**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| ВСТУП | 4 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ ЛЮДЕЙ З ОБМЕЖЕННЯМ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ | 8 |
| 1.1.Сучасні проблеми осіб з інвалідністю в Україні | 8 |
| 1.2.Сутність та зміст соціальної реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності | 14 |
| 1.3.Реабілітаційний центр як суб’єкт соціально-педагогічної роботи осіб з інвалідністю. | 27 |
| Висновки до першого розділу | 39 |
| РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРАХ З ЛЮДЬМИ [З ОБМЕЖЕННЯМ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ](http://att3.i.ua/attach/INBOX/5dc410ee54f2/2/%D0%A2%D0%B5%D1%85%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%97%20%D1%81%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%97%20%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D1%82%D0%B8%20%D1%83%20%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D1%96%D0%BB%D1%96%D1%82%D0%B0%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D1%85%20%D0%B7%D0%B0%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%85%20%D0%B4%D0%BB%D1%8F%20%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B5%D0%B9%20%D0%B7%20%D0%BE%D0%B1%D0%BC%D0%B5%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D0%BC%20%D0%B6%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%94%D0%B4%D1%96%D1%8F%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96.docx?_rand=1644976845&I=cVSvlIOjlradbIRQwKGXrg%3D%3D) | 42 |
| 2.1. Особливості ранньої реабілітації дітей з інвалідністю на базі Центру «Пагінець» | 42 |
| 2.2.Інноваційні моделі фізично-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю на базі ІНВАСПОРТУ | 46 |
| 2.3. Аналіз організаційно-методичних основ діяльності КЗ Рівненського обласного центру комплексної реабілітації інвалідів | 53 |
| Висновки до другого розділу | 60 |
| РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ З ОБМЕЖЕННЯМ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ У РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРАХ | 63 |
| 3.1. Проблеми інвалідності в контексті ранньої соціальної реабілітації: аналіз результатів дослідження  3.2. Зарубіжний досвід технологій соціально-педагогічної роботи в реабілітаційних центрах  3.3.Методичні рекомендації щодо удосконалення технологій соціальної роботи в реабілітаційних центрах | 63  68  83 |
| Висновки до третього розділу | 85 |
| ВИСНОВКИ | 87 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 92 |
| ДОДАТКИ | 104 |

**ВСТУП**

**Актуальність теми дослідження.** Незмінність і незворотність зовнішньо-економічного курсу України на інтеграцію до Європейського Союзу вимагає запровадження високих європейських стандартів і нормативів у соціальній сфері і перш за все у сфері захисту людей з інвалідністю. Світовою спільнотою визнано, що людям з інвалідністю має бути надана можливість та створені умови для того, щоб вони мали змогу брати повноцінну участь у всіх сферах суспільного життя нарівні з іншими категоріями громадян.

Проблеми інвалідності були і є достатньо актуальними для будь-яких країн і народів, і вимагає уваги урядів, громадськості різних держав у напрямку пошуку, розробки і впровадження адекватних моделей суспільного устрою, оптимально пристосованих до потреб осіб з функціональними обмеженнями здоров’я з урахуванням ресурсних та інших можливостей суспільств, в яких вони існують.

При аналізі статистичних матеріалів зазначається, що кількість інвалідів в Україні зростає і надзвичайної значущості набуває їх соціальна реабілітація як спосіб їх інтеграції в суспільство, як механізм створення рівних можливостей інвалідам для того, щоб бути соціально затребуваними. Ця проблема актуалізується не тільки тому, що за останній час збільшилась їх кількість, що мають значні фізичні та психічні відхилення, а ще й тому, що дана категорія населення має низький рівень матеріального забезпечення, а також є морально незахищеною.

Зазначимо, що останнім часом ставлення до людей з інвалідністю суттєво змінилося і інвалідність розглядається як соціальне явище. Проте соціалізація та інтеграція осіб з інвалідністю потребують реабілітації, суттєвого оновлення системи спеціальної освіти, її форм і змісту, психологічного супроводу,нових інноваційних технологій, нових комплексних програм розвитку особистості та її більш ефективної і оптимальної соціально-трудової адаптації.

**Ступінь наукової розробленості проблеми.** Проблеми життєдіяльності осіб з обмеженими можливостями є предметом дослідження фахівців багатьох галузей науки: медицини, психології, педагогіки, соціальної роботи. Серед вітчизняних науковців та практиків, які займались дослідженням проблем у сфері соціальної реабілітації дітей з інвалідністю та їх соціально-педагогічної й психологічної підтримки, слід виділити Т. Добровольську, І. Звєрєву, А. Капську, О. Молчан, І. Солодовнікову [4, 22, 31, 44]. Правові основи соціального захисту інвалідів висвітлені в наукових працях В. Андрєєва, Н. Болотіної, П. Пилипенко та ін. [9, 78]. Питаннями соціальної роботи з сім’ями, в яких виховуються діти з інвалідністю, присвячено доробки І. Іванової, Н. Грабовенко, М. Семаго, Т. Соловйової, О. Холостової та ін.[16, 17, 24,88, 90]; здійснено цілу низку вітчизняних докторських досліджень (Ю. Вихляєв, І. Ляхова, Л. Куненко, Д. Шульженко та ін.) [94, 98, 101], присвячених висвітленню методологічних засад навчання, виховання, розвитку й дидактичної корекції функціонального стану дітей та молоді з обмеженням життєдіяльності.

Мета дослідження - проаналізувати та систематизувати наукову літературу з проблеми дослідження, розкрити зміст поняття «реабілітація»,дослідити технології соціальної роботи в реабілітаційних центрах та вказати на шляхи ефективної реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності в реабілітаційних центрах.

Об’єкт, предмет та мета дозволили сформувати такі **завдання** магістерської роботи:

1. Проаналізувати стан розробленості проблеми, систематизувати наукові доробки вчених з проблеми дослідження.
2. Визначити сутність та зміст соціальної реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності.
3. Схарактеризувати стан ранньої реабілітації, фізично-спортивної та комплексної реабілітацій осіб з інвалідністю у реабілітаційних центрах.
4. Теоретично обгрунтувати шляхи покращення соціальної реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності у реабілітаційних центрах.

**Об’єкт дослідження –** процес реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності.

**Предмет дослідження –** технології соціальної реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності у реабілітаційних центрах.

**Гіпотеза дослідження** базується на науковому припущенні, щосоціальна реабілітація осіб з інвалідністю буде більш ефективною в реабілітаційних центрах при умові впровадження ранньої соціальної реабілітації, інноваційних технологій соціальної роботи, клієнтоцентричному підході та залученні фахівців-практиків з реабілітації.

**Методи дослідження.** В ході роботи були використані та адаптовані до мети і завдань дослідження такі методи: *теоретичні* (логічно-теоретичний, зіставно-порівняльний), що дозволили розглядати явища і процеси, соціально-психологічні факти на етапах аналізу і синтезу наукових джерел, визначення предмета, мети і завдань дослідження, уточнення і розвитку основних теоретичних понять, осмислення практичного значення дослідження; *емпіричні* (аналіз документів, усне експертне інтерв’ю) з метою з’ясування проблем ранньої соціальної реабілітації осіб з інвалідністю; *теоретичні методи дослідження*: аналіз, синтез, абстрагування та конкретизація, узагальнення, порівняння, класифікація, індукція, дедукція, аналогія, моделювання.

**Наукова новизна** представлена в поглибленні вивчення соціальної реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності.

**Теоретичне значення роботи –** теоретичне значення даної роботи полягає в комплексному дослідженні ранньої соціальної реабілітації, інтеграції осіб з обмеженням життєдіяльності.

**Практичне значення роботи –** матеріали практичного дослідження даної роботи можуть бути використані в діяльності організацій, що займаються даною проблематикою, для розробки відповідних програм інтеграції осіб з фізичними обмеженнями здоров’я для покращення соціального становища та самопочуття людей з функціональними обмеженнями здоров’я, їх інтеграції в в суспільство.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення і результати роботи репрезентовано в наукових публікаціях автора, а також обговорено на засіданнях кафедри соціальної роботи та Всеукраїнській науково-практичній конференції «Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи» (м. Полтава, 2019р.)., Всеукраїнській науково-практичній конференції «Людина і суспільство: Економічний та соціокультурний розвиток» (м.Рівне, 2019 р.).

**Структура та обсяг магістерської роботи.** Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загального висновку, списку використаних джерел з 105 найменувань та 3 додатків. Загальний обсяг роботи 103 сторінки.

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ ЛЮДЕЙ З ОБМЕЖЕННЯМ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ**

* 1. **Сучасні проблеми осіб з інвалідністю в Україні**

Особи з інвалідністю є найбільш вразливими членами суспільства, що потребують особливої підтримки та допомоги з боку держави. За даними Світової Організації охорони здоров’я, кожен десятий житель Землі – людина з інвалідністю, з них 120 млн. – діти і підлітки. Серед дітей з інвалідністю, найбільш чисельна вікова група 8–14 років (42,3 %), переважають хлопчики (59 %). Близько 80 % дітей з функціональними обмеженнями виховуються в сім’ях, решта – в інтернатних закладах [18, с. 127].

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

Соціальна робота з даною категорією осіб передбачає їх всебічну підтримку з боку держави, дотримання конституційних прав. Вони потребують не лише соціальної та медичної реабілітації, а й створення таких умов, за яких людина з інвалідністю зможе зреалізувати себе в суспільстві в повній мірі.

Багатоаспектність проблем людей з обмеженими можливостями та їх сімей значною мірою знаходить відображення в технологіях роботи з такими людьми, в діяльності системи державного соціального забезпечення.

Погіршення екологічної ситуації, високий рівень захворюваності батьків, відсутність культури здорового способу життя, ряд соціальних, педагогічних, психологічних і медичних проблем сприяють збільшенню числа осіб з інвалідністю.

На даний момент в Україні немає єдиного терміну стосовно осіб, які мають фізичні або психічні відхилення. У засобах масової інформації, спеціальній літературі поняття: «людина з інвалідністю», «люди з обмеженими потребами», «особиз вадами розвитку», «особа з обмеженими функціональними можливостями», «люди з обмеженою дієздатністю» та ін.

Як наголошує С. Толстоухова, соціальна робота з дітьми з інвалідністю передбачає «широкий комплекс професійної соціально-педагогічної діяльності, що полягає у виявленні, визначенні та вирішенні проблем хворої дитини з метою реалізації та захисту її прав на повноцінний розвиток, індивідуально-зорієнтованій допомозі і співробітництві в її життєвому самовизначенні» [87].

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

Проаналізувавши наукову літературу з напряму нашого дослідження, ми прийшли до висновку, що *проблеми дітей та молоді з особливими потребами можна розділити по таких напрямах:*

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

2. *Матеріальне забезпечення* (недостатня кількість медичних і технічних засобів лікування; значна різниця між прожитковим мінімумом та встановленими виплатами по інвалідності);

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

4. *Психологічна допомога дітям та їх батькам* (мала кількість інформаційно-методичного забезпечення інноваційних методів роботи);

5. *Підготовка дітей до самостійного життя* (незначна кількість в Україні центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями);

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

7. *Брак спілкування* (мала кількість клубів за інтересами, центрів соціально-психологічної реабілітації);

8. *Працевлаштування* [87, с. 132–133].

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

*До змісту соціальної роботи з особами з обмеженими можливостями потрібно віднести:*

1) вивчення соціально-психологічного стану осіб з обмеженою дієздатністю;

2) проведення соціально-педагогічних досліджень особливостей соціалізації дітей з інвалідністю з різними типами захворювань;

3) побутова реабілітація дітей з інвалідністю (навчання елементам самообслуговування та нормам елементарної поведінки в різних мікросоціумах);

4) проведення психологічного консультування осіб з інвалідністю з особистісних проблем;

5) здійснення психолого-педагогічної корекційної роботи;

6) організація консультпунктів для родичів з юридичних, правових, психолого-педагогічних питань;

7) розвиток потенційних творчих можливостей особи з інвалідністю;

8) формування якостей особистісної самодіяльності засобами спеціально розроблених психотренінгів та психотренуючих ігор;

9) організація культурно-дозвільної діяльності осіб з інвалідністю через проектування та впровадження різноманітних програм та форм роботи соціальних служб;

10) здійснення профорієнтаційної роботи серед молодих людей з особливими потребами;

11) вихід з конкретними пропозиціями щодо поліпшення життя таких осіб у суспільстві;

12) координація роботи з різними соціальними інститутами, що опікуються проблемами дітей з інвалідністю у суспільстві [8].

Розглянемо основні принципи організації соціальної роботи з особами з інвалідністю:

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

б) особи з інвалідністю повинні брати активну участь в усіх сферах життя суспільства;

в) особи з інвалідністю повинні отримувати необхідну допомогу в рамках систем охорони здоров’я, освіти, соціальних служб тощо;

г) особи з інвалідністю повинні брати участь у загальному соціальному й економічному розвитку суспільства, а їх потреби повинні враховуватися у національному плані розвитку. Тобто, створення рівних можливостей означає, що державна політика повинна використовувати всі засоби таким чином, щоб кожна дитина мала рівні можливості для особистісного розвитку, щоб вона могла у подальшому виконувати повною мірою свої обов’язки як повноправний член суспільства [101, с. 341–342].

Як свідчать дослідження науковців, близько 80 відсотків дітей з фізичними, психічними, розумовими вадами проживають в сім’ях. Труднощі, з якими вони стикаються, пов’язані з необхідністю догляду за дитиною, високими витратами на її лікування, оздоровлення, придбання засобів корекції. Головний тягар по догляду за хворою дитиною лягає на матерів: вони позбавлені професійної кар’єри, «замкнені в чотирьох стінах» з дитиною, яка має функціональні проблеми, залишаючись упродовж дня сам на сам зі своїми проблемами. Внаслідок цього у більшості сімей формується нездоровий психологічний клімат, спричинений низькими доходами батьків, що не забезпечують належне утримання дітей з інвалідністю. У сім’ях з дітьми з обмеженими функціональними можливостями можуть відбуватись порушення на психологічному, соціальному та соматичному рівнях. Зокрема зміни на психологічному рівні можуть проявитись відчуттям провини та психологічним пригніченням. На соціальному рівні порушення проявляються у соціальній ізоляції членів родини, обмеженому спілкуванні з іншими людьми. Соматичні зміни можуть призвести до порушень вегето-судинної системи, астенічних розладів тощо [28, с. 29].

В окремих сім’ях, де є дитина з особливими потребами, ставлення батьків характеризується її емоційним відторгненням, недостатньою потребою спілкування з дитиною, неадекватним стилем виховання тощо. До помилкових настанов батьків можна віднести:

– неприйняття ситуації («За що мені таке?»);

– перенесення провини на дитину («Безпорадна істота! Стільки сил, грошей – усе безрезультатно!»);

– пошук винних («Це все твоя «гнила» кров!»);

– фальшивий сором («Мені неприємно та соромно, що в мене «ненормальна» дитина);

– синдром жертви («У мене немає життя!»);

– комплекс провини («Це мене Бог покарав! Мій борг – спокутувати провину»);

– самоприниження («Я завжди була нещаслива. Тільки зі мною може таке трапитися!»);

– манія «особливості» («Наша родина особлива, не така, як усі»);

– споживацькі потреби («Нам повинні усі йти назустріч – у нас таке горе!»);

– «убивча» жалість («Ця дитина така безпорадна! Вона нікому не потрібна такою. Без мене вона загине!») [24].

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

Важливу роль у реалізації особи з особливими потребами у суспільному житті відповідно своїх потреб, навичок та здібностей відіграють працівники соціальних служб.Як наголошує О. Безпалько, працюючи з батьками осіб з інвалідністю, соціальний працівник повинен наголошувати їм на дотриманні наступних правил:

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

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

– навчати дитину альтернативних способів спілкування;

– навчати основних правил поведінки;

– прищеплювати навички самообслуговування;

– розвивати зорове, слухове, тактильне сприйняття;

– виявляти та розвивати творчі здiбностi дитини.

1. Створювати середовище фізичної та емоційної безпеки:

– позбавитися небезпечних речей та предметів;

- вилучити предмети, що викликають у дитини страх та iншi негативні емоцiйнi реакцiї;

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

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

– сприймати її такою, якою вона є;

– підтримувати і заохочувати її до пізнання нового;

– стимулювати до дії через гру;

– більше розмовляти з дитиною, слухати;

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

– не піддаватися всім примхам вимогам дитини;

– не вимагати вiд неї того, чого вона не здатна зробити;

– не боятися кожну хвилину за життя дитини [6].

Основним заданням соціального працівника є реабілітація сім’ї, яка має дітей з інвалідністю, для того,щоб максимально ефективно задовольнити потреби самої дитини та її батьків.

**1.2. Сутність та зміст соціальної реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності**

В наш час виникла й успішно розвивається порівняно нова комплексна галузь професійної діяльності – соціально-реабілітаційна діяльність й відповідно наукова галузь – реабілітологія. У науковому контексті її методологія розвивається на стику суміжних наук: загальної, спеціальної та соціальної психології, загальної педагогіки та корекційної (спеціальної) педагогіки, соціальної педагогіки та соціальної роботи.

Особливий інтерес в цьому напрямкувикликає науковий доробок А. Шевцова, який розкриває освітні основи феномена комплексного соціального реабілітування осіб з інвалідністю, обґрунтовуючи теоретичні та практичні проблеми моделювання, створення та функціонування реабілітаційних систем у контексті розбудови нового інклюзивного суспільства, створення системи освіти, що передбачає навчання та виховання дітей та молоді з особливими освітніми потребами разом зі своїми здоровими однолітками. Значну увагу дослідник присвятив питанням аналізу сучасного стану та перспектив розвитку освіти та соціального становлення людей з інвалідністю у контексті інноваційної неосоціальної моделі інвалідності, яка відзначається яскраво вираженим соціально-педагогічним контекстом, оскільки з погляду соціальної педагогіки, тенденції розбудови та оновлення суспільства та системи освіти у зв’язку з потребами людей з інвалідністю пов’язані з необхідністю докорінної зміни ставлення соціуму до осіб з особливими потребами здоров’я[100].

Виходячи з основної ідеї соціального виховання, що складає підґрунтя інноваційної неосоціальної моделі інвалідності – соціокультурний рівень суспільства є взаємозалежним від рівня розвитку соціальності кожного індивіда незалежно від стану здоров’я та можливостей розвитку. Зазначимо, що повноцінне функціонування суспільства залежить від створених для кожного представника молодого покоління можливостей досягти максимальної самореалізації, зробити позитивний соціальний внесок.

За характеристикою І. Звєрєвої, Л. Коваль та С. Хлєбік [22], соціальна педагогіка вирішує цілу низку теоретичних і практичних завдань, пов’язаних з інтеграцією та соціальною реабілітацією людей з інвалідністю, зокрема:

- вивчає і здійснює процеси соціальної й навколишньої адаптації, абілітації й реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями на різних ступенях соціалізації;

- розробляє і реалізує комплексні програми соціально-трудової адаптації, профорієнтації і професійної підготовки осіб з обмеженою працездатністю;

- вивчає існуючі соціально-педагогічні системи виховання й навчання осіб з обмеженими психо-фізичними можливостями, прогнозує, обґрунтовує і розробляє нові інтегровану та інклюзивну соціально-педагогічні системи суспільства.

А. Капська проголошує компонентом соціально-педагогічної роботи з особами, які мають обмеження життєдіяльності, – формування їх індивідуальності:«Побудова взаємозв’язків дитини із мікро- і макросередовищем, розвиток її збережених психофізичних можливостей здійснюється шляхом розширення сфери спілкування, організації дозвілля, творчої та ігрової діяльності, допомоги у самообслуговуванні і пересуванні, організації оздоровлення» [31, с. 215]. На думку А. Капської, нове бачення проблеми інвалідності, що ґрунтується на ідеї незалежного життя осіб з обмеженими можливостями, суттєво відрізняється від традиційних підходів, згідно з якими ігнорувалася соціальна значущість людини з обмеженнями як повноцінного члена суспільства [31,c. 216-225].

В. Ляшенкотеоретично обґрунтовує педагогічні умови ефективного формування життєвої компетентності дітейінвалідів у центрах ранньої соціальної реабілітації. Її зміст передбачає спрямування діяльності (мети, завдань, функцій, напрямів) центрів ранньої соціальної реабілітації на формування в дітей-інвалідів життєвої компетентності; взаємодію центрів з батьками (вивчення стану психофізичного та духовного розвитку дітей, обговорення змісту та методів корекційної роботи, залучення батьків до процесу формування життєвого досвіду та визначення перспективної програми спільної діяльності); створення реабілітаційного середовища (матеріально-побутові, предметно-просторові, соціосімейні, навчально-виховні форми); залучення дітейінвалідів до найважливіших сфер життєдіяльності (спілкування з дорослими та однолітками, харчування, самовідчуття, відпочинку, ігрової діяльності, навчання, творчості, ставлення до природи, використання предметів побуту, праці, самообслуговування, особистісної гігієни); використання комплексу методів педагогічного впливу (методи формування життєвої компетентності в груповій кімнаті центру, у кабінетах поглибленої корекції, під час ближніх, середніх та дальніх переходів); підготовку батьків та працівників центрів ранньої соціальної реабілітації (підвищення педагогічної культури батьків, підготовка вчителя- реабілітолога та його асистентів, підготовка спеціалістів та керівників центрів ранньої соціальної реабілітації) [44].

У праці М. Андреєвої розроблено й теоретично обґрунтовано систему розвитку соціальної компетентності студентів з інвалідністю як спеціально організовану узгоджену взаємодію суб’єктів та об’єктів, що реалізується через цільовий, змістовий та методичний компоненти й забезпечує поступове набуття студентами з інвалідністю інтегративної єдності когнітивних, ціннісно-мотиваційних і діяльнісних характеристик, які відповідають сутності та змісту соціальної компетентності [31].

Значний інтерес для нас складають наукові дослідження, у яких розкрито соціально-педагогічні основи соціальної реабілітації та ресоціалізації різних соціальних груп у роботі реабілітаційних центрів та інших соціальних осередків (О. Караман, С. Коношенко, М. Сідорчук, Ю. Чернецька, В. Шпак [34; 37; 99]).

