

**ПОЛТАВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ І ПРАВА  
УНІВЕРСИТЕТУ «УКРАЇНА»**

**Кафедра соціальної роботи та спеціальної освіти**

**Коврова Анна Олександрівна**

**МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**

**ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ  
ДІЯЛЬНОСТІ З ДІТЬМИ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЗАКЛАДІВ**

Галузь знань: 23 *Соціальна робота*  
Спеціальність: 231 *Соціальна  
робота*

Магістерська робота допущена до  
захисту  
рішенням кафедри соціальної  
роботи та спеціальної освіти  
протокол № \_\_ від “\_\_” \_\_\_\_\_ 2023 р.  
Завідувач кафедри соціальної  
роботи та спеціальної освіти  
\_\_\_\_\_ “\_\_” \_\_\_\_\_ 2023 р.

(підпис)

Науковий керівник:  
к.е.н., доцент кафедри \_\_\_\_\_  
Шаравара Р.І.

Реєстраційний № \_\_\_\_\_  
(дата) \_\_\_\_\_ (ПІП) \_\_\_\_\_

Результати перевірки \_\_\_\_\_  
(до захисту) \_\_\_\_\_ (ПІП) \_\_\_\_\_  
(на доопрацювання) \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_

Результати захисту: \_\_\_\_\_  
(оцінка)

Голова ЕК \_\_\_\_\_  
(підпис) \_\_\_\_\_ (ПІП) \_\_\_\_\_

Члени ЕК \_\_\_\_\_  
(підпис) \_\_\_\_\_ (ПІП) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(підпис) \_\_\_\_\_ (ПІП) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(підпис) \_\_\_\_\_ (ПІП) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(підпис) \_\_\_\_\_ (ПІП) \_\_\_\_\_

Відповідальний секретар ЕК \_\_\_\_\_  
(підпис) \_\_\_\_\_ (ПІП) \_\_\_\_\_

ПОЛТАВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ І ПРАВА УНІВЕРСИТЕТУ  
«УКРАЇНА»

Освітньо-кваліфікаційний рівень: *магістр*

Галузь знань: 23 *Соціальна робота*

Спеціальність: 231 *Соціальна робота*

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри  
соціальної роботи та  
спеціальної освіти

\_\_\_\_\_

(підпис)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ року

**З А В Д А Н Н Я  
НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ**

\_\_\_\_\_ **Коврова Анна Олександрівна** \_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи **Пріоритетні напрямки соціально-педагогічної діяльності з дітьми спеціалізованих закладів** \_\_\_\_\_

керівник роботи **к.е.н., доцент кафедри Шаравара Р.І.** \_\_\_\_\_

затверджені наказом по інституту від “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_ року № \_\_\_\_\_

2. Строк подання здобувачем освіти роботи \_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи \_\_\_\_\_

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

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів випускної кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Виконавці
1.	Забезпечення здобувачів освіти методичними рекомендаціями по виконанню роботи	На початку навчання	Кафедра соціальної роботи та спеціальної освіти
2.	Вивчення напрямків дослідження	За графіком	Здобувач освіти
3.	Складання плану роботи та підготовки індивідуального завдання роботи	За графіком	Наук. керів. Здобувач освіти
4.	Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження	За графіком	Здобувач освіти
5.	Підготовка наукових тез з теми, що досліджувалась	За графіком	Наук. керів. Здобувач освіти
6.	Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатуючого експерименту	За графіком	Здобувач освіти
7.	Узагальнення результатів констатуючого експерименту	За графіком	Здобувач освіти
8.	Проведення формуючого експерименту	За графіком	Здобувач освіти
9.	Узагальнення результатів формуючого експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів	За графіком	Здобувач освіти
10.	Подання на кафедру закінченої роботи, включаючи електронну версію (з метою перевірки її на плагіат)	До передзахисту	Наук. керівник Здобувач освіти
11.	Підготовка письмового відзиву на роботу	До передзахисту	Наук. керівник
12.	Проведення попереднього захисту робіт	За графіком	Комісія
13.	Прийняття рішення про допуск роботи до захисту	За графіком	Кафедра соціальної роботи та спеціальної освіти
14.	Зовнішнє рецензування	До передзахисту	Наук. керівник
15.	Направлення робіт з рецензією до екзаменаційної комісії (ЕК) для захисту	За графіком	Кафедра соціальної роботи та спеціальної освіти
16.	Захист роботи	За графіком	Комісія

Здобувач освіти \_\_\_\_\_  
(підпис )

**Коврова А.О.**  
(прізвище та ініціали)

Керівник роботи \_\_\_\_\_  
(підпис )

**Шаравара Р.І.**  
(прізвище та ініціали)

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	6
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЗАКЛАДАХ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ .....	12
1.1. Технологічний підхід в соціальній роботі з особами з обмеженими можливостями як об'єкт наукових досліджень .....	12
1.2. Теоретичний аналіз соціально-реабілітаційних технологій .....	20
Висновки до розділу 1 .....	27
ОСОБИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЯК ОБЄКТИ СОЦІАЛЬНО- ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ.....	31
2.1. Загальна характеристика осіб з обмеженими можливостями: соціальний аспект.....	31
2.2. Психологічна характеристика осіб з обмеженими можливостями різних нозологій. ....	44
Висновки до розділу 2 .....	54
СИСТЕМА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ У КЗ «РІВНЕНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ .....	56
3.1. Реабілітаційний центр як поліфункціональний заклад .....	56
3.2. Система соціально-реабілітаційної роботи з особами з обмеженими можливостями.....	66
3.3. Реалізація авторської програми артреабілітації осіб з обмеженими можливостями.....	83
Висновки до розділу 3 .....	94
ВИСНОВКИ.....	97
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	102
ДОДАТКИ.....	109

## ВСТУП

Розвиток сучасного українського суспільства та його прагнення інтегруватися в європейське співтовариство викликає занепокоєння щодо гарантування соціального захисту для всіх громадян, особливо тих, хто потребує його найбільше, а саме людей з інвалідністю. Для створення демократичної атмосфери розуміння міжнародної та національної політики щодо людей з особливими потребами має вирішальне значення. Вивчення еволюції освітньої політики, спрямованої на забезпечення прав осіб з інвалідністю в Україні, допоможе краще зрозуміти та неупереджено проаналізувати державні заходи, прийняті на різних етапах у сфері «інвалідності». Ці знання допоможуть визначити пріоритетні сфери, які потребують уваги або дій.

Зростання кількості людей з інвалідністю є наслідком суперечливого соціально-економічного розвитку українського суспільства. Це призвело до зниження рівня життя більшості населення у поєднанні з незадовільною системою охорони здоров'я та недостатніми заходами безпеки на виробництві. Недостатня екологічна свідомість ще більше ускладнює цю проблему, оскільки стихійні лиха, екологічні катастрофи, такі як Чорнобиль, або військові конфлікти, такі як Друга світова війна та Афганістан, завдали довготривалої шкоди добробуту людей, в тому числі й людей з інвалідністю.

Поява цієї проблеми призвела до розробки нової моделі соціальної політики, яка фокусується на гарантуванні належного соціального забезпечення, інтеграції людей у суспільство та створенні умов для самореалізації людей з інвалідністю через освіту, можливості працевлаштування та повноцінну участь у житті громади.

В Україні запроваджено комплексну систему соціального захисту осіб з інвалідністю, що включає державну допомогу, пенсії, пільги та компенсації, а також побутові та громадські послуги. Крім того, їм також доступні медичні послуги, такі як плани лікування та реабілітації.

Державна соціальна політика реалізується через законодавчу та нормативно-правову базу, включаючи Закони України, такі як «Про основи

соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (1991) та «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (2017), Укази Президента України «Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення у 2003 році в Україні Року людей з інвалідністю» (2002), Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда» (2007). Крім того, вона включає міжнародні декларації про права людей з інвалідністю, такі як Декларація про права людей з інвалідністю (1975 р.) та Конвенція ООН про права людей з інвалідністю.

Використання технологічного підходу є важливим аспектом при здійсненні соціальної політики в Україні, враховуючи його поширеність як атрибуту сучасного глобального ландшафту. Це поняття ґрунтується на спостереженні, що сучасна суспільна свідомість зосереджується на соціальних технологіях та їхньому внеску в громадську активність.

Ю. Сурмін підкреслює, що вливання технологій у соціальний контекст слугує засобом полегшення суспільної діяльності, а використання інтелектуальних соціальних технологій може дати уявлення про прогнозування неминучих трансформацій, а також надає можливість активно брати участь у формуванні траєкторії розвитку суспільства до бажаних результатів.

Технологізація соціальних процесів необхідна для ефективного розвитку соціальної політики України, яка включає забезпечення достатнього соціального захисту людей з інвалідністю. Це вимагає оптимального використання наявних ресурсів з різних джерел, таких як інституції та фахівці, що працюють у різних сферах, пов'язаних із суспільством.

Україна не тільки розвивається технологічно, але й переосмислює соціальну та реабілітаційну роботу для людей з інвалідністю, переходячи від медичного до більш соціально орієнтованого підходу. Нова модель фокусується на соціальній взаємодії людей з інвалідністю, а не лише на фіксації відхилень у стані здоров'я, як це робилося за радянських часів.

За словами Г. Давиденко, соціальна модель інвалідності спрямована на просування прав і свобод людини на засадах співчуття. Цей підхід успішно долає негативні стереотипи, пов'язані з інвалідністю, визнаючи людей з

особливими потребами рівноправними членами суспільства. Ця модель пропагує прийняття, а не лікування чи виправлення людей з інвалідністю, таким чином сприяючи інклюзивності. [14]

Національна доповідь про становище людей з інвалідністю в Україні 2013 року виступає за соціально орієнтовані стратегії для кращої підтримки цієї демографічної групи. Ці методи включають надання пенсій та соціальних виплат, які забезпечують належний рівень життя, надання доступу до якісної освіти через інклюзивне навчання, надання реабілітаційних послуг, зручно розташованих у житлових районах, створення можливостей для працевлаштування, вільних від упереджень під час прийому на роботу та після неї, а також капітальний ремонт лікарняних закладів, призначених для людей з інвалідністю, з одночасним перерозподілом фінансування до державного бюджету.

Інтерес вітчизняних і зарубіжних науковців до досліджуваної проблеми підтверджує її актуальність. Зокрема, поряд з Л. Тюпієм цю тему широко висвітлювали В. Андрущенко, А. Бойко, М. Лукашевич, а також Т. Семигіна, яка досліджувала теоретичні аспекти соціальної роботи з людьми, які живуть з інвалідністю, у публікаціях, на які вказуємо посилання в дужках [50, 51, 52].

Методологічним підґрунтям нашого дослідження стали праці кількох авторів. По-перше, ми спиралися на роботи Ю. Сурміна, М. Туленкова та В.Матвієнка, присвячені дослідженню сутності та різних видів соціальних технологій; по-друге, зверталися до теорій О. Беспалько [53, 54], І. Зайцева, А. Капської [55, 56], Р. Вайноли [55] та В. Покаса [45] щодо технологій, які полегшують соціально-педагогічну роботу з особами з інвалідністю. В. Покаса щодо технологій, які полегшують соціально-педагогічну роботу з особами з обмеженими можливостями; нарешті, ми розглянули окремі аспекти, пов'язані з технологіями реабілітації, звернувшись до праць М. Авраменка, О. Поляка, Є. Холостової, В. Шахрая, А. Шевцова.

Соціальні характеристики інвалідності розглядали Г. Давиденко, І. Зверева, С. Харченко, Г. Лактіонова, І. Іванова, В. Красномоєць, а



психологічні особливості суб'єкта – В. Бочелюк, В. Лубовський, Мішуліна, Л. Орбан-Лембрик.

Н. Головка, Н. Трофімова, М. Фірсов – дослідники, які розкрили психологічні основи соціально-реабілітаційної роботи.

Значну допомогу в нашій роботі надали дослідження, присвячені арт-терапії та реабілітації за допомогою художньої діяльності осіб з інвалідністю. Ці дослідження проводили М. Власюк [12], О. Вознесенська [13], П. Коваль [25], В. Копитін, І. Садова [47], О. Гаврилов, Г. Батищева (музикотерапія) [8], В. Любота (театральна терапія) [31], а також О. Сойко та Т. Черніговець (ігрові технології), про що свідчать цитовані нами роботи [49] та [65] відповідно].

Оскільки соціально-реабілітаційна робота в спеціалізованих центрах включає педагогічні елементи, пов'язані з навчанням та розвитком, ми можемо використовувати наукові ресурси з корекційної педагогіки та реабілітації засобами мистецтва Л. Немоловської, С. Новик, І. Зайцева, В. Кукушкіна, Г.Ларіна.

Важливо відзначити нашу участь у VI Всеукраїнській науковій конференції «Сучасний стан та перспективи розвитку освіти: теорія, практика, інновації», що відбулася у грудні 2023 року. Результати цієї конференції стали важливим джерелом для досліджень з питань соціальної роботи в Україні, включаючи наше власне дослідження.

Незважаючи на наявну літературу з цього питання, бракує досліджень щодо артореабілітаційної роботи з особами з інвалідністю в спеціалізованих центрах. Ця прогалина викликала нашу зацікавленість цією темою.

**Метою дослідження** є розкриття теоретичних, технологічних та практичних засад сприяння соціальній реабілітації осіб з інвалідністю в центрі реабілітації.

**Завдання дослідження:**

1. Передбачити вивчення та аналіз відповідної наукової, нормативно-правової та навчально-методичної літератури з досліджуваної проблеми.
2. Розглянути теоретичні засади соціально-педагогічної діяльності та їх застосування в реабілітації осіб з інвалідністю.

3. Розкрити загальні та соціально-психологічні особливості осіб з інвалідністю.

4. Наголосити на специфіці діяльності центру як універсального закладу для надання допомоги особам з інвалідністю в їхній реабілітації.

5. Розглянути прагматичні засади діяльності Рівненського обласного центру комплексної реабілітації осіб з інвалідністю.

**Мета дослідження** – включити авторську програму арт-реабілітації в комплексний план реабілітації людей з інвалідністю.

**Об’єкт дослідження** – соціально-педагогічна робота в закладах комплексної реабілітації.

**Предмет дослідження** – методи та технології соціально-педагогічної реабілітації, що здійснюється в установах комплексної реабілітації.

Дослідження бути проведене з використанням різних методів, серед яких: теоретичні підходи, такі як пошуковий та бібліографічний аналіз, синтетичні міркування, індуктивна логіка, методи систематизації для збору даних та узагальнення результатів; емпіричні методи включають спостереження із застосуванням опитувань (анкетування, інтерв’ю) для збору інформації, яка може бути корисною при розробці реабілітаційних програм.

Дослідження має **значну практичну цінність**, оскільки матеріали дослідження можуть бути використані в навчальному процесі за спеціальністю «Соціальна робота» закладах вищої освіти, зокрема під час проведення практичних занять, круглих столів, семінарів та конференцій. Крім того, цей підхід поширюється на підвищення кваліфікації персоналу реабілітаційних центрів та їхню професійну діяльність у Рівненському обласному центрі комплексної реабілітації інвалідів.

**Апробація дослідження.** Отримані результати дослідження були викладені в збірнику матеріалів VI Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сучасний стан та перспективи розвитку освіти: теорія, практика, інновації», що проходила 22 грудня 2023 року, стаття «Психологічна характеристика осіб з обмеженими можливостями різних нозологій».

**Базою дослідження** є Комунальна установа «Рівненський обласний центр комплексної реабілітації осіб з інвалідністю», що діє під юрисдикцією Рівненської обласної ради.

**Структура та обсяг магістерської роботи.** Робота складається із вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з 68 найменувань та 5 додатків. Робота містить 3 таблиці. Основний зміст роботи викладений на 101 сторінках. Загальний обсяг роботи – 132 сторінки.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЗАКЛАДАХ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

### 1.1. Технологічний підхід в соціальній роботі з особами з обмеженими можливостями як об'єкт наукових досліджень

Складність проблем соціальної роботи, багатогранність організацій і людей, які переживають суспільні зміни, а також обмеженість ресурсів вимагають термінового впровадження технологічних досягнень у соціальну роботу. Більше того, ці унікальні вимоги, притаманні цій сфері, диктують необхідність використання специфічних технологій для досягнення оптимальних результатів.

Соціальна робота – це унікальна діяльність, що здійснюється державними органами та соціальними установами з метою реалізації як суспільних прав, так і індивідуальних інтересів різних груп населення. Її мета полягає у створенні сприятливих умов, які допомагають омолодити або підвищити здатність людей функціонувати в суспільстві.

На думку Т. Семигіної [52], сутність соціальної роботи полягає в ціннісному ставленні до людини. Ця концепція породила гуманістичний підхід до соціальної роботи, коли клієнтів заохочують активно брати на себе відповідальність за своє життя і ставати творцями, а не лише реципієнтами. Л.Тюптя зазначає, що таке мислення призвело до розвитку різноманітних технологій, які підвищують ефективність, раціональність і загальну результативність у професійній практиці, пов'язаній з наданням соціальних послуг [63, 64].

Соціальні технології походять від грецького слова «techne», що означає мистецтво або майстерність. Їх метою є покращення як індивідуального, так і суспільного життя, що робить ці два фактори критично важливими показниками для оцінки їх ефективності. По суті, вони дозволяють користувачам впливати на соціальні процеси таким чином, щоб оптимізувати

особистий рівень життя і суспільний добробут – звідси і термін «соціальна технологія».

Соціальні технології – це програмні додатки, які включають в себе певні алгоритми, інструменти та методології соціальної взаємодії. Спираючись на визначення Ю. Сурміна, ми можемо визнати ці технології як засоби полегшення функціонування суспільства між різними групами або індивідами в суспільстві в цілому та в конкретних обставинах.

Соціальні технології розглядаються сучасною соціологією як новаторський набір методів для виявлення та використання латентних можливостей суспільства, що дозволяє зменшити управлінські витрати для досягнення ідеального соціального результату. Звичайний погляд на соціальні технології полягає в тому, що вони слугують людським ресурсом суспільства, який консолідує набуті та організовані знання, досвід, навички та діяльність, що стосується суспільних питань.

Аналіз терміну «соціальна технологія» розглядається як у вузькому, так і в широкому контексті через його неоднозначну природу. Вузьке тлумачення стосується виключно технологій у соціальній сфері суспільства, тоді як широке визначення включає також економічні, політичні, соціокультурні, інформаційні та управлінські технології. Таке комплексне розуміння дозволяє М. Туленкову охарактеризувати соціальну технологію як специфічний метод, що використовується людиною і спрямований на отримання соціальних результатів у двох формах: програми, що складається з процедур і операцій (способів діяльності), або самої діяльності, структурованої відповідно до вищезгаданої програми.

Соціальні технології можна класифікувати на різні типи залежно від підходів, які вони застосовують. Це правове забезпечення ,функціонування суспільства, адміністративне регулювання за допомогою політичних технологій, економічне функціонування суспільства, інформаційне забезпечення через засоби масової інформації та комп'ютерні мережі, духовний і культурний розвиток суспільства, а також функціонування соціальних інститутів у ньому.

Соціальні технології можуть бути визначені в різних аспектах соціальної роботи, включаючи її роль як наукової галузі, циклу навчальних дисциплін та форми професійної діяльності.

Аналізуючи спеціальну літературу, ми змогли виокремити різні класифікаційні ознаки щодо групування соціальних технологій. Серед них:

- а) класифікація за рівнем соціальних відносин (наприклад, макросистемні технології, мезосистемні технології, мікросистемні технології);
- б) упорядкування за ступенем практичної реалізації в організаційних процесах (наприклад, інноваційні, проектно-орієнтовані або традиційні підходи);
- в) упорядкування за місцем проведення експериментальних випробувань та валідації (наприклад, експерименти в класі; лабораторні випробування; польові дослідження);
- г) упорядкування за масштабом, на якому вони діють у соціальній сфері – глобальний/регіональний/локальний рівні.

На нашу думку, найбільш точне визначення соціальних технологій надає дослідження В. Матвієнка, який стверджує, що під ними розуміється сукупність процедур виконання завдань у різних сферах – управлінні, освіті, мистецтві, науці та соціальній роботі [34].

Інакше кажучи, соціальна робота належить до сфери соціальних технологій, що робить її застосування в суспільстві технологічно керованим. Зважаючи на її міждисциплінарний характер, науковці визнають комплексну структуру, що включає психологічні, медичні, юридичні технології та технології зв'язків з громадськістю, а також специфічні технології, такі як соціальна діагностика, адаптація та реабілітація.

Інтеграція технологій у соціальну роботу дає змогу класифікувати різні їх види на окремі та співставні процедури й операції, скоординовані та синхронізовані за своїми діями та результатами.

Існує три умовні групи, на які можна класифікувати технології соціальної роботи:

1. Технології діагностики (використовують аналіз соціальних ініціатив та прогнозування їхнього розвитку).

2. Технології проектування та планування розвитку конкретних соціальних об'єктів;

3. Інструменти для впровадження соціальних ініціатив, схем та запровадження нових суспільних досягнень (соціальне моделювання).

Окрім перехресного поділу, ми також можемо виділити категорії технологій, які зосереджені на відновленні здатності людей до соціального функціонування. Ці типи технологій називаються технологіями соціальної реабілітації та адаптації.

Ці технології призначені для роботи з окремими категоріями клієнтів, такими як сім'ї, військовослужбовці, дезадаптовані діти та підлітки, молодь тощо. Крім того, існують спеціалізовані інструменти, розроблені для роботи в конкретних сценаріях, таких як міжетнічні конфлікти або випадки домашнього насильства.

Типологія представлена теоретиками соціальної роботи (Л. Типтя, Є. Холостова, В. Шахрай) на основі аналізу наукових підходів до класифікації технологій, що використовуються в соціальній роботі.

Залежно від ступеня технологічності в соціальній роботі виділяють три рівні: простий, складний і дуже складний.

За структурою технології поділяються на дві групи: загальні (функціональні) та специфічні. До загальних технологій належать технології соціальної діагностики, профілактики, адаптації, корекції/терапії, підвищення кваліфікації, прогнозування та моделювання соціальних проблем. Специфічні технології стосуються ключових сфер соціальної роботи, таких як консультування сімей, програми підтримки безробітної молоді, людей з інвалідністю тощо.

У багатофункціональному феномені технологій соціальної роботи можна виокремити декілька функцій:

1. Функції аналізу та прогнозування передбачають виявлення та реєстрацію осіб, сімей та груп, які перебувають у групі ризику в регіоні, що розглядається, а також аналіз їхніх потреб у різних видах соціальної підтримки та відстеження їхніх коливань. Крім того, це аналіз їхніх потреб у різних

формах соціальної підтримки, відстеження коливань, що відбуваються в соціальних процесах. Точне прогнозування змін існуючих параметрів також є частиною цих обов'язків.

2. Діагностика – це процес вивчення наявних і потенційних соціальних проблем, виявлення їхніх першопричин і дослідження проблемних зон у соціальних обставинах, що впливають на конкретних осіб або групи.

3. Системне моделювання передбачає визначення типу, обсягу, методів і засобів надання допомоги окремим особам і колективам, які опинилися в складних життєвих ситуаціях. Воно передбачає розробку структури надання соціальної допомоги, яка в першу чергу охоплює різні рівні соціальних послуг.

4. Проектно-організаційні завдання включають розробку, обґрунтування ресурсів, реалізацію та оцінку соціальних проектів, спрямованих на вирішення конкретних соціальних проблем, а також надання допомоги окремим групам клієнтів.

5. Активізація передбачає розвиток потенціалу людини, сім'ї чи соціальної групи через мотивацію до самостійного вирішення своїх проблем та подолання складних життєвих ситуацій. Це може включати сприяння розвитку стратегій самодопомоги та систем взаємопідтримки для клієнтів.

Послуги, що надаються, мають як інструментальний, так і практичний характер і спрямовані на допомогу людям у складні періоди їхнього життя. Це включає консультації та тренінги для покращення міжособистісних стосунків, допомогу клієнтам у підготовці необхідних документів для реалізації соціальних прав, а також забезпечення опіки та піклування над неповнолітніми, які втратили батьківську підтримку, або над дорослими, які потребують допомоги.

Адміністративно-управлінські обов'язки включають нагляд за суб'єктами соціального управління, сприяння співпраці між державними та недержавними організаціями з метою надання допомоги громадянам, які потребують соціальної допомоги. Крім того, важливим завданням у цій сфері є активна участь у розробці ефективної соціальної політики, а також підбір та навчання персоналу.



Евристичний підхід передбачає поглиблення соціальних знань, отримання кращого розуміння соціальних проблем, зміцнення освітнього та культурного рівня соціальних працівників та підвищення їхньої кваліфікації.

Вивчення наукової літератури з питань соціальної роботи дозволило нам з'ясувати погляди науковців на етапи впровадження соціальних технологій.

Теоретичне дослідження вивчає мету та завдання технологічного впливу, визначає його компоненти або елементи, з'ясовує соціальні зв'язки між ними.

Методологічне стосується процесу вибору відповідних методів, прийомів впливу на результати, ефективного та результативного опрацювання інформації. Аналіз здійснюється шляхом вибору принципів, які допомагають трансформувати аналітичні результати у практичні висновки та рекомендації.

Термін «процедурний» стосується практичних завдань, пов'язаних з оцінкою обраного набору інструментів, як описано в роботі.

Етапи впровадження соціальних технологій включають: визначення початкових цілей, пошук джерел інформації, розробку систем збору та аналізу даних, конкретизацію завдань та визначення різних варіантів дій. Наступні кроки передбачають вибір відповідних інструментів для ефективного виконання організаційних процедур для досягнення бажаних результатів.

Конфігурація соціальних технологій залежить від кількох факторів. Серед них:

- а) наявність проекту, спрямованого на вирішення проблеми;
- б) дотримання алгоритму, що складається з послідовних кроків на шляху до досягнення мети;
- в) дотримання встановлених норм і стандартів у здійсненні діяльності, пов'язаної з даною технологією;
- г) використання критеріїв оцінки результатів (будь-який соціально спрямований технологічний прогрес повинен мати пріоритетом підвищення ефективності відповідних процесів за рахунок поліпшення їхньої розробки та впровадження).

Ефективність технологізації полягає в її структуруванні та спрямуванні на досягнення конкретної мети, підвищенні результативності соціальної роботи,

забезпеченні сталого прогресу процесу через механізми саморегуляції, а також у створенні сприятливого середовища для досягнення цілей.

Визнаючи соціальну роботу комплексною та інклюзивною практикою, яка зосереджена на виконанні як суспільних зобов'язань, так і індивідуальних потреб, особливо маргіналізованих членів суспільства, ми можемо сформуванати підхід до розуміння ролі соціальних технологій. Ці інструменти розглядаються як професійні зусилля, що здійснюються практиками відповідно до визначених суспільних ініціатив або планів.

Технології соціальної роботи розглядаються як професійні способи впливу на соціальні об'єкти з метою підвищення їх якості та досягнення оптимізованого режиму функціонування, які згодом можуть бути відтворені в інших контекстах, як зазначає А. Шевцов [67].

Технології соціальної роботи широко розглядаються дослідниками як технологічний алгоритм соціальних процесів. Ця методологія передбачає розбиття процесу на внутрішні етапи та фази, координацію зусиль усіх підрозділів установи (служби), визначення послідовності дій, створення операційної схеми, що керує технологічними діями, та внесення необхідних коректив відповідно до змін у цьому динамічному процесі.

На думку Є. Холостова, сучасні науковці, які досліджують технологізацію соціальної роботи, виокремлюють у соціальних процесах синтетичну або багатогранну характеристику. Така перспектива дозволяє їм ідентифікувати та відстежувати різні технологічні елементи, включаючи структурні, функціональні, нормативні, операційні та інструментальні компоненти.

