такими як дефектолог, психолог, реабілітолог.

Частка дітей охоплених програмними заходами і мають позитивний результат, до загальної кількості дітей взяли участь в реабілітаційних заходах склала 28,2%.

Спільне проведення заходів з установами культури, бібліотекою сприяло розширенню соціальних контактів дітей – інвалідів їх загального позитивного емоційного настрою, формуванню навичок спілкування, творчих здібностей дітей. Всі заходи проводяться разом з батьками, де батьки – безпосередні учасники. Ефект від таких заходів очевидна:

47% сімей – поліпшення ставлення до своїх дітей, 7% підвищення соціальної активності, у 65% дітей спостерігається поліпшення загального психоемоційного стану (у 4-х дітей раніше спостерігалася наявність неадекватної поведінки по відношенню до педагогів і дітям, загальна розгальмування, різкі перепади настрою, депресивний стан).

Планомірне проведення корекційно-розвиваючих занять з дітьми по формуванню навичок самообслуговування, культури поведінки, спілкування,

навчання збереження життя, господарсько-побутовим навичкам (15 занять), залучення до роботи з дітьми підлітків-волонтерів (проведення заходів, супровід дітей) сприяли підвищенню адаптивних можливостей дитини – 6%, самореалізації дітей, розширення кола соціальних контактів дітей-інвалідів.

Ефективність соціально-психологічних реабілітаційних заходів становить в середньому – 55%. За результатами діагностики відзначається підвищення рівня активності тимчасового дитячого колективу, соціального статусу кожної дитини.

В результаті проведеної соціально- психологічно- педагогічної- корекційної роботи підвищився рівень стійкості емоційно-вольової сфери в середньому у

Зниження занепокоєння, тривожності, нормалізація сну відзначаються у 5% дітей.

У той же час 24,4% дітей, які взяли участь в реабілітаційних заходах, не мають динаміки.

Досить ефективними є заходи щодо соціально-побутової адаптації: навчання навичкам самообслуговування, особистої гігієни, пересування, господарсько-побутової праці.

У 50,6% дітей частково сформовані навички самообслуговування (застібання гудзиків, шнурівка, вміння взуватися тощо) [67; 69; 75]. 49,4% володіють навичками самообслуговування в повному обсязі.

Соціальної адаптації дітей з обмеженими можливостями сприяє організація лялькових театрів, проведення свят, спартакіада, фестивалів творчості.

При проведенні заходів по організації відпочинку та дозвілля поліпшення загального емоційного стану спостерігається у всіх дітей.

Таким чином, підбиваючи підсумок виконаної роботи, у даній частині третього розділу дипломної роботи, відзначимо, що, аналіз результативності реабілітаційних заходів наочно підтвердив, що використовуються форми і

методи роботи з дітьми-інвалідами досить ефективні.

Ці дані прямо і побічно підтверджують гіпотезу дослідження: комплексне використання різних видів і форм соціально-педагогічної допомоги позитивно впливає на розвиток і становлення дитини з ДЦП, підвищує соціально-рольову адаптованість сім'ї.

3.3. Перспективний план роботи соціального педагога з дітьми інвалідами ДЦП

Проблема соціалізації дітей-інвалідів, дітей зазнає труднощі в соціальній адаптації і є найбільш складною і комплексною серед того кола проблем, які супроводжують процес становлення особистості. Можна відзначити ті моменти, які перешкоджають соціалізації дитини-інваліда: найчастіше це негативне ставлення до інвалідів в суспільстві, неприйняття його однолітками. Ці та інші фактори призводять до того, що дитина з обмеженими можливостями переймається почуттям власної неповноцінності, непотрібності, що ускладнює його соціальне самопочуття і входження в суспільство в майбутньому [83; 85; 86]. Сім'я – основа первинної соціалізації особистості. Саме з сім'ї починається процес засвоєння дитиною суспільних норм і культурних цінностей. Соціологічними дослідженнями виявлено, що вплив сім'ї на дитину сильніше, ніж вплив школи, вулиці, засобів масової інформації.

Отже, від соціального клімату в сучасній сім'ї, духовного і фізичного становлення в ній дітей найбільшою мірою залежить успішність процесів розвитку і соціалізації дитини. Будь-яке суспільство, яке на кожному етапі свого розвитку виробляє певну систему соціальних і моральних цінностей, свої ідеали, норми і правила поведінки, перш за все саме зацікавлене в тому, щоб кожна дитина, прийнявши і засвоївши їх, змогла жити в цьому суспільстві, стала його повноправним членом. Для цього суспільство в тій чи іншій формі завжди надає цілеспрямований вплив на особистість, здійснюване через виховання і освіту. З

іншого боку, на її формування великий вплив роблять і різноманітні стихійні, спонтанні процеси, що відбуваються в нашому житті. З першого класу дитина починає формуватися як особистість, в цей час відбуваються бурхливі фізіологічні та психологічні зміни. Зміна або розширення соціальних вимог до підростаючої особистості часто провокує різні відхилення в поведінці, емоційні та нервово-психічні порушення. У цей період особливо важливо надати необхідну допомогу дітям. Соціально-педагогічна діяльність є найважливішим кроком у наближенні до дитини, вивченні її безпосередніх потреб і проблем. Все вище сказане підкреслює актуальність розвитку соціально-педагогічної діяльності для реалізації необхідної допомоги дітям та їх батькам. У зв'язку з цим у відділенні реабілітації дітей з обмеженими можливостями соціальним педагогом була розроблена програма соціально-педагогічної діяльності. Цільова група: діти-інваліди, діти, які зазнають труднощів у соціальній адаптації та їхні батьки. Мета програми: організація соціально-педагогічного супроводу сімей з дітьми-інвалідами, дітьми, які зазнають труднощів у соціальній адаптації.