Серед таких ґрунтовних праць – доробок С. Коношенка, яким було обґрунтовано теоретико-методичні основи реабілітаційної роботи з соціально дезадаптованими підлітками в умовах індустріального регіону (2010 р.) [90]; О. Караман, де репрезентовані теорія і методика соціально-педагогічної роботи з неповнолітніми засудженими в пенітенціарних закладах України (2013 р.) [37]; Ю. Чернецької, у якій висвітлено теорію та технології соціально-педагогічної роботи з ресоціалізації наркозалежних осіб в умовах реабілітаційних центрів (2016 р.).

У працях вчених обґрунтовано базові дефініції «реабілітаційний центр», «реабілітаційне середовище», «програма реабілітації» тощо.

Як зазначається у довідковій літературі, реабілітація є багатозначним поняттям, що має різні тлумачення. Це поняття походить від латинського „rehabilitatio”, що означає поновлення втраченого доброго імені, відновлення репутації; поновлення прав, відміна необґрунтованого звинувачення невинної особи або групи осіб через відсутність складу злочину. Реабілітація відрізняється від амністії, помилування повним відновленням прав та репутації з огляду невірного звинувачення [100].

Термін реабілітація походить від латинських слів habilis – здатність та rehabilis – відновлення здатності й розглядається як комплекс медичних, педагогічних, професійних і юридичних заходів, спрямованих на відновлення здоров’я та працездатності осіб з обмеженими фізичними й психічними можливостями внаслідок перенесених травм та захворювань [101].

Термінологія, що визначає спрямованість накопичених знань, пов'язаних з поняттям реабілітація і їхню систематизацію, бере початок у країнах Західної Європи. Наприклад, у Франції і франкомовних країнах прибігають до поняття «readaptation», вкладаючи в нього уявлення про відновлення пристосованості на зміненому хворобою рівні. У Данії і Швеції говорять про «принцип нормалізації» («principle of normalization»), що зближається з поняттям «реабілітація» (надання можливостей), застосовуваним часто у відношенні осіб, що страждають з раннього віку яким-небудь фізичним чи психічним дефектом [38].

Вперше у світовому масштабі термін «реабілітація» було закарбовано на Міжнародному симпозіумі з реабілітації інвалідів у 1964 р., де його витлумачено як діяльність колективу медичних працівників, спрямована на відновлення здоров’я (у фізичному, психологічному й соціальному значенні) і працездатності інвалідів [91].Як бачимо у цьому визначенні, увагу акцентовано на медичному аспекті відновлення стану осіб з інвалідністю, тоді як у цей саме час у другому звіті Комітету експертів ВООЗ з реабілітації інвалідів поняття «реабілітація» вже трактується більш широко як сукупність лікувальних, психологічних, педагогічних, соціальних та інших заходів, направлених на відновлення порушеного здоров’я особи з інвалідністю і включення її в життя суспільства й трудовий процес [91].

Таке розмежування підходів до розуміня сутності реабілітації спостерігається й в інших, репрезентованих у ранніх міжнародних документах тлумаченнях досліджуваного терміну.Так, за визначенням Міжнародної організації праці під реабілітацією інвалідів розкривається у контексті медичної моделі інвалідності як відновлення здоров’я осіб з обмеженими фізичними та психічними можливостями [91, с. 246]. Тоді як, у резолюції IX Наради міністрів охорони здоров’я і соціального забезпечення інвалідів реабілітація визначається у ракурсі економічної моделі як ціла система державних соціально-економічних, медичних та інших заходів, спрямованих на профілактику тимчасової або стійкої втрати працездатності, а також на залучення інвалідів до праці, повернення їх до активного суспільного життя.

Із становленням соціальної моделі інвалідності ці підходи поєднуються й реабілітація, відповідно до трактування цього поняття експертами Всесвітньої організації охорони здоров’я, визначається як процес, за допомогою можливо попередити інвалідність у період лікування хвороби й допомогти інвалідам досягти максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної й економічної повноцінності, можливої в рамках існуючої хвороби; сукупність заходів, покликаних забезпечити особам з порушенням функцій в результаті хвороб, травм та уроджених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть [4, с. 6].

У Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів (Резолюція Генральної Асамблеї ООН № 48 / 96, прийнята на сорок восьмій сесії ООН 20 грудня 1993 р.) термін «реабілітація» також тлумачиться з урахуванням потреб осіб з обмеженими можливостями здоров’я – як процес, який має на меті допомогти людини з інвалідністю досягти оптимального фізичного інтелектуального, психічного і / або соціального рівня діяльності та підтримувати її, надавши їй, тим самим засоби для зміни життя і розширення рамок незалежності [77, с.12].

Позиція Міністерства освіти і науки України щодо даної проблеми була сформована в 1998 році, виходячи з визначення реабілітації, як комплексу психолого-педагогічних, а при необхідності, і медичних заходів, спрямованих на корекцію, відновлення чи компенсацію втрачених або порушених психофізіологічних функцій. Пріоритетний напрям реабілітаційних заходів визначається виходячи з психофізіологічних особливостей, стану здоров’я, рівня розвитку різних типів установ. У комплекс входять медичні, психологічні, педагогічні і соціальні заходи, що об’єднані в поняття «реабілітаці». Діти з відхиленнями в розвитку, діти-сироти, діти-правопорушники, діти з родин, що відносяться до групи соціального ризику, були позначені як пріоритетний об'єкт реабілітації [78].

У структурі реабілітації розрізняють медичну, психологічну, педагогічну, соціально-економічну, професійну, побутову, фізичну та інші види реабілітації.

Відповідно А. Шевцов визначає узагальнені напрями єдиного процесу комплексного реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності: медичний, психологічний, педагогічний та соціальний [101, с. 105].

Перший – *медичний напрям* (клінічний та постклінічний) – спрямований на повне або часткове відновлення здоров’я, компенсацію втраченої функції засобами сучасної медицини. Разом з цим, й фізична реабілітація, заснована на широкому використанні засобів фізичної культури, посідає одне з основних місць у комплексі медично-реабілітаційних заходів, й забезпечує: лікування травм і захворювань; профілактику ускладнень; відновлення психологічної сфери хворого; відновлення побутових і трудових навичок.

Другий – *психологічний напрям* – передбачає вплив на психологічну сферу людини, з метою переконати її в сприятливому завершенні лікування, орієнтуючись на такі основні моменти, як ставлення хворих до реабілітаційних заходів, вивчення особливостей психологічного статусу хворих залежно від стадії й перебігу хвороби, особливості особистості хворого і його ставлення до хвороби, згода або відмова від реабілітаційних заходів, взаємовідносини лікаря й хворого; вибір форм і методів немедикаментозного лікування.

Третій напрям комплексного реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності – *педагогічна реабілітація* – передбачає заходи освітньо-виховного характеру, особливо дієві відносно неповнолітніх, які забезпечують набуття людьми з інвалідністю необхідних знань та вмінь, вироблення обґрунтованої впевненості у власній повноцінності.

*Соціальна реабілітація,* що становить четвертий напрям комплексного реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності, визначається доволі широко як процес, спрямований на відновлення здатності людини до життєдіяльності у соціальному середовищі й не тільки, оскільки передбачає зміну-відновлення самого середовища, умов життєдіяльності, порушених чи обмежених з якихось причин. Це комплекс заходів, спрямованих на відновлення людини в правах, соціальному статусі, стані здоров’я, дієздатності забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення матеріальної незалежності; при цьому соціальні заходи реабілітування спрямовуються на компенсацію, зменшення чи ліквідацію конкретних видів соціальної недостатності [101].

За широким тлумаченням *соціальна реабілітація* забезпечує відновлення зруйнованих чи втрачених індивідом суспільних зв’язків і відносин у різних категорій осіб, до яких належать не лише люди з порушеннями здоров’я зі стійким розладом функцій організму (інвалідність), а й особи, що втратили

соціальні зв’язки у наслідок зміни соціального статусу (літні громадяни, біженці і вимушені переселенці, особи, що втратили роботу та ін.), девіантної поведінки (особи, що страждають на алкоголізм, наркоманію, правопорушники та колишні ув’язнені та ін.) [97].

З педагогічної точки зору соціальна реабілітація розуміється як процес включення дитини з відхиленням у розвитку і поведінці у соціальне середовище, залучення до нормальної соціально прийнятної поведінки, адекватні взаємовідносини з однолітками [94].

З позицій соціальної роботи – розглядається як робота, спрямована на відновлення морального, психічного і несоціальна модель інвалідності відзначається яскраво вираженим соціально-педагогічним контекстом, оскільки з погляду соціальної педагогіки, тенденції розбудови та оновлення суспільства та системи освіти у зв’язку з потребами людей з інвалідністю пов’язані з необхідністю докорінної зміни ставлення соціуму до осіб з особливими потребами здоров’я. Виходячи з основної ідеї соціального виховання, що складає підґрунтя інноваційної неосоціальної моделі інвалідності – соціокультурний рівень суспільства є взаємозалежним від рівня розвитку соціальності кожного індивіда незалежно від стану здоров’я та можливостей розвитку, наголосимо, що повноцінне функціонування суспільства залежить від створених для кожного представника молодого покоління можливостей досягти максимальної самореалізації, зробити позитивний соціальний внесок індивідуальної чи колективної поведінки індивідів у відповідність до загальновизнаних суспільних правил і норм [94, с. 52].

*Як технологія, соціальна реабілітація* передбачає сукупність методів, направлених на відновлення статусу людини з обмеженнями здоров’я в очах громадськості на медичному, побутовому, рольовому, професійному та особистісному рівнях [103].

На думку сучасних дослідників з соціальної роботи Н. Грабовенко, С. Коношенко, А. Надточій, М.Чайковський, А. Шевцов [17; 37; 94; 99], соціальна реабілітація дітей та молоді передбачає цілий комплекс реабілітаційних заходів з:

- навчально-виховної реабілітації у загальноосвітніх школах-інтернатах для дітей та молоді, які потребують соціальної допомоги;

- у спеціальних загальноосвітніх школах (школах-інтернатах) для дітей та молоді, які потребують корекції фізичного та розумового розвитку;

- у загальноосвітніх санаторних школах (школах-інтернатах) для дітей, які потребують тривалого лікування;

- соціально-лікувальної та психологічної реабілітації у відповідних закладах охорони здоров’я дітей та молоді, які зазнали жорстокості, насильства, а також які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС;

- фізичної реабілітації дітей та молоді з фізичними, розумовими вадами у спеціалізованих фізкультурно-оздоровчих закладах (клубах, центрах тощо);

- медико-соціальної реабілітації неповнолітніх, які зловживають алкоголем, наркотиками і які за станом здоров'я не можуть бути направлені до шкіл соціальної реабілітації та професійних училищ соціальної реабілітації;

- соціально-освітньої реабілітації в школах соціальної реабілітації та професійних училищах соціальної реабілітації неповнолітніх, які скоїли правопорушення [93].

Із соціальною реабілітацією безпосередньо пов’язані соціально-економічна реабілітація, що вирішує комплекс заходів щодо забезпечення проблемних категорій населення житлом і пенсією та соціально-побутова реабілітація спрямована на формування втрачених навичок самообслуговування та необхідне для компенсації втрачених функцій протезування, забезпечення необхідними засобами, створення гідних побутових умов життя для представників певних соціальних груп.

Професійна реабілітація, також пов’язана із зазначеними напрямами процесу комплексного реабілітування, особливо із соціальною реабілітацією певних категорій населення, частково репрезентованих особами з інвалідністю, й розуміється як процес засвоєння людьми з певними обмеженнями доступних форм праці й оволодіння ними необхідним стратегіями та інструментарієм щодо первинної професіоналізації та подальшої професійної самореалізації.

З розвитком демократичного суспільства, яке гарантує право кожного громадянина на активну участь у житті цього суспільства, прийшло нове розуміння феномену «інвалідність» (Ю. Найда , Н. Софій, що гуртується на пересуванні акценту з притаманній людині недостатності або хвороби, яка передбачає втрату або дефіцит фізичної та розумової спроможності, на особливість, специфіку траєкторії її розвитку, можливості, які безпосередньо залежать не від стану окремих органів або ж їх фізіологічної функціональності, а, скоріше, від соціально-психологічної функціональності та зовнішньої соціальної ситуації розвитку, яка надає підтримку людині з інвалідністю, враховує її сильні якості та задовольняє всі її індивідуальні потреби [37].

На думку А. Капської, нове бачення проблеми інвалідності, що ґрунтується на ідеї незалежного життя осіб з обмеженими можливостями, суттєво відрізняється від традиційних підходів, згідно з якими ігнорувалася соціальна значущість людини з обмеженнями як повноцінного члена суспільства [31].

У контексті дослідження сутності та структури соціальної реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров’я, розглядаючи міжнародну нормативно-правову літературу (стаття 1 «Декларації про права інвалідів», проголошеної Генеральною асамблеєю ООН від 09.12.1975 р.; стаття 2 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів України» від 21 березня 1991 р. № 875- ХІІ), відзначимо, що найбільш усталеною у сучасному лігвистичному обігу є категорія «людина з інвалідністю» (у російськомовних джерелах та деяких українських перекладах з російської – «інвалід»), що визначається як особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, наслідком травм або вродженими дефектами, що призводять до обмеження життєдіяльності (в особистісному та соціальному сенсі), потреби в соціальній допомозі і захисті [19].

Виходячи з цього, підкреслимо, що інвалідність як соціально-педагогічне явище може бути компенсованою зовнішніми відносно індивіда умовами (медичними, просторовими, психологічними, соціальними та соціально-педагогічними), що створюються у суспільстві шляхом упровадження соціальної допомоги і захисту.

В Україні умовами визнання громадянина інвалідом є: порушення здоров’я зі стійким розладом функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектами; обмеження життєдіяльності (повна або часткова втрата громадянином здатності або можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися або займатися трудовою діяльністю); необхідність в заходах соціального захисту, включаючи реабілітацію. При чому, наявність лише однієї із зазначених умов не є підставою, достатньою для визнання громадянина інвалідом [73].

Однак, як наголошує А. Мухілаєва, дослідження потреб людей з обмеженнями здоров’я та розвитку завжди були й залишаються орієнтованими на вивчення проблем осіб, які потребують допомоги, піклування, спеціальних освітніх умов, незважаючи на їх формальний статус. У зв’язку з цим, окрім затвердженого у міжнародній нормативно-правовій базі розуміння поняття «інвалід» виникли й альтернативні визначення терміну, що відбивають зміну ставлення до людей з обмеженнями здоров’я у науковій думці та суспільній свідомості[4].

Так, у сучасній вітчизняній нормативній документації щодо людей з інвалідністю акцент робиться на зовнішніх, середовищних причинах інвалідності. Зокрема у статті 1 Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні» поняття «інвалід» вживається в такому значенні – особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов’язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист [74].

У багатьох наукових та науково-методичних джерелах (А. Капська, А. Колупаєва, А. Мухлаєва, О. Холостова, О. Хорошайло та ін. [31; 91; 93]) акцент також робиться на зовнішніх, середовищних причинах інвалідності й саме це явище розглядається як обмеження у можливостях, що обумовлені фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар’єрами, які не дозволяють людині бути повноцінно інтегрованою у суспільство і брати участь у його житті на рівних з іншими умовах. У цьому контексті на теренах незалежної України широкого розповсюдження набули такі усталені у розвинутих країнах світу дефініції щодо людини з інвалідністю та проблемами здоров’я, як «особа з обмеженими можливостями» або «людина з особливими потребами».

У літературі (М. Андреєва, О. Рассказова, М. Чайковський, А. Шевцов та ін. [7;94; 99]) зустрічається дещо критичне ставлення до останнього терміну. Так, А. Шевцов з цього приводу зазначає: «Насправді у людей з інвалідністю – звичайні людські потреби. Адже потреби у психологічному тлумаченні означають основне джерело активності людини» [99, с. 159]. Тому більш доречними, на думку О. Рассказової, є поняття, що також зустрічаються у сучасній науково-педагогічній літературі, – «людина з особливими потребами здоров’я та розвитку»,«особа з обмеженням життєдіяльності»,«дитина з особливими освітніми потребами», а також «людина з особливостями психофізичного розвитку», «особа з обмеженням рухової активності» тощо [80].

Зазначимо, що у Законі «Про реабілітацію інвалідів в Україні» реабілітація осіб з інвалідністю відзначається як система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення [74].

Витлумачено також поняття «індивідуальна програма реабілітації», що розуміється як комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії [74]. Індивідуальна програма реабілітації є інструментом роботи реабілітаційних осередків.

* 1. **Реабілітаційний центр як суб’єкт соціально-педагогічної роботи осіб з інвалідністю**

За даними офіційного веб-портала Міністерства соціальної політики України, станом на 01.01.20019 р. кількість реабілітаційних установ для осіб з інвалідністю, підпорядкованих даному міністерству становить 152 установи, з яких: 126 – центри соціальної реабілітації для дітей з інвалідністю, 9 – центри професійної реабілітації, 14 – центри комплексної реабілітації й 3 – установи змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень [32].

Розглянемо більш ґрунтовного сутність поняття «реабілітаційні центри» у контексті розвитку понятійно-термінологічного апарату соціальної педагогіки й, насамперед, її найбільш загальних понять, які у процесі розвитку соціальної педагогіки як науки постійно уточняються й збагачуються новим змістом. Все це, зумовлює істотні зміни вітчизняної соціально-педагогічної практики, зокрема через розробку концепції діяльності нових типів реабілітаційних установ, що забезпечують розвиток соціальності своїх клієнтів за рахунок їх професіоналізації, й пошук шляхів урізноманітнення напрямів та форм роботи таких закладів.

Наголосимо на наявному останньої доби широкому розмаїтті та постійному розширенні типів закладів, що вирішують проблеми реабілітації різних категорій населення. Зокрема, в Енциклопедичному словнику з соціальної роботи (2002 р.) [31] зустрічаються такі типи закладів, що надають реабілітаційні послуги, як «центр дозвілля для дорослих»,«центри незалежного життя», «центри соціальних служб для молоді», хоча, власне, про сутність центру реабілітації як поняття, мова не йдеться.

В енциклопедичному виданні під редакцією І. Звєрєвої (2013 р.) вже наведено більш значний перелік осередків соціальної реабілітації, зокрема: «центр для ВІЛ-інфікованих дітей і молоді», «центри соціальних служб для сім’ї, дітей і молоді», «центр соціально-психологічної допомоги» й безпосередньо «центр соціально-психологічної реабілітації дітей», «центр соціально-психологічної реабілітації дітей і молоді з функціональними обмеженнями». Таким чином, можемо констатувати, що на теренах України, урізноманітнюється типологія центрів, які здійснюють соціальну реабілітацію. Найбільш загальним серед зазначених типів закладів є «центр соціально-психологічної допомоги» – осередок, що «надає соціальні послуги особам, які опинилися в складних життєвих обставинах внаслідок стихійного лиха, учинення стосовно них злочину, насильства (у тому числі, в сім’ї) або реальної його загрози, а також за інших обставин, яких вони не можуть подолати самостійно» [22, c. 471- 472]. Як бачимо, наведене визначення корелює зі змістом категорії «реабілітаційний центр» в аспекті наголошення необхідності соціальної підтримки осіб, що опинилися у несприятливих життєвих ситуаціях.

Зазначимо, що у цей період у нормативній базі нашої держави відбулося затвердження нових нормативно-правових актів, що стосуються створення подібних осередків для різних груп населення. Так Міністерством охорони здоров’я України, разом із Міністерством України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків чорнобильської катастрофи затверджено й Положення про центри медико-психологічної реабілітації рятувальників та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру (наказ № 180/115 від 14.05.2001 р.) [72].

Постановою Кабінету Міністрів України №809-а від 13 червня 2002 р. було затверджено Типове положення про центр ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя Перемога» з метою реабілітації та соціальної адаптації наркозалежної молоді, при чому координацію роботи з організації таких центрів покладено на Міністерство України у справах сім’ї, дітей та молоді.

Постановою Кабінету Міністрів України № 87 від 28 січня 2004 р. визначено типове положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей – заклад соціального захисту, що створюється для тривалого (стаціонарного) або денного перебування дітей віком від 3 до 18 років, які опинились у складних життєвих обставинах, надання їм комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової та інших видів допомоги [71] тощо.

У цілому, за даними офіційної статистики до 2009 року в Україні було створено 611 реабілітаційних центрів, які належали до різних міністерств та форм власності.При чому, діяльність лише 44-х з цих реабілітаційних закладів була спрямована на реабілітацію осіб з інвалідністю, 23 з них забезпечували професійну та трудову реабілітацію осіб з фізичними можливостями. Діючі центри медичної, професійної та соціальної реабілітації не мали належного наукового, медичного, матеріально-технічного, навчально-методичного, інформаційного забезпечення з питань ерготерапії, фізіотерапії та фізичної терапії, профорієнтації та професійного навчання. Відсутні індивідуальні програми реабілітації та адаптації таких осіб у навчальних закладах і на виробництві. Задля упорядкування діяльності центрів для реабілітації осіб з інвалідністю різних вікових груп міністерствами було затверджено типові положення про діяльність.

Відзначимо, що найбільш вагомою була частина закладів, діяльністю яких опікувалося Міністерство праці та соціальної політики України. Аналізуючи дані офіційної статистики щодо кількості реабілітаційних установ системи Мінпраці за 2006 – 2009 роки відзначимо, що стан установ, які фінансуються за рахунок коштів спеціального фонду Державного бюджету України був у цей час доволі стабільним, тоді як установи, які фінансувалися за рахунок коштів місцевого бюджету зазнавали певного занепаду, особливо відділення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів, а також відділення професійної реабілітації інвалідів. Більш-менш розвинутою виявилася лише мережа дитячих та молодіжних реабілітаційних осередків.

За даними офіційного веб-портала Міністерства соціальної політики України, станом на 01.01.20017 р. кількість реабілітаційних установ для осіб з інвалідністю, підпорядкованих даному міністерству становить 152 установи, з яких: 126 – центри соціальної реабілітації для дітей з інвалідністю, 9 – центри професійної реабілітації, 14 – центри комплексної реабілітації й 3 – установи змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень [64].