Технологізація має чотири основні компоненти: перший – структурний, який охоплює контрольовані та неконтрольовані соціальні ситуації, а також можливі наслідки, які можуть виникнути з них; другим є функціональний компонент, який дозволяє ідентифікувати різні механізми, що застосовуються для реалізації соціальних завдань – такі як заборона, настанова або обмеження; третій це нормативний аспект, який стосується насамперед встановлення закономірностей (принципів) і правил, що визначають дії в самому суспільстві,

і останній, але не менш важливий: операціональність забезпечує координацію між різними процедурами, необхідними для ефективного досягнення цілей через синхронізацію команд, які злагоджено працюють разом, реалізуючи складні проекти, що вимагають багатоетапного виконання!

Реалізація технології передбачає використання різних методів соціальної регуляції, таких як нормативний, традиційно-ритуальний, конвенційний (неформальні зобов'язання та угоди), оціночний, статусний (вплив на становище людини), психотерапевтичний, соціально-екологічний вплив (вплив на навколишнє середовище; раціональне переконання; сугестивне навіювання), стимулюючі фактори, що виробляють певні реакції на обставини.

Виявлення та розуміння специфічних закономірностей має вирішальне значення для визначення ефективності соціальної роботи сьогодні. Це включає в себе розпізнавання тенденцій у житті індивіда чи групи, розуміння їхнього унікального соціального досвіду, точну діагностику суспільних проблем, вибір відповідних методів вирішення проблем та встановлення критеріїв оцінки як процесу, так і результатів конкретного втручання.

Суб'єкт-суб'єктні відносини у сфері технологій соціальної роботи встановлюються лише тоді, коли клієнти або групи визнають свою проблему і висловлюють бажання її вирішити. Сучасний ландшафт практики соціальної роботи включає різні прикладні технології, такі як: соціальний контроль, профілактика, терапія, реабілітація, правовий захист та орієнтація; педагогічна підтримка; страхування соціальних проблем; опікунські послуги, які забезпечують догляд за вразливими особами; посередницькі зусилля, спрямовані на створення гармонії в громадах/соціальному середовищі; підтримуюче середовище з наставниками або рольовими моделями, спрямоване на корекцію розвитку, що вживаються, коли це необхідно. Крім того, технологія обміну інформацією стала невід'ємною частиною сучасних рішень.

Таким чином, представлені думки свідчать про те, що соціальні технології відіграють вирішальну роль у формуванні українського суспільства та утвердженні демократичних цінностей, що ґрунтуються на гуманізмі. Це

необхідно для заохочення громадянської активності та розширення можливостей людей стати активними учасниками у своїх громадах.

Основною метою розвитку технологій соціальної роботи в цьому контексті є впровадження інноваційних стратегій, які покращують систему добробуту громадян. Мета полягає в цілеспрямованому впливі на кожен аспект суспільства для створення ідеальної моделі, пропонуючи можливості для розвитку інтелектуальних та творчих здібностей людей, зменшуючи їхню залежність від державної підтримки, а також заохочуючи до активної участі в суспільному прогресі.

## **1.2. Теоретичний аналіз соціально-реабілітаційних технологій**

Технології соціальної роботи активно використовують методи соціальної реабілітації. Термін «реабілітація», що в перекладі з латинської означає «відновлення», широко використовується в медицині та психології. З 1991 року він також став широко використовуватися в соціальній роботі. Більше того, в практику увійшли такі терміни, як «комплексна реабілітація» та «соціальна реабілітація», які, як правило, застосовуються при роботі з особами, що страждають на різні види інвалідності, в рамках різних спеціальностей або напрямів навчання.

Концептуальна сутність цих ідей дозволяє застосовувати їх у різних інтерпретаціях, сприяючи розробці реабілітаційних підходів для різних груп, таких як особи з нетиповою поведінкою, ув'язнені, прийомні діти, люди похилого віку та безробітні, а також жертви домашнього насильства.

Як зазначає О. Поляк [41], процес цілеспрямованої діяльності з індивідом має на меті відновлення втрачених або ненабутих ним під час соціалізації навичок і вмінь у соціальних функціях, відносинах і ролях. Цей комплекс заходів спрямований на повернення зруйнованих або відсутніх соціальних зв'язків і відносин, а також соціально та особистісно значущих якостей для посилення властивостей і можливостей суб'єкта.

У сфері соціальної реабілітації в першу чергу задіяні кваліфіковані фахівці, такі як соціальні працівники, соціальні педагоги, реабілітологи та психологи, які володіють необхідними інструментами та знаннями, щоб допомогти людям відновити або набути навичок, необхідних для виконання різних суспільних обов'язків. Завдяки організованим послугам, що надаються реабілітаційними установами з урахуванням індивідуальних потреб клієнтів, можна ефективно прискорити процес одужання.

Соціальна реабілітація має на меті допомогти окремим особам або групам відновити навички та вміння, необхідні для участі в соціальній системі суспільства та виконання суспільних обов'язків, які були втрачені або не отримані під час початкового процесу соціалізації. Це можуть бути колишні ув'язнені, випускники інтернатів, асоціальні сім'ї, громадяни похилого віку, безпритульні особи, бездоглядні діти та інші.

Якщо розглядати соціальну реабілітацію як відновлення тілесних функцій, соціальних ролей і стосунків, професійних здібностей та взаємодії з суспільством особою, яка втратила ці навички чи здібності, то можна виділити п'ять її різновидів: медичну, соціальну, професійну, психологічну та побутову. З огляду на це, важливо розуміти, що соціальну реабілітацію можна розглядати через широку або вузьку перспективу.

У широкому розумінні соціальна реабілітація стосується створення сприятливих умов у суспільстві, які сприяють відновленню та прогресу здатності людини до самостійного функціонування. У вузькому розумінні, як зазначає А. Шевцов [68], вона передбачає інтеграцію людини в соціальне середовище, що складається з різних аспектів, таких як спілкування, професія, творче самовираження тощо.

На думку В. Шахрая, соціальна реабілітація охоплює комплекс заходів, спрямованих на відновлення привілеїв та становища особи в суспільстві, а також на покращення її фізичного здоров'я та можливостей [66].

Методологічно підхід ґрунтується на вивченні індивідуальності клієнта, його соціальних ролей і статусу. Це досліджували американці Х. Перлман, С. Брайар, Г. Міллер, які дійшли висновку, що благополуччя людини визначається

її соціальними ролями. Соціальне функціонування – це здатність людини автономно взаємодіяти із суспільством в цілому, забезпечуючи себе та свою сім'ю, дотримуючись при цьому суспільних норм з точки зору морально-етичних норм та цінностей.

Приклади включають необхідність навчати людей, які пережили втрату або дефіцит навичок і вмінь соціалізації, як розвинути або відновити їх у таких сферах, як сім'я, освіта, праця, дружба, охорона здоров'я, культурний розвиток і повсякденна діяльність.

Якщо люди втратили або не змогли досягти соціальних позицій під час соціалізації, таких як дружина, чоловік, дідусь чи бабуся, батько чи мати, син чи донька, а також позицій громадянина, сусіда, покупця, працівника, друга, студента тощо, то ці позиції необхідно культивувати заново за допомогою навчання та відновлення.

Соціальна робота передбачає два рівні соціальної реабілітації. Це:

- а) державний, регіональний та місцевий рівень;
- б) індивідуальні та групові зусилля.

Держава створює комплекс організаційних, правових, економічних, інформаційних та освітніх заходів на загальнодержавному, регіональному та місцевому рівнях для сприяння соціальній реабілітації. Це включає в себе встановлення різноманітного відомчого підпорядкування при різних структурах власності для функціонування системи послуг соціальної реабілітації.

На державному, регіональному та місцевому рівнях вживаються наступні заходи:

1. Створення правової структури для реабілітаційних ініціатив шляхом прийняття законодавчих заходів.
2. Визначення напрямів навчання для осіб, які здобувають ступінь бакалавра або магістра соціальної роботи, а також соціальних педагогів, реабілітологів та психологів, які надають реабілітаційні соціальні послуги.
3. Створення сприятливого економічного середовища, що сприяє розвитку підприємництва та комерційної діяльності у сфері реабілітації.

4. Розробка методичних рекомендацій щодо надання реабілітаційних послуг різним групам населення.

5. Координація системи реабілітаційних соціальних послуг між різними відомчими підпорядкуваннями та різними структурами власності.

За словами І. Зверєвої, організація та функціонування реабілітаційних соціальних послуг потребує забезпечення приміщеннями.

Соціальні служби використовують різні технології або сукупність засобів, форм, методів і прийомів на рівнях індивідуальної та групової соціально-реабілітаційної роботи з метою відродження потенціалу індивіда до виконання соціальних ролей і функцій з одночасною побудовою необхідних міжособистісних зв'язків.

Ключовими учасниками цього процесу є заклади соціальної реабілітації, зокрема державні служби медико-соціальної експертизи, заклади соціального обслуговування та притулки, центри постінтернатної адаптації, а також ті, що працюють із сім'ями з дітьми та молоддю. Також долучаються навчальні заклади – дитячі садки, школи та університети, а також центри зайнятості та трудові колективи, які надають можливості додаткової освіти на базі палаців дітей та юнацтва.

М. Кравченко [28] підкреслює, що технології соціальної реабілітації об'єктивно пов'язані з такими галузевими технологіями, як соціальна діагностика та експертиза, адаптація, опіка, піклування, піклування, усиновлення, корекційна профілактика та послуги за своїм змістом і практичним призначенням. Таке поєднання технологій слугує «швидкою допомогою» для людей у складних життєвих ситуаціях, що особливо актуально сьогодні, коли багато людей стикаються з вимушеним переселенням через безробіття або важку втрату, що призводить до руйнування усталених систем життєдіяльності.

Зіткнувшись з такими обставинами, люди повинні не лише пристосуватися до нових умов життя, але й відновити втрачений соціальний статус, а також фізичний, емоційний та психологічний добробут. Для успішного соціального супроводу вкрай важливо відновити важливі особистісні

якості людини, щоб подолати дефіцит як у міжособистісному, так і в соціальному аспектах. Цей процес може бути ефективно досягнутий за допомогою організованих реабілітаційних зусиль, як зазначає О. Мостіпан [36].

Соціальна реабілітація є універсальним соціальним явищем, яке зачіпає кожну людину, незалежно від її поточного рівня соціального благополуччя чи життєвого досвіду. Вона вимагає від людини адаптації до нових умов і видів діяльності, при цьому вона неминуче зазнає втрат, а отже, потребує певної допомоги для успішної реінтеграції в суспільство.

Під час проведення заходів із соціальної реабілітації важливо не обмежуватися лише наданням допомоги, а пропонувати можливості для активної участі. Це передбачає забезпечення певного рівня стабільності в громаді, демонстрацію потенційних перспектив у майбутньому, а також виховання почуття власної значущості та відповідальності за власний життєвий шлях.

Тут описані цілі та методи процесу соціальної реабілітації.

Цілі соціальної реінтеграції:

1. Відновлення соціального статусу та положення суб'єкта.
2. Досягнення індивідом певного рівня соціальної, матеріальної та духовної самодостатності.
3. Підвищення здатності суб'єкта соціально адаптуватися до нових життєвих обставин.

Залежно від специфіки та змісту соціальних проблем особи використовуються різні форми соціальної реабілітації.

У сфері соціально-медичної допомоги люди можуть отримувати відновлювальну та конструктивну терапію, спрямовану на розвиток або вдосконалення навичок, необхідних для повноцінного життя, а також підтримку у виконанні повсякденних завдань, таких як ведення домашнього господарства.

Метою соціально-психологічних заходів є покращення фізичного та психічного благополуччя людини, сприяння кращим міжособистісним зв'язкам



у групах, визнання їхніх сильних сторін, координація корекційних заходів для вирішення психологічних проблем та надання підтримки в разі потреби.

Соціально-педагогічний підхід спрямований на вирішення таких проблем, як подолання педагогічної занедбаності через додаткові або індивідуальні заняття та організацію спеціалізованих уроків. Він також передбачає координацію освітньої підтримки у випадку різних розладів у навчанні (наприклад, розробку навчальних програм для пацієнтів лікарень та осіб, які відбувають покарання у місцях позбавлення волі), надання освіти особам з нетрадиційними розумовими здібностями, включаючи людей з інвалідністю та дітей. Крім того, будуть докладені зусилля для створення відповідних умов, які сприятимуть оптимальним формам навчання за допомогою належних методів, спрямованих на сприяння різноманітним програмам.

Поєднання професійних і трудових навичок дозволяє людині набути або відновити нові здібності, тим самим підвищуючи її шанси на працевлаштування. При цьому вона може пристосовувати графік і робоче середовище відповідно до потреб і перспектив, що змінюються.

П'ятий вид реабілітації – соціально-середовищна. Його мета – допомогти людям відновити почуття соціальної значущості в незнайомому оточенні, знайомлячи їх з ключовими особливостями та звичаями нового середовища. Крім того, цей метод надає допомогу в облаштуванні відповідного житлового простору та допомагає відновити типові рутини для організованої повсякденної діяльності.

У сфері соціальної реабілітації дослідники та фахівці виділяють різні рівні: медико-соціальний, професійно-трудова, соціально-психологічний, рольовий/соціально-побутовий та правовий. Центри соціальної реабілітації застосовують різноманітні методи, такі як медичне лікування, психологічні семінари/курси, арт-терапія, консультування, а також такі види діяльності, як професійна підготовка або вправи на розвиток творчих здібностей. Фундаментальна основа включає такі аспекти, як придатне для проживання середовище для пацієнтів поряд з доступними послугами (як державними, так і приватними), можливості для дозвілля на додаток до трудової діяльності, а

також освітні ресурси – все це підтримується обміном інформацією між людьми, залученими на кожному етапі протягом усього їхнього прогресу.

Різні категорії клієнтів, включаючи людей з інвалідністю, людей похилого віку, військовослужбовців (які брали участь у війнах і військових конфліктах), осіб, які відбули покарання у місцях позбавлення волі, сиріт тощо, використовують їх у своїй реабілітаційній практиці.

Технологія соціальної реабілітації має чіткий зв'язок з іншими технологіями, такими як соціальна діагностика, адаптація, опіка та профілактика. Її метою є відновлення або набуття необхідних навичок для виконання індивідами своїх ролей у суспільстві через такі процеси, як опіка та усиновлення, а також надання експертного супроводу протягом усього процесу соціалізації.

Крім того, оцінка існуючих процедур надання соціальних та реабілітаційних послуг у різних установах (таких як реабілітаційні центри, школи-інтернати, територіальні центри, що обслуговують соціальні потреби людей похилого віку) в Україні показує, що ця сфера розширюється в напрямку нових горизонтів. Помітно розвиваються програми соціокультурної допомоги та арт-центровані методи відновлення.

У процесі соціокультурної реабілітації використовуються технології соціалізації, що передбачає засвоєння та активне відтворення цінностей, норм, моралі, традицій і знань. Це досягається шляхом інкультурації, коли індивід інтегрується в культурний простір, виробляючи власний набір культурних цінностей на основі різних видів діяльності в соціальному середовищі.

Практика роботи з клієнтами та мистецької реабілітації передбачає залучення цілої низки мистецьких категорій, включаючи музику, хореографію, кіно, театр, образотворче мистецтво, таке як живопис і скульптура, а також народні традиції, ремесла та ігри.

Крім того, вивчення реабілітаційних практик спеціалізованих центрів (Волинської, Львівської та Тернопільської областей) показує, що вони широко використовують регіональні елементи, такі як місцеві традиції, методи кліматотерапії, природні матеріали для художніх занять та екотури.

Соціальна реабілітація є цінним інструментом для соціальних працівників, які працюють з різними клієнтами, в тому числі з людьми з інвалідністю. Її основна мета полягає у підтримці та зміцненні активного, незалежного погляду людини, групи чи команди на своє життя та діяльність за допомогою ефективних відновлювальних заходів. Процедура відновлення спрямована на те, щоб допомогти людям досягти більш активної участі в житті суспільства, допомагаючи їм піднятися на новий рівень громадської активності, що є важливим компонентом у вирішенні проблем, з якими стикаються в цій сфері практики.

Для того, щоб продовжити роботу, фахівцям необхідно мати знання про соціальні та психологічні особливості клієнтів, які проходять соціальну реабілітацію. У наступному розділі цієї статті ми детально розглянемо ці характеристики.

### **Висновки до розділу 1**

Таким чином, на конфігурацію соціальних технологій впливають:

- а) задум (підприємство), спрямований на вирішення конкретної проблеми;
- б) прописаний алгоритм, що складається з послідовних кроків на шляху до досягнення цілей;
- в) конкретні орієнтири поведінки та стандарти діяльності;
- г) критерії оцінки (всі соціальні технології, розроблені для цілей планування та виконання, повинні мати пріоритетом просування технологічних аспектів, пов'язаних з відповідними процесами).

Процес технологізації є ефективним у кількох аспектах, таких як формування процесу та його спрямування на досягнення конкретної мети, посилення оптимізації соціальної роботи. Вона також забезпечує стійкість соціальної процедури, створюючи механізми саморегуляції, які забезпечують сприятливі умови для досягнення кінцевої мети.

Соціальна робота розуміється як всеосяжна і широко розповсюджена практика, яка зосереджена на задоволенні соціальних потреб індивідів,

забезпечуючи при цьому реалізацію їхніх особистих мотивів. Зокрема, ця професія спрямована на допомогу соціально незахищеним верствам населення. Грунтуючись на цих принципах, ми можемо визначити підхід, за якого фахівці з соціальної роботи використовують стратегічні методології (так звані «соціальні технології»), адаптовані до конкретних проектів або програм, спрямованих на створення позитивних змін для тих, кому вони служать.

Трансформація України після здобуття незалежності призвела до поживлення суспільного життя, прискорення процесу демократизації та гуманізації через ініціативи соціальних змін. Крім того, посилюється прагнення до вдосконалення практик соціальної роботи, які підвищують якість життя людей з інвалідністю.

Науковці та практики у сфері соціальної реабілітації виділяють декілька рівнів, серед яких медико-соціальний, професійно-трудоий, соціально-психологічний, соціально-рольової взаємодії, а також побутовий. Основними методами, що використовуються для досягнення успішних результатів у цій сфері, є поєднання медичних процедур, таких як терапія або медикаментозне лікування, з такими заходами, як психологічно-інформаційні тренінги; консультативні зустрічі, які передбачають бесіди з кваліфікованими терапевтами для вирішення основних проблем; участь у рольових іграх, розроблених спеціально для розвитку навичок побудови позитивних міжособистісних стосунків, у той час як ерготерапія спрямована на виявлення відповідних професійних інтересів, що має призвести до можливостей працевлаштування в майбутньому. Також акцент робиться на використанні творчих мистецтв (художнього самовираження) серед інших форм рекреації, напр, освітні заняття, зосереджені на техніці запам'ятовування інформації, пов'язані з курсовими роботами, що стосуються лише певних галузей, відповідні перспективи працевлаштування і т.п. – все це може зробити значний внесок у підвищення загальної вдячності за своє становище, допомагаючи розвинути почуття гідності належна увага розширене оточення, що забезпечується каналами, пов'язаними з потенціалом зростання взаємодія з оточуючими, обмін досвідом, спільне життя, залучення до культури, прийняття

цінностей, що є важливими для повноцінного членства в суспільстві, що покращує світогляд, сприяння формуванню позитивних навичок, які ведуть до здорового способу життя, активне залучення до участі в житті громади, що впливає на її розвиток, захист довкілля, а отже, і на сталий розвиток, який є одним із пріоритетних пріоритетними передовими стратегіями реалізації політики, що застосовуються для того, щоб трансформаційні зміни відбувалися на низовому рівні зростаючий глобально пов'язаний світ все більш надійні технології більша увага приділяється потребам створення значущих офлайн-зв'язків дозволить кожному процвітати зменшення нерівності сприяння згуртованому інклюзивному середовищу рівний доступ до важливих ресурсів контроль над власним матеріальним благополуччям слід розглядати як основні цілі уряди, що працюють співпраця з різними партнерами в різних секторах активна залученість забезпечення уникнення шкоди постійне прагнення до покращення якості надання супутніх послуг пропоновані послуги є ключовим компонентом благополуччя Розвиток людських ресурсів вразливі групи населення необхідне забезпечення необхідних рамок підтримки необхідна довгострокова стійкість забезпечення довгострокова стійкість, що забезпечує отримання вигоди від зроблених інвестицій для наступних поколінь.

Соціокультурна реабілітація передбачає використання технологій соціалізації. Цей складний процес передбачає засвоєння та активне відтворення соціокультурного досвіду, включаючи знання, цінності, норми, мораль, традиції. Крім того, він передбачає інкультурацію – інтеграцію людини в культурний простір шляхом освоєння культурних цінностей через різноманітну життєдіяльність у соціальному середовищі.

Практика мистецької реабілітації передбачає включення в терапевтичний процес для клієнтів різних категорій художнього вираження. Це може бути музика, танці, кінопокази, театральні постановки, образотворче мистецтво, наприклад, живопис чи ліплення, тематичні ремесла та ігри, що відображають традиційні вірування та звичаї.

Крім того, вивчення реабілітаційної роботи в спеціалізованих центрах (Волинський, Львівський та Тернопільський) показує, що вони включають

регіональні аспекти, такі як місцеві звичаї, методи кліматотерапії та використання природних матеріалів для творчої діяльності. Крім того, для полегшення процесу часто використовуються екологічні екскурсії.

Таким чином, соціальна реабілітація є важливим ресурсом для різних категорій клієнтів у сфері соціальної роботи, в тому числі і для людей з інвалідністю. Її основна мета полягає у збереженні та підтримці активного, інноваційного та автономного підходу людини або групи людей до свого життя та діяльності. Процес відродження такого підходу та допомога у досягненні нових вершин суспільної активності відіграє життєво важливу роль у вирішенні цієї проблеми.

## РОЗДІЛ 2

### ОСОБИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЯК ОБЄКТИ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ

#### **2.1. Загальна характеристика осіб з обмеженими можливостями: соціальний аспект**

Сучасний стан соціально-гуманітарної сфери в Україні характеризується пошуком людиноцентричних підходів до вирішення проблем, з якими стикаються люди з інвалідністю. Ці труднощі виникають через різні фактори, серед яких

1. Дефіцит у суспільстві гуманізму та емпатії по відношенню до людей з особливими потребами.

2. Соціальна інфраструктура населених пунктів залишається недостатньо розвиненою та пристосованою до потреб людей з інвалідністю.

3. Недостатня гнучкість і низький рівень матеріального забезпечення та соціальних послуг.

4. Недостатня забезпеченість технічними засобами та пристроями, необхідними для полегшення пересування, функціонування та обслуговування людей з інвалідністю.

Існують значні труднощі у здобутті якісної професійної освіти та задоволенні духовних потреб.

Численні вітчизняні та зарубіжні вчені, зокрема В. Андрущенко, О.Беспалько, Г. Лактіонова, І. Мигович, Л. Тюпта, О. Мішуліна, Є. Холостова, широко досліджували це питання, яке залишається актуальним і сьогодні. У цих роботах розглядаються соціальні проблеми, з якими стикаються особи з інвалідністю, зокрема діти, в рамках двох концептуальних соціальних підходів: на основі теорії соціоцентризму та на основі антропоцентризму, як в теорії, так і в методології.

Людина з інвалідністю (від латинського терміну *invalidus*, що означає безсилий або хворий) визначається Декларацією Організації Об'єднаних Націй про права осіб з інвалідністю (1975 р.) як будь-яка особа, яка не може

виконувати деякі або всі вимоги до типових видів особистої та соціальної діяльності через вроджені або набуті вади, включаючи фізичні, психічні або інтелектуальні порушення [15].

Науковці стверджують, що термін «особа з інвалідністю» слід розглядати як соціальне явище, що є наслідком як психофізичних обмежень, так і суспільних бар'єрів, а не просто стан індивіда. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» визначає інвалідів як осіб, у яких хронічні розлади здоров'я або захворювання призводять до обмеження життєдіяльності, що зумовлює потребу в сторонній допомозі та захисті [1].

На 61-й сесії Парламентської асамблеї Ради Європи було прийнято Рекомендацію № 1185 «Про програми реабілітації», яка визначає інвалідність як обмеження здібностей, спричинене фізичними, психологічними, сенсорними, соціальними або культурними перешкодами та правовими бар'єрами, що перешкоджають інтеграції в суспільство та рівноправній участі в ньому нарівні з іншими його членами [26].

Як зазначає Є. Холостова, інвалідність – це особлива обставина розвитку та стану людини, яка призводить до обмежень у різних аспектах життя.

М. Лукашевич [32, 33] визначає бар'єри, які ставить перед людиною інвалідність. Однією з основних перешкод є фізичні обмеження або ізоляція, що виникають внаслідок порушень фізичного, сенсорного, інтелектуального або психічного характеру, які перешкоджають незалежному пересуванню та просторовому усвідомленню. Навпаки, умови навколишнього середовища можуть або посилювати ці недоліки, або пом'якшувати їх відповідно. Розглянемо це питання більш детально.

Розглядаючи доступність, зазвичай говорять не лише про фізично доступне середовище для людей з інвалідністю, але й про середовище, яке є пристосованим чи непристосованим до них. Це обмеження має численні наслідки, які ускладнюють життя людей з інвалідністю; таким чином, подолання просторових бар'єрів, транспортних труднощів та побутової ізоляції – як фізичної, так і емоційної – вимагає спеціального втручання.



Люди з інвалідністю стикаються зі значними проблемами, пов'язаними з трудовою ізоляцією, оскільки вони часто ізольовані від інших через свою інвалідність. Це може значно обмежити можливості працевлаштування для людей з інвалідністю II або III групи, які можуть потребувати спеціально пристосованих умов для того, щоб взагалі працювати. Ті ж, хто працевлаштовуються, часто отримують роботу, яка передбачає повторювані, нескладні завдання, і платять їм нижчу заробітну плату, ніж аналогічним чином кваліфікованим працівникам без інвалідності.

Першопричиною цієї проблеми є не стільки обмежені фізичні чи інтелектуальні можливості людей з інвалідністю, скільки недостатньо розвинений ринок праці для них. Роботодавці в Україні вважають, що пристосування робочих місць для людей з інвалідністю є не вигідним в умовах капіталістичної системи.

Люди з інвалідністю стикаються зі значними соціальними обмеженнями та обмеженнями у сфері зайнятості, в результаті чого низький рівень доходу є особливо складною перешкодою.

Просторове середовище є значною перешкодою для людей з інвалідністю. Хоча люди з фізичними вадами можуть мати допоміжні засоби пересування, такі як протези, інвалідні візки або пристосовані транспортні засоби, загальне облаштування житлового простору та транспортні системи не здатні ефективно пристосувати їх до потреб людей з інвалідністю. Пристрої та обладнання, що полегшують виконання побутових завдань, самопомоги та необмежену мобільність, є дефіцитними, а інформаційні інструменти, що відповідають потребам людей з порушеннями сенсорного сприйняття, залишаються недостатніми. Не менш складним є безпечне пересування незнайомою місцевістю для людей з інтелектуальними чи психічними порушеннями, які часто потребують підтримки при самостійному пересуванні в навколишньому середовищі.

Особам з інвалідністю різних типів важко підтримувати активне соціальне життя через подвійний інформаційний бар'єр. Ця перешкода створює труднощі для людей з інвалідністю в отриманні як загальної, так і спеціальної

інформації, такої як вичерпні відомості про їхні функціональні порушення, доступні заходи підтримки з боку держави, пристосовані до них, а також ресурси, які можуть надати допомогу. Основні причини цієї проблеми пов'язані з фінансами (наприклад, неможливість або складність придбання/ремонту електронних пристроїв, таких як телевізори/радіоприймачі/передплата газет), а також з відсутністю спеціалізованих засобів масової інформації; зокрема, телевізійні програми з сурдоперекладом, книги, надруковані шрифтом Брайля, а також касети і диски, придатні для людей з вадами зору, розширяють доступ людей з різними фізичними вадами до життєво важливих джерел інформації, яких вони потребують щодня.