Завдання:

- 1) виявляти і обліковувати сім'ї, які виховують дітей-інвалідів, дітей, які зазнають труднощів у соціальній адаптації;
- 2) здійснювати патронаж сімей, які виховують дітей-інвалідів, дітей, які зазнають труднощів у соціальній адаптації;
- 3) дослідити дитячо-батьківські відносини в сім'ї, дітей-інвалідів, дітей, які зазнають труднощів у соціальній адаптації;
- 4) здійснювати інформаційно-просвітницьку роботу з дітьми та їх батьками через пам'ятки, статті, інформацію на сайті установи;
- 5) сприяти одержувачам соціальних послуг в участі в конкурсах та заходах;
- б) організувати міжвідомчу взаємодію з установами соціального обслуговування, освіти, додаткової освіти, охорони здоров'я, закладами культури. Форми і методи роботи. При виборі форм і методів роботи план посилається на рекомендації А. М. Беляєвої та І. К. Кузнецової «Соціально-

педагогічна робота з сім'єю дитини-інваліда», а також посібник Л. В. Карцева «психологія і педагогіка соціальної роботи з сім'єю». Програма соціально-педагогічної діяльності представлена у Додатку В, табл. 1, включає в себе три основних напрямки форм роботи соціального педагога.

Основні напрямки в роботі соціального педагога: допомога сім'ї в проблемах, пов'язаних, вихованням дитини; залучення дітей, батьків, до організації та проведення соціально значущих заходів, акцій; розпізнавання, діагностування та вирішення конфліктів, що зачіпають інтереси дитини, проблемних ситуацій на ранніх стадіях розвитку з метою запобігання серйозних наслідків; групове та індивідуальне консультування дітей та їх батьків з питань виховання дітей в сім'ї, вирішення проблемних життєвих ситуацій тощо [40; 41; 76]. Програма соціально-педагогічного супроводу курсу реабілітації дітей та підлітків з обмеженими можливостями включає в себе наступні блоки:

- соціально-педагогічний патронаж;
- робота з сім'єю;
- робота з дітьми;
- робота з міжвідомчими організаціями;
- методична робота.

Соціально-педагогічний патронаж. Програма роботи соціального педагога з дитиною в умовах відділення реабілітації дітей та підлітків з обмеженими можливостями повинна враховувати результати попереднього соціально-педагогічного обстеження.

Педагогічне обстеження. Це обстеження включає в себе визначення соціального статусу, реабілітаційного потенціалу, психологічного клімату сім'ї, чисельність і структуру сім'ї, її життєвий досвід і культурно-освітній рівень, розподіл обов'язків і наявність вільного часу, характер організації спільної діяльності, стиль спілкування, рівень педагогічної компетенції дорослих членів родини, сімейні традиції, виявляє рівень психічного розвитку, сформованість основних соціально-побутових навичок самої дитини. Обов'язково виявляються

і фіксуються основні проблеми, що хвилюють сім'ю в даний момент, що перешкоджають процесу реабілітації та соціалізації дитини з обмеженими можливостями [34; 35; 36]. Всі ці відомості допомагають соціальному педагогу правильно поставити завдання на реабілітаційний цикл по соціально-педагогічному блоку в роботі з дітьми та батьками, оптимальним чином скласти програму соціально-педагогічної допомоги дитині і сім'ї на майбутній період.

Алгоритм проведення патронажу. Первинний патронаж: виїзд в сім'ю; обстеження житлово-побутових умов, з'ясування соціальних проблем сім'ї, заповнення «Листа патронажу»; Заповнення «соціального паспорта сім'ї». Інформування про роботу соціального центру, районних служб соціального захисту, волонтерські організації та фонди, відділення реабілітації; Виявлення потреби сім'ї в педагогічних, психологічних, юридичних і медичних послугах.

Контролюючий патронаж (педагогічний супровід сім'ї). З'ясування, на якій стадії знаходиться вирішення соціальних проблем сім'ї, і яку допомогу можуть надати фахівці відділення реабілітації; Організація консультування фахівцями відділення реабілітації батьків з психолого-педагогічних питань сімейного виховання та розвитку особистості дітей з обмеженими можливостями;

Залучення дітей з обмеженими можливостями на території Комунарського району для участі в конкурсах, ігрових програмах, культурно-масових заходах (по можливості); Інформування з надання послуг в організації, заняття творчою діяльністю, консультування лікаря, логопедичного заняття, фізкультурно – оздоровчої роботи, лікувально-оздоровчих процедур.

Сприяння в організації обслуговування на дому за запитом батьків з метою навчання прийомам реабілітації та проведення заходів в домашніх умовах;

Проведення заходів з надання психолого-профорієнтаційних послуг підліткам з обмеженими можливостями.

Підсумковий патронаж: з'ясування, на якій стадії знаходиться вирішення соціальних проблем сім'ї. Чи знята гостра потреба в Послугах. Залежно від цього

вирішується питання про подальший супровід сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими можливостями. Якщо реабілітаційна компетентність батьків підвищилася, і вони на деякий час не потребують послуг фахівців, то роботу з даною сім'єю можна відновити через 3-4 місяці. А якщо потреба в послугах у сім'ї зберігається, то з даною сім'єю триває психолого-педагогічний супровід. Робота з сім'єю дитини-інваліда ведеться до досягнення нею 18-річного віку.