Аналізуючи особливості реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров’я в умовах реабілітаційних центрів, зазначимо, що визначним для розвитку системи реабілітації осіб з інвалідністю стало скасування доволі застарілого за змістом Положення про навчально-реабілітаційний Центр (від 1997 року) і введення у дію наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України № 920 від 16 серпня 2012 р. нового положення про такий центр, згідно якому цю структуру було визначено як загальноосвітній навчальний заклад, метою діяльності якого є реалізація права на освіту дітей з особливими освітніми потребами, зумовленими складними вадами розвитку, їх інтеграція в суспільство шляхом здійснення комплексних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення здоров’я, здобуття освіти відповідного рівня, загальний розвиток особистості та корекцію порушень [66].

Клієнтами такого центру ставали діти із складними порушеннями розвитку – вадами слуху, зору, тяжкими системними мовленнєвими порушеннями, тяжкими порушеннями опорно-рухового апарату у поєднанні з розумовою відсталістю, затримкою психічного розвитку, сліпоглухі, діти, які себе не обслуговують і відповідно до індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда потребують індивідуального догляду та супроводу, але вони можуть перебувати у дитячому колективі згідно з рекомендованим лікарями режимом [66].

Головними завданнями Центру визначено: забезпечення права дітей із складними вадами розвитку на здобуття відповідного рівня дошкільної та загальної середньої освіти відповідно до їх можливостей, здібностей з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку; забезпечення ранньої соціалізації та підготовки таких дітей до здобуття відповідного рівня дошкільної та загальної середньої освіти шляхом спеціально організованого навчально-виховного процесу в комплексі з психолого-педагогічною, медичною, фізичною, соціальною реабілітацією; формування громадянської позиції, власної гідності, готовності до трудової діяльності, відповідальності за свої дії; забезпечення системного кваліфікованого психолого-медико-педагогічного супроводу дітей з урахуванням стану їх здоров’я, особливостей психофізичного розвитку; надання реабілітаційних послуг згідно з індивідуальною програмою реабілітації дитини-інваліда; надання психолого-педагогічної допомоги батькам (особам, які їх замінюють), які виховують дітей-інвалідів, з метою залучення їх та дітей до навчально-виховного та реабілітаційного процесу [80].

Майже через рік Міністерством соціальної політики України, замість попереднього – від 2007 року, підготовлено оновлене Типове положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів (наказ № 505 від 15.08.2013 р.).

Центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів було визначено у документі як реабілітаційна установа сфери управління Міністерства соціальної політики України та/або органів соціального захисту населення регіонального та/або місцевого рівнів, цільовим призначенням якої є здійснення комплексу реабілітаційних заходів для дітей-інвалідів, а також дітей віком до 2 років, які мають ризик отримати інвалідність, спрямованих на попередження (запобігання), зменшення або подолання фізичних, психічних розладів, коригування порушень розвитку, навчання основним соціальним та побутовим навичкам, розвиток здібностей, створення передумов для їхньої інтеграції у суспільство [70].

Ще один оновлений останнім часом державний документ – Типове положення про реабілітаційну установу змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень затвердженого Міністерством соціальної політики України наказом № 112 від 15.02.2016 р. [68].

Така реабілітаційна установа призначена для здійснення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на створення умов для всебічного розвитку осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень, а також дітей віком до 2 років, які мають ризик отримати інвалідність, засвоєння ними знань, умінь, навичок, досягнення і збереження їхньої максимальної незалежності, фізичних, розумових, соціальних, професійних здібностей з метою максимальної реалізації особистого потенціалу. Метою реабілітаційної діяльності центру зокрема є створення умов для зменшення та подолання інтелектуальних і фізичних порушень, запобігання таким порушенням, коригування порушень розвитку, формування та розвиток основних соціальних і побутових навичок; проведення заходів, зокрема з професійної орієнтації, опанування особами з інвалідністю трудових навичок, у тому числі в майстернях, визначення їхніх можливостей щодо професійного навчання у відповідних навчальних закладах, центрах професійної реабілітації (денна зайнятість) [68].

У цілому зазначимо, що наразі нормативною основою для діяльності реабілітаційних установ системи Міністерства соціальної політики усіх типів є Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», а також постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів» (від 08.12.2006 № 1686), «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда» (23.05.2007 № 757), «Про затвердження Порядку надання інвалідам, дітям-інвалідам і дітям віком до двох років які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних послуг» (від 31.01.2007 № 80); а також накази Міністерства соціальної політики України «Про затвердження форм документів для отримання особами з інвалідністю та дітьми віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних (абілітаційних) послуг у реабілітаційних установах» (від 28.07.2016 № 825), «Про затвердження Соціальних нормативів у сфері надання реабілітаційних послуг інвалідам та дітям-інвалідам» (від 31.03.2015 № 352), «Про затвердження Порядку взаємодії державних органів та установ щодо професійної реабілітації, зайнятості та працевлаштування інвалідів» (від 03.06.2014 № 347). Міністерством затверджено також диференційовані базові нормативні основи для роботи реабілітаційних осередків різних типів. Так, Центр професійної реабілітації інвалідів керується у своїй діяльності наказами Міністерства соціальної політики «Про затвердження Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів» (від 06.04.2015 № 379) та «Деякі питання діяльності реабілітаційних установ для осіб з інвалідністю» (від 31.10.2016 № 1252); Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю наказами «Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю» (від 09.08.2016 № 855), «Про затвердження Типових штатних нормативів чисельності працівників реабілітаційної установи змішаного типу для інвалідів і дітей-інвалідів» (від 19.07.2010 № 194).

Аналізуючи існуючу нормативно-правову базу та посилаючись на думку С. Коношенка [37, с. 161-163], відзначимо, що у сучасному тлумаченні поняття «реабілітаційний центр» розуміється у широкому інтеграційному контексті як об’єднання соціальних інститутів, що виконують функції освіти і виховання стосовно дезадаптованих підлітків; організаційна, науково-методична і функціональна основа соціальної адаптації і реабілітації підлітків; специфічний соціально-педагогічний заклад, що забезпечує задоволення різноманітних потреб дітей і підлітків у їхній соціалізації; багатоцільовий функціональний комплекс по наданню всебічної соціальної, медико-психолого-педагогічної, правової допомоги дітям, педагогам і батькам.

Дійсно, у Законі України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» реабілітаційна установа визначена доволі широко – як установа, підприємство, заклад, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснює реабілітацію інвалідів і дітей-інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації [74].

А. Шевцов наводить у книзі «Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності» такі складові процесу реабілітації осіб з інвалідністю в реабілітаційному центрі, як: соціальна реабілітація (забезпечує відновлення потенціалу людини з обмеженнями здоров’я як соціального суб’єкта); педагогічна реабілітація (забезпечує реабілітацію людини як суб’єкта діяльності), психологічна реабілітація (забезпечує особистісний аспект реабілітаційного процесу), медична реабілітація (сприяє відновленню можливостей людини як біологічного організму) [99].

Отже, усі наведені складові становлять ідеальну модель реабілітаційного процесу, яка є універсальною і має застосовуватися при стратегічному плануванні центру або установи реабілітації людини з інвалідністю, що має на меті надання найбільш повного комплексу реабілітаційних послуг [99].

Проте, дуже часто реальний реабілітаційний процес має певну вузьку спрямованість. Комбінації провідних компонентів реабілітаційного процесу, визначених А. Шевцовим, можуть дати медико-соціальну (або соціально-медичну), соціально-трудову, медико-психологічну та професійну реабілітацію тощо. Реалізацію певного виду реабілітації мають на меті деякі центри реабілітації. Спеціалізація центру реабілітації, як зазначає вчений, залежить від історії його створення та розвитку, багатьох інших чинників: відомчої підпорядкованості, соціального замовлення у регіоні, матеріально-технічної бази, джерел фінансування, кадрового складу та методичного забезпечення тощо. За певних конкретних умов (реабілітаційних фактів) створюються центри: соціальної реабілітації, медико-соціальної реабілітації, соціально-трудової реабілітації, професійної реабілітації, навчально-реабілітаційні центри тощо [99, с. 19].

За твердженням дослідника реабілітаційним конструктом, формою синтезу знань про універсальні складові процесу реабілітації є синтетична схема реабілітаційного процесу з явно вираженою спрямованістю, але з комплексним супроводом «основної» реабілітації, яких передбачає латентну наявність усіх зазначених вище складових. Зокрема у системі соціального забезпечення, серед установ, що переважно надають послуги у сфері соціальної роботи, провідною, безумовно, є соціальна реабілітація. При цьому психологічна, педагогічна та медична складові реабілітації синтетично інтегровані у загальний процес реабілітації і працюють на головну мету та основні завдання такої установи – інтеграцію людини з інвалідністю у суспільство, її адаптацію до життя у звичайному соціальному середовищі. Такі завдання відповідають функціям центрів соціальної реабілітації [99, с. 19].

Реабілітаційні послуги витлумачено у Законі України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» у новому інтеграційному контексті як послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство [74].

Відзначимо, що метою програми реабілітації є визначення гарантованих державою переліків реабілітаційних послуг, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, що надаються інваліду чи дитині-інваліду з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання (каліцтва) безоплатно або на пільгових умовах. Для досягнення мети забезпечується виконання таких завдань: реалізація інвалідами їх конституційних прав; проведення державної політики у сфері реабілітації інвалідів, сприяння їх широкій інтеграції у суспільство; системний підхід до організації реабілітації інвалідів; послідовність і наступність у проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів; контроль за якістю послуг з медичної, психологопедагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення [74].

Дві принципові позиції в програмі соціальної реабілітації особи з інвалідністю, такі, як розвиток особистості в цілому і розвиток когнітивної сфери, навчальний компонент, «працюють» на майбутнє – на соціалізацію людини, на її повноцінну інтеграцію в суспільство. При цьому освіта є найбільш універсальним та інтегральним засобом реабілітації. І саме цей компонент має забезпечити безперервність соціальної інтеграції, адже через освіту та навчання відбувається входження людини до суспільства [94, с. 21].

Програма виконується шляхом складання індивідуальних програм реабілітації для інвалідів медико-соціальними експертними комісіями, для дітей-інвалідів – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів [99]. При складанні індивідуальної програми реабілітації соціальні працівники та соціальні педагоги центрів реабілітації мають включати до неї необхідні специфічні заходи, що А. Шевцов відносить до соціальної реабілітації у вузькому сенсі (хоча усі види та складові комплексної реабілітації тією чи іншою мірою сприяють соціальній, зокрема трудовій, реабілітації та інтеграції) [99, с. 115]. Обсяг реабілітаційних послуг, що надаються за індивідуальною програмою реабілітації інваліда та дитини-інваліда, не може бути менший від передбаченого програмою реабілітації.

Нолосимо, що згідно Постановою Кабінету Міністрів України № 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів» вікова категорія осіб від 18 років до пенсійного віку, також забезпечується послугами з професійної реабілітації, до яких належить: експертиза потенційних професійних здібностей, професійна орієнтація, професійний відбір, професійна адаптація, професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації, професійна освіта. Відповідальність за надання користувачам зазначених послуг у повному обсязі покладено на медико-соціальні експертні комісії навчальні заклади всіх типів, центри зайнятості, реабілітаційні установи, Фонд соціального захисту інвалідів. Іншим видом реабілітації для цієї категорії осіб є трудова реабілітація: пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда, раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або новою професією), яким опікуються підприємства, установи, організації незалежно від форми власності, центри зайнятості, Фонд соціального захисту інвалідів [70].

Аналізуючи концепцію роботи реабілітаційних центрів, відзначимо, що вирішення проблеми включення людей з інвалідністю до ринку праці має вирішуватися з двох сторін. Для ефективної реабілітації осіб з особливостями здоров’я з боку суспільства має бути рух назустріч інвалідам шляхом зміни деяких правил суспільної життєдіяльності та створення доступної інфраструктури (не тільки архітектурна доступність, а й ставлення до людей з інвалідністю, позбавлення від існуючих стереотипів і забобонів). І зворотний рух з боку осіб з інвалідністю, бо без відповідної мотивації та активної життєвої позиції людей з інвалідністю вирішення проблем їх трудової зайнятості є неможливим. Для цього особам з обмеженнями здоров’я потрібна спеціальна соціально-педагогічна та психологічна підтримка.

У цілому, характеризуючи *особливості та стан соціальної реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров’я в умовах реабілітаційних центрів* встановлено наступне:

- реабілітаційна установа тлумачиться як будь-яка установа, підприємство, заклад, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснює реабілітацію інвалідів і дітей-інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації;

- реабілітаційний центр розуміється у широкому інтеграційному контексті як об’єднання соціальних інститутів, що виконують функції освіти і виховання стосовно дезадаптованих підлітків; організаційна, науково-методична і функціональна основа соціальної адаптації і реабілітації підлітків; специфічний соціально-педагогічний заклад, що забезпечує задоволення різноманітних потреб дітей і підлітків у їхній соціалізації; багатоцільовий функціональний комплекс по наданню всебічної соціальної, медико-психолого-педагогічної, правової допомоги дітям, педагогам і батькам;

- реабілітаційний процес, що відбувається у реабілітаційному центрі є реабілітаційним конструктом, формою синтезу знань про універсальні складові процесу реабілітації, синтетична схема з явно вираженою спрямованістю, але з комплексним супроводом «основної» реабілітації, що передбачає латентну наявність усіх складових реабілітації;

- визначено такі складові процесу реабілітації осіб з інвалідністю в реабілітаційному центрі, як: соціальна реабілітація (забезпечує відновлення потенціалу людини з обмеженнями здоров’я як соціального суб’єкта); педагогічна реабілітація (забезпечує реабілітацію людини як суб’єкта діяльності), психологічна реабілітація (забезпечує особистісний аспект реабілітаційного процесу), медична реабілітація (сприяє відновленню можливостей людини як біологічного організму); - у системі соціального забезпечення, серед установ, що переважно надають послуги у сфері соціальної роботи, провідною, безумовно, є соціальна реабілітація, до складу якої належить і трудова, при цьому психологічна, педагогічна та медична складові реабілітації синтетично інтегровані у загальний процес реабілітації і працюють на головну мету та основні завдання такої установи – інтеграцію людини з інвалідністю у суспільство, її адаптацію до життя у звичайному соціальному середовищі;

- метою програми реабілітації, за якою відбаваеться робота з клієнтом у реабілітаційному центрі є визначення гарантованих державою переліків реабілітаційних послуг, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, що надаються інваліду чи дитині-інваліду з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання (каліцтва) безоплатно або на пільгових умовах;

- реабілітаційні послуги у новому інтеграційному контексті визначено як послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство; реабілітаційні заходи витлумачено як комплекс заходів, якими здійснюється реабілітація інвалідів;

- освіта є найбільш універсальним та інтегральним засобом реабілітації, що має забезпечити безперервність соціальної інтеграції, адже через освіту та навчання відбувається входження людини до суспільства.

**Висновки до першого розділу**

Аналіз наукової літератури засвідчив, що проблема соціальнї реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров’я є досить ґрунтовно дослідженою, багатоаспектною, розробленою у межах основних парадигм (моделей) сприйняття осіб з обмеженими можливостями здоров’я, у контексті яких здійснено науково-практичні розробки, напрями яких залежні від соціально-економічних умов життя суспільства та пануючої в ньому соціально-політичної ідеології й змінювалися у історії.

Аналіз засвідчив, що ідеї реабілітації осіб з інвалідністю пройшли значний шлях від повного несприйняття суспільством (у межах медичної моделі інвалідності) через розуміння людини з інвалідністю як економічного тагаря до суспільства (у контексті соціальної, зокрема її різновиду економічної моделі) до ставлення до осіб з інвалідністю як до рівних та соціально спроможних (неосоціальна модель).

У ході визначення сутності та структури реабілітації людей з інвалідністю, визначено, що соціально-педагогічний аспект розуміння такої реабілітації визначається її приналежністю до більш широкої за змістом дефініції «соціальна реабілітація», яка витлумачена як система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування, задоволення потреби у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації.

Особливості соціальної реабілітації осіб з інвалідністю залежать від умов реабілітаційних центрів – установ, підприємств, закладів, у тому числі їх відділень, структурних підрозділів, незалежно від форм власності, що здійснюють реабілітацію осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю, відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації. У широкому інтеграційному контексті такі центри мають працювати як об’єднання соціальних інститутів, що виконують функції освіти і виховання стосовно осіб, які потребують соціальної адаптації та інтеграції, ґрунтуючись на чітких гуманістичних організаційних, науково-методичних і функціональних основах реабілітації, забезпечуючи задоволення різноманітних потреб клієнтів у їхній соціалізації; як багатоцільовий функціональний комплекс по наданню всебічної соціальної, медико-психолого-педагогічної, правової допомоги людям з інвалідністю та їхнім сім’ям, педагогам, соціальним працівникам та іншим фахівцям, які опікуються питаннями соціальної реабілітації клієнта.

Аналіз наукових доробок показав, що реабілітаційний процес у центрі є реабілітаційним конструктом, формою синтезу знань про універсальні складові реабілітації, синтетичною схемою з явно вираженою спрямованістю, але з комплексним супроводом «основної» реабілітації, що передбачає латентну наявність та взаємне поєднання різних її видів.

Визначено такі види реабілітаційних послуг в умовах реабілітаційного центру, як: соціальна реабілітація (забезпечує відновлення потенціалу людини з обмеженнями здоров’я як соціального суб’єкта); педагогічна реабілітація (забезпечує реабілітацію людини як суб’єкта діяльності), психологічна реабілітація (забезпечує особистісний аспект реабілітаційного процесу), медична реабілітація (сприяє відновленню можливостей людини як біологічного організму).

Яктехнологія, соціальна реабілітація передбачає сукупність методів, направлених на відновлення статусу людини з обмеженнями здоров’я в очах громадськості на медичному, побутовому, рольовому, професійному та особистісному рівнях.

Закон«Про реабілітацію інвалідів в Україні» реабілітацію осіб з інвалідністю відзначає як систему медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення.

**РОЗДІЛ 2.** ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ [**З ОБМЕЖЕННЯМ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ**](http://att3.i.ua/attach/INBOX/5dc410ee54f2/2/%D0%A2%D0%B5%D1%85%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%97%20%D1%81%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%97%20%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D1%82%D0%B8%20%D1%83%20%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D1%96%D0%BB%D1%96%D1%82%D0%B0%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D1%85%20%D0%B7%D0%B0%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%85%20%D0%B4%D0%BB%D1%8F%20%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B5%D0%B9%20%D0%B7%20%D0%BE%D0%B1%D0%BC%D0%B5%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D0%BC%20%D0%B6%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%94%D0%B4%D1%96%D1%8F%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96.docx?_rand=1644976845&I=cVSvlIOjlradbIRQwKGXrg%3D%3D)У РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРАХ

* 1. **Особливості ранньої реабілітації дітей з інвалідністю на базі Центру «Пагінець»**

Розглянемо технології соціальної роботи в Центрі ранньої педагогічної реабілітації та соціальної адаптації дітей з інвалідністю «Пагінець», м. Рівне, вулиця О. Теліги 55.

Мета Центру полягає у «вихованні дитини в звичних умовах, без відриву від сім’ї та близьких, формуванні здатності вибирати сферу професійної діяльності, що оптимально відповідає особистісним здібностям, розвитку суб’єктності вихованця, тобто його здатності успішно розв’язувати власні проблеми та свідомо будувати своє життя».

Центр « Пагінець» розрахований на дітей загального розвитку від 2-х до 6-ти років, та дітей з інвалідністю від 2-ох до 8-ми років.

В результаті дослідження «Використання інноваційних технологій в корекційній роботі педагогів закладу» встановлено, що в центрі створено належні умови для впровадження інноваційних технологій. Розвивальний життєвий простір наповнений дидактичними матеріалами, іграми, продумані та раціонально розміщені розвивальні осередки, матеріали яки спонукають педагогів до інноваційної діяльності, а дітей до реалізації власних інтересів, розвитку індивідуальних здібностей.

Інноваційна діяльність педагогічного колективу реалізується через впровадження новітніх педагогічних технологій та корекційних методик, в результаті яких підвищується ефективність корекційно – реабілітаційної роботи.

Зазначимо, що вихователем – методистом проводиться діагностика рівня інноваційної компетентності педагогів та індивідуальні бесіди щодо виявлення рівня оволодіння педагогів комп’ютерними та інноваційними технологіями. Аналіз показав, що 94% педагогів закладу вміють орієнтуватися в інформаційному просторі, отримують інформацію та оперують нею відповідно до власних потреб. Враховуючи специфіку закладу, доцільно зазначити, що за результатами діагностики проведеної в грудні місяці 2019 р. педагоги впроваджують з позитивним результатом такі інноваційні технології: здоров’язберігаючі – 88%; казкотерапія - 67%; музикотерапія – 61%; імаготерапія – 48%;М.Монтессорі – 39%; ізотерапія – 36%; мнемотехніка – 31%; піктограми – 27%; моделювання – 28%; логоритміка – 24%; сенд - плей – 24%; ІКТ – 24%; ритмопластика – 21%; проектна технологія – 3%.

В порівнянні з минулим рокомє позитивна динаміка впровадження таких технологій як піктограми,моделювання, мнемотехніка (ефективна робота вчителів – логопедів з вихователями: адресна допомога в міні групах, щодо методики використання даних методів), М. Монтессорі (робота клубу педагогічної взаємодії «Секрети М. Монтессорі»), імаготерапія ( методичні заходи та введення в сітку занять імаготерапії в середніх та старших групах центру), казкотерапія, музикотерапія. Ефективність даних методик та технологій в корекційній роботі з дітьми різних нозологій перевірена на практиці впродовж багатьох років. Аналізуючи використання новітніх технологій та методик у роботі центру,та проводячи моніторинг,зробили висновки, що позитивна динаміка у використанні технологій залежить від специфіки нозологій, від кількості дітей з множинними вадами. Тому щороку результат різниться.

Педагоги достатньо відповідально відносяться до підбору ефективних методів та прийомів на своїх заняттях, які забезпечують активність дітей, викликають інтерес, стимулюють до розвитку. Спостереження під час відвідування індивідуальних та підгрупових занять дало підставу вважати, що різні вади розвитку дітей не дозволяють використовувати інноваційні технології у чистому вигляді. Необхідна адаптація та використання елементів методик. Також активно впроваджується метод наочного моделювання, піктограми, ігротерапії, системау PECS, АВА – терапія, мнемо таблиці.Вчителі - логопеди та вчитель – дефектолог багато уваги приділяють здоров’язберігаючим технологіям (динамічним хвилинкам, паузам,елементам психогімнастики, вправам на розвиток міміки для прфілактики перевтоми).