Брак інформації може спричинити постійне погіршення когнітивних навичок у людей з інвалідністю, а перешкода у доступі до знань зводить бар'єр між суспільством і людьми з інвалідністю. Останній групі стає значно важче висловлювати свої погляди, відстоювати свої переконання або ефективно доносити свої вимоги та прагнення. Однак останнім часом ця тенденція позитивно трансформувалася завдяки технологічному прогресу, який завдяки підключенню до Інтернету дозволив людям з інвалідністю отримати більший доступ як до комунікаційних додатків, так і до широких джерел життєво важливих даних, що знаходяться в межах досяжності.

Емоційний бар'єр має подвійну природу і включає в себе непродуктивні емоційні реакції оточуючих на людей з інвалідністю, такі як цікавість, глузування, незручність, почуття провини і страху. Так само фруструючі емоції постраждалих сторін, такі як жалість до себе, недобррозичливість до інших, очікування надмірної опіки та прагнення до ізоляції або звинувачення когось у своїх дефектах, часто сприяють цьому явищу.

Складна природа інвалідності може перешкоджати соціальній взаємодії між людьми з інвалідністю та їхнім оточенням. Як для людини з інвалідністю, так і для її найближчого оточення вкрай важливо встановити нормальний емоційний зв'язок, щоб задовольнити потреби один одного.

Перешкода у спілкуванні є складною, насамперед, через комбінований вплив різних обмежень, які спотворюють характер людини. Відсутність

ефективної комунікації, будучи однією з найбільш гострих соціальних проблем, що впливають на людей з інвалідністю, є наслідком фізичних обмежень, емоційної відстороненості, безробіття, а також недостатньої поінформованості про повсякденні справи.

Теоретичні дослідження, що стосуються соціальних проблем, з якими стикаються люди з інвалідністю, розглядаються через структурно-функціональну перспективу, як це було викладено К. Девісом, Р. Мертоном і Т. Парсонсом. Ці вчені визначають інвалідність як унікальну соціальну обставину, яка потребує виправлення за допомогою заходів соціальної реабілітації, таких як інтеграційні програми та державна політика, спрямована на задоволення потреб осіб з інвалідністю. У цьому контексті модель Т. Парсонса підкреслює роль людини у подоланні свого стану, пропонуючи рішення на системному рівні для підвищення добробуту в суспільстві в цілому.

Давайте тепер розглянемо причини інвалідності, виходячи з того, що було сказано вище:

1. Травми або неврологічні розлади, які могли бути отримані під час пологів.
2. Успадковані захворювання (генетичні порушення);
3. Захворювання, що впливають на організм (такі як рак, інфекційні захворювання тощо).
4. Різні види травм, такі як опіки, механічні пошкодження тощо.

Категоризація видів інвалідності має під собою підґрунтя: фактори, що призводять до інвалідності (вроджені чи набуті); тривалості інвалідності (тимчасової, довготривалої або постійної), наприклад, обмежена функціональність, спричинена травмою; порушення соціальної поведінки, серед іншого.

Людина може зіткнутися з такими наслідками, як:

1. Обмеження свободи або зниження автономії.
2. Професійні можливості, соціальна інтеграція тощо.
3. Наслідки для домогосподарства – відповідальність за догляд за людиною з інвалідністю, фінансове навантаження на членів сім'ї.

4. Фінансове навантаження на сім'ю та порушення соціальних зв'язків;

Обмежена здатність до самообслуговування є симптомом рівня інвалідності.

Здатність до виконання повсякденних побутових дій, навички особистої гігієни та задоволення основних фізіологічних потреб самостійно є самообслуговуванням.

Самообслуговування включає в себе:

1. Особиста гігієна включає очищення обличчя, тіла та волосся, чищення зубів, розчісування волосся, підстригання нігтів, а також підтримання належної гігієни після фізіологічної активності.

2. Одягання та роздягання одягу, наприклад, верхнього одягу, нижньої білизни, головних уборів, рукавичок або взуття, за допомогою застібок, таких як гудзики, гачки та блискавки.

3. Процес приготування їжі включає чищення, миття та нарізання їжі, використання кухонного приладдя для її приготування.

4. Акт споживання їжі включає в себе вміння підносити її до рота, пережовувати та ковтати, а також користуватися посудом чи столовими приборами.

5. Задоволення основних повсякденних потреб, таких як купівля продуктів, одягу та предметів домашнього вжитку;

6. Практика використання постільної білизни та створення різних видів постільних матеріалів.

7. Виконання таких завдань, як прання, чищення та ремонт різних предметів домашнього вжитку, включаючи постільну білизну та одяг.

8. Утилізація побутових предметів, таких як замки, болти, вимикачі, крани, праски, телефони, газові та електричні прилади, призначені для побутових цілей, а також сірники.

9. Виконання обов'язків прибиральника, таких як підмітання та миття підлоги, миття вікон, витирання пилу з поверхонь тощо.

М. Кравченко підкреслює важливість самодостатності, навичок збору та обробки інформації, орієнтування та комунікативних навичок як

найважливіших соціальних якостей для людей з інвалідністю [28]. Це розуміння особливо актуальне для наших зусиль, спрямованих на надання індивідуального догляду та підтримки через спеціалізовані центри, що займаються реабілітаційною роботою серед людей з інвалідністю.

Здатність людини з інвалідністю до самообслуговування можна класифікувати за трьома рівнями: повністю незалежна, частково залежна та повністю недієздатна. При цьому статус мобільності також може підпадати під одну з цих трьох категорій: здатний пересуватися без сторонньої допомоги, потребує допоміжного обладнання для пересування або не здатний робити це самостійно.

Оцінюючи здатність людей з інвалідністю збирати та аналізувати інформацію, можна виділити три рівні: ті, хто вміє як збирати, так і обробляти дані, ті, хто здатен лише отримувати їх, але не інтерпретувати, і, нарешті, ті, хто не здатен виконати жодного з цих завдань.

До здатності орієнтуватися відносяться:

1. Здатність визначати час на основі загально визнаних характеристик, таких як день чи ніч, сезонність тощо.

2. Просторові орієнтири та звуки дозволяють визначити місцезнаходження.

3. Здатність точно визначати положення зовнішніх об'єктів, явищ і себе відносно часових і просторових орієнтирів.

4. Здатність орієнтуватися у власному бутті, включаючи розуміння власної особистості та фізичної будови, розрізнення лівої та правої орієнтації, серед іншого.

5. Здатність сприймати та ефективно реагувати на різні форми інформації, включаючи вербальну, невербальну, візуальну, слухову, смакову (смак), ольфакторну (запах) і тактильну (дотик), розуміючи при цьому зв'язок між об'єктами та явищами.

Критерії, за якими оцінюються навички орієнтування: стан сенсорної системи (зір, слух, дотик); стан комунікативної системи (усне мовлення, письмова кореспонденція, розуміння); здатність розпізнавати, оцінювати та

належним чином реагувати на отриману інформацію. Здатність людини успішно маневрувати, використовуючи як свої внутрішні риси характеру, так і зовнішні обставини, які можуть змінюватися, називається навігаційною майстерністю.

Вміння спілкуватися також включає в себе такі навички:

1. Здатність розпізнавати і розуміти іншу людину, включаючи її емоційний стан, особистісні риси та інтелектуальні здібності.

2. Вміння розуміти значення і сенс дій, намірів, мотивів і вчинків іншої людини.

3. Здатність обмінюватися інформацією, зокрема сприймати, обробляти, зберігати, відтворювати та передавати її.

4. Вміння розробляти спільний план дій, який передбачає створення, виконання та контроль за його виконанням, а також внесення необхідних коректив.

Можливі критерії для оцінки комунікативних порушень можуть складатися з наступного:

1. Здатність до артикульованого мовлення передбачає плавну вимову слів, розуміння розмовної мови, артикуляцію та передачу вербальних повідомлень, а також передачу сенсу за допомогою усного спілкування.

2. Здатність сприймати усне мовлення, вербальну комунікацію та різні повідомлення за допомогою активного слухання.

3. Здатність до символічної комунікації включає розуміння знаків, символів і кодів на додаток до здатності читати карти і діаграми. Крім того, людина повинна вміти обмінюватися інформацією за допомогою невербальних засобів, таких як міміка, жести або будь-який інший сенсорно-візуальний спосіб, наприклад, графічні малюнки або звукові сигнали, які можуть передавати повідомлення тактильно.

Існує п'ять груп людей з інвалідністю, включаючи людей з порушеннями опорно-рухового апарату, інтелектуальними або психічними розладами, порушеннями слуху та зору, а також захворюваннями внутрішніх органів,

такими як діабет або онкологія. Вони підпадають під загальну категорію «загальної» інвалідності.

Дорослі поділяються на три групи інвалідності залежно від ступеня погіршення стану здоров'я. I група інвалідності призначається особам, які повністю втратили працездатність і потребують постійного догляду, тоді як II група інвалідності охоплює тих, хто здатний до самообслуговування, але не може функціонувати в стандартному робочому середовищі. Ті, хто здатен працювати в умовах низького рівня стресу, належать до категорії III.

Особи з особливими потребами класифікуються залежно від джерела їхньої інвалідності, включаючи тих, хто став інвалідом у дитинстві, внаслідок загальних захворювань або травм, отриманих на виробництві, на війні та в армії, або внаслідок опромінення в Чорнобилі. Діти-інваліди, як правило, потребують постійного догляду та нагляду, тому їм присвоюється одна група інвалідності, але вони поділяються на дві підкатегорії – «А» і «Б».

Для розуміння того, як вивчати інвалідність як соціальне поняття, важливим залишається звернення до питання соціальних норм, висвітлених у працях М. Вебера, Р. Мертовна, П. Бергера, Т. Лукмана та П. Бульде.

Соціально-антропологічний підхід (Е. Дюркгейм) використовувався для розгляду проблем інвалідності у зв'язку зі стандартизованими та інституціоналізованими формами соціальних відносин, включаючи соціальні норми та девіації, а також відповідні інститути та механізми контролю. Для позначення молоді з інвалідністю часто використовувалися нетрадиційні терміни, такі як «нетипові діти» або «діти з особливими потребами».

Вивчення соціальних проблем індивіда розглядається в соціоцентричній теорії розвитку особистості Е. Дюркгейма, Г. Спенсера і Т. Парсонса в контексті аналізу суспільства в цілому.

Згідно з дослідженням, психологічні аспекти взаємодії людей з інвалідністю у повсякденних ситуаціях розкриваються через антропоцентричний підхід. Цю точку зору підтримують такі вчені, як Л.Виготський, Ж. Піаже, Г. Тард, Е. Еріксон, Г. Андреева, А. Мудрик).

На думку В. Красномовця, макросоціологічний підхід досліджує проблеми інвалідності через систему, що складається з чотирьох взаємопов'язаних понять: макросистема, екосистема, мезосистема та мікросистема, які відповідають відповідно домінуючим у суспільстві політичним курсам, економічним та правовим позиціям влади/інституцій, що впливають на соціальне життя, а також взаємовідносинам у різних сферах найближчого оточення індивіда.

Теоретики символічного інтеракціонізму, такі як Дж. Г. Мід та Н. Залігін, розглядають інвалідність як систему символів, що визначає соціальну ідентичність людей з інвалідністю, аналізуючи формування їхньої самоідентичності, унікальну соціальну роль у спільнотах людей з інвалідністю, поведінкові стереотипи, що їм приписуються, та ставлення суспільства до цієї групи.

Теорія навішування ярликів, також відома як теорія соціальної реакції (розроблена Г. Беккером та Е. Лемертоном), визначає людей з інвалідністю як «девіантів». Інвалідність розглядається як відхилення від суспільних норм, що призводить до того, що на тих, хто її має, навішується ярлик «інвалід». Соціоцентричний підхід розглядає соціальні проблеми індивіда через призму того, як суспільство дивиться на них, використовуючи для аналізу такі поняття, як соціальний контроль і соціальна реакція. У вітчизняних дослідженнях, що ґрунтуються на цій методологічній основі, проблеми, пов'язані з інвалідністю, досліджував В. Бочелюк [11].

У своєму аналізі Н. Васильєва заглиблюється в теорію стигматизації І. Гофмана. Відповідно до соціоцентричної перспективи цієї теорії, соціальні труднощі індивіда розглядаються через колективне сприйняття та ставлення суспільства до нього; люди з інвалідністю підпадають під категорію «девіантів», і стигма в цьому контексті тісно пов'язана з наклеюванням ярликів. Вивчення механізмів стигматизації та їх соціальних наслідків може бути пов'язане з соціальною реакцією та контролем.

Соціокультурна теорія нетиповості Є. Ярської-Смирнової є візитною карткою феноменологічного підходу, яка стверджує, що «дитяча нетиповість»



виникає і поширюється в усьому соціальному оточенні дитини. Цьому сприяють унікальні етноконфесійні, соціокультурні макро- і мікросоціуми, що історично склалися, в яких відбувається соціалізація нестандартної дитини.

Поняття інвалідності, відповідно до структурно-функціонального підходу (запропонованого К. Девісом, Р. Мертоном і Т. Парсоном), розглядається як окрема соціальна обставина, яку переживає індивід, що узгоджується з теорією Т. Парсонса про роль, яку хворі відіграють у суспільстві. Крім того, ця теоретична база досліджує такі теми, як соціальна реабілітація, інтеграція людей з інвалідністю в суспільство та політика, що проводиться державою щодо людей з інвалідністю.

Для того, щоб захистити людей з інвалідністю та їхні соціальні проблеми, ми поділимося результатами соціологічних досліджень. Серед перших досліджень – дослідження В. Пекура в Україні, де було опитано 776 респондентів з інвалідністю у віці від 17 до 30 років. Це дослідження встановило, що молоді люди з інвалідністю схильні до песимістичних поглядів при оцінці потенційного успіху зусиль з реабілітації або соціальної адаптації, демонструючи при цьому обмежену впевненість у використанні особистих здібностей.

Ця проблема стосується не лише внутрішньо притаманного конфлікту соціальної адаптації, але й впливає на професійну діяльність (про що свідчать 22,14% працюючих людей з інвалідністю, які змінили місце роботи через вороже ставлення до них). Серед опитаних 38,7% висловили бажання подолати свою хворобу та асимілюватися в суспільстві; ще 19,75% відчували впевненість у собі, незважаючи на думку оточуючих; проте деякі залишилися байдужими (10,2%). Майже дві п'ятих (38,4%) повідомили, що відчувають сором або тривогу в оточенні інших, а близько п'ятої частини (20,2%) надають перевагу усамітненню. 6% респондентів відчувають образу та гнів, спровоковані ворожим ставленням до них з боку оточуючих.

Значний відсоток людей з інвалідністю стикаються зі зневажливим ставленням, відчуваючи себе неповноцінними громадянами (36,6%), тоді як менша частина стикається з такою поведінкою час від часу (30,9%). Значна

частина респондентів ніколи раніше не стикалася з такими упередженнями (20,8%), а деяким респондентам було складно дати точну відповідь на це питання (11,7%). Не менш важливо враховувати, як здорові люди сприймають тих, хто живе з порушеннями, оцінюючи відповідно їхні манери поведінки та соціальну взаємодію; це питання впливає на формування суспільного світогляду, оскільки вивчення того, як досвід резонує серед нас, дозволяє краще зрозуміти поведінкові норми, що регулюють людську поведінку в цілому.

Вінницьким обласним ЦСССДМ було проведено соціологічне дослідження щодо ставлення суспільства до людей з інвалідністю, яке показало, що 25,21% опитаних вважають, що повноцінне життя з інвалідністю можливе, 40,51% – малоймовірне, а 19,26% – практично неможливе; решта респондентів (14,73%) не змогли дати точну відповідь на це питання.

Когнітивний аспект ставлення передбачає оцінку професійних здібностей людей з інвалідністю в їхньому здоровому оточенні. Згідно з результатами опитування, 72,81% сприймають ці здібності як рівноцінні або трохи нижчі, ніж у здорових однолітків, тоді як 15,30% вважають їх дуже низькими, а 11,61% вважають їх абсолютно непорівнянними. Крім того, було виявлено, що 36,26% мають друзів, які мають фізичні вади.

Першочергові проблеми людей з інвалідністю були оцінені, щоб визначити ступінь їх важливості. Результати показали, що найбільш нагальною проблемою є фінансова допомога, яку назвали пріоритетною 59,7% респондентів, на другому місці – медична допомога (18,7%). Створення сім'ї отримало 16,71%, тоді як працевлаштування оцінили як важливе лише 10,48% опитаних; надійні дружні стосунки необхідні для 9...35%, а духовне задоволення – для 6,52%. Крім того, самореалізація як рівноправного члена суспільства, якого не жаліють, посіла останнє місце серед усіх розглянутих аспектів (0,28%).

Найпомітнішими рисами, які зазвичай приписують людям з інвалідністю, є співчуття (26,63%), емпатія до проблем інших (24,36%), вміння ефективно піклуватися про себе (17,85%) та готовність допомогти іншим, хто цього потребує (13,03%). Тим не менш, набагато важливішими якостями людей з

інвалідністю є скромність (8,50%), привітність (8,22%), стриманість у спілкуванні з іншими людьми (7,37%), чесність (16,52%), а також відвертість у висловлюванні своїх думок (6,23%), що є лише кількома прикладами.

При зустрічі з людьми з інвалідністю проявляються різні емоції та реакції. У деяких може виникнути бажання полегшити їхні страждання (21,25%), висловити співчуття (28,90%) або співчуття (24,65%), запропонувати допомогу (19,38%). Невеликий відсоток обирає грошову підтримку (1,42%), дехто виявляє зацікавленість у тому, щоб дізнатися про них більше (0,57), але лише деякі респонденти (1,13%) вказують на готовність вступити в розмову з особами, які проживають з інвалідністю. При такій взаємодії переважають стереотипні висловлювання на кшталт – жалості (10,20%), незручності (5,38%), провини (4,82%), а також висловлюється бажання – якнайшвидше вийти з цієї ситуації – 1,98%. Цей спектр реакцій з боку оточуючих може викликати почуття образи, байдужості, дистанціювання та очікування конфлікту серед людей, які живуть в умовах інвалідності».

На психологічне благополуччя людей з інвалідністю впливають різні фактори, такі як зневага з боку оточуючих, занурення в особисті проблеми, недостатні фінансові ресурси та обізнаність про проблеми, пов'язані з інвалідністю. Їх часто сприймають як незначущих членів суспільства, що призводить до їх ізоляції та маргіналізації, викликаючи хронічну фрустрацію, самотність, спричиняючи емоційну втому, включаючи гнів, байдужість або депресію серед них.

Соціальне сприйняття інвалідності характеризується нечітким, суперечливим і песимістичним ставленням до неї. Тому для формування позитивного ставлення до людей з інвалідністю необхідною є зміна системи цінностей у суспільстві, що сприяє формуванню позитивного світогляду.

Вищезазначене свідчить про те, що люди з інвалідністю становлять окрему соціальну демографічну групу з унікальними характеристиками, способом життя, цілями благополуччя та суспільними уподобаннями. Для того, щоб ефективно допомагати цій групі людей, Україна повинна вдосконалити систему соціального забезпечення, яка охоплює програми медичної допомоги,

реабілітаційні послуги, освітні можливості, а також рекреаційні заходи, забезпечуючи при цьому необхідні матеріальні потреби та культурні зручності, а також розвиваючи безперешкодне доступне середовище.

## **2.2. Психологічна характеристика осіб з обмеженими можливостями різних нозологій.**

Фахівці реабілітаційних центрів повинні володіти знаннями про психологічні особливості осіб з різними нозологіями для ефективного проведення соціально-реабілітаційних заходів.

Згідно з дослідженнями В. Менделевича, група інвалідності має важливе значення для розуміння психології осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

Особи з I групи, які мають інвалідність з дитинства, є найменш психологічно сприятливою групою. Вони борються з низькою самооцінкою, суперечливим ставленням до оточуючих, емоційною незрілістю та тягарем піклування про тих, хто їх оточує.

Особи, які належать до II групи інвалідності, з ранніх років життя демонструють відносно стабільний психічний стан. Вони мають вищий рівень впевненості в собі, ніж інші неповносправні особи, відчують власну спроможність і рідше піддаються депресії. Ця особлива категорія демонструє надійні та процвітаючі зв'язки з іншими; вони не здаються ізольованими від суспільства.

Люди з інвалідністю демонструють підвищену обізнаність у тонкощах взаємовідносин і мають більшу адаптивність у спілкуванні. Незважаючи на зовнішню врівноваженість, вони схильні відчувати апатію по відношенню до інших і не мають емоційної зацікавленості в дружбі. Вони демонструють готовність до співпраці зі спільнотою людей з інвалідністю, але часто поділяють однолітків на «своїх» і «чужих», надаючи меншу цінність тим, хто не поділяє їхнього діагнозу. Таке ставлення неминуче призводить до напруженої міжособистісної взаємодії.

З дитинства люди з інвалідністю III групи мають психологічну дезадаптацію та суперечливу самооцінку. Їхнє зовнішнє сприйняття себе завищене на свідомому рівні, але слугує лише компенсацією несвідомого почуття неповноцінності, що виникає через їхню уявну відмінність від інших. Вони також борються з менш диференційованим міжособистісним сприйняттям і негнучкістю в соціальних взаємодіях. Цей недолік можна пояснити їхнім «проміжним» становищем між хворими і здоровими людьми, що сприяє невпевненості в тому, до якої групи вони належать.

Особи, які отримали інвалідність, пов'язану з опорно-руховим апаратом, у дорослому віці, підпадають під особливу класифікацію. Ця група людей пройшла через критичний перехідний період, який призвів до зміни зв'язків з оточенням, що призвело до несприятливого сприйняття оточуючих і складних стосунків з найближчими людьми. Більшість людей демонструють пасивність і песимізм щодо будь-якої можливості покращення чи змін.

Молоді люди з інвалідністю у віці від 20 до 35 років з різними захворюваннями, як правило, демонструють переважно афективну та емоційну реакцію на свої фізичні вади. Вони також відчують вищий рівень тривоги порівняно з людьми віком 36-50 років, які зазвичай демонструють більш раціональну оцінку своїх порушень. Крім того, люди з фізичними вадами часто стикаються зі значними труднощами у встановленні міжособистісних стосунків, де вони можуть сприймати інших негативно або надавати перевагу неконструктивним моделям спілкування, що призводить до ідеалізації близьких зв'язків, а отже, до обмеженої орієнтації в певних соціальних колах. Ці фактори часто призводять до ізоляції багатьох таких людей від широкого соціального оточення, що призводить до втрати цінних навичок, які можуть сприяти конструктивній взаємодії, як зазначає Л. Солнцева.

Особи з ОКР також можуть мати когнітивні порушення, як зазначає Т. Розанова:

1. Зниження розуміння та усвідомлення оточуючого середовища є результатом різних факторів, таких як:

- а) вимушена ізоляція, що призводить до обмеженої взаємодії з однолітками та дорослими через обмежену мобільність;
- б) труднощі, з якими стикаються при отриманні розуміння нашого оточення під час практичного досвіду;
- в) ускладнені сенсорні здібності.

2. Інтелектуальна недостатність проявляється як нерівномірне і дисгармонійне порушення, коли певні інтелектуальні функції відстають, тоді як інші залишаються збереженими або затримуються в розвитку. Така мозаїчна картина розумового розвитку часто пов'язана з раннім органічним ураженням мозку на початкових етапах когнітивного розвитку. При ДЦП неповноцінність вищих коркових функцій значною мірою сприяє порушенню пізнання. Крім того, різні діти можуть демонструвати різну схильність до візуального та вербально-логічного способів мислення; деякі з них використовують переважно візуальні форми, тоді як інші більше борються з типом мислення, орієнтованим на дію.

Психоорганічні прояви можуть бути важкими і призводити до уповільнення розумових процесів, труднощів переключення з одного завдання на інше, низького рівня концентрації уваги, а також зниження обсягу механічної пам'яті. Значна частина дітей демонструє низьку когнітивну активність, що характеризується незацікавленістю у виконанні обов'язків, зниженням концентрації уваги в поєднанні з уповільненим часом реакції. Таке зниження функції мозку часто пов'язане з церебральним паралічем, коли люди схильні відчувати швидко втому під час інтелектуальних занять, особливо на шкільному рівні, як свідчать дослідження Н. Головко [57].

Діти з ДЦП мають емоційні та вольові порушення. Емоційні проблеми можуть проявлятися по-різному, наприклад, підвищеною збудливістю, дратівливістю або недостатньою руховою загальмованістю в одних дітей, тоді як в інших – боязкістю і сором'язливістю. Ці зміни настрою також можуть призвести до іммобілізації емоційних реакцій, які важко контролювати після їх виникнення – наприклад, надмірний плач або сміх. Підвищена емоційна чутливість часто поєднується з такими рисами, як плаксивість, протестна

поведінка, особливо коли стикається з новими ситуаціями або втому; іноді виникає інтенсивний піднесений настрій (ейфорія).

Досліджуючи розвиток образу «Я» у дітей шкільного віку з ДЦП, О. Романенко виявила, що особливості виникають внаслідок взаємодії трьох чинників:

1. Первинним біологічним фактором при ДЦП є переривання сенсорної інформації, що надходить як із зовнішніх, так і з внутрішніх джерел. Це створює перешкоди для розвитку різноманітних образів себе, що складаються з різних репрезентацій через порушення інтерпретації мозку.

2. Другий фактор ґрунтується на рухових порушеннях дитини, які впливають на її здатність активно взаємодіяти з навколишнім світом і розуміти його. Це обмеження впливає на когнітивні процеси та соціальну взаємодію.

Крім того, існує соціальний аспект, який переплітає психотравматичні наслідки взаємодії з суспільством і те, як людина ставиться до своєї фізичної інвалідності з точки зору її особистої значущості для дитини.

Після проведення дослідження було зроблено висновок, що школярі з ДЦП демонструють нижчий рівень розвитку когнітивного образу Я порівняно з їхніми здоровими однолітками. Зокрема, вони демонструють повільніший прогрес у формуванні понять, пов'язаних з особистістю, мають проблеми з неадекватним розумінням, слабкими навичками узагальнення та диференціації. Ця тенденція може бути пов'язана як з моторними обмеженнями розвитку, так і з захисними або компенсаторними механізмами, що використовуються постраждалими особами при оцінці особистісних якостей, які зазнали впливу травматичного досвіду.

Недостатність комунікативних функцій може сприяти низькій когнітивній активності дітей з інвалідністю, особливо в підлітковому віці, оскільки фізичні та мовленнєві порушення перешкоджають їхній здатності ефективно соціалізуватися. В. Кузнєцова описує два типи перешкод, які можуть заважати розвитку особистості таких дітей: первинні фактори, такі як фізичні або психічні розлади, і вторинні проблеми, включаючи почуття неповноцінності або відчуження.

На думку Л. Орбан-Лембрик, бар'єри у спілкуванні можна класифікувати на макро- та мікрорівні. Макробар'єри стосуються зовнішніх чинників комунікації, таких як інформаційне перевантаження та широкий вибір засобів масової інформації, які знецінюють її зміст, що ускладнює ефективне використання індивідами наданої інформації. З іншого боку, мікробар'єри стосуються індивідуальних перешкод у міжособистісному спілкуванні, спричинених різницею в рівні інтелекту та обізнаності з предметом; контрастами у використанні лексики; відсутністю спільного розуміння контексту розмови між комунікантами, що впливає з психологічних якостей, таких як особистісні риси або соціальна приналежність (політична/професійна/релігійна). Ймовірність виникнення залежить від унікальних характеристик кожного учасника, включаючи їхню здатність до перетворення думок у слова, а також належний розподіл уваги та вміння слухати.