Робота з сім'єю. Головна мета соціально-педагогічної діяльності та супроводу в роботі з сім'єю та дитиною з обмеженими можливостями – допомогти сім'ї впоратися з важким завданням виховання дитини-інваліда, сприяти її оптимальному функціонуванню, незважаючи на наявні об'єктивний фактор ризику; впливати на сім'ю з тим, щоб мобілізувати її можливості для вирішення завдань реабілітаційного процесу, адаптація дитини до зовнішнього світу, соціалізація, допомога у вирішенні соціальних проблем. Залучення батьків до реабілітаційного процесу. Іншими словами, мета соціального педагога сприяти соціальній адаптації та реабілітації сім'ї та дитини з інвалідністю.

Перш за все, всі сім'ї, які виховують дітей-інвалідів Комунарського району необхідно розділити за категоріями, створити соціальний банк даних, де будуть представлені списки повних сімей, неповних, опікуваних, малозабезпечених, багатодітних, сім'ї по втраті годувальника тощо, що допоможе фахівцям відділення реабілітації в роботі.

Батькам, в процесі реабілітаційного циклу надаються індивідуальні консультації з соціально-педагогічних питань. Інформування про роботу відділення соціального захисту, відділення реабілітації, їх цілі та завдання.

Це можуть бути питання щодо соціальних пільг і гарантій, проблеми отримання освіти та професійної підготовки дітей з обмеженими можливостями. При необхідності соціальний педагог допомагає батькам взаємодіяти з різними структурами, фондами, організаціями (з органами охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, громадськими та благодійними установами тощо), які можуть допомогти родині в організації реабілітаційного процесу. У цьому

випадку педагог складає зазвичай письмові звернення, клопотання в перераховані вище структури, усні звернення підтверджують необхідність допомоги у вирішенні проблем сім'ї та дитини з обмеженими можливостями, з пропозиціями щодо об'єднання зусиль різних відомств у справі активізації реабілітаційного процесу. Інформування про соціальні центри допомоги та благодійні організації.

Так само з метою підвищення реабілітаційної культури та реабілітаційної активності батьків та дітей, проводиться наступна робота: анкета для батьків з питань задоволеності якістю надання соціальних послуг. Заповнюється карта якості; [53; 81; 56] Анкета для батьків (виявлення соціального статусу сім'ї, реабілітаційної активності, а так само взаємин між членами сім'ї, вивчення відносин батьків і дітей); Діагностика сімей. Заповнюється для виявлення найбільш значущих проблем; діагностична робота може проводитися як груповим, так і індивідуальним методом, повідомлення ж результатів діагностики завжди здійснюється індивідуально.

Методики соціально-педагогічної діагностики батьків: Діагностика мікросоціуму і виховного потенціалу сім'ї досліджується за допомогою анкети «Соціальний паспорт сім'ї», в яку входять питання про соціально-середовому, соціально-економічному становищі сім'ї, склад сім'ї, генограма сім'ї та спеціальні відомості про дитину-інваліда. Ця анкета дає повну інформацію про сім'ю, яка виховує дитину-інваліда; Складається карта обстеження сім'ї, що має неповнолітніх дітей відвідують відділення реабілітації дітей і підлітків з обмеженими можливостями в якій прописується результат обстеження сім'ї, план роботи. Оцінка результатів надання соціально – педагогічних послуг; тест-опитувальник відносин батьків і дітей. «Стратегії сімейного виховання». Оцінка стратегій сімейного виховання; проведення тематичних батьківських зборів; проведення спільних заходів; просвітницька робота: з правових питань (консультування з матеріальних виплат і пільг тощо, а так само педагогічному вихованню, за допомогою спеціального друкованого матеріалу (пам'ятки,

буклети, листівки).

Робота з дітьми. Робота з дітьми ґрунтується на базових потребах дітей і підлітків з обмеженими можливостями: в любові і захищеності, в стабільності і передбачуваності середовища, в спілкуванні і емоційних переживаннях, пов'язаних з ними, у вивченні світу і себе в цьому світі. Планується робота в соціалізації дітей через групові відвідування муніципальних закладів культури, централізованої бібліотечної системи, центру додаткової освіти дітей у відповідність із запропонованою тематикою, муніципального закладу культури. Крім усього планується активна участь дітей і підлітків з обмеженими можливостями в конкурсах і виставках, організованих районним Управлінням освіти, Департаментом соціального розвитку. Так само планується організація екскурсій у ветеринарні ділянки, пожежну частину, церкву, проведення виставок виробів, малюнків дітей і підлітків в будівлі центру соціального обслуговування населення і інших значимих об'єктах району. Також проводити роботу з дітьми з правового виховання (тематичні бесіди, мультимедійні презентації). Дані заняття мають на меті познайомити дітей з правами та обов'язками. Визначення можливості кожної людини при необхідності захищати свої права. Проводити заняття в рамках техніки безпеки, метою яких є познайомити дітей з правилами безпеки, формувати уявлення про безпечну поведінку.

Діагностична робота з дітьми: Виявляти найбільш значущі проблеми. Діагностична робота може проводитися як груповим, так і індивідуальним методом.