Психологічна служба поширила корекційні можливості арт–терапії активно впроваджуючи новації: мандала-терапію, ізо-терпію, казко-терапію, тканеву терапію, фото-терапію, кольоро-терапію, що ефективно вплинуло на психоемоційний стан дітей, розвиток творчості, креативності дітей з інвалідністю. Окремі вправи арт-терапії ми відобразили в додатку А.

Працюючи в інноваційному режимі розширили використання ІКТ в корекційно – розвивальній роботі з дітьми. З метою підвищення ефективності корекційного процесу 24% педагогів використовують мультимедійні презентації та комп’ютерні ігри з позитивним результатом.

Вихователі активно використовують методи візуалізації (піктограми, картки – схеми, моделі). Розробили картки - схеми по видах трудової діяльності, розширили їх зміст (самообслуговування, трудові доручення, посадка рослин, сервіровка столу, підготовка до занять, прибирання іграшок, догляд за взуттям тощо).

Варто відмітити роботу вихователів, вчителів-реабілітологів щодо позитивного використання проектної діяльності в корекційно – освітній роботі. Впроваджуючи проекти фахівці залучають до активної роботи батьків. Під час проектної діяльності робота будується на формуванні емоційно- ціннісної компетентності, на морально – етичних нормах іправилах через пошуково – логічні дії, цікаві міні - бесіди, ігрові вправи, питання – провокації тощо.

Особливе місце у змісті роботи Центру займає психологічна реабілітація батьків. В роботі поєднуються зусилля фахівців у галузі медицини, психології, педагогів, соціальних працівників. Такий інтеграційний підхід дає можливість підвищити ефективність обслуговування дітей з інвалідністю в рамках закладу завдяки поєднанню кваліфікованої медичної допомоги з сучасними психолого-педагогічними технологіями.

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

Для того, щоб сприяти реалізації кожної дитини її права висловлювати власну думку, ставлення до тієї чи іншої ситуації у Центрі активно використовують хвилинки – роздуми, які формують свідоме ставлення дітей до соціальнихнорм поведінки; вчать поважати думку іншої людини, коректно її висловлювати. Використання моделювання та програвання ситуацій дають можливість вчити дітей дотримуватися правил поведінки в емоційно – значущих ситуаціях; дозволяють дитині відчути себе врізних ролях; формують у дітей уміння стримувати небажані негативні емоції. Аналіз показує, що це найбільш ефективний метод для формування морально – етичних почуттів у повсякденному житті.

Враховуючи те, що діти з інвалідністю навчаючись швидко втомлюються, вихователі активно впроваджують елементи арт-терапії: імаго-терапію, ізо- терапію.

В групах розвантажують дітей за допомогою музико-терапії(релаксаційна музика, звуки природи), хвилинки здоров’я не тільки на заняттях з валеології, але й у вільній діяльності. Також впроваджені різноманітні оздоровчі технології: психогімнастика, логоритміка, пальчикова гімнастика, дихальна гімнастика, ароматерапія, стоун – масаж, робота з балансирами, фітбол – гімнастику, що дає змогу проводити профілактику та оздоровлення дітей в цікавих різноманітних формах. Під час пробудження використовують елементи йоги, горизонтальгого пластичного балету.

Фахівці Ценру ведуть активний пошук шляхів розв’язання проблем, наявних у корекційній роботі, прагнуть підвищити якість освітньої роботи для дітей з інвалідністю, не зупиняючись на досягненому.

На основі проаналізованої соціально-психологічної та педагогічної літератури, а також за результами аналізу закладів, які надають соціально –реабілітаційні послуги можна зробити висновок, що зміст соціальної роботи для людей з інвалідністю повинен охоплювати всі сфери життєдіяльності. При цьому важливе місце повинна посідати зміна суспільної думки по відношенню до людей, котрі мають проблеми зі здоров’ям. Їх життя великою мірою залежить від того, в якому соціальному середовищі, в якій соціальній реальності вони живуть. Побудова суспільства, яке грунтується на любові, гуманізмі, визнанні гідності та цінності кожної особи і нашої взаємної відповідальності один за одного.

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

* 1. **Інноваційні моделі фізично-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю на базі ІНВАСПОРТУ**

КЗ «Рівненський регіональний центр з фізичної культури і спорту інвалідів«Інваспорт» державна структура створена для розвитку спорту та фізично – спрортивної реабілітації людей з інвалідністю.

Діяльність і функціонування інфраструктури Рівненського регіонального центру «Інваспорт», КЗ «РОДЮСШІ», та 16 фізкультурно-спортивних клубів інвалідів (ФСКІ) регламентуються:

Законом України від 14.09.2000 р. № 1954-ІІІ «Про підтримку олімпійського, паралімпійського руху та спорту вищих досягнень в Україні»;

Указом Президента України від 08.11.2001 р. № 1059/2001 «Про розвиток та підтримку паралімпійського руху в Україні»;

Указом Президента України від 01.06.2005 р. № 900/2005 «Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями»;

Указом Президента України від 6 квітня 2006 р. № 290/2006 «Про заходи щодо фізкультурно-реабілітаційної роботи з інвалідами та підтримку паралімпійського і дефлімпійського руху в Україні»;

Указом Президента України від 18.12.2007 р. № 1228/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями»;

Указом Президента України від 30.03.2018 р. № 93/2018 «Про створення умов для подальшого розвитку паралімпійського і дефлімпійського руху в Україні»;

Постановою Кабінету міністрів України від 20.07.2011 р. № 766 «Деякі питання центрів з фізичної культури і спорту «Інваспорт».

Заходи зфізкультурно-оздоровчої діяльності, фізкультурно-спортивної реабілітації та розвитку спортуосіб з інвалідністю включені до Програми розвитку фізичної культури і спорту в Рівненській області на період до 2020року, схваленої розпорядженням голови облдержадміністрації від02.08.2017 № 422 та затвердженої рішенням Рівненської обласної ради від06.09.2017 №54 (зі змінами).

Одним з пріоритетних завдань для місцевих органів виконавчої влади, передбачено створення умов для фізкультурно-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю, у тому числі дітей з інвалідністю.

З 2007 року працює комунальний заклад «Рівненська дитячо-юнацька спортивна школа інвалідів» (далі – КЗ «РОДЮСШІ»), де займаються 192дитини з інвалідністю з семи видів спорту. Станом на 01 січня 2019 року фізкультурно-оздоровчою роботою охоплено 949осіб з інвалідністю, з них: з вадами слуху та мови – 271чол., з вадами зору –232 чол., з ураженнями опорно-рухового апарату та наслідками ДЦП – 401чол., з вадами розумового і фізичного розвитку – 45 чол.

В області функціонує 12 спецшкіл-інтернатів для дітей з обмеженими фізичними можливостями,в яких навчається 1427 дітей.На базітрьох спецшкіл-інтернатів працюють тренери обласної дитячо-юнацької спортивної школи інвалідів,в інших 9-ти спецшколах для дітей з розумовими вадами фізкультурно-оздоровчі заняття проводять викладачі фізкультури.

Упродовж 2018 року було проведено 39 різних спортивно-масових заходів обласного рівня серед спортсменів з інвалідністю різних нозологій, у тому числі обласні змагання Всеукраїнської спартакіади «Повір у себе».

У 2018 році у фінальних змаганнях Всеукраїнської спартакіади «Повір у себе» серед дітей з інвалідністю взяли участь 41 спортсмен областіз легкої атлетики, плавання, футболу (наслідки ДЦП), шахів, волейболу, волейболу пляжного, тенісу настільного, які вибороли 18 золотих, 32 срібних, 9 бронзових нагород.

Протягом 2018року участьв чемпіонатах світу та Європи, кубку світу взяли30спортсменів з інвалідністю, представників Рівненської області, з них 22 спортсмена вибороли 41 медаль різного ґатунку, у тому числі 22 золотих, 13срібних, 6бронзових нагород з дзюдо, легкої атлетики, параканое, пауерліфтингу, спортивних танців на візках, шашок.

З метою підготовки фахівців з фізичної реабілітації, фізкультури і спорту 19 спортсменів з інвалідністю різних нозологій безкоштовно навчаються у Міжнародному економіко-гуманітарному університеті імені академіка Степана Дем’янчука та Рівненському державному гуманітарному університеті.

Комплексне медичне обстеження інвалідів-спортсменів проводить Рівненський обласний лікарсько-фізкультурний диспансер. На обліку у відділенні спортивної медицини та лікувальної фізичної культури Рівненського обласного клінічного лікувально-діагностичного центру імені Віктора Поліщука перебувають 207 спортсменів-інвалідів, у томучислі 47 членів, кандидатів та резерву збірних команд України.На кожного з них заведена медична карта з висновком МСЕК про стан здоров’я та групу інвалідності. Лікування та обстеження їх проводиться безкоштовно у всіх медичних закладах області. Допуск до занять фіксується у журналах тренерів та лікаря регіонального центру «Інваспорт». Двічі на рік спортсмени з інвалідністю проходять поглиблене медичне обстеженняу відділенні спортивної медицини та лікувальної фізичної культури Рівненського обласного клінічного лікувально-діагностичного центру імені В.Поліщука (форма 0-61, 0-62).

В регіональному центрі «Інваспорт» щоденно проводиться лікарський прийом інвалідів-спортсменів, які займаються в тих чи інших секціях центру «Інваспорт» та КЗ «РОДЮСШІ».Протягом 2019року лікарем було прийнято та надано медичну допомогу і консультацію 397спортсменамз інвалідністю, ще 69 осіб пройшли повні курси масажу.

Також в приміщенні регіонального центру «Інваспорт» проводиться реабілітація спортсменів з інвалідністю за допомогою двох гідробоксів, які працюють за методом гідромасажу, масажного приладу та інфрачервоної теплової кабіни.Такі процедури проводились в період НТЗ членам збірної команди України з дзюдо (зір), які проходили підготовку до чемпіонату світу упродовж 2018року.

Продовжено співпрацю з Рівненським обласним центром комплексної реабілітації інвалідів. Так щомісяця упродовж травня-вересня 2019 році на базі зазначеного закладу проводились спортивні змагання з шашок, дартсу, стрільби кульової, бомбаскету у програмі реабілітації осіб з інвалідністю різних нозологій, участь у яких взяли близько 300 осіб з інвалідністю.

З 2018 року за ініціативи регіонального центру «Інваспорт» започатковано новий проект – проведення спортивних змагань серед вихованців інклюзивно-ресурсних центрів області. Так, 27 та 29 листопада 2019році з нагоди Міжнародного дня людей з інвалідністю були проведені змагання серед вихованців Березнівського та Сарненського інклюзивно-ресурсних центрів, участь в яких взяли відповідно 46 та 48 дітей з інвалідністю.

Протягом 2019 року в традиційному масовому сходженні на гору Говерлу взяли участь 37осіб з інвалідністю різних нозологій.

Регіональним центром «Інваспорт» сформовано та забезпечено участь делегацій Рівненської області у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації, що проходили у серпні та грудні 2019 році в с. Яворів Львівської області (39осіб з інвалідністю).

Рівненський регіональний центр «Інваспорт» має власну спортивну базу загальною площею 1004,7 кв. м, до складу якої входить зал для тенісунастільного, танців на візках, оздоровчої реабілітаційної роботи з дітьми з інвалідністю, шахів, шашок, більярдного спорту, дартсу, армспорту. У приміщенні працюють, обладнаний необхідним інвентарем, зал для занять з пауерліфтингу та окремий тренажерний зал. Також проводяться заняття з фізичної реабілітації інвалідів у гімнастичному залі на другому поверсі приміщення.

У регіоні функціонують федерації спортсменів з інвалідністюз вадами зору, слуху та ВРФР. Спеціалістирегіонального центру «Інваспорт» постійно надають практичну та методичну допомогуцим федераціям.

Регіональний центр «Інваспорт» тісно співпрацює з управлінняму справах молоді та спорту облдержадміністрації (начальникЛіпський Віталій Володимирович) та обласним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів (керуючаБалахно Сніжана Михайлівна), які постійно підтримують пропозиції регіонального центру «Інваспорт» щодо розвитку спорту, фізкультурно-оздоровчої та реабілітаційної роботи серед осіб з інвалідністю в області.

З метою відзначення кращих спортсменів з інвалідністю (у чотирьох вікових групах: ветерани, дорослі, юніори та діти) та тренерів області, ФСКІ, закладів та організаторів спортивної і фізкультурно-оздоровчої роботи серед осіб з інвалідністю, регіональний центр «Інваспорт»щороку проводить урочистий захід «Наша спортивна гордість».

05-06 вересня 2019 року в приміщенні регіонального центру «Інваспорт» відбулися ХХІV спортивні ігри Рівненщини серед осіб з інвалідністю, присвячені Дню фізичної культури і спорту.

У програмі спортивних ігор відбулись:

- Спартакіада серед осіб з ураженнями опорно-рухового апарату (теніс настільний, стрільба кульова, бочча);

- Спартакіада серед осіб з вадами зору (шахи, шашки, армспорт);

- Спартакіада серед осіб з вадами слуху (теніс настільний, стрільба кульова, більярд).

У змаганнях брали участь понад 200 учасників із 15 районів, міст та ОТГ області, Острозької та Клеванської спецшкіл-інтернатів.

У 2019 роцідо складу збірних команд України від Рівненської областівходили 47спортсменівз інвалідністю (у тому числі 30спортсменів в основному складі) з таких видів спорту, як дзюдо (зір, слух), легка атлетика (УОРА, ВРФР), параканое (УОРА), плавання (зір), пауерліфтинг (зір,УОРА), спортивні танці на візках (УОРА), стрільба кульова (слух), футбол (слух),шахи (слух), шашки (зір), а також старші тренери збірної команди України з дзюдо (зір) тапауерліфтингу (зір), тренер збірної команди України з дзюдо (зір).

Упродовж 2018 рокурегіональним центром «Інваспорт» підготовлено:

|  |  |
| --- | --- |
| Заслужених працівників фізичної культури і спорту України | 1чол |
| Заслужених тренерів України | 1 чол. |
| Заслужених майстрів спорту України | 1 чол. |
| Майстрів спорту України міжнародного класу | 1 чол. |
| Майстрів спорту України | 8 чол. |
| КМС України | 24чол. |
| І розряду | 46чол. |
| Масових розрядів | 74чол. |
| Чемпіонів світу | 6 чол. |
| Призерів чемпіонатів світу | 8 чол. |
| Чемпіонів Європи | 4 чол. |
| Призерів чемпіонатів Європи | 4 чол. |
| Переможців кубків світу | 4 чол. |
| Призерів кубків світу | 4 чол. |

Станом на 01.01.2020 р. кількість спортсменів з інвалідністю, що займаються в спортивних секціях складає 457 чол., з них:

* з вадами слуху та мови – 125 чол.
* з порушеннями опорно-рухового апарату та ДЦП –207чол.
* з вадами зору – 86 чол.
* з вадами розумового та фізичного розвитку –39чол.

З обласного бюджетуу 2019 роціна організацію та проведення спортивно-масових заходів серед осіб з інвалідністю булипрофінансовані видатки в сумі 1150,6 тис. грн., на придбання спортивного обладнання та інвентарю – 602 тис.грн.

Основними завданнями у роботі регіонального центру «Інваспорт» на 2019рік було забезпечення проведення заходів фізкультурно-реабілітаційної та спортивної роботи серед осіб з інвалідністю регіону, зокрема:

- щорічного урочистого заходу «Наша спортивна гордість» за підсумками роботи у 2019 році (1 лютого);

- XXІV спортивних ігор Рівненщини серед осіб з інвалідністю, присвячені Дню фізичної культури і спорту (вади зору, вади слуху, УОРА) (07-08 вересня);

- спортивних змагань серед вихованців інклюзивно-ресурсних центрів області, започаткованих у 2018 році (березень-листопад);

- змагань у програмі реабілітації осіб з інвалідністю в с. Олександрія на базі Рівненського обласного центру реабілітації інвалідів (травень-вересень);

- змагань у програмі реабілітації учасників бойових дій та АТО в смт Клевань на базі Рівненського обласного госпіталю ветеранів війни (щокварталу);

- формуванняделегації Рівненської області та забезпечення їх участь у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації, що проходитимуть в с. Яворів Львівської області (липень, листопад);

- забезпечення проведення ефективної навчально-тренувальної роботи у відділеннях з існуючих видів спорту, відкриття відділення з голболу та вивчення питання щодо впровадження нових видів спорту (волейбол сидячи, бадмінтон тощо);

- забезпечення проведення на належному організаційному рівні:

- до 40обласних змагань, у тому числі обласних змагань Всеукраїнської спартакіади «Повір у себе» з 5 видів спорту,

- чемпіонатів України з дзюдо (вади зору, лютий),пауерліфтингу (вади зору, березень) в м. Рівне;

- навчально-тренувальних зборів збірних команд України з дзюдо (вади зору) та пауерліфтингу (вади зору) з підготовки до міжнародних змагань;

- забезпечити належну підготовку спортсменів області до участі у всеукраїнських змаганнях та сприяти їх підготовці до міжнародних змагань з метою здобуття ліцензій для участі у XVI літніх Паралімпійських іграх 2020року в м. Токіо (Японія) та не менше 20 медалей різного ґатунку на чемпіонатах світу та Європи з дзюдо, пауерліфтингу, параканое, легкої атлетики, спортивних танців на візках, шашок;

- сприяти поліпшенню матеріально-технічного забезпечення спортивної бази для проведення заходів фізичної культури і спорту осіб з інвалідністю та їх фізкультурно-спортивної реабілітації шляхом розробки проектів, їх просування та реалізації, зокрема щодо придбання спеціального транспортного засобу з підйомником та заміни застарілої системи опалення спортивної бази тощо.

* 1. **Аналіз організаційно-методичних основ діяльності КЗ «Рівненського обласного центру комплексної реабілітації інвалідів» Рівненської обласної ради**

Комунальний Заклад «Рівненський обласний центркомплексної реабілітації інвалідів»Рівненської обласної радирозташований в с. Олександрія, вул. Санаторна, 3, Рівненського району, Рівненської області.

Основним завданням Закладу є: оцінка стану інваліда, установлення послідовності реабілітаційного процесу, розвиток природних здібностей і обдарувань, проведення професійної адаптації та орієнтації інвалідів, організацію комплексної психотерапії та психокорекції, заснованих на передових досягненнях сучасної психології, фізіології та медицини, безпечні умови для здійснення заходів з комплексної реабілітації інвалідів.

Предметом діяльності Закладу, яка здійснюється без мети одержання прибуткує: проведення соціальної реабілітації (абілітації) спрямованої на оптимізацію і коригування ставлення інвалідів до своїх вад, становища в сім’ї та суспільстві, виховання у них навичок до самообслуговування, адаптацію в навколишнє середовище.

*Основними структурними підрозділами Закладу є:*

- Адміністрація.

- Відділення соціальної та психологічної реабілітації інвалідів.

- Відділення професійної орієнтації та адаптації.

- Відділення медичної та фізичної реабілітації.

- Відділення господарського обслуговування.

Робота структурних підрозділів Закладу проводиться відповідно до положень про ці підрозділи, та затверджена керівником Закладу. У Закладі створено приймальну та реабілітаційну комісії, положення та склад яких затверджено керівником Закладу.

Зарахування інвалідів здійснюється Закладом відповідно до пакету документів, наданогоструктурними підрозділами з питань соціального захисту населення райдержадміністрацій, виконавчих комітетів міських рад згідно з Порядком надання інвалідам реабілітаційних послуг, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 № 80. Термін проведення реабілітації 30 днів.

Заходи комплексної реабілітації у комунальному закладі «Рівненський обласний центр комплексної реабілітації інвалідів» Рівненської обласної ради (далі - Центр) - це система соціально-психологічних та соціально-педагогічних способів та методів допомоги особи з інвалідністю, з метою виявлення і створення оптимальних умов для розвитку його особистості та збільшення реабілітаційного потенціалу протягом курсу комплексної реабілітації в Центрі.

***Основними завданнями заходів комплексної реабілітації в Центрі є:***

* забезпечення єдності соціально-психологічних, соціально-педагогічних і медико-соціальних рекомендацій;
* вивчення соціально-педагогічних цінностей особистості, соціально-психологічних впливів середовища на особу з інвалідністю (спостереження, бесіда, анкетування, вивчення документів);
* організація виховних освітніх взаємодій з проблемною особистістю, яка потребує допомоги (спонукання особистості до самореалізації і самостійності) створення сприятливих умов для найбільш повного розвитку задатків, здібностей;
* корекція взаємин, способів соціальних дій, допомога у розв’язанні конфліктів, посередництво творчому розвитку особистості і групи (моделювання ситуацій для нового досвіду, моделювання сфер успішної діяльності, організація діалогу і співробітництва, допомога у розблокуванні позитивних емоцій, створення оцінки і ситуацій успіху, зміна уявлень особистості про власне «Я», підтримка ініціативи, створення умов для творчості).

***Основними видами діяльності з соціально-психологічної реабілітаціїє:***

* діагностика – обстеження інваліда, моніторинг змісту і умов індивідуального розвитку особи з інвалідністю, визначення причин, що ускладнюють їх розвиток;
* корекція - здійснення соціально-медико-педагогічних заходів з метою усунення відхилень у психофізичному та індивідуальному розвитку і поведінці, схильності до залежностей та правопорушень, подолання різних форм девіантної поведінки, формування соціально-корисної життєвої перспективи;
* реабілітація – надання соціально-психологічної допомоги особам з інвалідністю, які перебувають у кризовій ситуації з метою адаптації до умов життєдіяльності;
* профілактика – своєчасне попередження відхилень у психофізичному розвитку та становленні особистості, міжособистісних стосунках, запобігання конфліктним ситуаціям;
* прогностика – розробка, апробація і застосування моделей поведінки групи та особистості у різних умовах, проектування змісту і напрямків індивідуального розвитку особи з інвалідністю та складання на цій основі життєвих планів, визначення тенденцій розвитку, між групових взаємин.