Патологія головного мозку є першопричиною психічних захворювань, які характеризуються низкою психічних розладів. Ці стани виникають внаслідок ендогенних (внутрішньо зумовлених) або екзогенних (зовнішньо зумовлених) факторів. Ендогенні розлади, як правило, зумовлені генетичними та конституційними елементами, як у пацієнтів з шизофренією та маніакально-депресивним психозом. І навпаки, зовнішні причини, такі як алкогольні або інфекційні психози та травматична епілепсія, мають безпосередній вплив на оточення людини. Різні інтелектуальні порушення, такі як олігофренія, а також психіатричні проблеми, включаючи шизофренію, можуть бути пов'язані з епілептичними нападами, як стверджує П. Сидоров.

Епілепсія – це стан, який зберігається протягом тривалого часу і проявляється періодичними порушеннями свідомості та настрою. Як правило, ця хвороба призводить до поступових змін у поведінці та відносного зниження когнітивних функцій. Характерною ознакою епілепсії є раптовий початок нападів. З точки зору патопсихології, зміни особистості, пов'язані з епілептичними нападами, зазвичай проявляються у зниженні розумової



активності, наприклад, у зацикленості на дрібницях, нездатності відрізнити головні поняття від другорядних, а також у нападах нестабільності настрою.

Люди схильні завищувати свою самооцінку, тоді як їхній інтелект може варіюватися від типового діапазону до олігофренії. Коли люди переживають зміни особистості через епілепсію (починаючи приблизно з 5-6 років), вони часто проявляють впертість і мають труднощі з адаптацією до змін у способі життя. Вони також цінують послідовність у всьому, а емоції можуть здаватися застійними. Проте часто спостерігаються і такі позитивні риси, як наполегливість, працьовитість та акуратність.

Олігофренія – це форма розумової відсталості, яка складається з різних причин і механізмів хворобливих змін. Однак усі вони мають спільний клінічний прояв недорозвиненості функцій головного мозку. Зазвичай присутня від народження або в ранньому дитинстві (до трьох років), олігофренія призводить до загальної інтелектуальної недостатності. Визначальною характеристикою для людей з цим захворюванням є стійка відсутність нормального когнітивного розвитку, що проявляється як у затримці прогресу, так і в значній атиповості. Тим не менш, діти, які страждають на олігофренію, демонструють потенціал для подальшого розвитку, хоча і повільними темпами, порівняно з їхніми однолітками, які не мають подібного ураження.

При вивченні розумового розвитку дітей з розумовою відсталістю очевидно, що їхні когнітивні здібності недорозвинені і часто пов'язані з порушеннями мовлення. Це призводить до обмеженого активного словникового запасу порівняно з пасивним. Їм легше утримувати пасивну увагу, ніж довільну чи активну. Зазвичай вони мають задовільну механічну пам'ять, але мають проблеми зі збереженням семантичної пам'яті. Хоча можуть спостерігатися порушення мовлення, емоцій та функцій пам'яті, вони не відіграють такої значної ролі в загальному інтелектуальному розвитку, як порушення навичок мислення. Ці проблеми призводять до специфічних розладів, що впливають на силу волі та мотивацію людини. Крім того, ці діти мають труднощі з вираженням складних емоцій, що підтверджується спостереженнями

В. Синьова.

Шизофренія спричиняє зміни особистості, які можуть відбуватися раптово або поступово, що призводить до зниження рівня енергії, відходу від суспільства та емоцій, а також спотворення психічних процесів. Порушується сприйняття, мислення та емоційна стабільність, а також знижуються когнітивні здібності, що часто призводить до значної соціальної дезадаптації та розриву попередніх стосунків.

Хворі на шизофренію страждають від зниженої емоційності, тупості та відчуття апатії до життя. Вони демонструють байдуже ставлення до своєї сім'ї та оточення, відчуваючи при цьому неадекватні емоційні реакції. Крім того, порушуються вольові процеси, що призводить до відсутності сили волі, яка спричиняє біль. Хоча формальні та логічні зв'язки в мисленні у хворих на шизофренію залишаються неушкодженими, проте спостерігається їх спотворення, непослідовність у процесі узагальнення, а також порушення здатності до критичного мислення.

Особи з порушеннями слуху та мовлення, які мають інвалідність, можуть відчувати різні проблеми з основними тілесними функціями, такими як психічні процеси (сприйняття, увага, пам'ять, здатність мислити), емоційні реакції, сила волі. У них також можуть виникати сенсорні проблеми, пов'язані зі сприйняттям звуків. Внаслідок цих обмежень першочерговим завданням стають комунікативні здібності, які стосуються встановлення зв'язків між людьми через обробку та передачу інформації за допомогою різних доступних засобів.

Діти з порушеннями слуху демонструють дві різні моделі розвитку. Перша модель характеризується обмеженим впливом зовнішніх подразників, що призводить до недостатньої взаємодії з навколишнім середовищем і ускладнює комунікацію. Однак для оптимального психічного розвитку будь-якої дитини збільшення частоти, різноманітності та складності зовнішніх впливів має вирішальне значення.

Через це обмеження когнітивні здібності такої дитини спрощуються, а її реакції на зовнішні подразники стають менш багатограними. Це також змінює спосіб, у який вони взаємодіють з різними функціями всередині себе.

Спостерігається нерівномірний розвиток наочно-образного та словесно-логічного мислення з домінуванням першого. І. Зайцев також підкреслює, що як імпресіоністична (читання), так і експресивна (письмо) письмова мова набули більшої значущості порівняно з усним спілкуванням.

Друга закономірність стосується відмінностей у темпах розумового розвитку дітей. Траєкторія розумового розвитку дитини з порушеннями слуху характеризується початковими етапами, на яких відмінності в когнітивній діяльності між глухими і чуючими дітьми є незначними, але з часом вони прогресують до певного моменту, коли послідовне навчання жестовою мовою зупиняє розвиток або навіть призводить до його зниження. Більш якісне навчальне середовище призводить до швидшого і більш помітного зближення траєкторій розвитку дітей з порушеннями слуху та дітей з нормальним слухом.

Хоча глухота може мати негативний вплив на розвиток дитини, все ж існує необмежений потенціал для всебічного розвитку особистості у дітей зі збереженим інтелектом, навіть якщо вони страждають від серйозних пошкоджень слуху. За допомогою соціальних факторів, таких як спеціальне навчання та наполегливість у подоланні труднощів, спричинених порушенням слуху, люди з вадами слуху здатні досягти успіху в різних сферах професійної та соціальної діяльності, а також реалізувати свої творчі здібності.

Люди з вадами зору стикаються зі значним обмеженням здатності сприймати час і простір, що має вирішальне значення для психологічного благополуччя. Це обмеження може призвести до того, що вони стають нерішучими, боязкими та залежними від інших, як свідчать результати досліджень В. Менделевича. Ці виклики іноді призводять до того, що люди з порушеннями зору розвивають невпевненість у собі, незважаючи на наявність позитивних якостей, таких як чесність, справедливість і високі моральні цінності, як особисто, так і з боку інших.

Вторинні розлади, такі як порушення фізичного розвитку та обмежена рухова активність, спричинені порушеннями зору. При значній або повній втраті зору страждає здатність до координації, витривалість, швидкість і ритм рухів. Крім того, послаблюються когнітивні процеси; за даними Л. Кузнецової,

як сліпота, так і глибокі порушення зору призводять до відхилень у всіх видах пізнавальної діяльності.

У міру зростання дитини зменшується обсяг інформації, змінюється її калібр. Відносини між аналізаторами зазнають якісних зрушень, оскільки чіткі риси проявляються під час формування образів, мовних понять і співвіднесення, що супроводжуються образними уявленнями разом з понятійним спогляданням, а також просторовою орієнтацією. У фізичному розвитку відбуваються помітні трансформації, що призводять до зниження точності рухів та зменшення сили. Як наслідок, виникає унікальна психологічна структура, яка якісно відрізняється від тієї, що спостерігається у середньорозвиненої дитини.

Згідно з дослідженням А. Парникова, глибина порушення зору відіграє певну роль у формуванні особистості, особливо коли люди з вадами зору перебувають у соціальних групах з подібними вадами, наприклад, у спеціальних школах-інтернатах. У таких ситуаціях вони, як правило, приймають системи цінностей, які відповідають груповим нормам, і розвивають особистість, обмежену їхнім досвідом сприйняття. Дослідження також показують, що позитивне соціальне середовище відіграє вирішальну роль у формуванні всебічно розвинених незрячих особистостей.

Крім того, окрім вищезгаданих категорій людей з інвалідністю, важливо визнати психологічні особливості тих, чийі порушення пов'язані із захворюваннями внутрішніх органів, такими як цукровий діабет або бронхіальна астма. Незважаючи на те, що ці люди мають неушкоджені розумові здібності та досягають успіху в різних аспектах свого життя, їхні захворювання серйозно впливають на емоційний стан, викликаючи тривогу, депресію, неадаптивну поведінку та загальний дистрес.

Пацієнти з цукровим діабетом часто відчувають астеничні симптоми, які впливають на їхній психічний стан. До них відносяться підвищена втомлюваність, зниження продуктивності, труднощі зі сном і головні болі, а також емоційна нестабільність. Їхній стан характеризується підвищеною збудливістю та виснаженням нервових процесів, що послаблює активну увагу,

призводячи до погіршення пам'яті на поточні події, а також підвищує лабільність вегетативної нервової системи, викликаючи нав'язливі сумніви, нав'язливі спогади або страх, а також дратівливість, що схиляє їх до депресії через зацикленість на дрібних деталях або відволікання від важливих справ.

Поєднання підвищеної самооцінки, впевненості в собі та підвищеної емоційної реакції є основною передумовою для деяких травматичних інцидентів, з якими стикаються окремі пацієнти. Крім того, люди з цукровим діабетом часто стикаються з внутрішнім неспокоєм, що призводить до посилення побоювань і пасивності, які не корелюють зі збільшенням фізичної активності. Ці конфлікти можуть призводити до тенденцій до непрактичності, впертості або інтелектуальної ригідності.

Пацієнти з цим захворюванням демонструють певні патопсихологічні риси особистості, зумовлені його унікальною природою. В. Менделевич припускає, що хворі на бронхіальну астму часто виявляють істеричні та іпохондричні тенденції, але намагаються належним чином виразити свою фрустрацію, що може посилити симптоми ядухи. Крім того, астматики зазвичай мають підвищену чутливість, особливо до запахів, що призводить до зниження рівня точності.

Значний відсоток (83%) пацієнтів, які страждають на помірну та важку астму, мають тенденцію до змін особистості та невропатичних симптомів, включаючи підвищену чутливість, надмірну збудливість або тривожність, легку схильність до страху та дратівливості. Крім того, вони можуть відчувати швидкі перепади настрою, що сприяють зниженню настрою, а також відчувати вразливість і вразливість. Ці риси особливо помітні серед пацієток з важкою формою астми, а також серед тих, хто живе з цим захворюванням понад п'ять років і чітко усвідомлює його вплив на себе.

Є пацієнти, які проявляють риси істеричної особистості, такі як демонстрація своєї поведінки, пошук негайного задоволення та уваги для самоствердження, націленість на успіх, переоцінка власної цінності. Ці люди також схильні до інтенсивних емоцій і вразливі за своєю природою. І навпаки,

лише невелика група дітей переживає часті напади депресії, через що часто відчуває себе пригніченою.

Психологічні особливості людей з різними формами інвалідності є різноманітними, що робить їх критично важливим елементом при розробці реабілітаційних програм у спеціалізованих установах. Знання фахівцями психології інвалідності (патопсихології) та її основ має вирішальне значення для оптимального функціонування організованої системи соціальної реабілітації клієнтів, які звертаються за допомогою до таких центрів.

## **Висновки до розділу 2**

Ставлення суспільства до інвалідності характеризується неоднозначністю, суперечливістю та негативом, спрямованим на людей з інвалідністю. Отже, зміна ціннісних орієнтацій, що переважають у їхньому соціальному оточенні, є необхідною умовою для формування позитивного ставлення до них.

Наведена вище інформація свідчить про те, що люди з інвалідністю є окремою соціальною групою, якій притаманні унікальні риси, спосіб життя, життєві прагнення та орієнтації. Для того, щоб краще обслуговувати цю групу населення, Україна повинна посилити механізми соціального захисту, покращуючи медичне лікування та процеси відновлення; розширюючи освітні можливості для полегшення інтеграції в суспільство; сприяючи проведенню дозвілля, а також ініціативам культурного збагачення, одночасно прагнучи до створення повністю безбар'єрного середовища – такого, що забезпечує безперешкодний доступ для всіх.

Люди з інвалідністю стикаються зі складною соціальною перешкодою у вигляді бідності, яка є наслідком обмежень у суспільстві та працевлаштуванні.

Просторове середовище становить значний виклик для людей з інвалідністю. Незважаючи на доступ до засобів пересування, таких як протези, інвалідні візки або спеціалізовані транспортні засоби, сучасний дизайн житлових приміщень і транспортні можливості залишаються недружніми до

людей з інвалідністю. Відсутність необхідного побутового обладнання та пристосувань обмежує їхню здатність самостійно виконувати повсякденну діяльність, а вільно орієнтуватися в навколишньому середовищі є додатковою перешкодою. Люди з порушеннями чутливості стикаються з проблемами в отриманні необхідної інформації про елементи навколишнього середовища, які можуть негативно вплинути на них, тоді як особи з інтелектуальними або психічними розладами відчують труднощі з безпечним маневруванням у фізичному просторі без належних систем підтримки на місці.

Люди з інвалідністю різних станів стикаються з подвійним інформаційним бар'єром, який перешкоджає їхньому активному соціальному життю. По-перше, їм важко отримати вичерпну інформацію про загальні теми та питання, що безпосередньо стосуються їх. Це стосується знань про природу їхніх функціональних обмежень, доступні заходи державної підтримки або соціальні ресурси для надання допомоги. Ці труднощі спричинені економічними факторами, такими як неможливість придбати електронні пристрої, такі як теле- чи радіоприймачі, необхідні для доступу до життєво важливих новин з основних засобів масової інформації, таких як газети та інші. По-друге, це відсутність спеціальних інформаційних матеріалів, доступних через спеціальні платформи, що відповідають потребам людей з обмеженими можливостями; до них відносяться програми сурдоперекладу на телебаченні, книги, надруковані шрифтом Брайля, які легко читаються людьми з вадами зору, а також диски та касети, модифіковані для сліпих користувачів.

Недостатній доступ до інформації призводить до постійного погіршення когнітивних функцій у постраждалих осіб. Крім того, бар'єр, спричинений обмеженістю інформації, відокремлює людей з інвалідністю від суспільства і ускладнює для них можливість ефективно формулювати свої погляди, виражати потреби та суспільні інтереси. Тим не менш, з розширенням використання Інтернету цей сценарій трансформувався в позитивний бік, оскільки люди з інвалідністю можуть розширювати свою базу знань, а також ефективніше спілкуватися завдяки технологічним досягненням, доступним в Інтернеті.

## РОЗДІЛ 3

### СИСТЕМА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ У КЗ «РІВНЕНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

#### 3.1. Реабілітаційний центр як поліфункціональний заклад

В умовах трансформації українського суспільства та поглиблення соціально-економічної кризи все більше людей опиняються у складних життєвих обставинах. Відповідно, зростає попит на посилені соціальні гарантії з боку держави, особливо серед осіб з інвалідністю, які перебувають у особливо складних життєвих обставинах.

З метою посилення їх соціальної підтримки, реалізації конституційних прав, створення сприятливих умов у сфері охорони здоров'я, промисловості та культури для осіб з інвалідністю, які проживають на території області, розпорядженням голови Рівненської обласної державної адміністрації було створено регіональний центр професійної реабілітації, що спеціалізується виключно на професійній реабілітації. У вересні 2015 року, згідно з офіційним рішенням Рівненської обласної ради, цей заклад було реорганізовано у Центр комплексної реабілітації, що спеціалізується на наданні комплексних рішень, адаптованих саме для громадян з обмеженими фізичними можливостями. Цей спеціалізований заклад знаходиться в управлінні Департаменту соціального захисту населення Рівненської обласної державної адміністрації.

У своїй діяльності Центр керується чинними нормативними документами України, зокрема Законами «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» та «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», а також Постановами Кабінету Міністрів України № 1686, яка затверджує Державну типову програму реабілітації, № 80 про порядок надання реабілітаційних послуг окремим категоріям осіб та Наказом Міністерства соціальної політики України № 825 про затвердження форм документів, необхідних для осіб з інвалідністю та дітей з групи ризику, які проходять реабілітацію в установах, що надають послуги з реабілітації дітям віком до двох років.



Рівненський обласний центр, створений Рівненською обласною радою для комплексної реабілітації осіб з інвалідністю, покликаний забезпечити комплекс заходів, що сприяють всебічному розвитку дорослих, які проживають в області. Це включає в себе розширення їхніх знань та навичок, а також досягнення незалежності та максимальної реалізації фізичних, розумових, соціальних та професійних можливостей. Наша місія полягає у розкритті повного потенціалу кожної людини відповідно до керівних принципів (див. Додатку В).

Заклад є об'єктом спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Рівненської області. Він пропонує безкоштовне тимчасове житло, зокрема, для людей з інвалідністю:

1.Інтеграції людей з інвалідністю в суспільство сприяє дотримання керівних принципів і положень, викладених у різних законодавчих актах, таких як Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю та Закони України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні». Ці положення забезпечують дотримання прав людей з інвалідністю, зокрема їхнього права на реабілітацію (або абілітацію), спрямовану на реінтеграцію в суспільство.

2.Створення сприятливого середовища для пом'якшення та подолання фізичних, психічних, інтелектуальних та сенсорних порушень; запобігання їх виникненню шляхом виправлення проблем розвитку та виховання основних навичок соціалізації.

3.Створення сприятливих умов для уникнення та попередження дій, спрямованих проти людей, зокрема, шляхом надання раціональних пристосувань.

Реабілітаційні заходи охоплюють соціальні, психологічні, фізичні, медичні та трудові заходи, які персоналізуються в індивідуальних планах реабілітації. Ці плани передбачають унікальні реабілітаційні програми, спрямовані на залучення осіб, які проходять реабілітацію, до процесу одужання.

Мета полягає в тому, щоб забезпечити людей з інвалідністю в суспільстві необхідною підтримкою та керівництвом, щоб вони могли стати самодостатніми. Це передбачає прищеплення навичок безпечної поведінки, навчання їх захищати свої права та інтереси, зберігаючи при цьому позитивне ставлення до себе та оточуючих.

Допомога особам з інвалідністю в оволодінні трудовими навичками та адаптації до різних професій через залучення до таких заходів, як профорієнтація.

Адаптація індивідуальних програм реабілітації осіб з інвалідністю шляхом їх оперативного коригування у разі потреби з урахуванням змін в обов'язі, термінах та пріоритетності реабілітаційних заходів.

Установа складається з декількох структурних підрозділів: адміністрації, відділення соціально-психологічної реабілітації осіб з інвалідністю, відділення медичної та фізичної реабілітації, відділення трудової реабілітації, а також підрозділу господарського забезпечення. Директор залишає за собою право затверджувати положення про ці підрозділи, які є обов'язковими для ефективного функціонування кожного з них.

Установа керується Порядком надання особам з інвалідністю реабілітаційних послуг, затвердженим постановами Кабінету Міністрів України та наказом Міністерства соціальної політики. Це гарантує, що перенаправлення та зарахування на реабілітацію відбуваються відповідно до встановлених правил.

Для отримання доступу до реабілітаційних послуг, що надаються Установою, особа має подати заяву до відповідного структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної державної адміністрації, виконавчого комітету міської ради або об'єднаної територіальної громади. Разом із заявою вони також повинні надати певні документи, перелічені нижче: заяву; дублікат довідки МСЕК про встановлення групи інвалідності; копія та автентичне відтворення індивідуального плану реабілітації, а також інформація про право на отримання комплексної реабілітаційної допомоги; ксерокопія сторінок паспорта, на яких зазначено прізвище, ім'я, по батькові та по батькові

особи, а також інформація про те, коли і де він виданий, яким органом та місце проживання; фотокартка розміром 4x6 см; довідка про стан здоров'я від медичного працівника.

Особи, які мають медичні протипоказання, що перешкоджають проходженню реабілітації, не мають права на прийом до закладу. До таких станів належать гострі інфекційні захворювання до завершення ізоляції, всі інфекційні та гострі стадії захворювань, часті судомні напади або їх еквіваленти, а також тяжкі розлади поведінки, що становлять небезпеку як для себе, так і для оточуючих (за винятком випадків, коли особи з інвалідністю проходять реабілітацію разом з батьками або законними представниками).

У процесі реабілітації беруть участь особи, фахівці та персонал, задіяні у комплексній процедурі відновлення (медичні сестри, практичний психолог, фахівець із соціальної роботи, лікарі). Додатково залучаються такі фахівці, як інструктори з трудової адаптації). Тривалість цього процесу триває 30 днів.

Метою процесу реабілітації є:

1. Процес набуття та вдосконалення основних соціальних навичок, таких як особиста гігієна, самообслуговування, мобільність, комунікація та інші; пристосування житла до їхніх вимог щодо умов проживання, а також прийняття відповідних побутових умов з доступом до необхідних послуг. Додатково включають виховні заходи, спрямовані на розвиток самостійності у повсякденних справах, а також запобігання небезпечній або зухвалій поведінці.

2. Набуття вмінь захищати свої права та інтереси, здійснювати самоаналіз та підтримувати позитивне ставлення до себе та інших. Розвиток комунікативних навичок та забезпечення автономного проживання в суспільстві з необхідною допомогою.

3. Забезпечення осіб з інвалідністю належними та ефективними корекційними заходами, соціальною підтримкою та психологічною допомогою. Крім того, адаптація процесу реабілітації до їхніх унікальних психофізичних особливостей.

Реабілітаційна комісія диктує графік, послідовність і тривалість індивідуальних і групових занять. Заклад розрахований на одночасне перебування до 50 резидентів, для яких створені відповідні умови:

1. У лікувальному корпусі відбулося встановлення вікон та поручнів.
2. Нещодавно в кімнатах і коридорах проведено косметичний ремонт.
3. У 202 та 203 палатах встановлено водопостачання та умивальники.
4. Завершено ремонт пандуса.
5. Облаштовано майстерню, призначену для людей з обмеженими можливостями, для розвитку творчих здібностей.
6. Придбано нові м'які меблі, постільну білизну, дивани та крісла.
7. Фасад їдальні відремонтовано за допомогою гіпсу з ягняти.
8. На кухні замінили мийки.
9. У клубі-їдальні встановлено пожежну сигналізацію.

Діяльність закладу регламентується Положенням про Реабілітаційний центр (Додаток Б), Положенням про приймальну комісію, Положенням про реабілітаційну комісію, а також Правилами внутрішнього розпорядку в палатах. Крім того, діяльність Центру регулюється річним планом, який складається з п'яти розділів, а саме: організаційні питання, реабілітаційна робота, співпраця з соціальними установами, культурні та наукові заходи, а також медичний нагляд.

Для полегшення прийому осіб з інвалідністю до центру було створено приймальну комісію. Комісія відповідає за попередній відбір, прийом кандидатів та зарахування їх на програми комплексної реабілітації в установі.

Згідно з чинним законодавством України та відповідними політиками, включаючи Правила прийому та направлення до Центру, Положення про приймальну комісію, а також ті, що регулюють ініціативу Рівненського обласного центру комплексної реабілітації, наша комісія твердо дотримується принципів прозорості, демократичності та колегіальності.

Відповідно до річного плану прийому осіб з інвалідністю до Центру, приймальна комісія співпрацює з місцевими центрами зайнятості та соціальними службами. Комісія також безпосередньо взаємодіє з людьми з

інвалідністю щодо процесу направлення, тривалості перебування, вимог до оформлення документів, а також можливостей для комплексної реабілітації.

Приймальна комісія проводить первинну оцінку документів, поданих обласними управліннями праці та соціального захисту населення для осіб з інвалідністю. Це робиться з метою ефективного формування груп для комплексної реабілітації.

Особи з інвалідністю повинні надати приймальній комісії Центру декілька документів, зокрема паспорт, довідку про присвоєння ідентифікаційного коду, довідку МСЕК із зазначенням групи інвалідності, медичну довідку з інтернатного закладу та індивідуальну програму реабілітації із зазначенням потреб у комплексній терапії. Крім того, заявники повинні додати до пакету документів одну фотографію розміром 3×4.

Особи з інвалідністю, які не нададуть необхідні довідки та індивідуальну програму реабілітації після прибуття до Центру, не будуть прийняті до Центру.

Після реєстрації в Центрі особам видається медична картка, анкета та автобіографія. Крім того, вони повинні надати згоду на збір та обробку персональних даних та отримати індивідуальний план реабілітації від Центру. При зарахуванні на програму люди з інвалідністю також повинні будуть ознайомитися з правилами внутрішнього розпорядку закладу. Максимальна тривалість комплексної реабілітації становить 60 днів на рік.

До Центру приймаються особи з інвалідністю I-III груп з різними захворюваннями, які здатні до самообслуговування.

Директор може відрахувати особу з інвалідністю з Центру за рішенням приймальної комісії у випадках, коли вона добровільно подає заяву про звільнення за наявності пом'якшуючих обставин, допускає грубі порушення дисципліни або Правил внутрішнього розпорядку, а також у разі погіршення симптомів основного та супутніх захворювань.

Завданням Реабілітаційної комісії є нагляд та управління ретельною програмою реабілітації осіб з інвалідністю в Центрі. Це включає в себе інтеграцію їх у суспільство шляхом надання соціально-психологічних, профорієнтаційних, а також фізичних та медичних реабілітаційних послуг.

Реабілітаційна комісія Центру діє на засадах колегіальності, демократичності та прозорості, дотримуючись чинного законодавства України, а також положень Центру.

Центр гарантує організацію повноцінної реабілітації для осіб, складає індивідуальну програму реабілітації для осіб з інвалідністю та вносить до неї зміни відповідно до прогресу, досягнутого під час комплексного реабілітаційного процесу в Центрі.

Центр сприяє комплексному реабілітаційному процесу для осіб з інвалідністю. Це включає персоналізоване проживання, харчування, медичний догляд, соціальну та психологічну підтримку із застосуванням індивідуального підходу, що відповідає цінностям рівних прав та можливостей, а також доступної інфраструктури з дотриманням деонтологічних принципів. Також керує завданнями, пов'язаними з реабілітацією, та контролює ведення необхідної документації; слідкує за дотриманням особами з інвалідністю Правил внутрішнього розпорядку та забезпечує виконання ними всіх вимог щодо реабілітації.

Центр підводить підсумки комплексної реабілітації випускників та надає пропозиції щодо їх подальшої реабілітації.

Реабілітаційна комісія приймає рішення про тривалість курсу комплексної реабілітації, виходячи з 30-денної норми, встановленої для конкретного виду інвалідності.

Також мають такі обов'язки:

- 1.Визначити основні права та обов'язки осіб, які проходять реабілітацію в Центрі, відповідно до законодавчих положень, що визначають внутрішній розпорядок роботи цього закладу.

- 2.Сприяти впорядкованості та контролю протягом усього етапу відновлення.

- 3.Сприяти зростанню усвідомленості та відповідальності за доручену справу, забезпечуючи точне виконання та активне дотримання завдань, прохань та вказівок адміністрації Центру.

Адміністрація Центру зобов'язується:

1. Створити необхідні організаційні передумови для полегшення процедури реабілітації.

2. Гарантувати забезпечення безпечних умов, протоколів виробничої санітарії, відповідного технічного обладнання та створити робоче середовище, яке сприяє здоров'ю та безпеці.