Методики соціально-педагогічної діагностики дітей: Діагностика-метою якої є вивчення, формування і згуртування дитячого колективу. Методика діагностики схильності до подолання соціальних норм і правил мета методики: виявити схильність до подолання соціальних норм і правил в поведінці дітей. Метод спостереження. Крім колективної роботи з дітьми йде робота індивідуальна проводяться бесіди. По проведенню методики робиться аналіз і планується подальша робота. Робота з міжвідомчими та між секторальними

організаціями. Здійснюється з метою міжвідомчої взаємодії для більш ефективного соціально-реабілітаційного процесу. Для повної соціальної адаптації та інтеграції дітей в суспільстві діти періодично відвідують анімаційні заходи (екскурсії, ігрові програми і тощо).

Методична робота соціального педагога. Діяльність соціального педагога передбачає наступну методичну роботу, а саме:

Вивчення методичної літератури за нозологічними групами інвалідності з метою навчання батьків прийомам педагогічної реабілітації в домашніх умовах. Підготовка індивідуальних рекомендацій для батьків, які зазнають труднощів у вихованні дитини, пам'яток, буклетів, інформаційних листів та іншої друкованої продукції, а так само інформації на стенд «для Вас батьки».

Робота в психолого-медико-педагогічному консилиумі. Інформування громадян району про роботу будинку реабілітації дітей з обмеженими можливостями. Аналіз роботи соціального педагога за підсумками реалізації програми соціально-педагогічного супроводу курсу реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

Принципи роботи. Моя майбутня робота з дітьми з і їх батьками побудована на принципах

Особистісно-орієнтований підхід до дітей, до батьків, де в центрі стоїть облік особистісних особливостей дитини, сім'ї; забезпечення комфортних, безпечних умов.

Гуманно-особистісний-всебічна повага і любов до дитини, до кожного члена сім'ї, віра в них, формування позитивної «Я-концепції» кожної дитини, його уявлення про себе (необхідно, щоб чув слова схвалення і підтримки, проживав ситуацію успіху).

Розглянувши даний план соціального педагога у роботі з адаптації соціального супроводу дітей з ДЦП можна визначити, що загальний підхід соціального супроводу дітей ДЦП базується та розвиваються навколо дитини та її соціалізації у суспільстві для майбутнього комфортного та рівноправного

життя. Також достатній соціальний супровід проводиться з сім'ю дитини тому що сім'я є головним осередком соціалізації дитини.

ВИСНОВКИ

Таким чином, підбиваючи підсумок виконаної роботи, можна зробити висновок, що досліджувана робота надання всебічного соціально-педагогічного супроводу, допомоги дітям з діагнозом дитячий церебральний параліч, сьогодні дуже актуальна, тому що різко зросла і продовжує зростати чисельність потребуючих допомоги дітей.

Психологічна, соціально-педагогічна допомога та соціальний супровід є одним з важливих ланок системи реабілітації дітей з ДЦП.

В даний час проблема інвалідності переосмислюється, на зміну закритим установи приходить система комплексної реабілітації.

Питання соціально-педагогічної допомоги та соціального супроводу вивчені далеко недостатньо. Складність, різноманіття і специфіка аномального розвитку вимагають системного підходу до розробки корекційних, реабілітаційних, психологічних та соціальних технологій та методів. Не можна створити універсальну соціальну програму, тому що крім структури дефекту, ступеня його тяжкості, необхідно враховувати час виникнення дефекту, рівень розвитку, індивідуальні особливості розвитку. Необхідно працювати як з самою дитиною, так і з її оточенням, з умовами життя, виховання і навчання дитини і її психологічного клімату.

Головне завдання підтримки дитини з проблемами в розвитку - допомогти йому так побудувати пізнання самого себе, щоб воно стало дієвою силою сприятливого саморозвитку і саморегуляції. Проведення заходів щодо підвищення соціальної значущості дитини в сім'ї – основа підняття реабілітаційного потенціалу дитини. Вся допомога повинна носити випереджаючий характер, прагнути до активного формування того, що повинно бути досягнуто в перспективі.

Необхідно комплексне рішення даної проблеми: об'єднання зусиль різних відомств і установ, створення цілісної системи соціально-педагогічної допомоги дітям, які опинилися в кризовій ситуації, де дитина може отримати психологічну,

педагогічну, соціальну та інші види допомоги, прийняти ряд заходів щодо посилення батьківської відповідальності за виховання дітей. Необхідно підкреслити пріоритетну роль профілактичної роботи з дітьми та з сім'єю, перед заходами реабілітації.

Використання передових форм і методів дуже важливо в роботі соціального педагога, так як вони розвивають особистість, виховують її, сприяють формуванню моральних якостей.

Отже гіпотеза даної роботи про те що, комплексне використання різних видів і форм соціально-педагогічної допомоги позитивно впливає на розвиток і становлення дитини з ДЦП, підвищує соціально-рольову адаптованість сім'ї підтвердилася.

Я вважаю, що поєднання індивідуальних і колективних форм впливу, застосування різних видів психологічної, соціально-педагогічної допомоги та супроводу, як можна більш ранній початок корекційної діяльності допоможе подолати багато недоліків у розвитку особистості дитини – інваліда, зробити процес інтеграції їх у суспільство цілком здійсненим. Залучення дітей до соціально-значимої діяльності, дозволяє крім конкретної допомоги розвинути у них соціальну ініціативу, адаптивну інтеграцію дитини-інваліда у суспільстві, діяти на підставі постійного творчого пошуку, створювати умови для самостійного включення в життя суспільства.