У своїй діяльності фахівці Центру, що забезпечують виконання заходів соціально- психологічної реабілітації, керуються Конституцією України, Декларацією прав людини, чинним законодавством України, Конвенцією ООН «Про права осіб з інвалідністю», Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»; Законом України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» та цим Положенням.

Заходи з соціальної реабілітації забезпечуються фахівцями із соціальної роботи (соціальними педагогами), які мають спеціальну освіту. Фахівці відділення Центру (психолог, фахівець із соціальної роботи, майстри виробничого навчання), керуються в роботі Етичним кодексом, будують свою діяльність на основі доброзичливості та довіри у тісному співробітництві з усіма учасниками реабілітаційного процесу, зберігають професійну таємницю, не поширюють відомостей, отриманих в процесі діагностики, консультування або корекції роботи. Конфіденційна інформація про особу з інвалідністю надається в узагальненому вигляді і за умови, якщо це не може завдати шкоди особистості чи його оточенню.

Заходи соціальної, психологічної реабілітації діагностично-прогностичного, профілактичного, корекційного, координаційного характеру здійснюються у Центрі протягом всього терміну комплексної реабілітації особи з інвалідністю у два етапи.

-Перший етап реалізується з урахуванням висновків та рекомендацій індивідуальної програми реабілітації, під контролем Приймальної комісії Центру.

-Другий етап починається після зарахування особи з інвалідністю на комплексну реабілітацію, проведення відповідних реабілітаційних заходів та оцінка їх ефективності.

Основними критеріями ефективності заходів соціальної та психологічної реабілітації є: сформованість навичок позитивного сприяння себе та оточуючих, покращення психо-емоційного стану, тощо.Фахівці даного відділення самостійно визначають форми і методи роботи з особами, якімають інвалідність, черговість і послідовність заходів соціально- психологічної реабілітації.

***Заходи з соціальної реабілітації:***

* Проведення соціально-експертної діагностики з метою визначення рівня соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації.
* Здійснення заходів, спрямованих на оптимізацію і коректування ставлення осіб з інвалідністю до своїх вад, становища в сім’ї та суспільстві, виховання у них навичок до самообслуговування, адаптації в навколишньому середовищі.
* Проведення навчання інваліда основним соціальним навичкам (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування, тощо).
* Проведення соціальної корекції, навичок автономного проживання, стереотипів безпечної поведінки, опанування навичок захисту власних прав та інтересів, самоаналізу та отримання навичок позитивного сприйняття себе та оточуючих.

Під час анкетування та індивідуальних співбесід фахівцем із соціальної роботи, психологом визначаються індивідуальні потреби у соціальній та психологічній реабілітації з урахуванням нозологій, рівня знань, наявності практичних умінь і навичок, ступеню самостійності, інтегрованості в суспільство.Індивідуальна робота з особами, які мають інвалідність включає індивідуальні бесіди та консультування, соціально-побутовий патронаж, надання їм послуг побутового характеру.

Групова робота передбачає проведення лекцій санітарно-просвітницького змісту з організації безпечної життєдіяльності, бесід на морально-етичні теми, дискусій, соціально-психологічних тренінгів.

***Заходи з медичної реабілітації складаються з:***

- Визначення фізичної, соматофізіологічної, сенсорної та психічної спроможності інваліда за даними індивідуальної програми реабілітації та результатів обстеження лікарями Закладу, надання рекомендацій стосовно подальшої можливої(неможливої) комплексної реабілітації.

- Розробки рекомендацій з дозування фізичних та психологічних навантажень, створення стереотипів поведінки, які відповідають фізичним та розумовим можливостям інваліда.

- Визначення адекватності та послідовності заходів лікувально-профілактичного характеру.

- Здійснення постійного нагляду та контролю за фізичним, соматичним та психічним станом інваліда.

- Організації та контролю за виконанням в Закладі санітарно-гігієнічних, протиепідемічних та профілактичних заходів, здійснення санітарно-просвітницької роботи.

Відповідно до індивідуальної програми реабілітації інваліда їм можуть надаватися послуги з фізичної реабілітації.

З метою виявлення оцінки якості доступності реабілітації та її ефективності, осіб з інвалідністю, у даному закладі нами було проведено соціологічне дослідження. У дослідженні взяли участь 50 осіб, яким було запропоновано анкету (Додаток Б). Учасникам дослідження було запропоновано 8 запитань.

На перше запитання **«Чи зверталися вони протягом останніх 3-х років в реабілітаційні установи для людей з інвалідністю?»,** ми отримала відповідь, що 80 % - відвідували реабілітаційні центри, 20 % - не відвідували, тому, що невчасно звернулися у Районні центри соціального захисту, і вже не було коштів.

На запитання **«Чи стикалися вони з випадками відмови у будь- яких послугах в реабілітаційному закладі?».** Ми отримали невтішну відповідь: 50% - так і 50% - ні. Дана відповідь обгрунтовувалась: «Відсутній фахівець; економія електроенергії; поломана апаратура; іншим разом; на слідуючий сезон і.т.ін.».

На запитання:**« Як часто Ви відвідуєте реабілітаційну установу?»** -відповіді різнилися. 40 % відвідують кожного року, інколи 60 днів, 20 % відвідують інколи, і 40 %- відвідують реабілітацію 30 днів**.**

На запитання: **«Чи задоволені результатами отриманих послуг?»,** ми отримали відповідь – 70 % - так і 30 % - ні.

На наступне запитання: «**Звідки Ви дізналися про можливість отримувати послуги в реабілітаційному центрі?»**, ми отримали відповідь 40% - від друзів і 60 % від Управління праці та соціального захисту населення.

На запитання: **«Чи задоволені Ви матеріально –технічною базою реабілітаційної установи**?», ми отримали відповідь: 80 %- так і 20 % -ні. Пояснення були: «вузьке ліжко, тісно в кімнаті; немає нічника, незручна душова кабіна і ін.».

На запитання: **«Ваші пропозиції щодо вдосконалення методів та технологій в роботі Центру»,** відповідь зводилася майже до одного – «потребують кваліфікованих фахівців з реабілітації (психологів, педагогів, реабілітологів, висококваліфікованих працівників соціальної роботи, фізіотерапевтів), більш цікавішого, різноманітнішого дозвілля, більшої уваги -клієнтоцентризм».

**Висновки до другого розділу**

Нами було проведено практичне дослідження впровадження технологій в реабілітаційні центри, зокрема: центру ранньої реабілітації, спортивно-фізичної та комплексної реабілітації. Ми з’ясували, що Центри в своїй роботі з людьми з інвалідністю працюють в площині чинного законодавства, використовуючи нормативно-правові акти: керуються Законами України, Конституцією України, Положеннями про реабілітаційні центри.

Зміст соціальної роботи для людей з інвалідністю охоплює всі сфери життєдіяльності, застосовуються різноманітніінноваційні технології. При цьому важливе місце посідає зміна суспільної думки по відношенню до людей, котрі мають проблеми зі здоров’ям. Їх життя великою мірою залежить від того, в якому соціальному середовищі, в якій соціальній реальності вони живуть - побудова суспільства, яке грунтується на любові, гуманізмі, визнанні гідності та цінності кожної особи і нашої взаємної відповідальності один за одного.

Ефективним механізмом реалізації державної політики по відношенню до дітей з інвалідністю є державні та регіональні програми, які реалізуються в закладах та покликані забезпечити необхідні умови для індивідуального розвитку та реалізації можливостей осіб з інвалідністю.

Фахівці Ценру ранньої реабілітації ведуть активний пошук шляхів розв’язання проблем, наявних у корекційній роботі, прагнуть підвищити якість освітньої роботи для дітей з інвалідністю, не зупиняючись на досягненому. В центрі створено належні умови для впровадження інноваційних технологій. Розвивальний життєвий простір наповнений дидактичними матеріалами, іграми, продумані та раціонально розміщені розвивальні осередки, матеріали яки спонукають педагогів до інноваційної діяльності, а дітей до реалізації власних інтересів, розвитку індивідуальних здібностей, а зокрема, ефективної соціальної реабілітації.

Регіональний центр «Інваспорт» проводить фізично-спортивну реабілітацію осіб з інвалідністю, тісно співпрацює з управлінняму справах молоді та спорту облдержадміністрації та обласним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів, які постійно підтримують пропозиції регіонального центру «Інваспорт» щодо розвитку спорту, фізкультурно-оздоровчої та реабілітаційної роботи серед осіб з інвалідністю в області. У вихованців «Інваспорту» гартується воля, впевненість в собі, бажання жити і перемагати, а отже, і соціалізуватися.

КЗ «Рівненський обласний центр комплексної реабілітації інвалідів» здійснює: оцінка стану інваліда, установлення послідовності реабілітаційного процесу, розвиток природних здібностей і обдарувань, проведення професійної адаптації та орієнтації інвалідів, організацію комплексної психотерапії та психокорекції, заснованих на передових досягненнях сучасної психології, фізіології та медицини, безпечні умови для здійснення заходів з комплексної реабілітації інвалідів.

Заходи з соціальної реабілітації забезпечуються фахівцями із соціальної роботи (соціальними педагогами), які мають спеціальну освіту. Фахівці Центру (психолог, фахівець із соціальної роботи, майстри виробничого навчання), керуються в роботі Етичним кодексом, будують свою діяльність на основі доброзичливості та довіри у тісному співробітництві з усіма учасниками реабілітаційного процесу, зберігають професійну таємницю, не поширюють відомостей, отриманих в процесі діагностики, консультування або корекції роботи.

Заходи соціальної, психологічної реабілітації діагностично-прогностичного, профілактичного, корекційного, координаційного характеру здійснюються у Центрі протягом всього терміну комплексної реабілітації.

За даними проведеного нами соціологічного дослідження, люди з інвалідністю потребують на сьогодні більшої уваги: під час проходження реабілітації недостатньо на їх думку фахівців-реабілітологів, фахівців-соціальної роботи, фахівців-психологів. Покращення потребує також і дозвіллєва робота.

Отже, реабілітація осіб з інвалідністю є ефективним механізмом життєдіяльності особистості з інвалідністю, однак потребує ретельного вивчення і застосування найефективніших, сучасних інноваційних технологій.

**РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ З ОБМЕЖЕННЯМ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ У РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРАХ**

**3.1. Проблеми інвалідності в контексті ранньої соціальної реабілітації: аналіз результатів дослідження**

У ході роботи було проведено експертне інтерв’ю у 15 експертів - фахівців, які працюють з з функціональними обмеженнями здоров’я в Полтавському міському центрі соціальної реабілітації дітей-інвалідів. Всі експерти – жінки, їх стаж роботи 1-7 років. Експертам були запропоновані питання, які пов’язані з особливостями реабілітації дітей з функціональними обмеженнями здоров’я.

Аналіз результатів інтерв’ю побудовано таким чином, що основний зміст становить авторська інтерпретація та науковий аналіз первинних текстів (відповідей респондентів).

На запитання *«У якому віці, на вашу думку, потрібно починати реабілітацію дітей з функціональними обмеженнями здоров’я?»* експерти одноголосно відзначили, що починати реабілітацію необхідно з моменту встановлення діагнозу або виявлення порушень розвитку у дитини.

* з моменту встановлення діагнозу;
* від народження;
* від моменту виявлення функціональних відхилень та встановлення точного діагнозу;
* з раннього віку;
* чим раніше, тим більших результатів можна досягти в реабілітації та соціальній адаптації.

На запитання *«Які проблеми виникають у дитини з функціональними обмеженнями здоров’я?»* всі експерти зазначили, що в залежності від функціональних та психічних обмежень здоров’я дитини з інвалідністю у неї насамперед виникають проблеми з обмеженням у спілкуванні, самообслуговуванні, пересуванні та багато інших проблем, які заважають дитині з особливими потребами повноцінно жити та інтегруватися в суспільство.

* емоційні, психологічні проблеми;
* комунікативні проблеми;
* невпевненість у собі, страх;
* занижена самооцінка;
* обмеження у формуванні особистості;
* труднощі у спілкуванні з здоровими однолітками;
* фізичні проблеми;
* неможливість самообслуговування;
* не вміння себе обслуговувати;
* труднощі в оволодінні соціально побутовими навичками;
* труднощі в адаптації у соціальне середовище;
* неадекватне відношення здорових дітей до дітей з обмеженнями здоров’я;
* комплексують в оточенні здорового суспільства;

Аналізуючи відповіді експертів на запитання *«Які складнощі Ви помічаєте у дітей з фізичними вадами при інтеграції у здорове суспільство?»* Експерти відзначили, що труднощів у дітей з фізичними вадами велика кількість і для того, щоб дитина не залишалася з ними на одинці держава повинна піти назустріч соціальним потребам і створити систему соціальних служб, що дозволяли б згладжувати обмеження, які заважають процесам інтеграції дитини з функціональними обмеженнями здоров’я у здорове суспільство.

* + при пересуванні містом;
  + при пересуванні транспортом;
  + відсутність пандусів у школах, садочках;
  + навчальні заклади не пристосовані до такої категорії дітей;
  + недостатність пристосувальних приладів;
  + неприйняття суспільством;
  + соромляться своєї вади та комплексують в оточенні здорового суспільства;
  + невпевненість у власних силах знижує можливість досягти успіху;
  + невміння спілкуватися;
  + фізичні вади не дають можливості дитині швидко і якісно виконувати завдання у повсякденному житті;
* не встигають за здоровими дітьми в рухливих іграх.

Відповідаючи на запитання *«Як складаються стосунки з фізичними обмеженнями здоров’я зі здоровими однолітками?»* всі респонденти відзначають, що стосунки з однолітками залежать від: ситуації, рівня фізичного ураження та інтелекту, від віку дітей та від виховання здорових дітей.

Майже всі респонденти відмічають складнощі в стосунках:

* замкнутість;
* агресію;
* не сприйняття;
* упередженість до дітей з фізичними вадами;
* почуття неповноцінності поряд зі здоровими однолітками.

Лише два респонденти зазначили, що знають багато випадків позитивних стосунків дітей з фізичними обмеженнями здоров’я зі здоровими однолітками. Також відмічають, що якщо рівень фізичного ураження дитини з інвалідністю незначний, то такі діти адаптуються в здоровому суспільстві значно швидше і краще.

* здорові діти стають чутливими до потреб інших, милосерднішими, толерантніше сприймають людські відмінності, набувають впевненості, що кожен може подолати перешкоди і досягти успіху.

Як свідчать відповіді експертів на запитання *«Які труднощі виникають при роботі з дітьми з інвалідністю?»* Експерти зазначили, що труднощі виникають як психологічні, фізичні, емоційні, комунікативні, в залежності від того, яка у дитини хвороба і яка стадія розвитку подолання проблеми. А також виникає проблема в тому, що діти зазвичай замкнуті, маломобільні та соціально-ізольовані.

* при встановлення позитивного емоційного контакту з дитиною;
* при контактному спілкуванні з дитиною (неслухняність, розсіяння уваги, повільність, байдужість, злість, не сприйняття поданого матеріалу);
* велике навантаження фізичного та психологічного характеру на соціального працівника;
* неадекватне сприйняття дітьми з інвалідністю таких вимог як навколишній соціум;
* не виконання батьками рекомендацій спеціалістів.

Даючи відповідь на запитання *«Якої допомоги потребують служби та спеціалісти, які працюють з дітьми даної категорії?»* Спеціалісти вказали, що для якісної роботи їм бракує методичного матеріалу, матеріального забезпечення. Здебільшого експерти говорили про те, що хотіли б частіше отримувати досвід роботи у зарубіжних країнах, відвідувати інші реабілітаційні центри для обміну досвідом та проходити навчальні тренінги, лекції, семінари.

* професійної допомоги;
* інформаційно-методичної допомоги;
* покращення матеріально-технічного забезпечення Центру;
* інформованості про нові методики роботи з різними категоріями дітей з функціональними обмеженнями здоров’я;
* проведення тренінгів, навчань;
* пошуку нових ефективних форм, методів і засобів соціальної реабілітації дітей з функціональними обмеженнями здоров’я;
* використання новітніх технологій та зарубіжних практик реабілітації дітей з функціональними обмеженнями здоров’я;
* введення волонтерства в роботу з дітьми з функціональними обмеженнями здоров’я.

Зі слів спеціалістів, які працюють з дітьми з функціональними обмеженнями здоров’я, важлива відповідна оплата праці, проведення психологічних та фізичних розвантажень, збільшений термін відпустки та санаторно-курортне лікування.

На запитання *«Якої допомоги на сьогодні потребують вихованці вашого Центру?»* експерти наголо висли на транспортній підтримці, на новітньому обладнанні. Також на матеріалах для навчання та соціальної реабілітації.

* забезпечити транспортування дітей з інвалідністю, які проживають віддалено від Центру, в інших районах міста та області;
* забезпечення комплексної психолого-педагогічної, фізичної і медичної реабілітації дітей з функціональними обмеженнями здоров’я;
* збільшення фінансування для проведення безкоштовного медичного лікування;
* новітнього обладнання для надання допомоги;
* проведення систематичних консультацій профільних медичних спеціалістів на базі Центру;
* забезпечення дидактичними матеріалами та обладнанням місць для навчання та гри;
* розробити програму продовження надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю після досягнення 18-ти річного віку (можливість продовження спілкування, розвитку реабілітації та інтеграції в здорове суспільство.

На запитання *«Що необхідно змінити у соціальній політиці, щоб дітям з інвалідністю полегшити інтеграцію в суспільстві?»* більшість експертів відповіли, що в першу чергу змінили б нормативно-правову базу, підвищили фінансування центрів реабілітації дітей з функціональними обмеженнями здоров’я, збільшили кількість працівників у таких центрах, сприяли б обміном досвіду роботи, який здійснюється в зарубіжних країнах. А також фахівці зазначили, що потрібно більш активно залучати громадськість до проблем дітей з інвалідністю та проводити інформаційно-роз’яснювальну роботу.

* необхідна просвітницька робота в суспільстві;
* підготовка кваліфікованих кадрів для роботи з дітьми з інвалідністю;
* прийняття програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з особливими потребами.

Отже, можна зробити такий висновок, що реабілітацію дітей з функціональними обмеженнями здоров’я слід починати з моменту народження або ж з моменту встановлення діагнозу лікарем.

Також хочеться зазначити, що у нашому суспільстві відношення до дітей з особливими потребами мало змінилося. Одні люди до них байдужі, а інші або ж жаліють їх або активно допомагають їм. Тому найпершим завданням для держави є соціальне та медичне забезпечення дітей з інвалідністю, створення необхідних умов для розвитку, реалізації інтелектуального чи творчого потенціалу.

Ми можемо говорити, що суспільство повинне максимально адаптувати свої стандарти до особливих функціональних потреб дітей, з тим, щоб вони могли жити незалежним життям. Тобто шлях вирішення проблеми не у підтягуванні дитини з інвалідністю до рівня здорової людини, а у створенні специфічних умов суспільного життя, де розумові чи фізичні обмеження не формуватимуть залежності дитини з інвалідністю від здорових дітей чи, принаймні, ця залежність буде мінімізованою. Тому хочеться наголосити, що потрібно постійно проводити інформаційно-роз`яснювальну роботу з громадськістю та активно залучати їх до життя та проблем дітей з фізичними вадами здоров’я, для того, щоб кожен громадянин нашої держави розумів, що кожна людина має право на повноцінне життя в суспільстві навіть якщо вона має інвалідність.

Проведене нами дослідження дало змогу сформулювати наступні висновки:

* 1. Соціальну та фізичну реабілітацію потрібно починати з моменту народження або ж з моменту встановлення діагнозу лікарем, тому що від цього залежить як швидко та легко буде проходити адаптація та інтеграція дітей з обмеженими фізичними можливостями в суспільство.
  2. Також хочеться зазначити, що у нашому суспільстві відношення до дітей з особливими потребами мало змінилося. Одні люди до них байдужі, а інші або ж жаліють їх, або активно допомагають їм. Тому найпершим завданням для держави є забезпечення дітей з інвалідністю, створення необхідних умов для розвитку, реалізації інтелектуального чи творчого потенціалу. Також експерти одностайно зазначили, що таких дітей не варто ізолювати від здорових людей. Потрібно привертати увагу громадськості до їхніх проблем. Адже часто здорові громадяни просто недостатньо інформовані про проблеми людей з особливими потребами, щоб надати їм певну допомогу.
  3. Суспільство повинно докласти максимум зусиль для створення безбар’єрного середовища, що дозволить дітям з обмеженими фізичними можливостями здоров’я інтегруватися в суспільство та реалізувати свій потенціал. Тому хочеться наголосити, що потрібно постійно проводити інформаційно-роз`яснювальну роботу з громадськістю та активно залучати її до життя та проблем дітей з фізичними вадами здоров’я, для того, щоб всі громадяни нашої держави розуміли, що кожна людина має право на повноцінне життя навіть якщо вона має інвалідність.
  4. У дітей з фізичними обмеженнями здоров’я складаються різні відносини, але є і дружні, теплі взаємини при спілкуванні із здоровими однолітками. Дитина з інвалідністю змінюється, стає відкритою, радісною і хоче досягати більшого.
  5. Зі слівпредставників організацій ми відмітили, що працівники бажають вивчити методики, які є закордоном, працювати по них у наших центрах реабілітації, узаконити прогресивні методи реабілітації, створити ефективний механізм фінансування через соціальне замовлення. Також на їх думку потрібно проводити інформаційно-методичну роботу з батьками, створювати «вільний простір» для спілкування, роботи та творчості людини з обмеженими можливостями здоров’я.

**3.2. Впровадження зарубіжних технологій соціально-педагогічної роботи в реабілітаційних центрах**

Переходячи до характеристики соціально-педагогічних технологій у зарубіжних країнах, вважаємо за необхідне звернути увагу на теоретико-методологічне розуміння поняття «технологія», «соціально-педагогічна технологія», їх класифікацію і визначення змістовної сутності.

Технологія (від грецької – мистецтво, майстерність, вміння й учіння) – це система знань про способи і засоби обробки та якісної зміни об’єкту [101]. Дотримуючись обраної логіки дослідження відзначимо, що розробці питання технологічного підходу в соціальній роботі, соціальній педагогіці та педагогічній (освітній) діяльності приділяли увагу такі відомі провідні науковці як: В. Безпалько, І. Бех, І. Зайнишев, І. Звєрєва, А. Капська, Л. Мардахаєв, Л. Нікітіна, С. Харченко, Є. Холостова, М. Шакурова та інші.