3. Переконайтеся, що приміщення, система опалення, освітлення, вентиляція та обладнання перебувають у належному стані.

Особи, які отримують реабілітаційні послуги в Центрі та мають інвалідність, дотримуються розпорядку дня, визначеного для мешканців (консультації та тестування, що проводяться фахівцями, включені в їхні навчальні заняття), а також дотримуються всіх чинних дисциплінарних правил. Вони отримують такі послуги, як допомога у вирішенні житлових питань, збалансоване харчування, невідкладна медична допомога у разі кризових ситуацій, а медикаментозна та фізична терапія є важливим компонентом цього плану догляду.

Підопічні мають п'ятиденний робочий графік з двома вихідними днями. Розклад роботи, який включає як щоденні заходи, так і реабілітаційні програми, визначається на основі визначеного розпорядку дня.

Вихованці Центру мають певні права, передбачені законодавчими та нормативними документами:

1. Безпечні та нешкідливі умови для реабілітації та проживання.
2. Безперешкодний доступ до навчально-виробничої, культурної, спортивної, побутової, оздоровчої бази Центру, включаючи її обладнання та інвентар.
3. Доступ до інформації з усіх галузей знань.
4. Участь в органах державного управління для обговорення та вирішення питань, пов'язаних з удосконаленням реабілітаційного процесу, координацією дозвілля, організації побуту та повсякденного життя.
5. Необмежену доступність фізіотерапевтичних методів та догляду.

Особи мають право на захист від усіх видів експлуатації, психічного або фізичного насильства. Це стосується ситуацій, коли педагогічний, медичний та інший персонал порушує права особи або принижує її гідність і самоповагу.

Особливі привілеї, що надаються студентам Центру:

1. Клієнти Центру, які є особами з інвалідністю в Україні, мають право на реалізацію своїх прав, передбачених статтею 31 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні».

2. Працівники Центру ставляться до людей з повагою та гуманно.

3. Сприяють створенню стратегій реабілітації.

4. Отримувати інформацію про свої права, обов'язки, умови та способи проходження реабілітаційних процедур.

5. Відмовитися від реабілітаційних заходів;

6. Збереження конфіденційності щодо персональних даних, зокрема відомостей, пов'язаних з якостями та типом порушення здоров'я.

Медична служба Центру надає невідкладну допомогу з урахуванням специфіки інвалідності в режимі 24/7, а лікарі-куратори надають амбулаторні послуги. Клієнти, які звертаються за консультаціями, направляються до місцевих закладів охорони здоров'я в Рівному та Олександрії. У разі необхідності довготривалого лікування чи обстеження, клієнти можуть отримати ці послуги за місцем проживання.

Клієнти Центру можуть брати участь у культурних та спортивних заходах, організувати свій вільний час відповідно до особистих інтересів, а також заохочуватися за дотримання правил внутрішнього розпорядку та активну участь у навчальній, оздоровчій, спортивній чи культурній діяльності шляхом висловлення подяки, отримання грамот або цінних призів.

Підопічні можуть зіткнутися з конкретними наслідками, такими як попередження, догана або виключення з Центру за невиконання обов'язків і неодноразове порушення Правил внутрішнього розпорядку. Додатковими причинами є незадовільна академічна успішність та вживання алкоголю.

За власним бажанням (через такі причини, як опір реабілітації або сімейні обставини).



Через грубі порушення внутрішніх протоколів Центру;

У разі погіршення перебігу основного та супутніх захворювань.

Центр зобов'язаний повідомити регіональний орган, відповідальний за направлення слухача на реабілітацію, про його відрахування із зазначенням причин.

Реабілітаційний центр пропонує послуги для осіб з інвалідністю I-III груп, які проживають в межах області. Це, зокрема, медична, фізична, психологічна та соціальна реабілітація.

Центр зосереджується на використанні інноваційних методів і стратегій у соціальній роботі, які заохочують людей використовувати свої вроджені здібності, сприяють духовній зрілості, покращують міжособистісні стосунки в громаді та розвивають автономію у всіх сферах життя.

Основні цінності центру включають підтримку особистості, емпатію, збереження конфіденційності та надійності, а також забезпечення рівних шансів для всіх. Іншими важливими принципами є професійна експертиза та допомога у співпраці.

Центр функціонує як соціально-медичний заклад, підпорядкований Рівненській обласній раді (раніше – Департамент соціального захисту населення Рівненської обласної державної адміністрації). Його власністю є території, що включають села, селища та міста області. Ці громади представлені Рівненською обласною радою.

Для виконання обов'язків щодо всебічного оздоровлення осіб з інвалідністю Центр співпрацює з Управлінням охорони здоров'я Рівненської обласної державної адміністрації, медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК), лікарсько-консультативними комісіями (ЛКК) в районах та містах, Рівненським регіональним центром з фізичної культури і спорту «Інваспорт», що обслуговує осіб з інвалідністю. Плюс знакові культурні інституції.

### **3.2. Система соціально-реабілітаційної роботи з особами з обмеженими можливостями**

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), реабілітація передбачає використання комплексу медичних, психологічних, соціальних, освітніх та професійних методів для навчання або перенавчання людини з метою оптимізації її працездатності.

Комплексна програма реабілітації для осіб з інвалідністю спеціалізованого центру гарантує швидке, повне та безперервне соціальне, медичне, психологічне та фізичне відновлення. Крім того, вона включає в себе професійну консультацію/консультації відповідно до індивідуальних потреб, а також забезпечення оптимального рівня життя людей з інвалідністю у фізичному, інтелектуальному та соціальному аспектах.

Працівники Рівненського обласного центру комплексної реабілітації інвалідів спрямовують свої зусилля на сприяння навчанню та створенню сприятливих умов, що сприяють всебічному розвитку інтересів, навичок та основних професійних якостей людини під час проходження комплексних реабілітаційних процедур.

Ефективність заходів комплексної реабілітації залежить від кількох ключових факторів, серед яких розвиток навичок позитивної допомоги собі та іншим, прагнення до подальшого навчання або працевлаштування, а також покращення психоемоційного стану. Процес зазвичай включає різні форми взаємодії, такі як сеанси спостереження, бесіди з фахівцями, які проводять лікування, з подальшим анкетуванням для оцінки прогресу, досягнутого через певні проміжки часу впродовж періоду надання допомоги. Також проводяться дискусії, спрямовані на вирішення індивідуальних проблем, лекції на різні теми, пов'язані із загальним самопочуттям, а також тренінги, що реалізуються через ігрову діяльність. Догляд зазвичай здійснюється протягом трьох тижнів поспіль (30 днів), що становить один цикл ретельних реабілітаційних послуг.

Соціальна реабілітація, як частина комплексної реабілітації, передбачає відновлення та відновлення порушених або розірваних соціальних зв'язків і

поведінки, що відповідає загально визнаним суспільним стандартам. Вона слугує допомогою особам, які зіткнулися зі складними життєвими обставинами, і спрямована на тих, хто потребує підтримки. Зрештою, мета полягає в тому, щоб допомогти цим людям стати незалежними членами суспільства, здатними знову робити позитивний внесок у суспільство, переглянувши свій спосіб життя.

Завдання соціальної реабілітації:

1. Відновлення соціального статусу особи.
2. Забезпечення соціальної інтеграції в громаді.
3. Вирішення соціальних та побутових проблем.

У центрі ми прагнемо оптимізувати та покращити ставлення людей з інвалідністю до їхніх вад, а також до їхньої ролі в суспільстві. Наша мета – сприяти розвитку навичок самообслуговування, одночасно навчаючи основним соціальним навичкам, таким як спілкування, особиста гігієна та пересування в різних середовищах. Ми також прагнемо адаптувати умови життя відповідно до конкретних потреб кожної людини, що включає побутові умови/послуги, які відповідають стереотипам безпечної поведінки. Крім того, наша програма фокусується на оволодінні правами, що стосуються законодавства про інвалідність, забезпечуючи позитивне сприйняття себе в поєднанні з відмінними комунікативними компетенціями у формальному та неформальному середовищі – всіма життєво важливими аспектами, необхідними для досягнення автономного життя серед інших членів громади з належними системами підтримки для досягнення максимального успіху. Наш підхід охоплює кілька варіацій, таких як психологічна реабілітація або медичні практики, тим самим покращуючи загальну ефективність, підвищуючи її результативність через асиміляцію в більш широку картину, а саме фізичне благополуччя / фізичний стан і т.д., таким чином досягаючи бажаного результату раніше, ніж пізніше, завдяки значній мірі належної ретельності, що виконується від початку до кінця, коли кожен аспект був ретельно розглянутий.)

Коли людина з інвалідністю приїжджає до Центру і починає своє перебування, її супроводжує фахівець із соціальної роботи, який слідує певним рекомендаціям:

1. Глибоко зрозуміти проблеми, з якими стикається людина з інвалідністю.
2. Вміти розпізнати соціальну проблему, визначити її першопричини і згодом сприяти її вирішенню.
3. Використовувати всі можливості, щоб забезпечити визнання трудових прав людини з інвалідністю.
4. Проявляти терпіння та ввічливість.
5. Сприяти координації контактів з соціальними службами та державними установами для осіб з інвалідністю.
6. Надавати достовірну інформацію про події, що відбуваються з особами з інвалідністю.

У Центрі фахівець із соціальної реабілітації виконує кілька видів діяльності, спрямованих на допомогу особам з інвалідністю. Це індивідуальне спілкування з ними, проведення опитувань і тестувань, анкетування, спостереження за їх поведінкою та бесіди.

Заходи з соціальної реабілітації:

1. Проведення соціологічного та професійного обстеження для оцінки ступеня соціальної та екологічної свідомості, а також соціальної асиміляції.
2. Будуть реалізовані заходи, спрямовані на оптимізацію та покращення ставлення людей з інвалідністю до свого стану, а також до своєї ролі в сім'ї та суспільстві. Це включає розвиток навичок самообслуговування та ефективної адаптації в різних середовищах.
3. Навчання людини з інвалідністю основним соціальним навичкам, що охоплюють самообслуговування, особисту гігієну, мобільність та ефективні методи комунікації.
4. Пропонування корекційних заходів у соціально-педагогічній сфері, спрямованих на розвиток прагнення до навчання, набуття навичок професійного розвитку, самостійності у пошуку роботи, рольових моделей

поведінки, орієнтованих на безпеку, зміцнення навичок самозахисту, спрямованих на захист своїх прав та інтересів, з одночасним заохоченням методів самоаналізу, що сприяють формуванню позитивного ставлення до себе та оточуючих.

Соціальна реабілітація включає в себе наступні види:

1. Діагностика передбачає ретельне вивчення особи, яка навчається, спостереження за її індивідуальним розвитком та умовами навчання з метою виявлення перешкод, що заважають зростанню. Це також передбачає моніторинг контенту для виявлення потенційних сфер для покращення.

2. Правильним підходом є реалізація соціальних, медичних і педагогічних стратегій, спрямованих на викорінення аномалій у психофізичному та особистісному розвитку, а також проблем, пов'язаних з поведінкою. Ці заходи також повинні бути спрямовані на подолання адиктивних тенденцій, усунення різних проявів девіантної поведінки та формування конструктивного погляду на життя, що робить позитивний внесок у суспільство.

3. Реабілітація передбачає надання психологічної та соціальної підтримки особам з інвалідністю, які опинилися в складних життєвих ситуаціях, що дозволяє їм пристосуватися до вимог навчання та повсякденного життя.

4. Попередження відхилень у психофізичному розвитку та формуванні особистості, управління міжособистісними стосунками, уникнення конфліктів під час освітнього процесу шляхом своєчасного втручання.

5. Термін «прогнозування» означає процес створення, тестування та впровадження моделей, які досліджують поведінку групи чи окремої людини за різних обставин. Це включає розробку конкретного змісту і цілей для людей з інвалідністю, щоб допомогти їхньому особистісному зростанню, а також окреслення життєвих планів на основі цих знань. Крім того, це передбачає виявлення закономірностей у групах щодо тенденцій розвитку в часі; аналіз стосунків між різними групами; оцінку загальних освітніх умов і наявних можливостей.

У Рівненському обласному центрі комплексної реабілітації інвалідів забезпечено безперешкодний вхід до лікарняного корпусу та клубу-їдальні,

обладнано ліфти з широким діапазоном руху та пандусами, пристосованими для людей на інвалідних візках, а також два спеціалізовані автомобілі, обладнані підйомниками для перевезення клієнтів, які потребують медичних консультацій.

Професійна реабілітація є важливою складовою комплексної системи реабілітації осіб з інвалідністю, і від її реалізації значною мірою залежить ефективність реабілітаційних заходів в цілому (до 2015 року вона здійснювалася центром). Ретельна критика та аналіз існуючої термінології показали, що професійна реабілітація людей з інвалідністю передбачає реалізацію стратегій, які допомагають їм відновити здатність виконувати конкретні робочі завдання на належному рівні, працюючи в умовах, сприятливих для здоров'я. Кінцевою метою є досягнення фінансової незалежності та самодостатності, відновлення соціального статусу, сприяння активній участі як у сімейному житті, так і в житті суспільства в цілому. На цьому наголошує М. Авраменко [7].

Різні компоненти системи професійної реабілітації включали оцінку професійних навичок, профорієнтацію, надання можливостей для навчання та перекваліфікації, сприяння трудовій адаптації людей з інвалідністю, а також сертифікацію робочих місць з доступним доступом. Професійна орієнтація відіграє вирішальну роль у підтримці людей з інвалідністю в розвитку їхніх комунікативних здібностей, сприянні адаптації у звичайному соціокультурному контексті з одночасною навігацією в різних формах медіа, таких як книги, інтернет-ресурси та інші сучасні технічні засоби.

Соціальна адаптація передбачає професійну орієнтацію як частину цього процесу. Особи, які належать до другої та третьої груп інвалідності, повинні визнати свій повний потенціал для участі в активному соціальному житті та трудовій діяльності, якщо вони цього бажають. Щоб сприяти досягненню цих цілей, наш Центр створив комплексну навчальну базу, яка постійно розширює свої можливості, щоб врахувати унікальні фізичні, розумові чи психологічні здібності людини за допомогою індивідуальних заходів, які дозволяють їй

оволодіти професійними навичками, необхідними для отримання оплачуваної роботи в творчих майстернях, де вона може адаптуватися та процвітати.

У Центрі професійна реабілітація людей з інвалідністю охоплює низку стратегій, які сприяють їхньому працевлаштуванню та професійній придатності. Ці заходи включають професійну орієнтацію, навчальні програми, допомогу у виборі роботи, ініціативи з розвитку кар'єри, а також можливості ефективного працевлаштування. Основна мета – підвищити конкурентоспроможність людей з інвалідністю на сучасному динамічному ринку праці, озброївши їх основними навичками та компетенціями, необхідними не тільки в традиційних робочих умовах, але й спеціально розроблених для задоволення унікальних потреб чи уподобань.

У 2015 році професійну реабілітацію пройшли 34 особи з інвалідністю. Навчальні програми за спеціальностями «Швачка» та «Оператор комп'ютерного набору» відповідали державним стандартам, встановленим Міністерством освіти і науки України, а також мали необхідні ліцензії, що вимагаються для надання таких освітніх та реабілітаційних послуг.

Ліцензія на робітничі професії «Оператор комп'ютерного набору» та «Швачка» була продовжена на 5 років відповідно до витягу з рішення Акредитаційної комісії від 30 червня 2015 року. Міністерство освіти і науки України видало цей лист, в якому цитується рішення ДАК № 849-АК від 14 липня 2011 року; протокол № 117, яким було продовжено термін дії ліцензій, а також надано дозвіл на професію «Перукар (перукар-модельєр)» з продовженням терміну дії ліцензії більше ніж на п'ять років.

У кабінеті комп'ютерного набору є персональні комп'ютери, принтери, комп'ютерні столи та стільці, сканер, навчальні стенди та спеціальна література.

Групи кваліфікованих швачок проходять комплексну підготовку в добре обладнаному класі, оснащеному розкрійними столами, манекенами, оверлоком, прасками та прасувальними дошками, примірочними, а також стендами та навчальними матеріалами для підвищення кваліфікації.

У 2015 році Центр активно співпрацював із соціальними установами для допомоги студентам з інвалідністю, які проходять професійну реабілітацію. Ця робота була спрямована на сприяння у працевлаштуванні через Рівненський обласний центр зайнятості згідно з процедурами, визначеними Наказом № 347 Міністерства праці та соціальної політики України щодо роботи з державними органами з цією метою. Щомісяця надавалася інформація про відкриті вакансії, а заплановані зустрічі між роботодавцями та кандидатами дозволили поспілкуватися про вимоги та умови роботи. Центр також організував екскурсії на Рівненський льонокомбінат, де люди з інвалідністю могли ознайомитися з можливостями працевлаштування на цьому підприємстві....

Метою медичної реабілітації є відновлення фізичних, психологічних і соціальних можливостей, які люди з інвалідністю втратили через хворобу або травму. Вона є важливою частиною комплексної реабілітації – надання медичної допомоги, спрямованої на зміцнення функціональних та емоційних сил людини з одночасною розробкою для неї компенсаторних стратегій. Зрештою, це допомагає людям з інвалідністю вести активний спосіб життя, опановувати нові навички чи професії, що сприяє їхній безперешкодній інтеграції в суспільство, спираючись на їхні унікальні компетенції та здібності.

Медична реабілітація спрямована на повне відновлення фізіологічних, фізичних, психологічних і соціальних функцій людини. Це можливо лише за умови злагодженої координації роботи медичних працівників різних спеціальностей, які в процесі реабілітації використовують медикаментозне лікування, лікувальну фізкультуру, бальнеотерапію, фізіотерапію, а також раціональну дієтотерапію, серед іншого. Крім того, для досягнення ефективних результатів можуть бути додані елементи ерготерапії.

Різноманітні завдання медичної реабілітації вимагають категоричної класифікації всіх аспектів роботи на чотири типи: терапевтичні (медичні), фізичні, психологічні та соціальні. Тим не менш, лікувальний елемент має велике значення в реабілітації, проте він не є вирішальним.

У процесі реабілітації до кожного клієнта зазвичай застосовується індивідуальний підхід, який передбачає врахування первинної причини



інвалідності та інших супутніх захворювань. Реабілітації на ранніх стадіях приділяється більше уваги, коли самообслуговування залишається можливим і немає жодних обмежень. Весь період відновлення передбачає моніторинг серцево-судинного статусу, психологічну адаптацію, фізичне самопочуття, а також відновлення рівня соціальної та побутової компетентності.

Цілі медичної реабілітації включають:

1. Досягнення майстерності та використання сучасних стратегій медичної реабілітації, заснованих на клінічному досвіді та досягненнях.

2. Активне застосування тактики реабілітації та ресурсів, рекомендованих у програмі інвалідності особи, для забезпечення своєчасного покращення її стану.

3. Комплексна система реабілітації осіб з інвалідністю передбачає взаємозв'язок, упорядкованість і послідовність медичної реабілітації у поєднанні з іншими видами реабілітації – соціальною, психологічною, професійною, фізичною та трудовою.

4. Надання методичної, консультативної та експертної допомоги з питань медичної та психологічної реабілітації, а також організаційної допомоги для покращення цього процесу.

5. Під керівництвом фахівців у відповідній галузі посилення компенсаторних механізмів пацієнта та вирішення супутніх проблем зі здоров'ям.

6. Досягнення загального відновлення функціональності організму, фізичного та психічного благополуччя, а також формування позитивної самооцінки та здорових сімейних стосунків за допомогою комплексного реабілітаційного процесу.

Медична реабілітація ґрунтується на кількох ключових принципах, серед яких персоналізовані плани лікування, розроблені з урахуванням унікальних потреб кожного пацієнта, активне залучення та участь пацієнтів у процесі одужання, послідовність у підходах до терапії в часі з акцентом на цілісні цикли одужання. Крім того, заохочується помірне застосування фізичних методів для досягнення оптимального ефекту при збереженні спадкоємності

між різними етапами реабілітаційного шляху. Загальний успіх може бути досягнутий завдяки згуртованому поєднанню цих факторів, які працюють разом у тандемі на кожному етапі на шляху до повного відновлення здоров'я.

Дані свідчать про ефективність цього методу, адже в центрі пройшли реабілітацію люди з різними формами інвалідності. Статистика свідчить, що за останні чотири роки реабілітацію пройшли 1065 клієнтів у трьох групах: I група (264), II група (419) та III група (382). Крім того, згідно з додатком 3, право на отримання реабілітаційних послуг у центрі мають особи віком від шістнадцяти років і старші.

Таблиця 3.1.

Чисельність інвалідів які отримали реабілітаційні послуги  
за групами інвалідності за період з 2019 – 2022 роки.

Групи інвалідності	2019	2020	2021	2022
Діти – інваліди	0	0	0	0
I Група	5	81	89	89
II Група	9	98	144	168
III Група	20	104	119	139
Всього	34	283	352	396

Реабілітація та лікування відрізняються насамперед своїми кінцевими цілями. Метою лікування є повне усунення або мінімізація симптомів захворювання, тоді як реабілітація спрямована на відновлення особистої ідентичності людини, її працездатності, соціальної та економічної незалежності, а також сприяння інтеграції в суспільство.

У 2018 році центр надав медичну реабілітацію 396 клієнтам. Ці клієнти отримали кілька послуг, зокрема: електросвітлотерапію (368 осіб; 13775 процедур), масаж (318 осіб; 2010 процедур), таблетовані форми лікування (238 випадків), парафіно-озокеритні аплікації (228 осіб і загалом 2118 процедур), а також гідромасажні ванни для близько 178 пацієнтів, які пройшли приблизно 667 процедур. 58 клієнтам було надано.

Чисельність інвалідів які отримали послуги з медичної реабілітації за нозологіями за 2019 – 2022 роки

№ з/п	За нозологіями	2019	2020	2021	2022
1	З ураженням опорно-рухового апарату та центральної і периферичної нервової системи	19	119	237	248
2	З ДЦП	0	29	24	24
3	З психічними захворюваннями та розумовою відсталістю	8	21	22	22
4	З ураженням слуху	1	0	0	7
5	З ураженням зору	2	23	28	26
6	З ураженням внутрішніх органів	3	44	49	52
7	З онкологічними захворюваннями	0	4	5	6
8	Змішані вади (в тому числі супутніх захворювань)	1	43	0	11
	Всього:	34	283	365	396

Фізична реабілітація передбачає використання природних факторів та фізичних вправ з метою профілактики та лікування інвалідності, а також відновлення фізичного стану та працездатності людини. У нашому Центрі основною формою цього виду реабілітації є лікувальна фізкультура. Загалом за рік було проведено 2253 процедури, якими скористалися 265 пацієнтів.

Метою фахівців Центру є допомога у відновленні рухових функцій та подоланні фізичних обмежень у людей з інвалідністю. Для досягнення цієї мети вони мають ряд зручностей, включаючи сучасне симуляційне обладнання в кабінеті фізичної реабілітації, масажні кабінети, фізіотерапевтичний простір, а також бальнеологічні зони для парафінотерапії; також пропонують спеціальну терапію, таку як сеанси аероіонної та аромотерапії.

Фізіотерапевтичні процедури проводяться фахівцями з фізичної реабілітації з використанням різноманітних спеціалізованих кабінетів, у тому числі для масажу, фізіотерапії, парафінотерапії тощо. Завдяки відновленню та розвитку рухових можливостей за допомогою цих видів терапії в нашому

Центрі, люди з інвалідністю можуть підготувати себе до успішної трудової реабілітації.

Для вирішення проблем під час фізичної реабілітації використовуються різні форми ЛФК та механотерапії у трьох рухових режимах: щадному, щадно-тренувальному та тренувальному. Ці режими спеціально підбираються лікарем для кожного пацієнта на основі його здатності адаптуватися до фізичних навантажень. Рекомендований режим варіюється за тривалістю та інтенсивністю залежно від потреб пацієнта і може включати спеціалізоване обладнання, підібране фахівцями в цій галузі, які застосовують відповідні засоби, необхідні для успішної реабілітації.

Грунтуючись на фундаментальній біологічній функції руху, ЛФК є природним підходом до реабілітації. Заохочуючи рух і стимулюючи всі системи організму, підтримується ріст і розвиток, що, в свою чергу, підвищує загальну працездатність. Основними цілями реабілітаційної медицини є прискорення процесів відновлення з одночасним запобіганням або мінімізацією інвалідності; цього неможливо досягти, не враховуючи прагнення організму до руху. Тому медична реабілітація часто включає фізичні терапевтичні методи, такі як ЛФК, поряд з іншими формами лікування.

Система фізкультурно-спортивної реабілітації – це комплекс заходів із застосуванням фізичних вправ, які сприяють відновленню здоров'я людини. Її метою є компенсація втрачених функціональних можливостей організму з одночасним покращенням психологічного та фізіологічного стану людини через заняття спортом.

Люди з інвалідністю можуть підвищити свою здатність адаптуватися до нових ситуацій, покращити свою фізичну функціональність та зміцнити загальний стан здоров'я за допомогою структурованих програм фізичного виховання та спорту. Заняття спортом сприяють координації роботи всіх систем організму, а також покращують психологічне самопочуття, підвищуючи рівень впевненості в собі завдяки мобілізації сили волі для досягнення поставлених цілей. Крім того, фізична культура і спорт допомагають людям відновити ключові рухові навички, важливі для повсякденного життя, а також для

виконання робочих завдань, специфічних для відповідної професії чи галузі промисловості.

Завдання фізкультурно-спортивної реабілітації в Центрі враховують їхній вплив на організм людини, а саме:

1. Покращення функціонального стану та фізичного благополуччя організму.
2. Заохочення до вдосконалення та розвитку фізичних якостей.
3. Заохочення прогресу та збільшення довготривалої винагороди.
4. Покращення психологічного та емоційного благополуччя.
5. Допомога в усуненні перешкод для спілкування та інтеграції людей з інвалідністю в суспільство.

Фізичні вправи поділяються на гімнастичні, спортивні та прикладні, а також ігри для практичного застосування. Гімнастичні вправи можна поділити на загальнорозвиваючі та спеціальні, які спрямовані на підвищення загальної фізичної підготовленості шляхом зміцнення організму.

Метою спеціалізованих вправ є вплив на певну ділянку або орган опорно-рухового апарату. Гімнастичні вправи також можна класифікувати на основі різних факторів, таких як: анатомічні особливості (зосередження на малих, середніх або великих групах м'язів), тип м'язового скорочення (динамічні рухи з ізотонічними та статичними скороченнями), рівень активності (від пасивних положень до активних з допомогою/зусиллям), характер техніки виконання вправ, наприклад, дихальні вправи, корекційні заходи для виправлення порушень постави, методи розслаблення, які знімають напругу в м'язах, вправи на розтяжку, спрямовані на підвищення гнучкості, поліпшення балансу та координації за допомогою ациклічних/циклічних рухів з використанням гімнастичного обладнання. Нарешті, ці вправи згруповані в категорії низької, середньої та високої інтенсивності, що відображає рівень їх інтенсивності відповідно.

Вплив фізичних вправ на фізіологію організму:

1. Тонізуючий ефект, який надає стимуляцію

Виконання фізичних вправ призводить до помітного збільшення швидкості передачі сигналів від пропріоцепторів, активуючи нейрони, розташовані в центральному сегменті рухового аналізатора. Це згодом посилює вплив як центральної, так і вегетативної нервової системи на скелетні м'язи та внутрішні органи, що в результаті впливає на загальну функцію організму. Як правило, більша генерація імпульсів, що походить від м'язових тканин, відповідно підвищує тонус тіла в різних регіонах.