Підводячи остаточний підсумок роботи відзначимо, що проведене в дипломній роботі дослідження не претендує на вичерпне розкриття проблеми. Накопичений і викладений в роботі теоретичний і фактичний матеріал вимагає розвитку і уточнення. Зокрема, може становити інтерес для подальшого дослідження проблеми більш детального статистичного вивчення проблеми, активних соціально-педагогічних технологій.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамова Т. Ф. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. *Детский церебральный паралич*. Москва, 2000. С. 131-135.
2. Авакян Г.Н. Изучение координационных нарушений у больных детским церебральным параличом. Кишинев: Здравоохранение, 1984. 320 с
3. Бараковская Н. И. Воспитание отношений сотрудничества между школьниками 5-7 классов на основе гуманистических ценностей методами педагогического консультирования: дис. канд. пед. наук: 13.00.01. Екатеринбург, 1998. 178 с.
4. Белова Г. И. Відбудовне лікування дітей, хворих церебральним паралічем, в умовах санаторію. Київ: Здоров'я, 1984. 104 с.
5. Беляева М. А., Кузнецова И. Е. Социально педагогическая работа с семьей ребенка-инвалида: учеб. пособие. Екатеринбург: Издательство АМБ, 2001. 215 с.
6. Белєвцова Я. С. Механізм підвищення якості соціальних послуг на рівні місцевих органів влади: автореф. дис. канд. наук з держ. уп: 25.00.02. Харків, 2011. 20 с.
7. Борецька Н. П. Соціальний захист населення на сучасному етапі: стан і проблеми: монографія. Донецьк: Янтар, 2001. 352 с.
8. Бочкор Н. П. Соціально педагогічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період. Київ: ЛаСтрада Україна, 2014. 84 с.
9. Выготский Л. С. Педагогическая психология. Москва: Педагогика Пресс, 1996. 536 с.
10. Гаврилушкина А. П. Соколова Н. Д. Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников. Москва: Педагогика Пресс, 1985. 174 с.
11. Дитячий церебральний параліч: коротко про все. URL: https://kozyavkin.com/uk/science/blog/dcp_korotko_pro_vse/. (дата звернення: 30.06.2020).

12. Досвід втілення положень про освіту для дітей із особливими потребами в країнах Центральної Європи. Київ: Центр навчальної літератури, 2006. 42 с.

13. Дубич К. В. Участь громадських організацій в публічному управлінні системою соціальних послуг. *Державно-управлінські студії*. 2017. № 2. С. 56-74.

14. Еременко І. Г. Урок в допоміжній школі. *Дефектологія*. 1999. № 2. С. 7-10.

15. Засенно В. В. Сучасна система освіти осіб з вадами слуху: стан, проблеми, перспективи: зб. мат. І Всеукраїнської конференції з історії навчання глухих в Україні. Київ, 2001. С. 195-228.

16. Карцева Л. В. Психологія і педагогіка соціальної роботи з сім'єю: навч. посіб. Київ: Наука, 2009. 308 с.

17. Касьянова О. М. Педагогічний аналіз навчального процесу в загальноосвітній школі як засіб підвищення його ефективності: дис. канд. пед. наук: 13.00.01. Харків, 2000. 163 с.

18. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія. Київ: Самміт книга, 2008. 270 с.

19. Колупаєва А., Таранченко О., Данилавичуте Е. Спеціальна освіта сьогодні в Україні. *Спеціальна освіта Міжнародні перспективи: практики в усьому світі*. 2014. Emerald Group Publishing Limited. С. 311-351.

20. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.

21. Коробенко Н. П. Пенсійне забезпечення по інвалідності в солідарній пенсійній системі України: автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.05. Київ, 2010. 20 с.

22. Крупка М. І., Ревак І. О. Методологічні засади дослідження інтелектуального потенціалу в контексті економічної безпеки. *Бізнес Інформ*. 2015. № 12. С. 20-25.

23. Крушельницька О. В. Методологія та організація наукових досліджень:

навч. посіб. Київ: Кондор, 2006. 206 с.

24. Левченко И. Ю., Ткачева В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. Москва: Просвещение, 2008. 140 с.

25. Левченко І. Ю., Приходько О. Г. Технології навчання і виховання дітей з порушеннями опорно рухового апарату. Київ: Кондор, 2001. 401 с.

26. Лейденгруб П. С. О переходе на новую структуру исторического и обществоведческого образования. *Преподавание истории в школе*. 1993. № 4. С. 36-37.

27. Лернер И. Я. Развитие мышления учащихся в процессе обучения истории. Москва: Просвещение, 1982. 191 с.

28. Литвиненко В. М. Соціальні послуги у сфері соціального захисту населення: автореф. дис. канд. юрид. наук. Харків, 2012. 20 с.

29. Лореман Т. Сім стовпів підтримки інклюзивної освіти: перехід від «Чому?» до «Як?». *Міжнародний журнал шкільного навчання Віола*. 2007. 3 (2). С. 22-38.

30. Маллер А. Соціальне виховання і навчання дітей з відхиленнями у розвитку. Київ: Кондор, 2002. 262 с.

31. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. Санкт-Петербург: Речь, 2006. 224 с.

32. Мастюкова Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. Москва: Академия, 1995. 92 с.