Проаналізувавши наукові дослідження, ми прийшли до висновку, що технологічність – це стиль сучасного науково-практичного мислення, який дозволяє забезпечити максимальну результативність будь-якої діяльності, в тому числі й соціально-педагогічної діяльності центрів реабілітації інвалідів, за допомогою науково обґрунтованого підбору відповідних методів, засобів та способів діяльності. «Соціальні технології – це практика алгоритмічного застосування оптимальних способів зміни і регулювання соціальних відносин та процесів» [22].

Соціально-педагогічна технологія – це один із визначених на підставі попереднього досвіду та обґрунтованих шляхів досягнення певної соціально-педагогічної мети. Вона може розглядатися: як обґрунтування (опис) етапів, методів та засобів соціально-педагогічної діяльності, що забезпечують досягнення певного результату; як доцільна, оптимальна послідовність діяльності, яка спрямована на досягнення певної соціально-педагогічної мети [22]. Соціально-педагогічна технологія має характерні риси, серед яких: універсальність, конструктивність, результативність, оперативність, відносна простота, надійність, гнучкість.

Виділимо також суб’єктні технології – індивідуальні, що сприяють самозахисту інваліда, групові технології – які спрямовані на його соціальну реабілітацію та корекцію; середовищні технології – що сприяють оздоровленню соціального середовища навколо інваліда, його удосконаленню через корекцію процесів спілкування та вирішення конфліктних ситуацій, техніки превентивних заходів порушення соціалізації та дезадаптації інвалідів тощо.

Всі названі технології можна віднести як до «локальних соціальних технологій», що застосовуються при вирішенні певних (місцевих) проблем, можуть мати типові та, разом з тим, неповторні особливості, так і до «гуманістичних психо-соціальних технологій» [22], провідними ідеями яких є положення про розуміння інваліда як цілісної особистості, яка, перебуваючи у певному оточенні та взаємодіючи з ним, набуває деструктивних особистісних змін, що можуть бути викоренені за наявності відповідних позитивних умов – віри у самодостатність особистості та її здатність самоактуалізовуватися, звільнятися від фрустрацій, розвивати свої здібності; зміни самого середовища, яке оточує людину тощо.

Таким чином, основним результатом реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров’я повинно стати формування суб’єктності особистості, особи значною мірою мають спиратися на свій власний досвід і сили, формуючи в собі якості справжнього суб’єкта свого життя, забезпечувати не тільки розвиток якостей, що допомагають реалізувати себе як істоту, яка здатна жити в суспільстві, але й як неповторну індивідуальність зі своїми специфічними запитами та індивідуальними засобами соціальної самореалізації.

Соціальна реабілітація особистості – це складний процес її взаємодії з соціальним середовищем, в результаті якого формуються якості людини, як справжнього суб’єкта суспільних відносин.

За кордоном проводиться ряд програм, присвячених соціокультурної реабілітації молодих інвалідів і виділяють дві моделі соціального обслуговування населення – європейську та американську.

В СШАакцент зміщується у бік опори на власні сили, особисту ініціативу, вивільнення від впливу державних структур. Інваліди в першу чергу забезпечуються пенсією і страхуванням від нещасних випадків. Організується обслуговування. Допомога інвалідам здійснюється за допомогою спеціалізованих інвалідних організації та фондів, так як муніціпалетети залучають їх для надання інвалідам значної частини належних за законом послуг [21].

Основними серед них є: житлово-побутові, пристрій, транспорт, надання роботи, навчання, адаптація, виплата спеціальних посібників і компенсацій. Останні передбачені для проведення заходів соціально-реабілітаційного характеру, що сприяють підвищенню дієздатності інваліда, а також на протезування, професійну підготовку або загальну освіту.

Соціальні служби США мобілізують всі можливості для того, щоб допомогти людям жити в будинку. Ті, хто потребує додаткової підтримки в денний час, можуть відвідувати денний центр, що перебуває в межах досяжності від їхнього будинку. У центрах соціального навчання США увага звертається на придбання навичок спілкування й соціалізації. Служби соціального навчання також пропонують альтернативні види діяльності в денний час, такі як групова робота на місцяхпроживання та ін. Проте не завжди є можливість забезпечити інтенсивний або тривалий догляд за людьми вдома, які мають серйозні порушення, особливо якщо вони самотні або родичі й друзі не справляються із цим. У таких випадках підтримка й догляд за хворими здійснюється безпосередньо в інтернаті або пансіонаті [38].

Оскільки працевлаштування інвалідів вважається головним чинником їх інтеграції у суспільство, розглянемо більш детально закордонний досвід у цій сфері. Найбільш широко і ефективно соціально-трудова реабілітація інвалідів здійснюється у Німеччині. Рішенням проблем соціально-трудової реабілітації інвалідів в цій країні зайняті багато організацій: державні установи, благодійні агентства, різні громадські та церковні організації. Загальне керівництво діяльністю по реабілітації інвалідів в Німеччині покладено на Федеральне управління з праці, яке організовує обстеження інвалідів, навчання, перенавчання, працевлаштування.

Вирішальне місце в професійній підготовці інвалідів і їхньому працевлаштуванню у Німеччині відводиться біржам праці, які здійснюють професійну консультацію і посередницькі послуги в працевлаштуванні, в тому числі навчання, професійну адаптацію, допомогу роботодавцю в облаштуванні робочого місця тощо. Спеціальні відділи професійної реабілітації інвалідів на біржах праці здійснюють лікарсько-трудову експертизу, визначають конкретну професію і інші заходи реабілітації, наприклад, забезпечення технічними засобами. У складних випадках інваліди направляються для трудових випробувань в центри професійної реабілітації. Реабілітаційні центри в Німеччині можуть здійснювати тільки медичну або тільки професійну реабілітацію, а також поєднувати ці обидва види реабілітації [95].

Система медичної реабілітації Німеччини за своїм охопленням і диференційованостю по праву може вважатися основою європейского стандарту. Так однією з успішних установ в реабілітації людей з інвалідністю в Німеччині є SalinenKlinik. Клініка знаходиться в курортному містечку Бад Раппенау, яку відвідує кожного року автор.

Основу лікувального процесу в ній складає комплексний підхід до проблем відновлення після ортопедичних, травматологічних та неврологічних захворювань.

Серед методів реабілітаційного лікування:

- гідро- і бальнеотерапія (в т.ч. лікувальне плавання в басейні з термальною мінеральною водою, ванни, душі, підводний масаж);

- масажі – класичні та спеціальні (по Марніцу, Шиацу, мануальний лімфодренаж по Фоддеру, масаж сполучних тканин, колономасаж);

- теплолікування і кріотерапія: аплікації і обгортання, термотерапія, кріо- і льодова терапія, фанго – мінеральні грязі з італійських джерел;

- лікувальна фізкультура і гімнастика – суха і в басейні з мінеральною водою, розтяжка, дихальна гімнастика, лікувальна гімнастика по Брюгеру, Кіріаксу, мануальна терапія, спортивна фізіотерапія, м'язовий комп'ютерний тренінг;

- ерготерапія та ергометрія – мотивація і власна активація пацієнта за допомогою індивідуально виготовлених технічних пристосувань, тренінг з метою реабілітації пацієнта, кінезотерапія (в т.ч. термальна);

- аерозолі і інгаляції;

- електро-, світло- та ультразвукова терапія, дієтотерапія;

- психологічна консультація і лікування (психологічне тестування, психотерапія, сеанси релаксації із застосуванням аудіо- і відео-програм, сенсорна кімната).

Діагностичні методи:

- коронарна ангіографія, традиційне і цифрове вимірювання хребта, діагностика і лікування захворювань м'язів, відеомоніторинг;

- функціональна діагностика, лабораторні дослідження.

Реабілітація в центрі, як правило, триває від 4 до 6 тижнів. При цьому лікарняні каси намагаються затвердити заявку строком на 4 тижні, а лікарі прописують більш тривалий курс, для призначення якої вимагається переконливе обґрунтування. Охорона здоров’я держави грунтується на добре структурованій системі медичного страхування, що складається з державного обов’язкового страхування (ДОС) та приватних страхових фондів. Проживають пацієнти в самому приміщенні клініки. Доступність та зручність реабілітаційної установи дає можливість людям з інвалідністю самостійно проходити реабілітацію. Досить великі кімнати на одну або дві людини обладнані функціональними ліжками, індивідуальними шафами, зручними санвузлами з туалетом та душем.

В клініці працює багатопрофільний медичний лікарський персонал – ортопеди, неврологи-ортопеди, травматологи, фізіотерапевти, лікарі – реабілітологи, ерготерапевти, дієтолог і фахівець із здорового харчування, логопед. В обов’язковому порядку в штаті співробітників є представник державних соціальних організацій. Молодший і середній медичний персонал клініки підібраний з урахуванням специфіки реабілітаційного центру, тому у всіх є досвід у здійсненні реабілітації та догляду за пацієнтами з інвалідністю.

Для визначення ефекту від проведеної реабілітації використовується метод анкетування хворих при виписці з реабілітаційного центру. В даний час формуються стандарти реабілітації для аналізу та гарантії якості проведеного курсу.

Також корисний досвід Канади з працевлаштування інвалідів. У рамках спеціальної програми «Стратегія працевлаштування молоді» передбачено ряд заходів по отриманню молоддю спеціальної або вищої освіти, працевлаштування, пільги для роботодавців, які працевлаштовують молодих інвалідів, компенсація вартості необхідного обладнання для облаштування робочого місця інваліда [95].

Широкого розповсюдження набула працетерапія, головною метою якої є корекція фізичного і психологічного станів інвалідів за допомогою специфічної трудової діяльності, яка здійснюється для надання допомоги інвалідам і досягнення їхньої незалежності у всіх аспектах повсякденного життя.

Дуже цікава практика соціального обслуговування інвалідів і людей, які мають фізичні вади, у Великобританії. Існує кілька типів денних центрів, в яких працюють команди, що включають в себе не тільки соціальних працівників, але і психологів, терапевтів, штат медсестер, інструкторів та вчителів. Центри підготовки дорослих та центри соціального навчання проводять тренінг з молодими людьми, що мають труднощі в навчанні після закінчення школи. Наголос робиться на самообслуговування і придбання соціальних умінь, таких як вчинення покупок, приготування їжі, поводження з грошима, користування громадськими місцями. Це дозволяє пацієнту жити в суспільстві і розраховувати на власні сили. У центрах також проводяться заняття з малювання, рукоділля, роботі по дереву, фізкультури, читання та письма. Проблеми інвалідів вирішуються соціальними працівниками спільно з трудотерапевти.

У функції трудотерапевта входять: оцінка стану інваліда, терапевтична активність (поради, підтримка, підбір та встановлення обладнання, підбадьорювання, методи трудотерапевтичного лікування), надання максимуму незалежності інваліду та поліпшення якості його життя.

Робота трудотерапевти багатогранна. Допомога та підтримка клієнта трудотерапевти підбирається конкретно під кожен індивідуальний випадок. Для полегшення життєдіяльності існує маса різних реабілітаційних фірм, які можуть надати за замовленням інваліда (або по обраному каталогу) будь-яке обладнання, інструменти або засоби для полегшення життя (спеціальні сидіння в ванну, кругові ложки і виделки, а також різне фізіотерапевтичне обладнання) [38].

Використовують такий метод, як окупаційна терапія – терапія повсякденними заняттями – форма професійної соціальної роботи, існуюча в більшості країн світу і займає важливе місце в команді фахівців соціальної роботи, охорони здоров’я, освіти. Дана терапія є інтегральною частиною комплексної медичної, соціальної та психолого-педагогічної реабілітації. Це необхідний компонент ефективної допомоги людям, що зазнають труднощі в повсякденних ситуаціях. Застосування окупаційної терапії досить широко – починаючи від стимуляції рефлексів недоношеного немовля до забезпечення безпеки і незалежності слабкого літньої людини. Таким чином, як напрямок в соціальній реабілітації окупаційна терапія має дві сторони:

- реабілітаційну, спрямовану на продуктивну діяльність за власним обслуговуванню (умивання причісування);

- терапевтичну, спрямовану на відновлення загубленого навику за допомогою різних методів і спеціального устаткування (в’язання, шиття).

Окупаційна терапія необхідна підліткам та молоді з проблемами:

- сімейної і соціальної адаптації;

-алкогольної або наркотичної залежност;

- соціопатологіі поведінки;

- розлади апетиту-неврологічної недостатності на грунті травм, поранень головного і спинного мозку-ортопедичних обмежень на грунті нещасного випадку або захворюваннянервово-психічних розладів і труднощів у навчання.

Окупаційна терапія для підлітків і молодих людей дозволяє:поліпшити сенсорику і моторику-збільшити мобільність, силу, витривалість (полегшити звикання до протезів і перевіряти їх функціонування); стимулювати здорові, продуктивні взаємини (отримати передпрофесійні і професійні навички) [95].

У Росії в центрі для інвалідів «Південне Бутово» активно застосовується метод терапії природою*.* Це допомагає молодим інвалідам освоювати художньо-творчу діяльність в рамках соціокультурної роботи, а також засобом оптимізації всього реабілітаційного процесу. Під оптимізацією процесу розуміється поліпшення його якості, як в аспекті результативності, так і ефективності. Підвищення якості реабілітаційної роботи при використанні природних матеріалів пов’язано з тим, що всі ці матеріали самі по собі володіють потужними стимулюючими і активізаційними властивостями. Поєднання різних стимулів (зорових і тактильних відчуттів), підкріплене активною (вербальною або невербальною) взаємодією з фахівцем, активізують пізнавальні психічні процеси дитини, регулюють його емоційно-вольову сферу, розвивають і коректують рухові здібності, тобто комплексно впливають на його реабілітаційний потенціал.

Велике значення надається такому виду, як бібліотерапія. Вона ставить певні завдання перед співробітниками бібліотек. До них відносяться:

– виховання позитивної самооцінки (у молодих інвалідів вона часто занижена), виникнення почуття життєрадісності;

– відновлення адаптаційних можливостей особистості, тобто розвиток навичок спілкування та взаємодії з навколишнім світом;

– виховання почуття соціальної значущості (замість почуття «соціальної малоцінності», про який писав Л.С. Виготський) і вибудовування на цій основі перспектив і життєвих планів дитини-інваліда з обмеженими можливостями; – розвиток літературних здібностей юних читачів;

– подолання почуття відчуженості дитини-інваліда від соціуму, подолання почуття ворожості навколишнього світу, обумовленого неуважним, а іноді і зневажливим ставленням людей до дітей з обмеженими можливостями;

– відновлення активності дитини як суб’єкта своєї життєдіяльності;

– допомога в наданні медичної, психологічної та педагогічної реабілітації, здійснюваної зусиллями різних соціальних інститутів [95].

Модель соціокультурної реабілітації включає в себе наступні види діяльності: соціальну, культурну, психологічну, педагогічну, професійну, громадську, соціально-економічну, медичну, фізичну, юридичну. Колектив обласної бібліотеки для сліпих спільно з завідуючими відділами Муніципальних утворень за підтримки глав Адміністрацій районів щорічно проводить семінари, конференції, спрямовані на підвищення професійного рівня фахівців установ культури і фахівців соціальної сфери.

У програму семінарів виносяться наступні проблеми:

- Соціокультурна діяльність як засіб формування толерантного ставлення до людей з обмеженими фізичними можливостями.

- Регіональна бібліотека для сліпих у системі соціокультурної реабілітації інвалідів по зору.

- Дозвілля як форма формування толерантної свідомості в суспільстві по відношенню до інвалідів.

-Комплектування фондів – важливий фактор доступу до інформації осіб з фізичними обмеженнями.

- Самореалізація особистості інваліда допомогою видавничої діяльності бібліотеки.

- Технології роботи установ культури і соціальних служб із соціально незахищеними людьми.

- Духовно – моральні цінності в сучасному суспільстві.

- Бібліотека для сліпих як соціальний інститут допомоги [4, 26, 30].

Таким чином, аналіз зарубіжного і вітчизняного досвіду соціально-культурної реабілітації молодих інвалідів дає підставу говорити про те, що безперечно розвиток даної сфери соціального захисту і підтримки розвивається досить таки стрімкими темпами практично в усіх індустріальних і постіндустріальних країнах.

В даний час на території Росії існують певні види програм, які успішно втілюються в життя, тим самим допомагаючи молодим інвалідам придбати свій статус в суспільстві і дає поштовх до саморозвитку. Дані програми допомагають молодим інвалідам швидше пристосуватися до соціуму і їм простіше спілкуватися з іншими людьми. Програми допомагають заново знайти своє місце в житті і знайти для себе нове заняття і сенс життя [25].

Для соціокультурної реабілітації молодих інвалідів, закордоном використовуються індивідуальні та групові форми сприяння соціальній інтеграції даної категорії в суспільство. На даний момент існує багато різних форм соціокультурної реабілітації молодих інвалідів. До них можна віднести такі як: фонди, клуби, колективні творчі справи, різні секції.

Розглянемо діяльність клубу на прикладі Центру культурно-спортивної реабілітації для інвалідів по зору Санкт-Петербурзької регіональної організації ВОС. У сфері реабілітації інвалідів по зору засобами фізичної культури і спорту основними завданнями сектору по адаптивно-рухової реабілітації є:

- зміцнення здоров’я інвалідів по зору, в тому числі шляхом організації регулярних занять в спортивних секціях та клубах;

- розвиток активності сліпих та слабозорих у сфері фізичної культури і спорту шляхом пропаганди досягнень незрячих спортсменів;

- залучення до занять у спортивних секціях та клубах нових, перш за все, молодих інвалідів по зору;

- організація спортивних змагань та навчально-тренувальних зборів з метою підвищення рівня майстерності спортсменів – інвалідів по зору;

- забезпечення участі інвалідів по зору в міжнародних, та регіональних змаганнях, чемпіонатах і першостях.

Сектором з адаптивно-рухової реабілітації організовано роботу секцій по 9 видів спорту: плавання, спортивних ігор (голбол, міні-футбол), дзюдо, легкої атлетики, лижам, велотандему, шахів та шашок. Сектор розпорядженний універсальної спортивною базою, в яку входять спортивний зал і шахово-шашковий клуб.

Головним завданням народного музею історії Санкт-Петербурзької організації ВОС є пропаганда здібностей незрячих людей жити повноцінним різноманітним життям, бути корисними членами суспільства. Активно соціокультурна реабілітація проводиться в Коломенському Центрі реабілітації інвалідів. Використання юморотерапіі в соціокультурній реабілітації є запорукою отримання позитивних емоцій, свята служать розширенню соціального досвіду (святотерапія). Поїздки на автобусі в інші міста – невеликі подорожі – дозволяють відчути єдність колективу, спільність поглядів, знайти близьку собі по духу людину і зав’язати з ним більш близькі стосунки [38].

Досягнення технології для інвалідів по зору виступають не тільки як розважальні, а як засобу реабілітації. Серед них: музикотерапія, казкотерапія, театральне мистецтво, клубні технології, бібліотекотерапія. Інваліди мають можливість спілкуватися, проявляти себе, показувати свої здібності. Проведення спокійного пасивного часу: читання, прослуховування радіо передач, спілкування з іншими людьми у вигляді відвідин вечорів та інші розважальних заходів. На заняття інваліди по зору доставляються автотранспортом центру. Так молоді інваліди беруть участь у «Святкових посиденьках». У центрі створені основні види дозвільних технологій для інвалідів та їх сімей. Інваліди займаються художньою, прикладним творчістю.

Для реабілітантів пілотного проекту проводяться свята, обряди, конкурси та ін. У Новокузнецьку створені два структурних підрозділи ВОІ: «клин» (клуб інвалідів-візочників) і молодіжне об’єднання «Стимул». Хлопці стали виїжджати на спортивні заходи-вони беруть участь у змаганнях від міського рівня до міжрегіональних. Паралімпіади, в творчих конкурсах і фестивалях, КВНах, сімейних вечорах, ставлять спектаклі не тільки в Новокузнецьку, але і в інших містах Росії [38].

Проводяться щорічні «Сибірські робінзонади», де хлопці знаходяться в природних умовах, живуть у наметах, самостійно себе обслуговують, беруть участь у спортивних змаганнях, проводять конкурс шукачів скарбів, веселі естафети. Головний постулат «робінзонада»: що не зможу один, зробимо разом усією командою.

Фахівці бібліотеки розробили проект інформаційного центру «Крила» для людей з інвалідністю. В рамках проекту відбувся цикл семінарів за темою «Філософія незалежного життя». Результат перевершив всі очікування: люди з фізичними обмеженнями на ділі вирішили довести, що подолати бар'єри можна, варто тільки захотіти. У стінах бібліотеки ім. Н.В. Гоголя відбулася фотовиставка «Живи ...» – розповідь про життя людей з інвалідністю в країні Робінзон, а потім вона стала пересувною, бажаним гостем у різних організаціях міст Кузбасу. Активно ведеться робота молодіжного об'єднання «Стимул»: вони проводять «Уроки доброти» в школах, використовуючи добірки фотографій. Таким чином вони прокладають «міст» між простими людьми і інвалідами.

Соціокультурна реабілітація молодих інвалідів є однією з найактуальніших проблем сучасної соціальної роботи. Неухильне зростання кількості молодих інвалідів з одного боку викликає збільшення уваги до кожного з них незалежно від його фізичних, психічних та інтелектуальних можливостей, з іншого боку викликає прагнення суспільства підвищення цінності особистості і необхідності захищати її права. Історія розвитку проблеми інвалідності свідчить про проходження складного шляху від фізичного знищення, невизнання, ізоляції неповноцінних членів суспільства до необхідності інтеграції осіб з обмеженими можливостями та створення безбар'єрного середовища життєдіяльності. Іншими словами, інвалідність сьогодні стає проблемою не тільки однієї людини або групи людей, а всього суспільства в цілому.

Особливостями соціокультурної реабілітації молодих інвалідів є:

- формування власної активності у відношенні своїх життєвих проблем;

- розвиток оптимізму як зосередженості на позитивних сторонах життя;

- формування умінь вибирати сприятливе середовище для самореалізації;

- освоєння сукупності цінностей, ідеалів і норм поведінки тієї чи іншої соціальної ролі;

- формування гнучкого пристосування до швидко мінливих умов навколишнього середовища.