Заняття фізичною активністю сприятливо впливають на серцево-судинну систему. Під час роботи м'язів активуються резервні капіляри і кров вивільняється зі сховищ, що призводить до збільшення об'єму циркулюючої крові. Це призводить до поліпшення живлення серцевого м'яза і більш повного розслаблення серця, що призводить до посилення його скоротливої функції. Фізичні вправи також призводять до посилення венозного кровообігу, оскільки вони спонукають до посиленої роботи діафрагми разом з посиленими дихальними рухами грудної клітки (тим самим створюючи негативний тиск всмоктування в грудній порожнині) і ритмічними скороченнями/розслабленнями скелетних м'язів.

Заняття фізичними вправами позитивно впливають на емоційний стан людей з інвалідністю, захищаючи їх від потенційних хвороб і розвиваючи почуття впевненості у власних силах.

2. Трофічний вплив може бути досягнутий за допомогою рефлексорних і нейрогуморальних методів, які тісно переплітаються з бадьорим впливом фізичної активності. Скорочення скелетних м'язів призводить до підвищення рівня тону центральної та вегетативної нервової системи, а також роботи ендокринної системи.

### 3. Розвиток компенсаторних механізмів.

Компенсація слугує тимчасовим або постійним заміщенням порушених функцій. ЛФК ефективно мобілізує резерви організму, сприяючи оптимальній адаптації у відповідь на зовнішні подразники. Отже, фізичні тренування в першу чергу покладаються на активізацію м'язів, нервової системи та метаболічних взаємодій з внутрішніми органами, які відіграють важливу роль у

фізіологічних ефектах фізичних втручань. Крім того, рух діє як природний регулятор і стимулятор життєдіяльності, що сприяє загальному поліпшенню здоров'я.

Існують різні форми ЛФК: ранкова гігієнічна гімнастика, самостійні заняття, лікувальна ходьба, спортивні вправи та ігри, гідрокінезотерапія. Однак основною формою є лікувальна гімнастика, яка слугує для досягнення основних цілей лікувальної дії фізичних вправ. Заняття з цього виду терапії умовно можна поділити на три частини: вступна фаза (10-20% загального часу заняття), основна частина та заключний сегмент. Вступна фаза готує тіло учасників до більш складних вправ в основній частині, зосереджуючись на простих техніках розтяжки, які охоплюють рухи від голови до ніг, дихальних процедурах, а також прийомах стимулювання уваги, які іноді використовуються серед інших форматів вправ під час цих попередніх фаз.

Метою психологічної реабілітації є проведення відновлювальних заходів, спрямованих на відновлення психічних і фізичних сил людини після перенесеного психічного захворювання. Відділення соціально-психологічної реабілітації осіб з інвалідністю займається організацією освітніх занять з тими, хто потребує допомоги, створюючи при цьому оптимальне середовище, що сприяє найбільш повному розвитку їх природних нахилів і здібностей.

Соціально-психологічна допомога дозволяє людям з інвалідністю більш впевнено підходити до життєвих ситуацій, а також дає їм можливість самостійно вирішувати проблеми, пов'язані з їхнім станом, долати невпевненість, що впливає з нього, і, таким чином, дозволяє адаптуватися до активного способу життя.

Більшість людей з інвалідністю схильні до соціальної та психологічної дезадаптації з різних причин, включаючи погані комунікативні навички, низьку самооцінку, егоцентричну поведінку, а також негативне сприйняття оточуючих. Всі ці фактори разом узяті ускладнюють їхню належну адаптацію в суспільстві, тим самим ускладнюючи процес комплексної реабілітації.

Основна роль психолога в Центрі полягає в наданні психологічної допомоги та консультуванні, а також сприянні адаптації осіб з інвалідністю.

Для покращення емоційного стану клієнтів та сприяння набуттю ними знань, умінь, навичок, успішному процесу реабілітації/адаптації, формування позитивного ставлення до себе, нормалізації стосунків у сім'ї чи інтеграції в суспільство – наша команда використовує різноманітні педагогічні підходи, що ґрунтуються на психології, які органічно поєднуються для підтримки людей, що долають виклики інвалідності.

Серед методик, які використовують психологи центру, є такі:

1. «Методика експрес-діагностики самооцінки».
2. Тут буде розглянута методика, відома під назвою «САН».
3. Психогеометричний оціночний тест Діллінджера.
4. Методика оцінки рівня депресії.
5. Методика «Малюнок дерева» може бути узагальнена наступним чином.
6. Методика Айзенка.
7. Тест О. Бєлева «Формула темпераменту».
8. Методика «Прогресивні матриці Равена».
9. Тест «Кольори Люшера» – дев'ятий пункт.

Основи безпеки життєдіяльності викладаються на лекціях, а морально-етичні дискусії проводяться навколо таких важливих тем, як «Сім'я і здоров'я», «Пропаганда здорового способу життя», боротьба з ВІЛ у сучасному світі» та шкода куріння.

Окрім традиційних методів реабілітації, впроваджуються нові методики, такі як ерготерапія, механотерапія, аромотерапія. Згідно зі статистичним звітом за минулий рік, цими послугами скористалися 232 особи з інвалідністю, яким було проведено 1444 сеанси механо-, арома- та ерготерапії.

Метою ерготерапії є реабілітація осіб з фізичними або психічними порушеннями шляхом підвищення їхньої здатності виконувати повсякденну діяльність з урахуванням наявних обмежень. Сучасна ерготерапія охоплює заходи, які дозволяють пацієнтам з особливими потребами жити комфортно і відновити функціональну незалежність у різних аспектах життя, таких як трудові навички та соціальна адаптація для людей з інвалідністю.



Ерготерапія – це метод лікування людей з інвалідністю. Його метою є відродження та підтримка повсякденних життєвих навичок і діяльності, необхідних для повсякденного існування, включаючи відновлення рухових функцій, а також надання допомоги в адаптації до повсякденних ситуацій. Ерготерапія сприяє максимальній особистій автономії, покращуючи соціальну адаптацію людини до нормального життя. Важливо відрізнити ерготерапію від ерготерапії, оскільки обидва поняття не є синонімами. Ерготерапія стосується лише одного аспекту з декількох варіантів, які розглядаються при реабілітації професійних компетенцій людини.

Відмінною рисою ерготерапії є персоналізований підхід до кожної людини з інвалідністю. Після знайомства з людиною ерготерапевт проводить ретельну оцінку її інвалідності, а потім розробляє для неї індивідуальний план реабілітації. Основна мета ерготерапії – максимально відновити рухові та сенсорні можливості людини, інтегруючи її у повсякденне життя, яке ведуть здорові люди; дати їй можливість жити незалежно, а також повністю соціально адаптуватися у повсякденних обставинах.

Механотерапія передбачає фізичні вправи з використанням спеціалізованого обладнання, яке дозволяє здійснювати цілеспрямовані рухи з контрольованим рівнем опору. Заняття на тренажерах спрямовані на покращення рухливості суглобів, збільшення м'язової сили та витривалості, оптимізацію крово- та лімфообігу, покращення еластичності м'язів та зв'язок, а також сприяння розвитку фізичних можливостей людини.

Механотерапія застосовується в рамках фізичної реабілітації, як самостійно, так і в комплексі з лікувальною гімнастикою. При самостійному застосуванні дуже важливо виконувати спільні вправи для всіх уражених кінцівок, перш ніж розпочинати рухи на апараті.

Найпоширенішим способом вимірювання фізичної активності є вимірювання частоти серцевих скорочень. Цей підхід ґрунтується на припущенні, що існує прямий зв'язок між збільшенням споживання кисню під час фізичних вправ і підвищенням частоти серцевих скорочень.

Ефірні олії, отримані з рослин і володіючи унікальними хімічними і фізичними властивостями, використовуються в ароматерапії для лікування цілого ряду захворювань. Натуральні ефірні олії мають безліч корисних властивостей, включаючи стимуляцію діяльності залоз, дезінфекцію поверхонь з бактерицидним ефектом, заспокоєння нервового напруження для релаксації, підвищення рівня енергії та сприяння позитивному настрою. Курс лікування цим методом становить 10-15 сеансів на курс.

Центр приділяє велику увагу соціокультурній реабілітації, яка охоплює низку ініціатив, спрямованих на допомогу особам з інвалідністю в адаптації до різних культурних норм та мистецьких заходів. Наші клієнти беруть активну участь у значущих заходах, таких як святкування державних та релігійних свят протягом року, включаючи Масляну, Міжнародний жіночий день (8 березня), День сміху, День праці, День матері, День Перемоги, Трійцю, Івана Купала або Івана Купала, святкування Дня святих апостолів Петра і Павла, День подяки соціальним працівникам та День людей з інвалідністю... Ми прагнемо надати можливості, які сприяють здоровій інтеграції в нашу громаду за допомогою мистецьких підходів.

Крім того, організовуються поїздки з метою відвідування:

1. Музей історико-етнографічних ремесел Волині.
2. Олександрійський пансіон, що існував протягом I-III століть.
3. Замок Любарта в Луцьку можна дослідити, відвідавши історичну пам'ятку та помилувавшись виставками, де представлені роботи майстрів народного мистецтва.
4. Зоологічний парк у Рівному;
5. Відвідав Рівненський академічний український музично-драматичний театр, де подивився дві вистави «Сватання на Гончарівці» Г. Квітки-Основ'яненка та «Мені однаково» за мотивами творів Тараса Шевченка.
6. Завітайте до кінопалацу «Ера» у Рівному для перегляду фільмів.
7. Органний зал Рівненської обласної філармонії доступний для відвідування концертів.
8. Музей лісу в Костополі.

З нагоди відзначення Міжнародного дня захисту людей з інвалідністю у нашому закладі організовано серію радісних концертів. У заході візьмуть участь кілька талановитих колективів, серед яких дитячий духовий оркестр «Олександрія» під керівництвом В. В. Павловича, художні колективи Олександрійської загальноосвітньої школи I-III ступенів та Олександрійського будинку культури, яким керує Н.М. Смоляр.

Клієнти Центру беруть участь у культурних та спортивних заходах, організованих у співпраці з «Інваспортом», які включають шахи, шашки, настільний теніс, легку атлетику та інші. Крім того, художні роботи, створені цими клієнтами, були представлені в програмі фестивалю «Парафест Рівне».

Центр приділяє велику увагу соціокультурній реабілітації, яка охоплює низку ініціатив, спрямованих на допомогу особам з інвалідністю в адаптації до різних культурних норм та мистецьких заходів. Наші клієнти беруть активну участь у значущих заходах, таких як святкування державних та релігійних свят протягом року, включаючи Масляну, Міжнародний жіночий день (8 березня), День сміху, День праці, День матері, День Перемоги, Трійцю, Івана Купала або Івана Купала, святкування Дня святих апостолів Петра і Павла, День подяки соціальним працівникам та День людей з інвалідністю... Ми прагнемо надати можливості, які сприяють здоровій інтеграції в нашу громаду за допомогою мистецьких підходів.

### **3.3. Реалізація авторської програми артреабілітації осіб з обмеженими можливостями**

Магістерська робота була присвячена інтеграції арт-реабілітації, дуже перспективного напрямку практики, у комплексну програму реабілітації в центрі для людей з інвалідністю. Це було мотивовано усвідомленням того, що більшість клієнтів цього закладу діють поза межами макро- та мікрокультурних сфер, пов'язаних з мистецтвом.

Вони займаються мистецтвом нерегулярно, відвідуючи такі заходи, як концерти, фестивалі, театральні вистави та інші мистецькі заходи. У різних

вікових групах спостерігається недостатня обізнаність щодо сприйняття мистецтва. Крім того, багато людей з інвалідністю мають обмежений доступ до базової середньої освіти, що ставить під сумнів їхній доступ до мистецької освіти.

Спілкування з клієнтами показало, що вони мають обмежені знання про мистецтво, переважно на елементарному рівні. Хоча вони знайомі з різними жанрами мистецтва, такими як музика, кіно, поезія і танець, багато з них можуть конкретно визначити якості, притаманні кожному з них. Оскільки клієнти цінують красу природи та народне мистецтво, а також картини, необхідно інтегрувати арт-реабілітацію в комплексну систему догляду за пацієнтами (див. Додаток А), спрямовану на глибше самоусвідомлення через творчі пошуки.

За визначенням А. Копитіна, арт-терапія належить до категорії креативних терапій і передбачає використання творчості клієнтів як засобу для терапевтичних і профілактичних цілей з особливим акцентом на певні форми художнього вираження, такі як музика, театр, танець, живопис або екранне мистецтво. За допомогою цих засобів клієнти мають змогу виразити себе.

В англійській мові арт-терапія – це форма лікування, яка полягає у створенні мистецтва. Мета – розпізнати негативні емоційні стани та відновити почуття власної гідності. Цей процес має циклічний характер і використовує позитивний вплив як радісних, так і важких переживань, щоб відновити духовну ідентичність людини, коли вона була скомпрометована деструктивними тенденціями. Крім того, це сприяє регенерації психічної стійкості, а також культивуванню більш оптимістичного погляду на життя, як зазначає О. Вознесенська [13].

У реабілітаційній практиці (соціальній та психологічній) пріоритетним є використання таких методів, як образотворче мистецтво та музикотерапія. Ці методи допомагають людям з інвалідністю підвищити їхню соціальну активність, комунікативні та творчі здібності, що веде до повноцінної інтеграції в суспільство.

Заохочуючи самовираження, дозволяючи естетично оцінювати світ природи та людську поведінку, мистецтво справляє глибокий емоційний вплив на людей, який зачіпає всі рівні свідомості та діяльності. Воно взаємодіє з життєвим досвідом людини, глибоко резонуючи з її внутрішньою сутністю, як стверджує О. Пилипенко.

Мистецька практика розвиває здатність до спостереження, емоційного переживання та самоаналізу. Демонструючи образи, які апелюють до почуттів та емоцій, мистецькі твори мають на меті залучити людей на глибокому рівні, що викликає симпатію та емпатію. У таких сферах, як живопис, музика і театр, ентузіасти отримують простір, в якому вони можуть вільно досліджувати свою уяву, звертаючись до інтуїції за допомогою різних виразних засобів, покликаних розвивати творчу енергію, а також дослідницьку енергію.

Поєднуючи в собі творчість, пізнання світу та комунікацію, мистецтво однаковою мірою розвиває як естетичну чутливість людини, так і її здатність творити красу. Сприйняття прекрасного виникає внаслідок чуттєвої взаємодії людини з контурами реальності, що її оточує, зачіпає емоції та сприяє моральному розвитку через любов до її виразних якостей (як підкреслює Л.Тюптя [63]).

Переживання краси через наші органи чуття, наприклад, через слухання музики, читання художньої літератури чи перегляд фільму в кінотеатрі, підсилює і збагачує наше життя духовним змістом. Мистецтво справді є невід'ємним аспектом людського існування – подібно до повітря, позбавлення якого призводить до того, що людина відчуває себе задиханою і потрапляє в пастку життєвого дискомфорту.

Мистецтво відіграє важливу роль у сфері соціальної роботи з людьми з інвалідністю, охоплюючи різні форми, такі як арт-терапія та реабілітація. Ці підходи дають можливість людям не лише покращити своє розуміння через художнє вираження, але й сприяють особистісному зростанню, розвиваючи творчі здібності, створюючи твори мистецтва, які демонструють таланти та ідентичність у суспільстві. Крім того, участь у мистецьких заходах може вселити впевненість у собі, гармонізуючи внутрішній світ із зовнішніми

стимулами – розширюючи можливості візуальної комунікації та розвиваючи творчий потенціал, як зазначає М. Власюк [12].

Розглянемо потенціал арт-реабілітації через різні жанри мистецтва, які були представлені вище.

У нашому закладі традиційне мистецтво широко використовується в роботі з особами з інвалідністю в різних сферах: когнітивній, творчій, комунікативній, освітній та рекреаційній. Воно слугує для покращення розуміння клієнтами своєї етнокультурної спадщини, включаючи традиції, звичаї, обряди, пов'язані зі святами та фольклором, а також духовні вірування та моральні цінності, зосереджуючи увагу на поведінкових характеристиках, закладених у соціальній динаміці етнічних груп, яка розвивалася протягом тривалого часу у різних формах самовираження. Ми також пропонуємо мистецькі заняття, які зосереджені на регіональній ідентичності, організовуючи майстер-класи, спрямовані на розвиток творчості через використання природних матеріалів, таких як тканини (для виготовлення ляльок-мотанок) або вишивання. Ці заняття не лише сприяють позитивним емоційним реакціям, але й мають розвиваючий ефект, оскільки підвищують естетичну чутливість та сприяють розвитку вроджених талантів клієнтів, як зазначає А. Корнієнко [16].

Садова пояснює, що музична терапія є унікальною та ефективною методикою для підвищення соціальної активності, комунікативних навичок та належної інтеграції в суспільство. Вона також слугує підходом до корекції функціональних рухових, психогенних або соціальних станів шляхом використання специфічних форм і методів з особами, які мають проблеми з психічним здоров'ям. Крім того, вона стимулює творчість і забезпечує позитивний емоційний вплив, що може призвести до збільшення сили волі людини [47].

Наша програма робила акцент на сприйнятті музики та вокальному виконанні, зосереджуючись на виборі тем, які резонували з нашими клієнтами. Ми обрали твори таких відомих композиторів, як Л. Бетховен, Ф. Шопен, Й. Штраус, П. Чайковський, А. Вівальді та М. Лисенко, які розкривають теми природи та кохання у своїх творах, щоб покращити слуховий досвід. Щоб

вшанувати українську фольклорну спадщину, ми включили традиційні мелодії у виконанні відомих співаків, таких як Д. Гнатюк, А. Солов'яненко, Р.Кириченко та С. Ротару, а також відомі композиції відомих музикантів, таких як О. Білаш, П. Майборода, В. Верменич та В. Івасюк. Крім того, була передбачена можливість групової участі, коли всі присутні могли брати активну участь у підспівуванні під час спільного виконання пісень.

Такі заняття спрямовані на зняття стресу, врівноваження особистості та сприяють благотворному впливу на дихання, серцебиття та травлення. Музика слугує стабілізатором психічного стану людини.

На думку Л. Бондаренко [10], поезія має значний потенціал для реабілітації, оскільки дозволяє заглибитися у свій внутрішній світ і дослідити найтонші почуття та думки, які виникають під впливом життєвих обставин. Лаконічне, але потужне вираження, що міститься у поезії, також має багато переваг з точки зору розвитку емоційного інтелекту та духовності людини.

У програмі були представлені твори відомих українських поетів, таких як Тарас Шевченко, Леся Українка, Ліна Костенко та місцевої поетеси Любові Пшеничної. Знайомство з поезією через слухання або читання є цінним внеском у підвищення мистецького рівня клієнтів, що призводить до позитивних емоцій. Поетична форма мистецтва є поширеною серед людей з інвалідністю, тому не дивно, що наш центр обслуговує поетів-аматорів, які часто демонструють свої літературні твори на заходах, що проводяться нами.

Розширення знань про світ, історію людства та взаємовідносини, моральне виховання та всебічне розуміння нашого оточення – все це відбувається під впливом кінематографа. У той час як театр і література надають аудиторії загальну обізнаність, кінематограф вирізняється безпрецедентною здатністю точно відобразити реальність у її найяскравішій формі. Завдяки фотографічним зображенням, що демонструються на екранах, які проектують імітацію як життєві фрагменти, кіно є правдивим еквівалентом доказів, що представляють реалістичні випадки з реального життя.

Оскільки події розгортаються перед глядачами у часі та просторі, їхня видимість максимально наближена до реальності. Це дає можливість

спостерігати за діями персонажів, ідентифікуючи себе з ними, активно формуючи свою емоційну сферу та ціннісне ставлення до життя. Вплив кіномистецтва також сприяє розвитку зорового та слухового сприйняття художньої інформації у глядачів, а «монтажні» функції значною мірою сприяють розвитку асоціативного мислення, на що звертає увагу Л. Казачкова [23].

Вищезазначене підтверджує значущість кіно для реабілітації людей з інвалідністю, що пояснюється його здатністю до спільного переживання та комунікативними властивостями. Перегляд фільмів викликає колективну емоційну реакцію під час сеансів і дозволяє вести змістовний діалог після них. Наша програма передбачає перегляд фільмів, обраних нашими клієнтами, з подальшим інтерактивним обговоренням їхніх уподобань.

Наша програма пропонує різноманітні ігрові заходи для наших клієнтів, включаючи українські народні ігри, імітаційні ігри, інтелектуальні виклики, творчі завдання та рольові сценарії. Ігри надають чудову можливість для соціальної взаємодії, а також дозволяють, наповненого позитивними емоціями та творчістю. Як зазначає Т. Черніговець [65], гра в групах створює можливості для набуття важливих життєвих навичок, таких як адаптація та нейтралізація негативних психологічних станів. Мотивація гри ґрунтується на її добровільному характері з елементами змагання, які задовольняють потреби в самоствердженні та реалізації через свободу вибору в ігровому середовищі.

Українські народні ігри складаються з рухливих, словесних, творчих та інтелектуальних видів діяльності, які можна використовувати для неквапливого та колективного спілкування протягом усього року. Наша програма зосереджена переважно на осінніх іграх, таких як «Гарбуз», «Білкі Жолуді Горіхи» та «Капелюх». Ці традиційні ігри проводилися як у приміщенні, так і на свіжому повітрі в оригінальній обстановці.

Інтелектуальні ігри слугують мостом, який веде від простого інтересу до когнітивної активності, забезпечуючи шлях до набуття знань. Вони створюють основу для мотивації до поглибленого навчання і сприяють формуванню позитивних інтелектуальних переживань, таких як здивування і захоплення.



Творчі ігри допомагають розвивати уяву, образне мислення, творчість і художні здібності. Це можуть бути такі види діяльності, як складання віршів чи казок, участь у пісенних чи пантомімних конкурсах та створення ікебани.

На думку І. Покас [45], мистецтво характеризується як інструмент реабілітації і може бути інтегроване з технологіями соціальної роботи в освітньому контексті, особливо в цей час. С. Пальчевський далі описує цю інтеграцію як «терапевтичну педагогіку» [38]. Розробляючи нашу програму, ми враховували потенціал мистецтва в педагогічному контексті.

Програма мистецької реабілітації тривала 30 днів, що відповідає терміну комплексної реабілітації та включає п'ять тематичних модулів – традиційне мистецтво, класична музика, українська поезія, кіно та ігрове мистецтво. Кожного дня у другій половині тижня для учасників було заплановано певний захід з одного тематичного модуля. У вихідні дні (субота та неділя) відбувалися різноманітні заходи, включаючи конкурси, екскурсії, музичні виступи, а також ігрові заходи, які проводилися одночасно з іншими частинами системного загального плану, спрямованого на загальне відновлення за допомогою підходу арт-реабілітації.

Для клієнтів, які перебувають у центрі протягом 30 днів, була розроблена програма арт-реабілітації, в рамках якої щодня проводяться культурно-мистецькі заходи.

Проводячи наше дослідження, ми виходили з того, що люди, які потребують мистецької реабілітації, не повинні розглядатися виключно як клієнти, обмежені фізичними та психічними вадами. Це радше люди, які прагнуть особистісного зростання та розширення своїх здібностей. У фокусі цього дослідження – саме така людина в контексті мистецької реабілітації.

Дослідження спрямоване на ознайомлення клієнтів з народними традиціями, фольклором, музикою, українською поезією та кіномистецтвом, а також з ігровим мистецтвом. Також ми прагнемо організувати творчі спроби та сприяти мистецькому спілкуванню між ними.

Програма спрямована на розширення культурно-мистецького світогляду клієнтів через надання їм безпосереднього досвіду сприйняття мистецтва,

виховання позитивних емоцій та естетичних почуттів, заохочення індивідуальної соціокультурної творчості, а також розвиток їхніх загальних творчих здібностей.

Цілями програми для штучного інтелекту є:

1. Виявлення знань, уподобань та мотивів клієнтів щодо їхнього сприйняття мистецтва.
2. Інтеграція соціального та культурного середовища закладу для залучення меценатів до творчих пошуків.
3. Залучення клієнтів до системної діяльності через мистецтво та комунікацію в нашому мистецькому середовищі.
4. Для посилення емоційного та чуттєвого досвіду клієнтів важливо розвивати їхню здатність естетично оцінювати твори мистецтва.
5. Забезпечити цікаве та змістовне дозвілля.

Найефективнішими формами реалізації виявилися:

- 1) Інтерактивні бесіди (для покращення комунікації з клієнтами).
- 2) Виставки та мистецькі журнали.
- 3) На поетичних батлах, які проводить центр, клієнти демонструють свої художні здібності та поетичні композиції, натхненні українською літературою.
- 4) Ігри, що вимагають інтелектуальної доблесті, такі як «Поле чудес», «Що? Де? Коли?» та квести.
- 5) Кінопокази, музичні події, театральні постановки;
- 6) Виїзди на природу та в музеї.

Запропоновані формати передбачають співпрацю учасників у співтворчості, що призводить до більшої впевненості в собі та сприяє залученню громади. Це сприяє індивідуальному творчому зростанню, яке згодом може перерости у самостійне мистецьке самовираження вдома або в рамках ширших культурних сфер.

Програма дотримується принципів системності, інтегративності, безперервності, креативності та інтерактивності. Провідним принципом, який продиктував нашу методологію, став системний підхід. За визначенням Є.Холостової у сфері реабілітаційної практики, він передбачає розробку

соціально-реабілітаційних систем для ефективного опрацювання. У межах нашого дослідження системний підхід означає використання комплексу соціально-педагогічних чинників, таких як методи, форми, методології, засоби, інструменти, технології, заздалегідь задані умови тощо, які об'єднані в єдине ціле для безперервної реалізації авторського задуму від початку до кінцевого етапу з успішним досягненням поставлених цілей на кожному етапі, що були визначені на попередніх етапах:

1. Впровадження принципів всеохоплюючої реабілітаційної практики в межах центру.

2. Включення артореабілітації в роботу центру поряд з іншими формами реабілітації.

3. Програма артореабілітації спрямована на досягнення своєї мети шляхом використання всіх наявних соціально-педагогічних ресурсів. Для забезпечення успіху вона адаптована до клієнтів різного віку, з різним рівнем загальних знань та естетичного виховання.

4. Мистецтво використовується для стимулювання пізнавальної та творчої активності клієнтів.

Вивчення народних традицій у модулі «Традиційне мистецтво» включає в себе жовтневі свята, обряди, пов'язані з Покровою, та організацію таких заходів, як Покровські вечорниці та Свято осені. Клієнти, які відвідують цей центр, заохочуються до активної участі в підготовці до цих заходів. Вони демонструють свої вміння, виготовляючи різноманітні вироби з природних матеріалів під час виставок, що проводяться на фестивалі «Осінь».

Більшість наших клієнтів знайомі з творами українських поетів Тараса Шевченка, Лесі Українки, Ліни Костенко та рівненської поетеси Любові Пшеничної, оскільки вони включені до навчальної програми модуля «Українська поезія».

На нашу думку, музичне виховання доцільно розпочинати з теми природи, оскільки діти знайомляться з нею з раннього віку. Залучення до класичної музики допомагає слухачам глибше осягнути її тонкощі, а вивчення

таких тем, як кохання, через українські пісні та спеціалізовані журнали поглиблює знання.

Освітні програми включали в себе ігровий досвід клієнтів через різні види діяльності, такі як мистецька вікторина, квест-гра та «Поле чудес».

Щоб розширити наше розуміння мистецької форми, ми вирішили дослідити відомі українські фільми, які демонструють різноманітні соціальні та побутові елементи національної історії. Серед них «Наталка-Полтавка», «За двома зайцями», «Лісова пісня» та «В бій ідуть одні старики».

Мистецькі реабілітаційні модулі мають гнучку програму, яка враховує вподобання клієнтів. Зміст програми ґрунтується на індуктивному підході, структурований як серія поетапних мистецьких завдань, які починаються з окремих елементів і переходять до ширшого контексту. Клієнтів поступово вводять у світ мистецтва, починаючи з базової інформації про жанри, через сприйняття, осмислення, оцінку та інтеграцію у повсякденні практики.