33. Мастюкова Е. М. Особенности личности учащихся с церебральным параличом. *Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорнодвигательного аппарата*. Москва. 2005. С. 62-144.

34. Мельник В. П. Державний соціальний захист осіб з інвалідністю: науково-теоретичний контекст. *Соціальне право*. 2017. № 1. С. 152-163.

35. Мельник В. П. Конституційне право осіб з інвалідністю на соціальний

захист: теоретико-правовий аспект. *Часопис Національного університету «Острозька академія»*. Серія «Право». 2015. № 1 (11). С. 45-67.

36. Методичні рекомендації соціальним працівникам щодо соціального супроводу прийомних сімей / за ред. Г. М. Бевза, Л. С. Волинець, А. Й. Капської. Київ: Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка, 1999. 103 с.

37. Методологія наукових досліджень: навч. посіб. / за ред. В. І. Зацерковного, І. В. Тішаєва, В. К. Демидова. Ніжин: Ніжинський державний університет ім. М. Гоголя, 2017. 236 с.

38. Мицкевич Ж. И., Мицкевич Л. Н., Рымашевская Е. Э., Ящук Е. С. Социальная работа с семьей: мир взрослых и детей: учеб.-метод. пособ. Минск: Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка, 2002. 159 с.

39. Мухина В. С. Изобразительная деятельность ребенка как форма усвоения социального опыта. Москва: Язык, 1999. 156 с.

40. Мясищев В. Н. Избранные произведения. Москва: Просвещение, 2005. 167 с.

41. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 154 с.

42. Небылицин В. Д. Основные свойства нервной системы. Москва: Просвещение, 1999. 78 с.

43. Нефедова И. В. Личностные особенности и динамика психоэмоционального состояния матерей при лечении ребенка с психоневрологической инвалидностью. *Исцеление: Альманах*. Москва, 1995. Вып. 2. С. 4-17.

44. Павлюков О. Соціально правовий захист інвалідів в Україні: автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.05. Луганськ, 2009. 20 с.

45. Пеша І. В. Методика здійснення соціального супроводу прийомних сімей. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2006. № 3 (15). С. 90-101.

46. Причини виникнення та фактори ризику розвитку ДЦП. Виникнення

ДЦП під час вагітності. URL: https://kozyavkin.com/uk/science/blog/prichini_viniknennja_ta_faktori_riziku_rozvitku_dcp_viniknennja_dcp_pid_chas_vagitnosti/. (дата звернення: 20.09.2020).

47. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 р. № 2671-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2019. № 18. Ст. 73.

48. Психологическое и социальное сопровождение больных детей и детей инвалидов / под ред. Г. Ф. Безух. Санкт-Петербург: Речь, 2007. 112 с.

49. Ротар В. Сучасні підходи щодо розуміння змісту категорії «соціальні послуги». *Актуальні проблеми державного управління*. 2013. Вип. 4. С. 116-119.

50. Рощупкина Л. А. Льготы инвалидам. Ответы на все вопросы. Москва: КноРус, 2008. 311 с

51. Семенова І. Психолого педагогічна допомога сім'ї, яка виховує особливу дитину. *Довідник старшого вихователя дошкільного закладу*. 2008. № 7. С. 39-60.

52. Синичук С. М. Право соціального забезпечення України: навч. посібник. Київ: Знання, 2003. 306 с.

53. Сластенин В. А. Социальный педагог: готовность к профессиональной деятельности. Научные труды Московского педагогического государственного университета. Психолого-педагогические науки. Москва. 1995. № 4. С 71-95.

54. Сластенин В. А., Шептенко П. А. Формирование готовности социального педагога к профессиональной деятельности. Технология психолого педагогической подготовки учителя к воспитательной деятельности (социально педагогический аспект): тезисы Всерос. науч. практической. конференции. Барнаул, 1996. С. 128-135.

55. Сластенин В. А., Ісаєв І. Ф., Міщенко А. І., Шиянов Е. Н. Педагогіка: навч. посібник. Київ: Знання, 1997. 264 с.

56. Софій Х., Сварник М., Троханіс П. Права дітей із особливими освітніми потребами та постійний доступ до якісної освіти. Київ: Міжнародний фонд «Відродження», 2006. 64 с.

57. Социальная работа с семьей: мир взрослых и детей: учеб. метод. пособие. / Ж.И. Мицкевич и др. Минск : БГПУ, 2002. 159с.
58. Соціальна робота в Україні: навч. посіб. / за ред. І. Д. Зверевої, Г. М. Лактіонової. Київ: Науковий світ, 2003. 117 с.
59. Соціальна робота: технологічний аспект / за ред. А. Й. Капської. Київ: Державний центр соціальних служб для молоді, 2004. 364 с.
60. Соціальний супровід сімей, які опинилися в складних життєвих обставинах: метод. посіб. / під ред. І. Д. Зверевої, З. П. Кияниці, В. О. Кузьмінського. Київ: Держсоцслужба, 2006. 104 с.
61. Специальная психология: учеб. пособ. / под ред. В. И. Лубовского. Москва: Издательский центр «Академия», 2006. 464 с.
62. Стам Б. Допомога дітям при церебральному паралічі. Практичні поради. Львів: Місіонер, 1995. 72 с.
63. Таранченко О. М. Розвиток системи освіти осіб з порушеннями слуху в контексті поступу вітчизняної науки та практики: монографія. Київ: О. Т. Ростунов, 2013. 483 с.
64. Таранченко О. М. Генезис національної системи освіти осіб із порушеннями слуху. *Інститут спеціальної педагогіки Національної академії педагогічних наук України*. Київ, 2013. С. 120-182.
65. Таранченко О. М. Сучасні підходи задоволення навчальних потреб учнів із порушеннями психофізичного розвитку у спеціальних та інклюзивних закладах освіти. *Дефектологія. Спеціальність дитини: навчання та виховання*. 2013. № 1. С. 23-27.
66. Технології роботи з різними категоріями клієнтів центрів соціальних служб для молоді: метод. посіб. / під ред. С. В. Толстоухової, О. О. Яременко, О. В. Вакуленко. Київ: Державний центр соціальних служб для молоді, Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2003. 88 с.
67. Технології створення та функціонування прийомних сімей, дитячих будинків сімейного типу: збірн. метод. мат. / упоряд. Г. М. Бевз, А. Й. Капська,