Для більш структурного сприйняття проблем молодого інваліда можна виділити дві групи факторів, що призводять до їх виникнення: об'єктивні, залежні від навколишньої дійсності і суб’єктивні, що залежать безпосередньо від самого молодого інваліда [95].

До об’єктивних належать:

- негативне сприйняття молодого інваліда суспільством;

- відсутність прагнення здорових людей інтегрувати молодих інвалідів у суспільство;

- малозабезпеченість;

- низький рівень соціального забезпечення, захисту і допомоги молодим інвалідам;

- не впорядкованість житлових і громадських ділянок для користування молодих інвалідів;

- відсутність батьків та родичів як найважливішого джерела моральної і матеріальної підтримки молодого інваліда;

- вікові та освітні характеристики;

- нищість соціального статусу.

А до суб’єктивних можна віднести:

- життєва позиція, яка полягає в пасивності і не прагненні відчувати себе повноцінним членом суспільства через рух і діяльність;

- психологічне усвідомлення себе, недооцінка своїх можливостей, прихованого особистісного потенціалу;

- відсутність життєвих цілей, установок;

- реабілітаційний та адаптаційний потенціал молодого інваліда;

- відторгненню від соціуму (замкнутість, агресивність);

- бажання навчатися, працювати, жити [95].

Аналіз зарубіжного досвіду соціокультурної реабілітації молодих інвалідів дає підставу говорити про те, що безперечно розвиток даної сфери соціального захисту і підтримки розвивається досить таки стрімкими темпами практично в усіх індустріальних і постіндустріальних країнах. Для соціокультурної реабілітації інвалідів, закордоном використовуються індивідуальні та групові форми сприяння соціальній інтеграції даної категорії в суспільство.

За кордоном практикуються такі форми сприяння соціокультурній реабілітації як працетерапія (Великобританія), велика опора робиться на «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів», прийнятих Генеральною Асамблеєю ООН, крім цього великий акцент робиться на оккупаційною терапію. Але слід зазначити, що зарубіжні країни на багато випереджають Україну за технологіями і системі організації соціокультурної реабілітації молодих інвалідів, це можна побачити на прикладі організації навчання за допомогою ігор, спеціально розроблених вченими для категорії молодих інвалідів. Безсумнівно, при такому темпі розвитку даної сфери соціального обслуговування молодих інвалідів через кілька років вона стане набагато сучасніше і удосконаліше.

Всі ці форми соціокультурної реабілітації формують у молодих інвалідів позитивне ставлення, як до себе, так і до навколишнього світу, активну життєву позицію, позитивну оцінку і ставлення до свого становища, а також поступово починає проявлятися і використовуватися особистісний потенціал молодої людини. Але також слід враховувати те, що соціокультурна реабілітація може успішно здійснюватися лише при комплексі проведених індивідуальних і групових заходів, неодмінно при своєчасному і доцільному їх застосуванні.

Зокрема, метод працетерапії може бути актуальним і для України, адже він дозволить відновити порушені функції, сформувати компенсаторні навички з самообслуговування, ведення домашнього господарства, рукоділля, виконання трудових операцій і при цьому дуже простий у застосуванні та не вимагає високих матеріальних витратах на її організацію, може використовуватись на всіх етапах реабілітації.

**3.3. Методичні рекомендації щодо удосконалення технологій соціальної роботи в реабілітаційних центрах**

Проаналізувавши наукову літературу, документи та Закони України системи реабілітації людей з інвалідністю зазначимо, що змін щодо захворюваності та інвалідності в аспекті їх зниження та профілактики неможливо досягнути без суттєвих змін у системі охорони здоров’я та соціального розвитку, спрямованих на структурну перебудову, покращення матеріально-технічного та кадрового забезпечення закладів медико-соціальної експертизи та реабілітації. Разом з цим подальший розвиток реабілітації ускладнений відсутністю Державної служби реабілітації, чіткого механізму взаємодії різних органів та закладів, що відповідають за реабілітацію інвалідів, оптимальних моделей системи реабілітації на державному рівні з урахуванням особливостей формування захворюваності та інвалідності.

Реформування соціальної сфери, міжбюджетних відносин, адміністративна та податкові реформи не знаходять підтримки з боку організацій інвалідів. Таким чином, у багатьох регіонах України відсутні Ради у справах інвалідів при обласних Державних адміністраціях, а в тих регіонах, де такі Ради створені, їх робота носить формальний характер.На сьогодні спостерігається нерівномірний розподіл реабілітаційних відділень, особливо відчувається їх нестача у сільській місцевості, слабкий розвиток матеріально-технічної бази.

Функціонування існуючих реабілітаційних відділень відбувається переважно за медичною моделлю, з недостатнім розвитком соціальної реабілітації та інтеграції.

Зазначимо, що зайнятість населення в умовах глобалізаційних викликів, виступає фактором і наслідком кількості індивідуального і суспільного здоров’я, з одного боку, впливає на формування генофонду нації, на поступ держави на міжнародному ринку праці, а з іншого боку, зумовлює низку особливостей використання трудового потенціалу на внутрішньому ринку праці. Специфіка цих процесів значною мірою залежить від належного рівня сформованості системи державного управління службою медико-соціальної експертизи працездатності, адже в Україні щорічно користуються постійною медико-соціальною допомогою та потребують соціального захисту 2,5 млн. осіб з інвалідністю.Медико-соціальна допомога у нашій країні пройшла тернистий шлях від надання соціальної підтримки інвалідам до сучасного формування системи медико-соціальної експертизи та реабілітації.

Важливим аспектом при формуванні карти реабілітації є оцінка особистих можливостей і бажань реабілітанта та реальних можливостей суспільства щодо реалізації кожної складової реабілітаційної програми. Хворого слід орієнтувати на конкретні реабілітаційні заходи для досягнення очікуваних результатів.

Медико-соціальна реабілітація осіб з інвалідністю - це процес відновлення або підтримки максимально можливого рівня фізичного, психологічного та соціального статусу у даної категорії осіб (враховуючи і дітей), які втратили будь-які функції внаслідок хронічного або уродженого захворювання, оперативного втручання або травми, за допомогою координовано проведених заходів державного медичного, психологічного, соціального, педагогічного, професійного, економічного та законодавчого характеру настільки, щоб вони могли уникнути інвалідності або мати найменший ступінь втрати працездатності, пристосуватися до нових умов життя та бути інтегрованими в суспільство з досягненням соціальної та економічної незалежності та дійсного рівноправ’я при порівнянні з практично здоровими людьми.

Зазначимо, що від самого лише соціального захисту інвалідів треба переходити до реального забезпечення їх прав, які передбачені у Конвенції ООН про права інвалідів. Згідно з основними стандартами забезпечення та захисту прав і свобод людей з інвалідністю, визначеними у Конвенції, люди з інвалідністю повинні бути рівноправно включеними до загального соціального процесу. При цьому у центрі уваги має бути тепер вже не інвалідність як соціальне явище, а сама людина з інвалідністю, яка має бути здатною, наскільки це можливо, самостійно жити в суспільстві.

**Висновки до третього розділу**

На сьогодні в Україні існують проблеми якісної та успішної реабілітації осіб з інвалідністю. Ми з’ясували, що чіткого механізму взаємодії різних органів та закладів, що відповідають за реабілітацію інвалідів, оптимальних моделей системи реабілітації на державному рівні, з урахуванням особливостей формування захворюваності інвалідності, не існує. Однак європейські та сусідні країни мають позитивний досвід.

Так, в останні десятиліття у багатьох країнах світу розвивається система медико-соціальної реабілітації, спрямованої на відновлення здоров’я, ліквідацію або зменшення обмежень життєдіяльності (спілкування, навчання, пересування, участі у трудовій діяльності та ін.) і максимальну інтеграцію або реінтеграцію громадян у суспільство. Велика увага приділяється питанню соціальної реабілітації інвалідів і залучення їх до суспільно-корисної діяльності.

У США інваліди в першу чергу забезпечуються пенсією і страхуванням від нещасних випадків, організується обслуговування. Допомога інвалідам здійснюється за допомогою спеціалізованих інвалідних організації та фондів, допомогають людям жити в будинку, а ті, хто потребує додаткової підтримки в денний час, можуть відвідувати денний центр, що перебуває в межах досяжності від їхнього будинку. У центрах соціального навчання США увага звертається на придбання навичок спілкування й соціалізації. Служби соціального навчання також пропонують альтернативні види діяльності в денний час, такі як групова робота на місцях проживання.

Однією з успішних установ в реабілітації людей з інвалідністю в Німеччині є SalinenKlinik. Основу лікувального процесу в ній складає комплексний підхід до проблем відновлення після ортопедичних, травматологічних та неврологічних захворювань.Серед методів реабілітаційного лікування:гідро- і бальнеотерапія; масажі – класичні та спеціальні, масаж сполучних тканин, колономасаж; теплолікування і кріотерапія, грязі з італійських джерел;лікувальна фізкультура і гімнастика – суха і в басейні з мінеральною водою, розтяжка, дихальна гімнастика, лікувальна гімнастика по Брюгеру, Кіріаксу, мануальна терапія, спортивна фізіотерапія, м'язовий комп'ютерний тренінг;ерготерапія та ергометрія; аерозолі і інгаляції; електро-, світло- та ультразвукова терапія, дієтотерапія;психологічна консультація і лікування (психологічне тестування, психотерапія, сеанси релаксації із застосуванням аудіо- і відео-програм, сенсорна кімната).

Корисний досвід Канади з працевлаштування інвалідів. У рамках спеціальної програми «Стратегія працевлаштування молоді» передбачено ряд заходів по отриманню молоддю спеціальної або вищої освіти, працевлаштування, пільги для роботодавців, які працевлаштовують молодих інвалідів, компенсація вартості необхідного обладнання для облаштування робочого місця інваліда.

Заслуговує уваги практика соціального обслуговування інвалідів і людей, які мають фізичні вади, у Великобританії. Існує кілька типів денних центрів, в яких працюють команди, що включають в себе не тільки соціальних працівників, але і психологів, терапевтів, штат медсестер, інструкторів та вчителів. Центри підготовки дорослих та центри соціального навчання проводять тренінг з молодими людьми, що мають труднощі в навчанні після закінчення школи. Наголос робиться на самообслуговування і придбання соціальних умінь, таких як вчинення покупок, приготування їжі, поводження з грошима, користування громадськими місцями. Це дозволяє пацієнту жити в суспільстві і розраховувати на власні сили. У центрах також проводяться заняття з малювання, рукоділля, роботі по дереву, фізкультури, читання та письма. Проблеми інвалідів вирішуються соціальними працівниками спільно з трудотерапевти.

Вивчення досвіду зарубіжної реабілітології, особливостей організації системи медичної реабілітації розвинутих країн світу, дозволяє дійти висновку щодо ранньої соціальної реабілітації, необхідності реформування системи соціальної реабілітації інвалідів в Україні, в тому числі, шляхом створення додаткових реабілітаційних центрів та допоміжних служб в кожній області, кадрове забезпечення провідними фахівцями, забезпечення їх належного фінансування, для того, щоб дати шанс людям з інвалідністю стати активними, повноправними членами суспільства.

**ВИСНОВКИ**

У магістерській роботі теоретично проаналізовано та практично дослідженопроблему соціальної реабілітації осіб з інвалідністю в умовах реабілітаційних центрів, яка полягала у теоретичному обґрунтуванні, практичній перевірці ефективності відповідної системи. Проведене дослідження дозволило зробити низку загальних висновків теоретичного, практичного й методичного характеру:

1. Аналізуючи стан наукової розробки проблеми соціальної реабілітації людей з інвалідністю, неможна не відзначити тісного взаємозв’язку порушеної проблеми та питань становлення системи милосердя, благодійництва, соціальної допомоги, піклування про нужденних, у першу чергу сиріт та людей з інвалідністю, що стало невід’ємною історично усталеною ознакою ментальності українського народу й було укорінено у традиціях, побуті, існуючих соціальних практиках й, з часом отримало втілення у науковій думці вчених-класиків.Наголосимо, що питання гуманного ставлення до людей з інвалідністю та інтеграції їх у суспільство почали активно обговорюватися та вирішуватися у русі розвитку релігійних ідей, пов’язаних із визнанням пріоритету духовного життя людини над матеріальними благами, духовної красоти над фізичною досконалістю. Соціальним інститутом суспільства, що активно опікувався питаннями допомоги людям з інвалідністю на вітчизняних теренах, стала християнська церква з її релігійною чуттєвістю й співчуттям до ближнього. Основна ідея, що зародилася на цьому етапі історичного розвитку у цей час – ідея милосердя до осіб з інвалідністю, рівно як і сиріт та нужденних, не лише як чесноти, а й обов’язку християнина. За п’ять сторічь європейськими країнами був пройдений шлях від монастирських хоспісів і притулків до створення державної структури піклування й лікувальної допомоги з характерними для неї інститутами (лікарні, притулки, лепрозорії). Інакше кажучи, відбулося усвідомлення суспільством та його членами необхідності піклування в тих або інших формах про осіб з інвалідністю у розвитку, а також початок формування соціальних (світських) систем державного піклування.

У межах сучасного ставлення до осіб з інвалідністю як до рівних та соціально спроможних (неосоціальна модель) теоретичну базу наукового пошуку складають такі основні положення, віддзеркалені у працях вчених: основою реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров’я є інклюзія (включення), що не обмежується реформуванням освіти, а ґрунтується на філософії соціальної рівності, на новій (неосоціальній) моделі розуміння явища інвалідності; інклюзія у соціально-економічній сфері виступає одним із багатьох аспектів перебудови суспільної свідомості та містить ідею щодо можливості включення осіб з інвалідністю у професійну діяльність у позбавленому сегрегації соціальному середовищі; максимальна компенсація психофізичних обмежень, повна самореалізація та інтеграція людей із проблемами здоров’я є можливою лише через сприяння відновленню їх соціального статусуу процесі соціальної реабілітації, що передбачає формування активної суб’єктної життєвої позиції індивіда, пов’язаної із зустрічною активністю відкритого реабілітаційного середовища.

2. Відповідно до другого поставленого завдання, ми визначили сутність та зміст соціальної реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності.Соціальна реабілітація визначається доволі широко як процес, спрямований на відновлення здатності людини до життєдіяльності у соціальному середовищію. Це комплекс заходів, спрямованих на відновлення людини в правах, соціальному статусі, стані здоров’я, дієздатності забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення матеріальної незалежності; при цьому соціальні заходи реабілітування спрямовуються на компенсацію, зменшення чи ліквідацію конкретних видів соціальної недостатності. Соціальна реабілітація забезпечує відновлення зруйнованих чи втрачених індивідом суспільних зв’язків і відносин у різних категорій осіб, до яких належать не лише люди з порушеннями здоров’я зі стійким розладом функцій організму (інвалідність), а й особи, що втратили соціальні зв’язки у наслідок зміни соціального статусу (літні громадяни, біженці і вимушені переселенці, особи, що втратили роботу та ін.), девіантної поведінки (особи, що страждають на алкоголізм, наркоманію, правопорушники та колишні ув’язнені та ін.).Як технологія, соціальна реабілітація передбачає сукупність методів, направлених на відновлення статусу людини з обмеженнями здоров’я в очах громадськості на медичному, побутовому, рольовому, професійному та особистісному рівнях.

1. Відповідно до третього завдання нами було досліджено практичні аспекти ранньої реабілітації, фізично-спортивної та комплексної реабілітацій осіб з інвалідністю у реабілітаційних центрах.

Так завданням Центру ранньої реабілітаціїє виховання дитини в звичних умовах, без відриву від сім’ї та близьких, формуванні здатності вибирати сферу професійної діяльності, що оптимально відповідає особистісним здібностям, розвитку суб’єктності вихованця, тобто його здатності успішно розв’язувати власні проблеми та свідомо будувати своє життя».

Важливе місце займає фізично-спортивна реабілітація. Особи з різними назологіями з великим задоволенням відвідують спортивні зали, розвиваються фізично, відвідують змагання, формують впевненість у собі та силу витримки, здобуваючи перемогу у змаганнях.

Комплексна реабілітація є однією з ефективних форм реабілітації яказдійснює: оцінка стану інваліда, установлення послідовності реабілітаційного процесу, розвиток природних здібностей і обдарувань, проведення професійної адаптації та орієнтації інвалідів, організацію комплексної психотерапії та психокорекції, заснованих на передових досягненнях сучасної психології, фізіології та медицини, безпечні умови для здійснення заходів з комплексної реабілітації інвалідів.

1. Відповідно до четвертого поставленого нами завдання ми здійснили аналіз соціальної реабілітації у зарубіжних країнах. Проведений аналіз розкрив нам широкі перспективи впровадження зарубіжних технологій у вітчизняну практику. Піонером соціальної реабілітації вважають Німеччину, країну в якій найефективніше комплексно здійснюється реабілітація осіб з інвалідністю.

З метою покращення соціальної реабілітації осіб з інвалідністю необхідно:

- створити централізований банк даних з проблем інвалідності;

- запроваджувати в дошкільних, загальноосвітніх навчальних закладах, спеціальних школах-інтернатах (школах) для дітей з інвалідністю, центрах раннього втручання і соціальної реабілітації дітей інвалідів, центрах медичної, професійної та соціальної реабілітації, а в разі необхідності - у професійно-технічних і вищих навчальних закладах посади вчителів-реабілітологів, асистентів вчителів-реабілітологів і психологів;

- розширити професійну, медичну та соціальну реабілітацію осіб з інвалідністю шляхом заснування їх у всіх містах з чисельністю населення понад 30 тис. осіб;

-здійснювати наукове і навчально-методичне забезпечення центрів раннього втручання і соціальної реабілітації дітей-інвалідів, центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями;

- забезпечувати мережу центрів раннього втручання і соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, центрівусунення комунікаційних, будівельних та інших перешкод, що заважають доступу осіб з інвалідністю до об'єктів соціальної інфраструктури, зокрема транспорту.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология: Учебное пособие для студентов вузов. – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 624с.

2. Адаптация социальная // Психологический словарь. М.:Педагогика-пресс, 2006.

3. Актуальные проблемы социальной работы / Под ред. Бородкиной О.И., Григорьевой И.А. СПб., 2005.

4. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л. И. Акатов. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 368 с.

5. Антропов В.В. Социальная защита в странах Європейского Союза. История, организация, финансирование, проблемы / В.В. Антропов. - М.: ЗАО «Изд-во «Экономика», 2006. - 271 с.

6. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях: навчальний посібник. Київ: Центр навчальної літератури, 2003. 134 с.

7. Бісмак О. В. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. / О. В. Бісмак, Н. Г. Мельнік. – Харків: Вид-во Бровін О.В., 2010. – 120 с.

8. Богданова І. М. Соціальна педагогіка: навчальний посібник. Харків: Бурун Книга, 2011. 160 с.

9. Бронников В. А. Модель взаимодействия учреждений медико-социальной экспертизы и службы реабилитации на региональном уровне / В. А. Бронников, Ю.А. Мавликаева, Т.А. Аникеева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. / под. ред.. В.Б. Смычка. - Минск: НИИ МЭ и Р, 2009. -Вып. 11. - С. 13-17.

10. Вайзман Н. П. Реабилитационная педагогика / Н. П. Вайзман. –М.:Аграф, 1996. – 160 с.

11. Верховод І.С. Гідна зайнятість як інтегративно-субстанціональна складова формування цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів / І.С. Верховод // Науковий вісник. Одеський держ. економічний ун-т. Всеукр. асоціація молодих науковців. - Одеса, 2007. - № 3(40). - С. 83-89.

12. Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.vcpri.com.ua/.

13. Глоба О. П. Педагогічні умови забезпечення трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями / О. П. Глоба // Науковий часопис НПУ 273 імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. – № 30. – С. 41 – 47.

14. Глоба О. П. Програма соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату / О. П. Глоба, Ю. М. Полулященко, В. Н. Білоус // Освіта та педагогічна наука. – 2014. – № 1 (162), – С. 44 – 50.

15. Глоба О. П. Регіональне реабілітаційне середовище як фактор соціалізації дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями: монографія / О. П. Глоба. – Краматорськ ДДМА, 2011. – 348 с.

16. Горецька О. Психологічні особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами. Освіта регіону (Політологія. Психологія. Комунікації). 2013. № 2(32). С. 289–295.

17. Грабовенко Н. В. Соціально-педагогічна робота з сім’ями, що виховують дітей з обмеженими фізичними можливостями, в умовах реабілітаційного центру: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка» / Н. В. Грабовенко; АПН України, Ін-т пробл. виховання. – К., 2008. – 20 с.

18. Давиденко Г. В. Теоретико-методичні засади організації інклюзивного навчання у вищих навчальних закладах країн Європейського Союзу: дис. доктора пед. наук: 13.00.01 / Ганна Віталіївна Давиденко. – Київ, 2015. – 467с.

19. Декларація ООН про права інвалідів (резолюція 3447 Генеральної Асамблеї ООН від 09.12.75). -Режим доступу:<http://www.rada.gov.ua>

20.Декларация о правах инвалидов: резолюция Генеральной ассамблеи ООН от 9 декабря 1875 года № 3447 (ХХХ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http//www.un.org/ru/documents/decl\_conv/declarations /disabled.shtml.

21. Досвід США у процедурі встановлення інвалідності, розроблення програми реабілітації, та існування подібних комісій [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.pilga.in.ua/node/6213.

22. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери. – 2-ге вид. / за заг. ред. проф. І. Д. Звєрєвої. Київ, Сімферополь: Універсум, 2013. 536 с.

23. Жить инвалидом, но не быть им. Сборник. / Под ред. Л. Л. Коноплина. – Екатеринбург, 2000. Жить инвалидом, но не быть им. Сборник. / Под ред. Л. Л. Коноплина. – Екатеринбург, 2000.

24. Закусило О. Ю. Прикладні аспекти соціальної роботи із сім’ями, що мають дітей з особливими потребами. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. Київ: [б. в.], 2009. № 6(8). С. 76–82.

25. Иващенко Г. М., Е. Н.Ким. «Об опыте работы по социокультурной реабилитации детей с ограниченными возможностями в Московском клубе «Контакты-1». Президентская программа «Дети России».