На початковому етапі клієнти знайомляться з унікальними характеристиками мистецтва. Згодом їхні емоційні та чуттєві сфери розвиваються, щоб заохотити бажання до мистецької взаємодії на другій фазі. На третьому етапі клієнти ще більше збагачують своє розуміння мистецтва, вивчаючи відомих художників і різні стилі. Нарешті, на четвертому, заключному етапі, вони самі беруть активну участь у творчій діяльності.

Мистецькі реабілітаційні модулі мають гнучку програму, яка враховує вподобання клієнтів. Зміст програми ґрунтується на індуктивному підході, структурований як серія поетапних мистецьких завдань, які починаються з окремих елементів і переходять до ширшого контексту. Клієнтів поступово вводять у світ мистецтва, починаючи з базової інформації про жанри, через сприйняття, осмислення, оцінку та інтеграцію у повсякденні практики.

На початковому етапі клієнти знайомляться з унікальними характеристиками мистецтва. Згодом їхні емоційні та чуттєві сфери розвиваються, щоб заохотити бажання до мистецької взаємодії на другій фазі. На третьому етапі клієнти ще більше збагачують своє розуміння мистецтва,

вивчаючи відомих художників і різні стилі. Нарешті, на четвертому, заключному етапі, вони самі беруть активну участь у творчій діяльності.

Таблиця 3.3.

Організаційно-тематичний план артреабілітаційної роботи  
на жовтень 2022 р.

Тематичний модуль	Зміст роботи	Дата проведення	Примітка
традиційне мистецтво	- Народні традиції жовтня - Свято Покрови - Покровські вечорниці - Свято осені	8.10 15.10 22.10 29.10	
українська поезія	- Поетичне слово Т. Шевченка - Поезія Лесі Українки - Поезія Ліни Костенко - Поетична Рівненщина	2.10 9.10 16.10 23.10	
музика	- Музична бесіда «Тема природи в музиці» - Музична бесіда «Тема кохання в музиці» - Музичний журнал «Українська пісня» - Музичний журнал «Українська пісня»	3.10 10.10 17.10 24.10	
ігрова діяльність	- Поле-чудес - Квест - Мистецька вікторина - Що? Де? Коли?	4.10 11.10 18.10 25.10	
українське кіно	- Наталка-Полтавка - За двома зайцями - В бій ідуть тільки старики - Лісова пісня	5.10 12.10 19.10 26.10	

Під час реалізації програми ми виокремили наступні елементи:

1. Поглиблення розуміння клієнтами різних жанрів мистецтва за допомогою когнітивних засобів.
2. Мотивація (посилення прагнення до отримання знань про мистецтво).
3. Позитивні емоції та естетичні почуття розвиваються емоційно та чуттєво.
4. Заохочення творчості та залучення клієнтів через ігри, арт-проекти та інші види творчої діяльності.

5. Розширення сфери вербального та онлайн-спілкування можна описати як комунікативність.

6. Клієнти, які працюють у сфері культури та мистецтва.

7. Заохочення цілеспрямованої релаксації та сприяння культурному та особистісному зростанню.

«Полегшена» версія нашої програми – це ефективний методичний підхід, який відповідає інтелектуальному розвитку, культурному рівню та соціально-психологічним особливостям клієнтів центру. Цей варіант був розроблений за участю викладачів-філологів, вчителів музики, а також студентів Інституту мистецтв Російського державного університету мистецтв, які були залучені до занять.

Запропоновані формати передбачають взаємодію учасників у процесі співтворчості, сприяють довірі та соціальному аспекту діяльності. Таким чином, це дає нам можливість формувати унікальний творчий досвід кожної людини, який може слугувати основою для індивідуальної взаємодії з мистецтвом вдома або в ширших культурних сферах.

Під час підбиття підсумків програми було виявлено, що клієнти виявляли жвавий інтерес до занять, були комунікабельними та залученими до творчої діяльності. Крім того, їхня пристрасть до мистецтва посилилася в різних жанрах, а також вони отримували позитивні емоції під час участі в мистецьких заходах, з ентузіазмом беручи в них участь. Клієнти навіть ініціювали виставки, що демонстрували красу образотворчого мистецтва, а також декоративних ремесел, таких як вишивка або соломоплетіння; кульмінацією стала колективна участь у святкуванні осені (див. Додаток Д).

### **Висновки до розділу 3**

У партнерстві з «Інваспортом» проводяться різноманітні культурні та спортивні заходи, такі як шахи, шашки, настільний теніс, легка атлетика та інші, в яких беруть активну участь клієнти Центру. Крім того, художні роботи,

створені цими ж особами, були представлені під час фестивальної програми «Парафест Рівне».

Майстри Рівненського регіонального центру професійно-технічної освіти Державної служби зайнятості проводять майстер-класи з перукарського мистецтва. Ці заняття охоплюють чоловічі стрижки та святкові жіночі зачіски, спеціально розроблені для осіб з інвалідністю, які здобувають професію «Перукар (перукар-модельєр)».

Організація творчих виставок, майстер-класів та поетичних батлів проводиться з метою розвитку творчих здібностей осіб з інвалідністю. Їхні роботи на виставці можуть включати образотворче мистецтво, вишивку або вироби з соломи.

Вищезгаданого підходу не вистачає на цілий місяць реабілітації, що спонукало до включення багатообіцяючої ініціативи під назвою «Технологія арт-реабілітації» в комплексну структуру відновлення.

Програма арт-реабілітації тривала 30 днів, що відповідає графіку комплексної реабілітації. Навчальна програма складалася з п'яти модулів, зосереджених на традиційному мистецтві, класичній музиці, українській поезії, кіно та ігрових ілюстраціях; по одному модулю проводилося щодня протягом другої половини тижня. У вихідні дні (субота та неділя) учасники брали участь у змаганнях, екскурсіях на концерти, а також у заходах, пов'язаних з ігровими технологіями, відповідно до цього системного підходу до впровадження арт-реабілітації в загальний план реабілітації.

Після завершення програми ми підбили підсумки, і вони підкреслили, що наші клієнти мали велику зацікавленість у заняттях. Вони продемонстрували неабияку активність у спілкуванні та творчій діяльності, а також підвищили рівень знань як загальних мистецьких концепцій, так і конкретних жанрів. Позитивні емоції були помітні у всіх учасників, які виявили підвищене бажання брати участь у різноманітних мистецьких заходах. Більше того, виставки образотворчого мистецтва, а також декоративні виставки, на яких були представлені вишукані вишивки та вироби з соломи, були ініційовані самими

натхненними відвідувачами. Усі клієнти із задоволенням взяли участь у святкуванні осіннього фестивалю!

Клієнти Центру беруть участь у культурних та спортивних заходах разом з «Інваспортом», займаючись різними видами спорту, такими як шахи, шашки, настільний теніс або легка атлетика. Крім того, вони беруть участь у фестивалі «Парафест Рівне», де демонструються створені ними роботи.

Крім того, особи з інвалідністю мають доступ до майстер-класів за професією «Перукар (перукар-модельєр)», які проводять фахівці Рівненського регіонального центру професійно-технічної освіти Державної служби зайнятості Рівненської області. На цих майстер-класах навчають чоловічим стрижкам та жіночим святковим зачіскам.

Організатори влаштовують творчі виставки для людей з інвалідністю, щоб розвивати їхній особистий творчий потенціал, демонструючи образотворче мистецтво, вишивку, вироби з соломи, проводячи майстер-класи та поетичні батли.

Однак місячний період реабілітації вимагає не лише стандартних підходів. Тому в загальну систему реабілітації було впроваджено інноваційну програму арт-реабілітації. Після завершення цієї програми було проведено оцінку її результатів, яка показала, що учасники виявили неабияку зацікавленість у заняттях, залишаючись активними у спілкуванні та творчій діяльності. Крім того, вони підвищили рівень знань про різні жанри в галузі мистецтва, отримали позитивні емоції та бажання брати активнішу участь у подібних заходах, пов'язаних з їхніми інтересами та захопленнями. У рамках цих заходів, які проводили самі клієнти, були організовані виставки, на яких були представлені образотворчі та декоративні форми, такі як вишивка та вироби з соломи, а також всі разом об'єднали зусилля для святкування осені (див. Додаток Д).



## ВИСНОВКИ

На основі нашого дослідження теми магістерської роботи ми визначили, що порушена проблема є актуальною для соціальної та гуманітарної політики України. Концептуальні засади цього питання містяться в законах України, указах Президента України та постановах Кабінету Міністрів України. Важливе значення в цих документах мають питання, пов'язані з дотриманням основних прав осіб з інвалідністю, забезпеченням їхнього соціального захисту та інтеграції в суспільство.

Актуальність проблеми підтверджується активізацією наукових досліджень у цій сфері, результатом яких стало створення в Україні відповідної теоретико-методологічної структури соціальної роботи з особами з інвалідністю та її технологічних засад. Значний внесок у цю сферу зробили В. Андрущенко, І. Зверєва, А. Капська, М. Лукашевич, Т. Семигіна, Л. Титя, Г. Давиденко, О. Шахрай, Є. Холостова».

Одним із способів застосування соціальних технологій є робота з людьми, які мають інвалідність. Практика соціальної роботи, як і ця, використовує різноманітні винахідливі методи для впливу на соціальні процеси та покращення добробуту певних верств населення. Ця система охоплює кілька компонентів: оцінювання цих суспільних процедур (технологія діагностики), моделювання траєкторій розвитку конкретних цільових груп (технологія планування), а також реалізація програм, які впроваджують інноваційні підходи або вдосконалюють існуючі, покликані створити позитивні зміни в їхньому житті, що в цілому становить те, що ми сьогодні називаємо технологією в практиці соціальної роботи.

Соціальна реабілітація є важливою сферою технологій у сучасній соціальній роботі з людьми з інвалідністю. Вона стосується створення суспільних умов, які сприяють відновленню та вдосконаленню навичок, необхідних для автономної участі людей з інвалідністю в житті суспільства, а також методів, спрямованих на відновлення функціональних можливостей, а

також ролей, необхідних для ефективної взаємозалежності в суспільстві, яких вони ніколи не набували або втратили в процесі соціалізації.

Соціальна реабілітація призначена для осіб різного віку, груп інвалідності та станів. Для надання їм послуг соціальної реабілітації держава залучає медичних і соціальних експертів, а також такі установи, як геріатричні пансіонати, соціальні притулки та центри, що спеціалізуються на наданні відповідної терапії. Різні види лікування, що пропонуються, включають соціально-медичну допомогу; психологічну підтримку; освітню допомогу, спрямовану на адаптацію до суспільства в цілому (соціально-педагогічну); програми побутової допомоги, які включають в себе посилення навчання життєвим навичкам (соціальним і побутовим), а також розширення можливостей клієнтів через професійні контакти з обміну досвідом. Крім того, методи втручання нового типу, відомі під загальною назвою «соціокультурні», розроблені на основі даних про конкретну нозологію в межах стану кожного пацієнта.

Згідно з рекомендаціями Парламентської асамблеї Ради Європи, інвалідність – це обмежені можливості людини через різні перешкоди, такі як фізичні, психологічні, сенсорні, соціальні або культурні обмеження, а також законодавчі бар'єри, що призводять до її виключення з суспільства. Існує три групи інвалідності (I-III), які поділяються на п'ять категорій, що включають порушення опорно-рухового апарату, затримку психічного розвитку та втрату слуху/зору, а також захворювання внутрішніх органів, такі як діабет, бронхіальна астма або онкологічні захворювання.

Людам з інвалідністю притаманні такі спільні риси, як фізична замкненість, сегрегація на роботі, що призводить до ізоляції, обмежені фінансові ресурси, труднощі у спілкуванні та обмежений доступ до джерел інформації. Культурні інституції та освіта також є для них викликом, що стримує їхню самореалізацію та обмежує соціальну взаємодію. Першочерговим бажанням для них є покращення матеріального забезпечення, потім – покращення медичного обслуговування, потім – можливості працевлаштування, зрештою – спілкування з надійними знайомими чи друзями,

задоволення духовних потреб, повна інтеграція в суспільство, а також уникнення приниження через жалість оточуючих до людей з інвалідністю загалом.

Рівненський обласний центр комплексної реабілітації інвалідів відповідає за надання соціальних та реабілітаційних послуг особам з інвалідністю (крім дітей) в області. Команда фахівців зосереджується на реалізації програм медичної, психологічної, фізичної та соціальної реабілітації, адаптованих до людей з різними нозологіями. Щорічно близько 400 клієнтів проходять таке лікування в їхньому закладі. Програма соціальної реабілітації допомагає розширити можливості людей з інвалідністю, розвиваючи такі ключові навички, як навички самостійного життя, самообслуговування, що включає дотримання особистої гігієни, а також вправи на рух, спрямовані на покращення комунікативних здібностей, розвиваючи механізми захисту, використовувані під час самоаналізу стратегій захисту прав, які вони можуть використовувати, незважаючи на інвалідність чи порушення.

Метою медичної реабілітації є поліпшення здоров'я і благополуччя клієнтів за допомогою цілого ряду методів лікування, включаючи медикаментозну, спортивну і фізичну терапію, фізіотерапію, дієтотерапію, психотерапію, кліматотерапію, а також включення елементів ерготерапії, таких як ерготерапія і ароматерапія.

Фізична реабілітація має як лікувальну, так і профілактичну мету, дозволяючи відновити фізичний стан осіб з інвалідністю. У Центрі основними методами, які використовуються для цього, є фізична терапія в поєднанні з суворою системою фізичних вправ і спортивних занять, які в кінцевому підсумку покращують психічний стан клієнтів, а також значно розширюють їхні функціональні можливості. Переваги включають загальне покращення здоров'я через позитивний вплив на психологічне благополуччя, в той час як мотивація клієнтів потужно прищеплює їм почуття задоволення, яке досягається через соціальну взаємодію.

Люди з обмеженими можливостями можуть отримати значну користь від психологічної реабілітації, якій сприяють різноманітні методи та техніки, які

використовуються в нашому центрі. До них відносяться оцінка самооцінки, психогеометричний тест, створений С. Ділінгером для оцінки когнітивних здібностей, різні стратегії виявлення ступенів депресії, метод «Малюнок дерева» для вивчення глибинних емоційних станів або конфліктів у пацієнтів, підхід Х. Айзенка, який фокусується на оцінку особистості на основі таких рис, як товариськість/інтроверсія/сприйнятливність до стресу/емоційна стійкість/психотичність; Кольоровий тест Люшера, призначений для дослідження емоцій через реакції, викликані різними кольорами, показаними у випадково розподілених візерунках, і прогресивні матриці Равенні вимірюють рівень навичок абстрактного міркування. Ці методології допомагають нам, надаючи підтримку протягом усього їхнього реабілітаційного шляху, допомагаючи їм краще емоційно та соціально адаптуватися в новому середовищі та спільнотах, покращуючи якість життя для досягнення позитивних результатів, загальні переваги, покращуючи баланс над коливаннями настрою, завдяки чому співчутливе спілкування виходить за межі мовних бар'єрів.

Доцільною складовою комплексної системи реабілітації є залучення до культурно-оздоровчого дозвілля. Популярні способи їх організації включають концерти, театральні постановки, художні виставки, екскурсії, святкування національних обрядів або традиційних звичаїв. Цій діяльності бракує системної інтеграції в процес реабілітаційного лікування цільової групи.

Щоб посилити соціальну реабілітацію людей з обмеженими можливостями в центрі, ми випробували створену автором мистецьку програму, відому як «арт-реабілітація». Цей інноваційний підхід демонструє потенціал для оновлення та вдосконалення діяльності в різних категоріях клієнтоорієнтованих установ.

Програма має на меті розширити розуміння клієнтами культури та мистецтва, надаючи їм можливість розвинути власні навички оцінки та аналізу творів мистецтва. Його розроблено, щоб культивувати позитивні емоції та естетичні почуття, одночасно активізуючи соціальну та культурну участь клієнтів, а також сприяючи їхній творчості. Основна філософія програми

полягає в тому, що центр мистецької реабілітації не повинен обмежуватися фізичними чи психічними вадами, а скоріше підкреслювати прагнення особистісного зростання до розширення потенціалу.

На зміст жовтневої програми вплинули уподобання клієнтів до різних жанрів мистецтва, що призвело до п'яти модулів: традиційне мистецтво, поезія, музика, кіно та ігрова діяльність. Перший модуль був присвячений святкуванню народних традицій, таких як свято Покрови та Свято осені; у другій – поети Тарас Шевченко, Леся Українка, Ліна Костенко та Любов Пшенична. Класична музика займала центральне місце в модулі 3 з темами, які зосереджувалися на коханні та природі, а також українські поп-пісні порівняно з народними піснями цього разу минулого року. Програми Forthright Game створили пізнавальний ігровий вечірковий режим під Modula4, щоб закінчити все для любителів відомих фільмів пов'язаний досвід покупок або предмети були продані з популярних фільмів під час обширної вітрини Module5, яка складалася здебільшого з добре відомих творів, знятих понад півдесять років тому!

Під час післяобідньої реабілітаційної роботи заняття проводились у різних формах, які включали колективні бесіди, прослуховування музики та перегляд передач з віршами чи фільмами. Усі клієнти брали участь та займалися творчими заходами, які стали провідною складовою програми. Учасники вважали це цікавим і корисним для отримання знань про форми мистецтва, а також покращення своїх навичок спілкування шляхом спільної взаємодії з іншими. Набуття нових творчих здібностей було визнано необхідним, а також збагаченням досвіду, на думку тих, хто брав участь у цій програмі.

Успішність і практичність програми арт-реабілітації у щомісячній допомозі кожній групі інвалідності, а також іншим реабілітаційним закладам показали її результати. Дослідження підтвердило, що це питання вважається перспективним напрямом для наукових досліджень у сферах соціальної роботи, соціальної педагогіки, медицини та психології.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: Закон України від 21.03.1991 № 875. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/875-12>.
2. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Назва Закону із змінами, внесеними згідно із Законом № 2249-VIII від 19. 12. 2017 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2961->.
3. Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні у 2003 р. людей з інвалідністю: Указ Президента України. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>.
4. Про заходи щодо створення сприятливих умов для забезпечення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів: Указ Президента України від 27. 12. 2005 р., № 1845 URL: <https://www.president.gov.ua/documents/18452005-3641>.
5. Про затвердження Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року»: Постанова Кабінету Міністрів України від 01.08.12, № 706. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/245458895>
6. Про затвердження «Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда»: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 р., № 757 URL: [search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/KP070757.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP070757.html).
7. Авраменко М. Професійна реабілітація як механізм соціальної інтеграції інвалідів. Соціальний захист. 2005. № 3. С. 31–32.
8. Батищева Г. О. Музикотерапія як метод психокорекції. Профілактика і терапія засобами мистецтва: науково-методичний посібник / Під заг. ред. О. І. Пилипенка. К.: А.Л.Д., 1996. 231 с.
9. Бойко А. М. Соціальна робота. К.: Вид. дім «Києво-Могилянська Академія», 2004. 224 с.
10. Бондаренко Л. Виховання в учнів культури почуттів засобами поезії: (на матеріалі збірки Івана Франка “Зів’яле листя”). Вісник Таврійської

фундації (Осередку вивчення української діаспори): літературно-науковий збірник: Вип. 12. Херсон: Просвіта, 2016. С. 26-32.

11. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями. К. : ЦНЛ, 2011. 264 с.
12. Власюк М. Арт-терапія – лікування мистецтвом URL: [osvita.ua/school/method/teacher/2624/](http://osvita.ua/school/method/teacher/2624/).
13. Вознесенська О. Л. Арт-терапія як засіб психосоціального відновлення особистості. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки: [Зб. наук. праць] / КНУ ім. Тараса Шевченка, 2015. К.: КНУ ім. Тараса Шевченка. № 3 (29). С. 40-47.
14. Давиденко Г. В. Теоретико-методичні засади організації інклюзивного навчання у вищих навчальних закладах Європейського союзу: Дис. докт. пед. наук: 13. 00. 01. Національний авіаційний університет. К.: НАУ, 2015. 467 с.
15. Декларація про права інвалідів (9 грудня 1975 р.). Резолюція 3447 (XXX) Генеральної асамблеї ООН URL: [//search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MU75009R.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MU75009R.html).
16. Етнокультурне виховання учнів засобами декоративно-ужиткового мистецтва в умовах позашкільного навчального закладу: методичний посібник / За редакцією А.В.Корнієнко. Д.: ПП Дрига Т. В., 2016. 236 с.
17. Життєтворчий потенціал реабілітаційної педагогіки: роздуми над проблемою / Ред. кол.: С. О. Новік, Л. І. Немоловська, Г. І. Єрмаков. К.: Довіра, 2002. 308 с.
18. Зверева І. Д. Соціальна робота з дітьми та молоддю (теоретико-методологічні аспекти). Ч. І. Ужгород, 2000. 192 с.
19. Зверева І. Д. Соціальна робота в Україні. К.: ДЦССМ, 2004. 256 с.
20. Зверева І. Д. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями (за матеріалами ООН). Збірник теоретичних та методичних матеріалів для працівників соціальних служб для молоді. К. : Вид-во “А.Л.Д”, 1995. С. 4-13.

21. Іванова І. Б. Організація соціально-педагогічної та психологічної допомоги інвалідам в системі соціальних служб для молоді: Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції: Збірник теоретичних та методичних матеріалів для працівників соціальних служб для молоді. К.: Видавництво «А.Л.Д.», 1995. С.28–33.
22. Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції: Збірник теоретичних та методичних рекомендацій для працівників центрів соціальних служб для молоді. К.: А.Л.Д., 1995. 96 с.
23. Казачкова Л. М. Кіномистецтво як ефективний засіб виховання учнів. Таврійський вісник освіти. 2014. № 2. С. 228–236.
24. Капська А. Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю. К.: УДЦССМ, 2001. 220 с.
25. Коваль П. Арт-терапія – важливий засіб реабілітації. Науковий вісник МНУ ім. В. Сухомлинського. Педагогічні науки. 2017. № 3. С. 183–197.
26. Конвенція ООН про права інвалідів. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 61/106, прийнята на 61 сесії ГА ООН 2006 року. К.: Національна Асамблея інвалідів, 2008. 48 с.
27. Корнєв М. П Соціальна психологія : навчальний посібник. К. : ЦНЛ, 1995. 304 с.
28. Кравченко М. В. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів в Україні URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10kmvziu.pdf><http://academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10kmvziu>.
29. Кравець О. П., Костенко Н. І. Соціальна робота з особами із обмеженими можливостями в системі комплексної реабілітації URL: <http://rv.uu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/09/Naukovyj-zbirnyk-materialiv.pdf>
30. Красномоєць В. А. Інвалідність: відображення соціального явища у теоретичних поняттях у контексті людського розвитку URL: [http://www.nbu.gov.ua/PORTAL/Soc\\_Gum/Vpu/Ekon/2009\\_7/39.pdf](http://www.nbu.gov.ua/PORTAL/Soc_Gum/Vpu/Ekon/2009_7/39.pdf)
31. Любота В. В. Інтегрований театр для молоді з розумовою відсталістю. К.: ІКЦ «Леста», 2002. 48 с.



32. Лукашевич М. П. Соціальна робота (теорія і практика). К.: Каравела, 2011. 368 с.
33. Лукашевич М. П. Теорія і методи соціальної роботи. К.: МАУП, 2003. С. 149–151.
34. Матвієнко В. Я. Соціальні технології: навчальний посібник. К.: Українські пропілеї, 2001. 446 с.
35. Мішуліна М. О. Основні дефініції дослідження осіб з обмеженими фізичними можливостями. Вісник Дніпропетровського ун-ту ім. А. Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія». 2013. № 1 (5). С.79–83.
36. Мостіпан О. Державна політика щодо інвалідів: перспектива та пріоритети. Соціальний захист. 2002. № 11. С. 10.
37. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: підручник: У 2 кн. Кн.1: Соціальна психологія особистості і спілкування. К.: Либідь, 2004. 576 с.
38. Пальчевський С. С. Соціальна педагогіка: навчальний посібник. К.: Кондор, 2005. 560 с.
39. Петрова І. В. Проектування в соціально-культурній сфері. К.: Вид-во КНУКіМ, 2017. 372 с.
40. Пірог Л. А. Сучасний стан інтеграції людей з обмеженими можливостями у суспільство. Вісник Дніпропетровського у-ту. 2012. № 9. С. 135–140.
41. Поляк О. В. Проблеми соціальної реабілітації осіб з обмеженою дієздатністю. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. К.: Університет «Україна», 2004. С. 466-473.
42. Попович Г. М. Соціальна робота в Україні і за рубежом. Ужгород.: УДУ, 2000. 212 с.
43. Про становище осіб з інвалідністю в Україні: Національна доповідь (2013р.). URL: <http://naiu.org.ua/pro-stanovishche-osib-z-invalidnistyu-v-ukrajini/>.
44. Профілактика і терапія засобами мистецтва. К.: А.Л.Д., 1996. 124 с.
45. Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ ст. / В. І. Покась. Ч. 1. К.: ІЗМН, 1998. 320 с.

46. Романенко О. В. Особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.08. Ін-тут СП АПН України. К.: 2003. 18 с.
47. Садова І. І. Арт-терапія як сучасний метод у системі соціальної роботи педагога з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). Збірник наукових праць / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Вип. III. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори 2006, 2012. С. 197-205.
48. Синьов В.М. Психологія розумово відсталої дитини. К.: Знання, 2008. 359 с.
49. Сойко О. В. Роль гри в психолого-педагогічній реабілітації дітей з особливими потребами. Психологія: реальність і перспективи. Зб. наук. пр. РДГУ. 2016. № 6. С. 194–198.
50. Соціальна робота / В. П. Андрущенко, В. П. Бех, М. П. Лукашевич, І.І.Мигович, І. М. Пінчук; Ін-т вищої освіти АПН України; ДЦССМ. Кн. 1: Актуальні проблеми теорії і практики соціальної роботи на межі тисячоліть. К.: УДЦССМ, 2001. 344 с.
51. Соціальна робота / В. П. Андрущенко, В. П. Бех, М. П. Лукашевич, І.І.Мигович, І. М. Пінчук; Ін-т вищої освіти АПН України; ДЦССМ. Кн. 2. К.: УДЦССМ, 2001. 440 с.
52. Соціальна робота в 3-х ч. Ч. 1. Основи соціальної роботи / За ред. Т.Семигіної, І. Григи. К.: Видавничий дім «КМА», 2004. 178 с.
53. Соціальна робота в Україні: навчальний посібник / І.Д. Зверєва, О.В.Беспалько / Ред. І. Д. Зверєвої, Г. М. Лактіонової. К.: ЦНЛ, 2004. 256 с.
54. Соціальна робота з людьми з особливими потребами: метод. реком для тренера / Упор. І. Д. Зверєвої, О. В. Беспалько. К.: Наук. світ, 2002. 186 с.
55. Соціальна робота: технологічний аспект: навчальний посібник / А. Й. Капська, О. В. Беспалько, Р. Х. Вайнола, О. В. Вакуленко, О. Г. Карпенко. К.: ІСРіУ ім. М. Драгоманова, ДЦССМ, 2004. 362 с.
56. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями: науково-методичний посібник для соціальних працівників і соціальних педагогів / За ред. А. Й. Капської. К.: ДЦССМ, 2003. 168 с.