- Н. М. Комарова. Київ: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2003. 188 с.
68. Ткачева В. В. Семья ребенка с отклонениями в развитии. Москва: Книголюб, 2007. 140 с.
69. Трубавіна І. М. Соціальний супровід неблагополучної сім'ї. Київ: Державний центр соціальних служб для молоді, 2003. 86 с.
70. Устинова Е. В. Дитячий церебральний параліч: психологічна допомога дошкільнятам. Київ: Книголюб, 2007. 167 с.
71. Фирсов М. В. Технология социальной работы: учеб. пособ. для вузов. Москва: Академический Проект, 2009. 486 с.
72. Флорескул Н. Система соціального захисту населення як чинник формування соціальної держави. *Вісник Київського національного торговельно-економічного університету*. 2009. С. 34-45.
73. Чічкань М. В. Діяльність громадських організацій у сфері захисту інвалідів. *Форум права*. 2008. № 3. С. 523-526.
74. Чічкань М. В. Захист інвалідів у сфері діяльності громадських організацій. *Актуальні проблеми роботи з персоналом у правоохоронних органах*: мат. наук. практ. конф., м. Харків, 27 листоп. 2008 р. Харків, 2008. С. 345-348.
75. Чічкань М. В. Інваліди як суб'єкти трудових правовідносин. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2009. № 12. С. 63-65.
76. Чічкань М. В. Повноваження Міністерства праці та соціальної політики в галузі соціального захисту населення. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2008. № 11. С. 57-59.
77. Чічкань М. В. Правове регулювання соціального захисту інвалідів в Україні: автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.05. Харків, 2009. 20 с.
78. Чічкань М. В. Соціальний захист чи соціальне забезпечення? *Південноукраїнський правничий часопис*. 2008. № 4. С. 218-221.
79. Шалаев И. К. программно целевая психология управления: учеб. пособие. Барнаул, 1998. 340 с.

80. Шацький С. Т. Вибрані педагогічні твори: в 2 т. / під ред. Н. П. Купріна. Київ: Наука, 1980. 129 с.
81. Шевчук П. І. Соціальна політика. Львів: Світ, 2003. 400 с.
82. Шеліхова Н. І. Техніка педагогічного спілкування / під ред. М. Гінзбурга. Київ: Центр навчальної літератури, 1998. 304 с.
83. Шумна Л. П. Правові основи реабілітації інвалідів в Україні: автореф. дисканд. юрид. наук: 12.00.05. Харків, 2003. 19 с.
84. Якушев Л. П. Социальная защита. Москва: Владос, 2007. 204 с.
85. Deppeler J., Harvey D., Loreman T. Inclusive education: a practical guide to maintaining diversity in the classroom. New York : RoutledgeFalmer, 2005. 271 p.
86. Lupart J., Webber C. Canadian schools in transition: moving from dual education systems to inclusive schools. NYC: Exceptionality Education Canada, 2002. Vol. 12 (2). P. 54-68.
87. McConaughy H., Smith D., Bucks M. Services for children with disabilities in European countries. Report based on a meeting organized by the European Academy of Child Disability with the support of HELIOS II. *Developmental medicine and pediatric neurology*. 1997. Vol. 39. Appendix № 76. P. 205-249.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 1.