26. Игнатьева С.А., Ялпаева Н.В. Реабилитация детей с различными видами патологии. – Курск: КГМУ, 2002.

27. Інклюзивна освіта: стан і перспективи розвитку в Україні: науковометодич. зб. до Всеукр. науково-практич. конференції / за ред.: В. В. Засенка, Н. З. Софій; Всеукр. Фонд «Крок за кроком» – К.: ФО-П Придатченко П. М., 2007. – 180с.

28. Інтеграція молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство: громадсько-правові, соціально-психологічні та інформаційно-технологічні аспекти: метод. посіб. / Є. А. Клопота, В. Г. Бондаренко, О. А. Клопота [та ін.]. – Запоріжжя, 2008. – 114 с.

29. Інструкція про встановлення груп інвалідності: наказ Міністерства охорони здоров’я України від 7квітня 2004 р. № www.rada.gov.ua Іпатов А.В. функционирования.

30. Интеграция детей с нарушением зрения в среду здоровых сверстников: метод. рек. / МДОУ Дет. сад компенсирующего вида № 49 «Тополек». – Псков: ПОСБС, 2005. – 42 c.

31. Капська А. Й. Соціальна робота: навч. посібник. Київ: Центр навчальної літератури, 2005. 328 с.

32. Капанадзе Б. П. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів [Електронний ресурс] / Б. П. Капанадзе. – Режим доступу: <http://www.pravoisuspilstvo.org.ua/archive/2015/4_2015/21.pdf>.

33. Карпенко О. Г. Професійне становлення соціального працівника: навч.метод. посіб. Київ: ДЦССМ, 2004. 164 с.

34. Караман О. Л. Соціально-педагогічна робота з неповнолітніми засудженими в пенітенціарних закладах України: монографія / Олена Леонидівна Караман; Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка. – Луганськ: Вид-во ЛНУ імені Тараса Шевченка, 2012. – 448 с.

35. Комплексная реабилитация инвалидов. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. Т.В. Зозули. – М.: «Академия», 2005. – 304 с.

36. Конституція України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.

37. Коношенко С. В. Реабілітаційна робота з соціально дезадаптованими підлітками в умовах індустріального регіону: монографія / Сергій Володимирович Коношенко. – Слов’янськ: Печатный двор, 2009. – 251 с.

38. Корнюшина Р. В. Зарубежный опыт социальной работы / Р. В. Корнюшина [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://window.edu.ru/resource/960/40960/ files/dvgu081.pdf. 5.

39.Кравченко М. В. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів / М. В. Кравченко [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua /ejournals/pdf.

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

41. Лепський В. В. До питання реабілітації інвалідів в Україні / В. В. Лепський, О. В. Семененко, С. В. Макаренко // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2012. – № 3(5). – С. 44 – 49.

42. Лечение наркомании в Харькове. Харьковский центр «Твоя перемога» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://tvoya-peremoga.com.ua.717>.

43. Лещенко Я. В. Училище слепых / Я. В. Лещенко // Слепец. – 1914. – № 4. – С. 14 – 26. 103. Лупарт Д. Шкільна реформа в Канаді: перехід від роздільних систем освіти до інклюзивних шкіл / Д. Лупарт, Ч. Веббер // Дефектологія. – 2010. – № 2. – С. 3 – 6.

44. Ляшенко В. І. Формування життєвої компетентності дітей-інвалідів у центрах ранньої соціальної реабілітації: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка»/ Валерій Іванович Ляшенко; Луганський педагогічний ун-т імені Тараса Шевченка. – Луганськ, 2005. – 20 с.

45. Международная классификация ограничений жизнедеятельности и здоровья инвалидов и проблемы инвалидности: монография / А.В. Ипатов, И.Л. Ферфильфайн, С.А. Рыков. - Д.: Гамалия, 2004. - 304 с.

46. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права: (Міжнародний пакт ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР № 2148-VIII (2148-08) від 19 жовтня 1973 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/ show/995\_042.

47. Моделі підтримки зайнятості та супроводу на робочому місці для людей з інвалідністю в країнах Європейського союзу: підсумковий звіт на замовлення ПРООН в Україні / підгот. Ф. Кеван. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.slideshare.net/undpukraine/ss-53641052>.

48. Назаренко В. І. Медична реабілітація в умовах Хортицького навчальнореабілітаційного багатопрофільного Центру / В. І. Назаренко // Реабілітаційна педагогіка на рубіжі XXI ст. – Ч. І. – К.: ІЗМН, 1998. – С. 86 – 93.

49. Національна доповідь «Про становище інвалідів в Україні». Київ,2008.217 с.

50. Немов Р. С. Психология: учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: в 3 кн. / Р. С. Немов. – 4-е изд. – М.: ВЛАДОС, 2001. – Кн. 3: Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. – 640 с.

51. Нестерова Г.Ф. Социальная работа с пожилыми и инвалидами: учебник для студ. сред. проф. образования / Г.Ф. Нестерова, С.С. Лебедева, С.В.Васильев. – М.: Издательский центр «Академия»,2009. – 288 с.

52. Нечипоренко В. В. Системний розвиток навчально-реабілітаційного центру як умова формування життєвих компетенцій в учнів з обмеженими можливостями здоров’я: дис. канд. пед. наук: 13.00.03 / Валентина Василівна Нечипоренко. – К., 2006. – 207 с.

53. Основы социальной работы: учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н.Ф. Басов, В.М. Басова, О.Н. Бессонова и др.; под ред. Н.Ф. Басова. – 3-е изд., испр. – М.; Издательский центр «Академия», 2007. – 288 с.

54. Основы социальной работы: Учебник/Отв. ред. П.Д. Павленок. – 3-е изд., испр. и доп. – М: ИНФРА-М, 2006. – 560 с. – (Высшее образование).

55. Особый ребёнок. Исследования и опыт помощи. Вып. 5: науч.-практ. сб. – М.: Теревинф, 2006. – 208 с.

56. Першко Г. О. Підготовка соціальних педагогів до інтеграції дітей з особливостями психофізичного розвитку у середовище загальноосвітнього навчального закладу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка» / Г. О. Першко; Київський університет імені Бориса Грінченка. – Київ, 2011. – 20 с.

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

58. Пліско Є. Ю. Соціально-педагогічна реабілітація підлітків, схильних до агресивної поведінки, в умовах реабілітаційного центру: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка» / Є. Ю. Пліско. – Словянськ, 2014. – 20 с.

59. Поліщук О. А. Стан трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров’я в Україні / О. А. Поліщук // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія «Педагогічні науки». – 2017. – № 8 (313). – Ч. 1. – С. 81-89.

60. Поліщук О. А. Суб’єкт – суб’єктний підхід до трудової реабілітації людей з обмеженнями здоров’я у реабілітаційних установах / О. А. Поліщук // Соціальна підтримка сім’ї та дитини у соціокультурному просторі громади : матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Суми, 15 листопада 2017 р.) – Суми, 2017. – С. 93 – 96.

61. Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда: постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 р. № 757. - Режим доступу: http:// [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).

62. Положення про медико-соціальну експертизу: постанова Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 р. № 83 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/83-92-%D0%BF>.

63. Професійна реабілітація інвалідів / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак [та ін.]; за ред. В.В.Марунича.-Д.: Пороги, 2005.-227 с.

64. Про становище осіб з інвалідністю в Україні [Електронний ресурс]: національна доповідь.Режим доступу: lsp.kmu.gov.ua/document/174635/1.doc.

65. Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів: постанова Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. № 1686 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws /show/1686-2006- %D0%BF.

66. Про затвердження Положення про навчально-реабілітаційний центр : наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 16 серпня 2012 р. № 920 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon3.rada. gov.ua/laws/show/z1502- 12.

67. Про затвердження Положення про центр медико-соціальної реабілітації дітей: постанова Кабінету Міністрів України від 6 вересня 1996 р. № 1072 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov. ua/laws/show/1072- 96-%D0%BF.

68. Про затвердження Типового положення про реабілітаційну установу змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень: наказ Міністерства соціальної політики України від 15 лютого 2016 р. № 112. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0338-16>.

69. Про затвердження Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів: наказ Міністерства соціальної солітики України від 06 квітня 2015 р. № 379 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0425-15.

70. Про затвердження Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів: наказ Міністерства соціальної політики України від 15 серпня 2013 р. № 505 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon2. rada.gov.ua/laws/show/z1511-13.

71. Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей: постанова Кабінету Міністрів України від 28 січня 2004 р. № 87 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov. ua/laws/show/87- 2004-%D0%BF.

72. Про Національну програму професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001 – 2005 роки: Указ Президента України від 13 липня 2001 року № 519/2001 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/519/2001>.

73. Про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності: постанова Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF>.

74. Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон України від 22 грудня 2011 р. № 4213-VI (4213-17) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada. gov.ua/laws/show/2961-15.

75. Психологическое и социальное сопровождение больных детей и детей – инвалидов. Учебное пособие / Под ред. С.М. Безух и С.С. Лебедевой. – СПб, 2006. – 112 с.

76. Путівник для батьків дітей з собливими освітніми потребами: навчальнометодичний посібник: у 9-ти книгах / за заг. ред. А. А. Колупаевої. – К.: ТОВ ВПЦ «Літопис-ХХ», 2010. – Книга 1: Інклюзивна освіта: вибір батьків. – 70 с.

77. Разные возможности – равные права. Что такое Конвенция о правах инвалидов / дизайн и верстка Е. Стукалова; Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Региональная общественная организация инвалидов «Перспектива» [и др.]. – М.: ООО «БЭСТ-принт», 2011. – 26 с.

78. Реабілітація інвалідів в Україні: збірник нормативно-правових документів відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» / упорядники Н. Скрипка, В. Масленнікова [та ін.]. – К.: Знання, 2007. – 178 с.

79. Родненок М. Є. Метод Монтессорі-терапії в корекційній роботі з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку / М. Є. Родненок // Корекційна педагогіка: науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. – Випуск 24. – С. 198 – 203.

80. Саранча І. Г. Роль центрів соціальної реабілітації у процесі соціалізації осіб з вадами опорно-рухового апарату / І. Г. Саранча // Корекційна педагогіка і психологія: вісник Кам’янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. 3. – Кам’янецьПодільський: ПП Медобори-2006, 2011. – 230 с.

81. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю / Український держ. центр соціальних служб для молоді / С.В. Толстоухова (заг. ред.), І. М. Пінчук 295 (ред.). – К.: УДЦССМ, 2000. – 183 c.

82. Стадченко Н. А. Врачебно-трудовая экспертиза: учебное пособие для мед. институтов / Н. А. Стадченко, Ю. М. Алисова, А. А. Лавров. – М.: Медицина, 1986. – 239 с. – (Учеб. лит. для студентов мед. ин-тов).

83. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів: Резолюція Генральної Асамблеї ООН № 48/96, прийн. 48-ю сесією ООН 20 грудня 1993 р. – К.: ВГСПО «НАІ України», 2003. – 40 с.

84. Таранченко О. Можливості оптимізації навчання дітей зі зниженим слухом в умовах інклюзивного навчального закладу / О. Таранченко // Дефектологія. – 2009. – № 2. – С. 8 – 11.

85. Теплова Н. А. Державне управління процесом соціалізації людей з особливими потребами: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр.: спец. 25.00.01 «Теорія та історія державного управління» / Н. А. Теплова; Нац. академія держ. управління при Президентові України. – Харків, 2010. – 20 с.

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

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

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

89. Харченко С. Я. Соціалізація дітей та молоді в процесі соціально-педагогічної діяльності: теорія і практика: монографія / С. Я. Харченко. – Луганськ: Альмаматер, 2006. – 320 с.

90. Холостова Е.И. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие – 3-е изд. перераб. и доп. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Кº», 2009. – 240 с.

91. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. – 4-е изд. – М.:Издательско-торговая корпорация «Дашков и Кº», 2006. – 340 с.

92. Холостова Е. И. Социальная реабилитация: учебное пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. – 4-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2006. – 340 с.

93. Хорошайло О. С. Виховання духовно-моральних цінностей у студентів з обмеженими фізичними можливостями: дис. канд. пед. наук: 13.00.07 / Олена Станіславівна Хорошайло; Східноукраїнський національний університет імені В. Даля. – Луганськ, 2008. – 203 с.

94. Чайковський М. Є. Соціально-педагогічна робота з молоддю з особливими потребами в інклюзивному освітньому просторі: монографія / М. Є. Чайковський. – Київ, 2015. – 442 с.

95. Чалдаева Д. А. Зарубежный опыт социальной реабилитации инвалидов / Д. А. Чалдаева, И. Г. Нигматьянова // Весник Казанского технологического университета. – 2010. - № 3. – С. 20-30.

96. Чигирина А. Я. Инклюзивное образование детей-инвалидов с тяжелыми физическими нарушениями как фактор их социальной интеграции: дисс. канд. социол. наук: 22.00.04 / Анна Яковлевна Чигирина; Нижегородский гос. университет имени Н. И. Лобачевского. – Нижний Новгород, 2011. – 147 с.

97. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров’я. Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського державного університету. 2006. № 6. С. 337–342.

98. Шевців З. М. Основи соціально-педагогічної діяльності: навч. посіб. / З. М. Шевців ; рец.: Р. В. Павелків, С. В. Лісова, М. М. Філоненко. – К.: Центр учб. л-ри, 2012. – 246 с.

99. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології: монографія / А. Г. Шевцов. – К.: «МП Леся», 2009. – 483 с.

100. Шевцов А. Г. Освітні основи системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук: спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / А. Г. Шевцов. – К., 2010. – 47 с.

101. Шевцов А. Г. Освітні основи системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності: дис. доктора пед. наук: 13.00.03 / Андрій Гаррієвич Шевцов; Національний педагогічний ун-т імені М. П. Драгоманова. – Київ, 2010. – 747 с.

102. Юрків Я. І. Роль соціального педагога в реабілітації дітей з обмеженими можливостями / Я. І. Юрків // Materialy Miedzynarodowej Naukowi-Praktycznej Konferencji. Rozwoj nauk humanistycznych / (27.02.2012 – 29.02.2012). – Poznan, 2012. – P. 114 – 119.

103. Юрків Я. І. Сутність та специфіка соціально-педагогічної роботи з дітьми з обмеженими можливостями / Я. І. Юрків // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2012. – № 1. – С. 21 – 28.

104. Ярмошук І. На шляху до інклюзивного навчання / І. Ярмошук // Математика в школі. – 2010. – № 1/2. – С. 51 – 54.

105. Batsman O. Integrated education of youth with functional health limitations: technological resources // Studies of Changing Societies: Comparative and Interdisciplinary Focus - Volume 1` (2) 2018

**Додаток А**

**Арт-терапевтичні вправи**

1. **Вправа «Малюнок сім’ї» .**

*Мета:* виявлення особливостей внутрішньо-сімейних відносин.

Інструкція: «Намалюй, будь ласка, свою сім’ю». Не слід давати які

небудь вказівки чи уточнення. На запитання, які може поставити дитина, «Кого треба малювати, а кого не треба?», «Треба намалювати всіх?», «А дідуся малювати треба?» і т.д., фахівець відповідає: «Малюй так, як тобі хочеться».

1. **Вправа «Продовжи малюнок**».

*Мета:*навчити дітей працювати в команді.

Інструкція: Діти сидять за одним столом та кожен по черзі домальовує якусь частину малюнку. Можна задавати тему малюнка.

1. **Вправа «Аватара».**

*Мета:* створення умов для самопізнання.

Інструкція: Діти малюють об’єкт, що максимально повно відображає їх внутрішній світ. Закінчивши, уважно розглядають малюнок, міркують над ним: Чому вибрали саме цей образ? Звідки з’явилися ці деталі, кольори, прикраси? Що найбільше подобається в образі, а що ні? Щоб хотіли змінити?

1. **Вправа «Довільне малювання».**

*Мета:* самопізнання.

Інструкція: Діти, взявши аркуш паперу і олівець (ручку), намагаються розслабитися, роблять глибокий вдих, закривають очі і починають малювати. Малюють довільно, намагаючись створити якийсь осмислений образ. Домальовують деталі, щоб завершити побачену картинку.

1. **Вправа «Будиночки».**

*Мета:* прояв проблем, пов’язаних з налагодженням міжособистісних відносин.

Інструкція:Фахівець говорить: «Багато тварин живуть у нірках, і ми зараз намалюємо кілька нірок. Вони бувають круглими, великими, маленькими. Кожна нірка має свій колір. А хто житиме в ваших нірках, ви придумаєте самі.

Кожна дитина малює від 2 до 7 нірок (залежно від кількості дітей). На аркуші можуть з’явитися нірки не тільки у вигляді кіл або овалів, а у вигляді будиночків, горбків, прямокутних загородок, парканчиків і т.д.

Часто діти малюють поряд з нірками їх мешканців, які можуть бути реалістичними або вигаданими.

Після створення будиночків треба попросити дітей намалювати доріжки від однієї нірки до іншої. Діти, в першу чергу, з’єднують між собою свої нірки, а потім проводять доріжки до нірок тих дітей, кому вони симпатизують.

Доріжки по всій довжині прикрашаються травичкою, деревами, квітами.

Діти беруть активну участь не тільки у створенні своїх малюнків, але й коментують чужі, відстоюють для себе місце на загальному листі, вимагають не перетинати свої доріжки або домовляються зробити загальні.

1. **Вправа «Казка, яка ожила».**

*Мета:***розвиток уяви, творчого мислення, комунікативних навичок, вміння висловлювати власну думку.**

Інструкція:Заздалегідь вирізати з чистого паперу усіх героїв, а також матеріали для будиночків, дерев, різноманітних предметів, які передбачені в казці. Можна додати природний матеріал, наприклад, «солома» (суха трава), «паркан» (зубочистки).

Усі матеріали роздають дітям і пропонують розмалювати героїв та розмістити (приклеїти) на картон.

За отриманим сюжетом можна розповідати казку в класичному варіанті або придумувати щоразу нове і фантазувати з дитиною різноманітні ситуації розвитку подій. Дитина через власний досвід переносить переживання казкових героїв і, що найголовніше, має можливість змінює щоразу сюжет казки.

1. **Вправа «Продовж малюнок»**

*Мета:* уміння працювати в команді.

Інструкція:Колективне заняття, але його можна адаптувати і провести індивідуально. Щоб зменшити тривогу і відповідальність дітей перед чистим аркушем, потрібно намалювати одну деталь фахівцю (овал, коло). Необхідно домовитися про чергу, хто за ким малює, щоб участь змогли взяти усі. Якщо діти сидять за одним столом, буде простіше, якщо малюнок передається по колу (за чи проти годинникової стрілки). Також, може бути (але не обов’язково) задана тема малюнку.

Дитина малює один елемент і передає малюнок далі. Під час малювання тема може змінитися до невпізнання. Фахівець стежить за тим, щоб діти довго не затримували роботу у себе, внесок усіх в малюнок повинен бути приблизно рівним.

Заняття зазвичай супроводжується сміхом і об’єднує дітей.

**Додаток Б**

ДОБРИЙ ДЕНЬ!

ШАНОВНИЙ УЧАСНИКУ ДОСЛІДЖЕННЯ!

Студент спеціальності «Соціальна робота» Полтавського інституту економіки і права ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна» проводить соціологічне опитування щодо проблеми якісної та ефективної реабілітації в реабілітаційних центрах. Ваші відповіді нададуть нам необхідну допомогу в науковому аналізі цієї проблеми.

Щоб заповнити анкету, достатньо підкреслити той варіант або варіанти відповіді, які, на Вашу думку, є правильними, або напишіть відповідь самі, якщо вона не наводиться.

АНКЕТА Є АНОНІМНОЮ, тобто ви не повинні при заповненні вказувати своє прізвище, ім`я та контактні дані.

Ви також можете не відповідати на запитання, що здаються Вам некоректними або взагалі відмовитись від участі в опитуванні.

*1. Скажіть будь – ласка, чи зверталися ви протягом останніх 3-х років в реабілітаційні установи для людей з інвалідністю?*

1. Так.

2. Ні.

3. Ніколи.

*2. Чи стикалися ви з випадками відмови у будь- яких послугах в реабілітаційному закладі?*

1. Так.

2. Ні.

3. Частково.

*3. Чим була обгрунтована відмова у наданні послуг?*

1.Центр не надає послуг, які Вам потрібні.

2.Послуга передбачена, але не має відповідних фахівців, які можуть її надати.

3.Інше.

*4. Як часто Ви відвідуєте реабілітаційну установу?*

1. 30 днів на рік.

2. 60 днів на рік.

3. Постійне денне перебування.

4. Інше.

*5. Ви задоволені результатами отриманих послуг?*

1. Так.

2. Ні.

3. Частково.

*6. Звідки Ви дізналися про можливість отримувати послуги в реабілітаційному центрі?*

1. Із засобів масової інформації .

2. Від Управління праці та соціального захисту населення.

3. Від друзів.

*7. Чи задоволені Ви матеріально–технічною базою реабілітаційної установи?*

1. Так.

2. Ні.

3. Частково.

*8. Ваші пропозиції щодо вдосконалення методів та технологій в роботі Центру\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Бланк інтерв’ю

1. Як довго Ви працюєте у Центрі?
2. Що вас спонукало працювати у Центрі?
3. У якому віці, на вашу думку, потрібно починати реабілітацію дітей з функціональними обмеженнями здоров’я?
4. Які виникають проблеми у дитини з функціональними обмеженнями здоров’я?
5. Які складнощі Ви помічаєте у дітей з фізичними вадами при інтеграції у здорове суспільство?
6. Як складаються стосунки дітей з фізичними обмеженнями здоров’я зі здоровими однолітками?
7. Які труднощі виникають при роботі з дітьми з інвалідністю?
8. Якої допомоги потребують служби та спеціалісти, які працюють з дітьми даної категорії?
9. Якої допомоги на сьогодні потребують вихованці вашого Центру?
10. Якщо б у Вас були повноваження, щоб Ви змінили у ситуації щодо дітей з фізичними вадами здоров’я?
11. Що на Вашу думку потрібно змінити у соціальній політиці , щоб дітям з інвалідністю полегшити інтеграцію у суспільство?

Ваша посада

Ваша освіта

Ваш вік