Психолого-педагогічна адаптованість сім'ї до проблем інвалідності

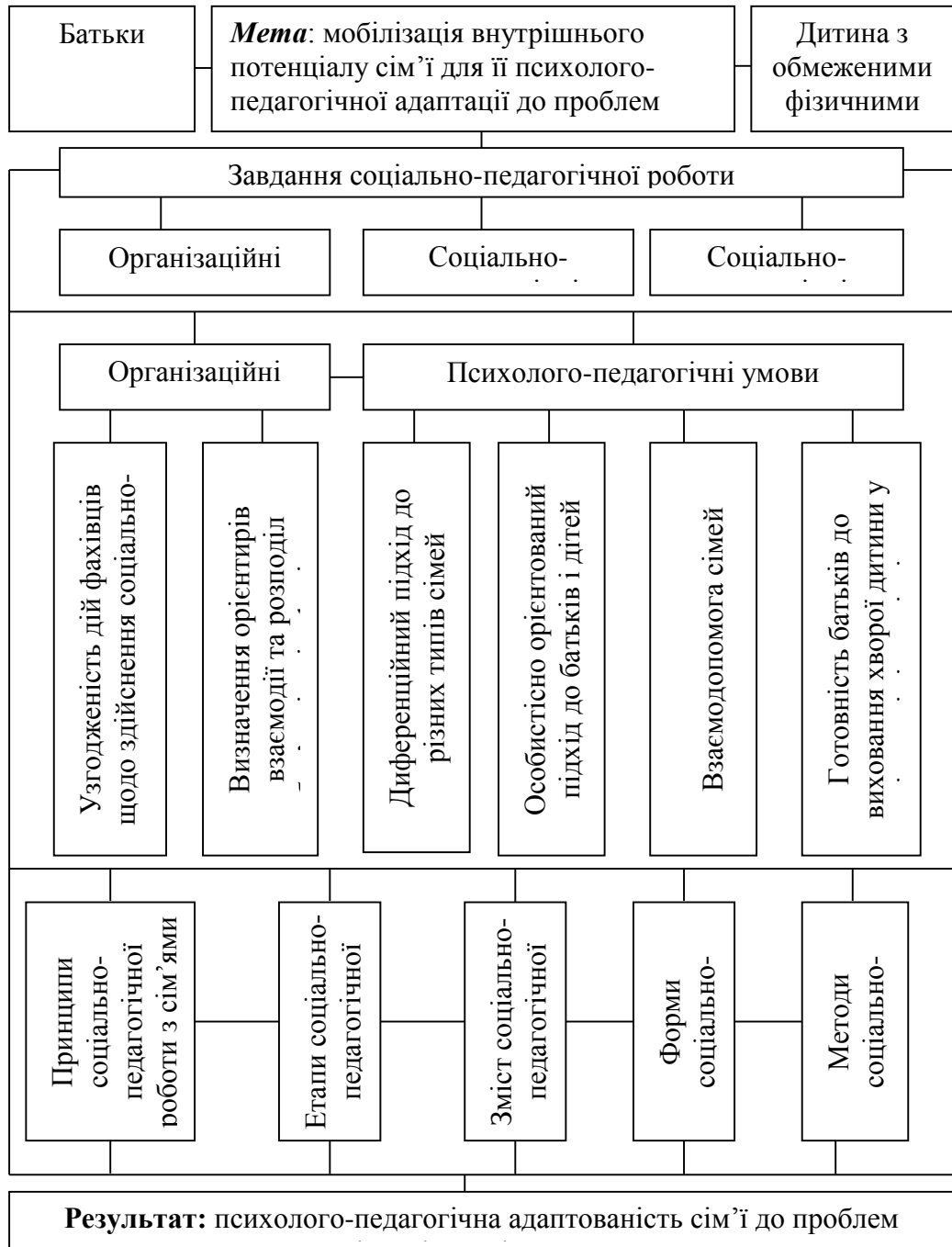




Схема групування недоліків у функціонуванні чинної в Україні системи надання населенню соціальних послуг

Додаток В

Таблиця 1.

Програма соціально-педагогічної діяльності

Метод	Форма	Мета
Діагностичні методи		
Опитування клієнтів	Тести, анкети, інтерв'ю	Дізнатися як можна більше про сім'ю, про її потребу в допомозі у важкій ситуації виховання і розвитку особливої дитини.
Спостереження	Включене, не включене	Оцінити соціальну поведінку дитини.
Діагностика	Малювання	Мета вивчення взаємовідносин між дітьми.
Аналіз документів	Соціальних, медичних та реабілітаційних карт.	Планування подальшої роботи по реабілітації дитини
Терапевтичні методи		
Патронаж	Діагностичний Контрольний Адаптаційно-реабілітаційний	Знайомство з умовами життя дитини, вивчення факторів ризику; Оцінка стану сім'ї та дитини, динаміка проблем, аналіз ходу реабілітаційних заходів, виконання батьками рекомендацій фахівців. Надання конкретної освітньої, психологічної та посередницької допомоги.
Бесіда	Консультативна бесіда, цільова	З освітніми та посередницькими цілями.

	бесіда з дитиною	
Звернення	Зустрічі, телефонні дзвінки, листи (записки)	З посередницькими, довідковими цілями при взаємодії з сім'єю і зовнішнім оточенням.
Консультації	Роз'яснювальні, Інформаційні та психокорекційного характеру.	Нормалізація сімейних відносин, підвищення активності батьків, направлення на вирішення сімейних проблем.
Робота в парі з колегою	Дифектолог, реабілітолог, логопед. Соціальні служби.	Підбір оптимальних методів роботи з сім'єю, аналіз та корегування подій в особливо складних випадках.

**Декларація
академічної доброчесності
здобувача ступеня вищої освіти ЗНУ**

Я, Медведкова Яніна Валеріївна, студент 2 курсу магістратури , форми навчання заочної, факультету соціології та управління, спеціальність «соціальна робота», адреса електронної пошти yanafevral28@gmail.com,

– підтверджую, що написана мною кваліфікаційна робота на тему «Оптимізація соціального супроводу осіб, хворих на дитячий церебральний параліч» відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, що визначені у ст. 42 Закону України «Про освіту», зі змістом яких ознайомлений;

– заявляю, що надана мною для перевірки електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії;

– згодна на перевірку моєї роботи на відповідність критеріям академічної доброчесності у будь-який спосіб, у тому числі за допомогою інтернет-системи, а також на архівування моєї роботи в базі даних цієї системи.

Дата _____ Підпис _____ ПІБ (студент) Медведкова Я.В.

Дата _____ Підпис _____ ПІБ (науковий керівник) Кальцева С. І.