57. Соціально-психологічна робота з дітьми та молоддю з особливими потребами: методичні рекомендації / Н. О. Головка, Л. Є. Данелян, І. С. Довгалюк. К.: Держсоцслужба, 2005. 107 с.
58. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів. Національна асамблея інвалідів України, 2003. 40 с.
59. Сушин М. Бар'єрів на шляху інвалідності стає менше. Соціальний працівник. 2007. № 3. С. 10–12.
60. Технології соціально-педагогічної роботи: навчальний посібник / За заг. ред. Капської А. Й. К.: ІЗМН, 2000. 372 с.
61. Технології соціальної роботи з інвалідами URL: [https://stud.com.ua/48083/sotsiologiya/tehnologiyi\\_sotsialnoyi\\_roboti\\_invalidam](https://stud.com.ua/48083/sotsiologiya/tehnologiyi_sotsialnoyi_roboti_invalidam)
62. Турубарова А. В. Фактори, які впливають на процес соціалізації підлітків з дефектами та порушеннями опорно-рухового апарату //Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України «Проблеми загальної та педагогічної психології» / За ред. С. Д. Максименка. Т. IX, Част. 4. К., 2007. С. 363-370.
63. Тюптя Л. Т. Соціальна робота: теорія і практика: навчальний посібник. К.: Знання, 2008. 574 с.
64. Тюптя Л. Т. Терапія засобами мистецтва у роботі з людьми з особливими потребами. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей VII міжн. наук.-практ. конф. (22. XI. 2007р.). К.: Університет «Україна», 2007. С. 334-335.
65. Черніговець Т. І. Українські народні ігри у фізичній реабілітації дітей з вадами здоров'я. Нова педагогічна думка: науково-методичний журнал. 2007. № 3. С. 45–52.
66. Шахрай В. М. Технології соціальної роботи: навчальний посібник. К.: Центр навчальної літератури, 2006. 464 с.
67. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я. К.: НТІ «Інститут соціальної політики», 2004. 240 с.
68. Шевцов А. Г. Особистісно-орієнтовані освітні технології як системоутворювальний чинник комплексної соціальної реабілітації осіб з

інвалідністю. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі. Вип. 8. Т. І. К.: ЦНЛ, 2006. 323 с.

## ДОДАТКИ

### Питання для бесіди

з метою вивчення обізнаності клієнтів центру з мистецтвом

1. Як ви розумієте поняття «мистецтво» ?
2. Як ви ставитесь до народних традицій і мистецтва ?
3. Як ви розумієте поняття «красиве у природі, в людині, житті ?
4. Які знаєте жанри мистецтва ?
5. Що таке музика ?
6. Яку музику любите слухати ?
7. Яких знаєте композиторів ?
8. Який жанр музики називають «класичним» ?
9. Що таке театральне мистецтво ?
- 10.Що таке танцювальне мистецтво ?
- 11.Що таке поезія ? Які ваші улюблені вірші ?
- 12.Які Ваші улюблені письменники, поети ?
- 13.Що таке кіномистецтво ? Чи є у вас улюблені фільми ?
- 14.Чи подобається грати ігри, які ?
- 15.Чи цікавитесь образотворчим мистецтвом і яких художників знаєте ?
- 16.Чи займаєтесь певним видом художньої діяльності ?

Витяг з Положення

про комунальний заклад «Рівненський обласний центр комплексної реабілітації інвалідів» Рівненської обласної ради

**I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

1. Комунальний заклад «Рівненський обласний центр комплексної реабілітації інвалідів» Рівненської обласної ради (далі – Заклад) – *реабілітаційна установа, цільовим призначенням якої є здійснення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на створення умов для всебічного розвитку осіб з інвалідністю, які досягли повноліття (далі- Особа), засвоєння ними знань, умінь, навичок, досягнення і збереження їхньої максимальної незалежності, фізичних, розумових, соціальних, професійних здібностей з метою максимальної реалізації особистого потенціалу.*

1.1 Це Положення визначає правові та економічні основи організації та діяльності КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ «РІВНЕНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ» РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ (далі – Заклад).

Заклад є об'єктом права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Рівненської області.

Заклад є правонаступником усіх прав та обов'язків Рівненського обласного центру соціальної, медичної, професійної реабілітації інвалідів та інших найбільш незахищених верств населення, створеного розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 4 січня 2003 року № 6 і зареєстрованого 04.01.2003 у Рівненській районній державній адміністрації (свідоцтво №226281), що перейменований в Рівненський обласний центр професійної реабілітації інвалідів на підставі розпорядження голови обласної державної адміністрації від 23 березня 2007 року №121 (свідоцтво №197275), який реорганізовано в комунальний заклад «Рівненський обласний центр комплексної реабілітації інвалідів» Рівненської обласної ради рішенням обласної ради від 11.09.2015р. №1571.

1.2. Власником Закладу є територіальні громади сіл, селищ, міст Рівненської області в особі Рівненської обласної ради (далі – Власник).

1.3. Заклад забезпечує тимчасове перебування Осіб на безоплатній основі.

1.4. Заклад у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, указами Президента України, постановами Верховної Ради України, актами Кабінету Міністрів України, іншими актами законодавства України та цим Положенням.

1.5. Заклад є юридичною особою, має самостійний баланс, розрахунковий та інші рахунки в установах казначейства, печатку зі своєю назвою, а також бланки організаційно-розпорядної документації і штампи, необхідні для організації своєї роботи, кутовий штамп, інші необхідні реквізити. Заклад набуває права юридичної особи з моменту її державної реєстрації в установленому законом порядку.

1.6. Контроль за забезпеченням збереження та ефективністю використання майна Закладу здійснює Власник.

1.7. За своїм правовим статусом Заклад є комунальним закладом та фінансується з обласного бюджету.

1.8. Заклад самостійно відповідає за своїми зобов'язаннями відповідно до чинного законодавства України.

1.9. Заклад не відповідає за зобов'язаннями Власника, а Власник не відповідає за зобов'язаннями Закладу.

1.10. Держава, її органи не несуть відповідальності за зобов'язаннями Закладу. Заклад не відповідає за зобов'язаннями держави, її органів, а також інших підприємств, установ, організацій.

1.11. У межах своєї діяльності, відповідно до Положення Заклад має право укладати від свого імені угоди, виступати позивачем та відповідачем у судах, господарських, адміністративних та третейських судах.

1.12. Найменування Закладу:

- повне: КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «РІВНЕНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ» РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ;



- скорочене: КЗ «РІВНЕНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ».

1.13. Заклад розміщується на території із пристосованими приміщеннями, має всі види комунального благоустрою.

1.14. Юридична адреса: 35320, с. Олександрія, вул. Санаторна, 3, Рівненського району, Рівненської області.

## **II. ЗАВДАННЯ ЗАКЛАДУ**

2.1. Заклад забезпечує:

- виконання норм і положень, визначених Конвенцією ООН про права інвалідів, Законами України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про реабілітацію інвалідів в Україні» та іншими актами законодавства щодо забезпечення прав осіб з інвалідністю на реабілітацію (абілітацію) з метою їхньої подальшої інтеграції у суспільство;
- створення умов для зменшення та подолання фізичних, психічних, інтелектуальних і сенсорних порушень, запобігання таким порушенням, коригування порушень розвитку, формування та розвиток основних соціальних і побутових навичок;
- створення умов для запобігання та недопущення дискримінації Осіб, зокрема шляхом забезпечення розумного пристосування;
- проведення комплексу заходів із соціально-психологічної, фізичної, медичної і трудової реабілітації. реабілітаційні заходи проводяться виключно на підставі індивідуальних планів реабілітації Осіб, складених, зокрема, з метою реалізації індивідуальних програм реабілітації, із залученням до участі в цьому процесі Осіб;
- розвиток навичок автономного проживання осіб з інвалідністю в суспільстві з необхідною підтримкою, формування стереотипів безпечної поведінки, опанування навичок захисту власних прав, інтересів і позитивного сприйняття себе та оточуючих;
- проведення заходів, зокрема з професійної орієнтації та адаптації, опанування особами з інвалідністю трудових навичок;

- оперативне коригування (в разі потреби) індивідуальних програм реабілітації Осіб в частині зміни обсягів, строків і черговості проведення реабілітаційних заходів;
- співпрацю з вітчизняними та закордонними реабілітаційними, освітніми, медичними, науковими підприємствами, установами, організаціями та громадськими об'єднаннями.

2.2. Заклад в разі потреби та в межах фінансових можливостей забезпечує на безоплатній основі транспортним обслуговуванням Осіб, які проходять реабілітацію в Закладі.

2.3. Заклад забезпечує 4-х разовим харчуванням осіб з інвалідністю, які проходять реабілітацію в Закладі.

### **ІІІ. СТРУКТУРА ЗАКЛАДУ**

3.1. Основними структурними підрозділами Закладу є:

- адміністрація;
- відділення соціально-психологічної реабілітації (абілітації) осіб з інвалідністю;
- відділення медичної та фізичної реабілітації;
- відділення трудової реабілітації/працетерапії (трудова майстерні);
- відділення господарського забезпечення Закладу.

3.2. Робота структурних підрозділів Закладу проводиться відповідно до положень про ці підрозділи, що затверджуються директором Закладу.

3.3. З метою своєчасного та ефективного проведення комплексу реабілітаційних заходів для Осіб в Закладі створюється приймальна та реабілітаційна комісії, склад яких і положення про які затверджуються директором Закладу.

3.4. З метою проведення моніторингу стану дотримання прав Осіб в Закладі створюється громадська рада, склад якої та положення про яку затверджуються директором Закладу.

#### IV. УМОВИ ЗАРАХУВАННЯ ДО ЗАКЛАДУ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

4. Направлення та зарахування Осіб до Закладу проводяться відповідно до Порядку надання інвалідам реабілітаційних послуг, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 року № 80 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 11 грудня 2013 року № 921), наказ Міністерства соціальної політики від 28.07.2016р. №825 «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», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28.07.2016 за №112/29251.

4.1. До Установи не зараховуються Особи, стан здоров'я яких унеможливує проведення реабілітаційних заходів, а саме з такими медичними протипоказаннями:

- гострі інфекційні захворювання до закінчення строку ізоляції;
- усі захворювання в гострій стадії та заразній формі;
- часті судомні напади та їх еквіваленти;
- захворювання, що супроводжуються тяжкими порушеннями поведінки, небезпечними для людини та її оточення (за умови несупроводження особи з інвалідністю її батьками або законними представниками).

4.2. Строк реабілітаційного процесу визначається реабілітаційною комісією після проведення відповідного обстеження Особи.

Термін проведення реабілітації 30 днів.

4.3. Учасниками реабілітаційного процесу є Особи та фахівці і працівники, які беруть участь у процесі комплексної реабілітації (медичні сестри, практичний психолог, фахівець із соціальної роботи, лікарі, майстри виробничого навчання, та інші спеціалісти).

4.4. Реабілітаційний процес спрямовується на:

- формування та розвиток в особі з інвалідністю основних соціальних навичок (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування тощо), пристосування побутових умов до їхніх потреб, соціально-побутове

влаштування та обслуговування, педагогічну корекцію з метою вироблення та підтримання навичок самостійного (автономного) проживання, стереотипів безпечної поведінки;

- опанування навичок захисту своїх прав та інтересів, самоаналізу і позитивного сприйняття себе та оточуючих, навичок спілкування, забезпечення самостійного проживання у суспільстві з необхідною підтримкою;
- надання особам з інвалідністю своєчасної та ефективної корекційної, соціальної, психологічної допомоги та організацію реабілітаційного процесу відповідно до особливостей їх психофізичного розвитку.

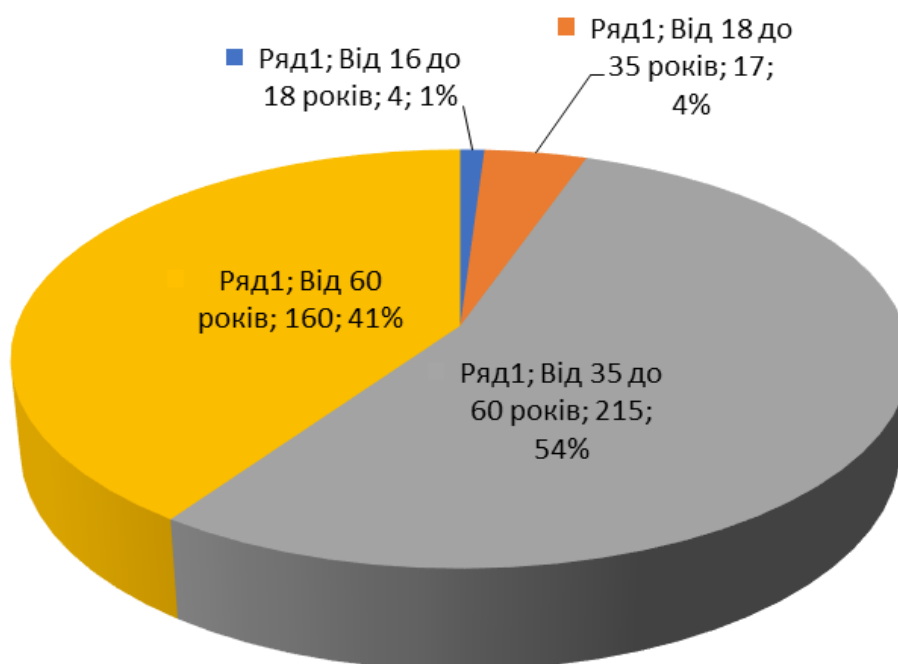
4.5. Розклад, черговість і тривалість індивідуальних і групових занять визначаються реабілітаційною комісією.

4.6. Закладом визначається та затверджується кількість осіб з інвалідністю, які можуть пройти комплексну реабілітацію, наповнюваність яких становить до 50 осіб з інвалідністю

Чисельність інвалідів які отримали послуги реабілітації за віком за період з 2020 – 2023 роки.

Вікові категорії	2020	2021	2022	2023
Від 16 до 18 років	0	0	0	4
Від 18 до 35 років	18	80	57	17
Від 35 до 60 років	15	116	168	215
Від 60 років	1	87	141	160
<b>Всього</b>	<b>34</b>	<b>283</b>	<b>366</b>	<b>396</b>

Чисельність осіб з інвалідністю, що скористалися послугами реабілітації за 2018 рік у %, за віком

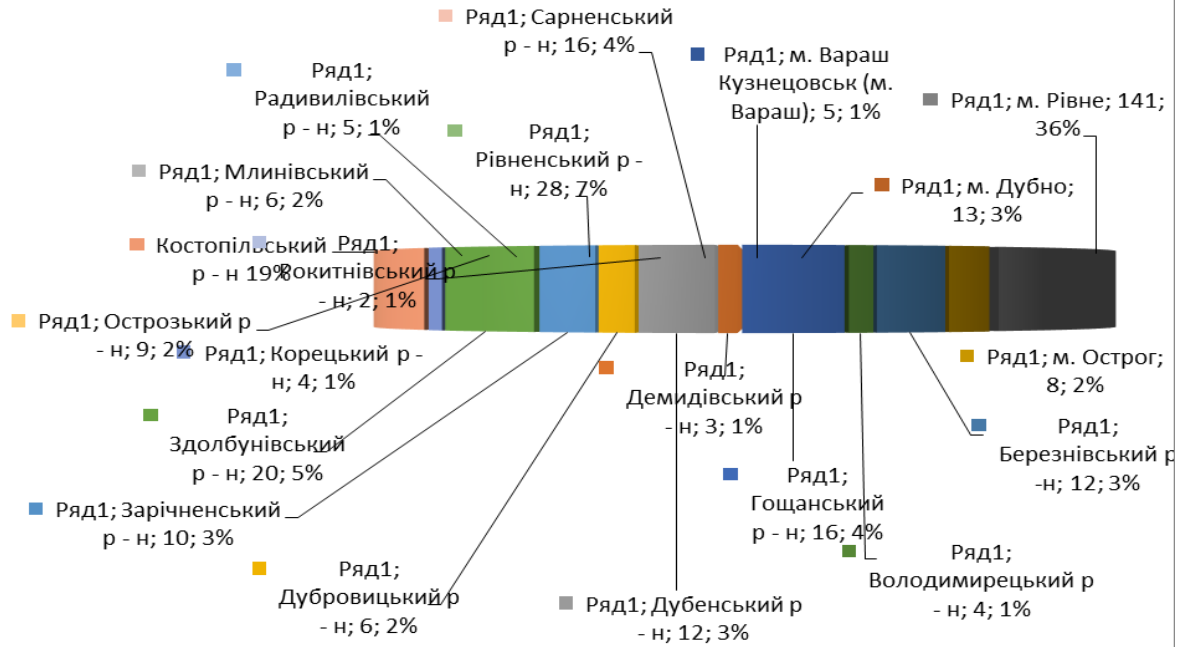


## Додаток Г

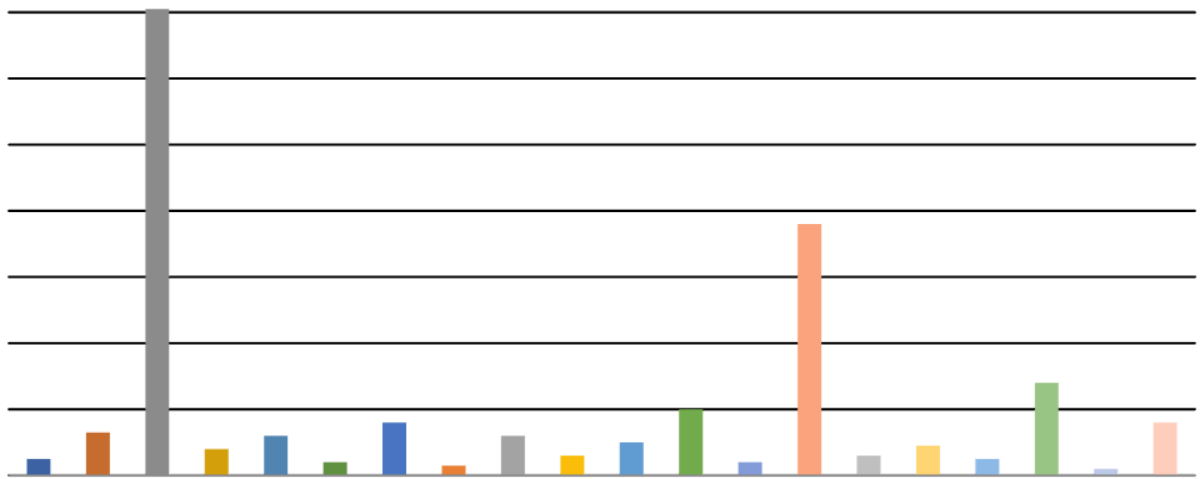
Порівняльна таблиця кількості осіб з інвалідністю,  
які скористалися послугами КЗ РОЦКРІ за 2020-2023 роки по регіонах

№ з/п	Назва адміністративно-територіальних одиниць	2020	2021	2022	2023
		Чол.	Чол.	Чол.	Чол.
1	м. Вараш Кузнецовськ (м. Вараш)	0	0	3	5
2	м. Дубно	2	28	27	13
3	м. Рівне	11	87	135	141
4	м. Острог	0	6	8	8
6	Березнівський р - н	1	12	10	12
7	Володимирецький р – н	1	3	5	4
8	Гощанський р – н	2	13	13	16
9	Демидівський р – н	0	5	4	3
10	Дубенський р – н	0	11	8	12
11	Дубровицький р – н	0	3	5	6
12	Зарічненський р – н	2	1	8	10
13	Здолбунівський р – н	3	23	20	20
14	Корецький р – н	1	5	4	4
15	Костопільський р – н	0	21	55	76
16	Млинівський р – н	0	6	3	6
17	Острозький р – н	1	8	10	9
18	Радивилівський р – н	1	7	3	5
19	Рівненський р – н	7	24	26	28
20	Рокитнівський р – н	0	2	4	2
21	Сарненський р – н	2	18	14	16
	ВСЬОГО	34	283	365	396

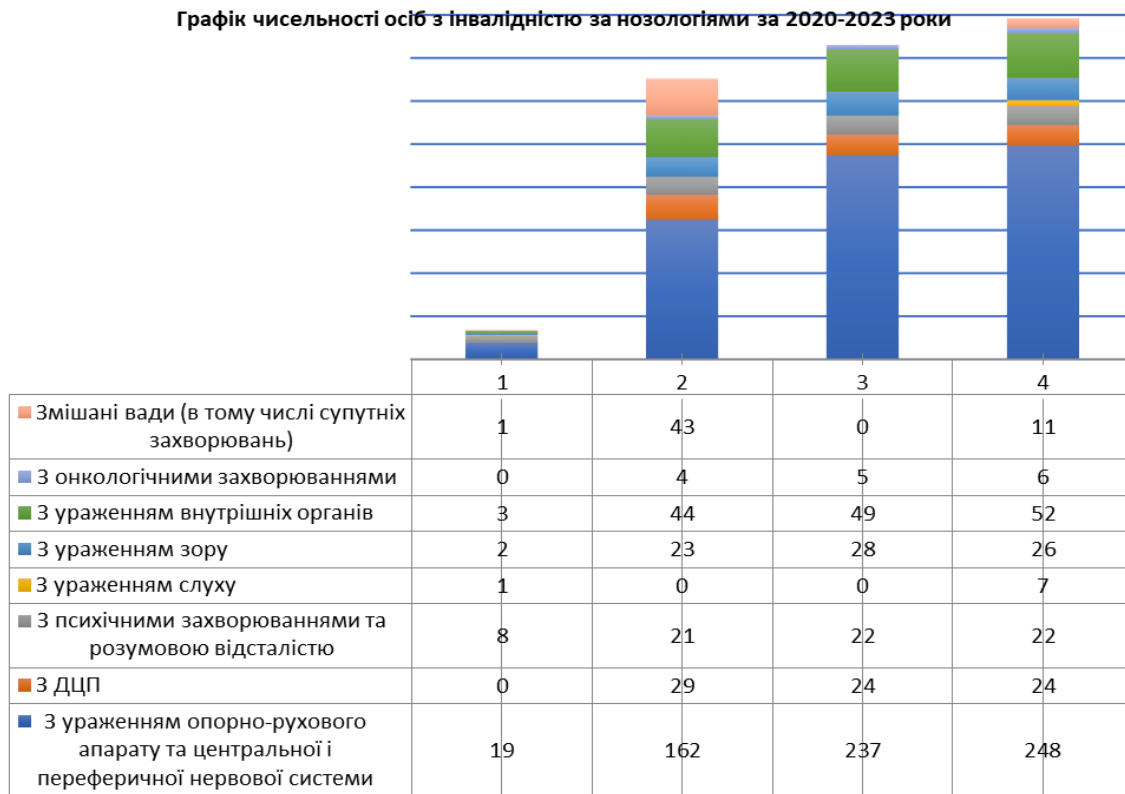
Діаграма кількість осіб з інвалідністю, що пройшли курс реабілітації, по регіонах 2018 рік



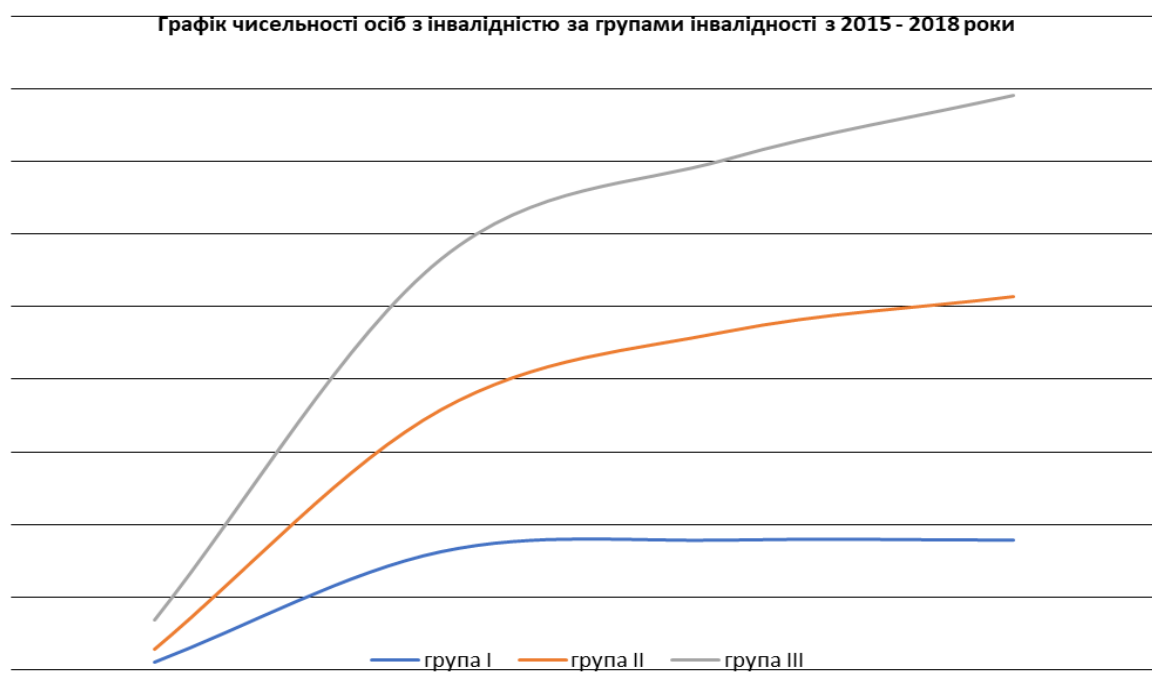
Кількість осіб що пройшли курс реабілітації, по регіонах 2020 рік



Графік чисельності осіб з інвалідністю за нозологіями за 2020-2023 роки



Графік чисельності осіб з інвалідністю за групами інвалідності з 2015 - 2018 роки





Сценарій свята осені

Свято проходить на території центру. Оформлені осінні торгові столи. На кожному з них – осінні композиції, виготовлені підопічними центру.

**Ведуча.** Добрий день, дорогі друзі! І він дійсно видався напрочуд добрим: подивіться навколо — і ви замилуєтесь дивовижною красою матінки-природи. Дерева ледь торкнула вереснева позолота. Легенький вітерець несе срібні ниточки павутиння. Повітря напоєне незрівняними пахощами айстр, чорнобривців, жоржин... Сонце уже не таке спекотне, як влітку: воно лиш лагідно торкається обличчя, ласкавою посмішкою осяває будинки, дороги, краєвиди, вже не так рано виринає з-за неозорого обрію і чомусь квапливо поспішає увечері спати. Та зараз небо, ясне та яскраве, радіє сьогодні.

Ви чуєте? Це тихі кроки господині — осені, яка вже при йшла на зміну теплому літу. Прислухайтеся: вона вже тут. Звучить музика осені Вівальді..

На сцену виходить Осінь.

Осінь.

Добрий день, мої шановні

Діти, пані та панове.

Нині знов із вами я.

Осінь — ось моє ім'я.

Восени земля прекрасна.

Як завжди, прийшла я вчасно

І у села й у міста —

Всюди осінь золота.

Лист торкну — і диво стане:

Помаранчевим, багряним,

Ясно-жовтим стане ліс.

Як не віриш, — подивись!

Осінь змахує рукою, на сцену вибігає танцювальний гурт, виконує

«Танець осінніх листочків».

Ведуча.  
Ні, це, друзі, нам не сниться:  
Справді, осінь-чарівниця завітала у гаї  
І творить дива свої.  
Ось червоне та іскристе  
На калині вже намисто,  
Є у осені талан Ранком розливають туман,  
Білий, молоко немов.  
Осінь вся у праці знов:  
Журавлі курличуть: певно,  
Птах вона збирає в путь.  
І, звичайно, недаремно Осінь щедрою зовуть.  
Осінь.  
Це приємно. Я це знаю.  
Щедрість — заповідь моя.  
Познайомтесь з урожаєм:  
Він усюди там, де я.  
Особливо цього року  
Він в нас — парубок нівроку.  
Я покличу урожай: Гей-но, брате, завітай!  
На сцену виходить Урожай.  
Урожай  
Ось і я! Привіт, громадо!  
(Звертається до Осені.)  
тобі я, сестро, радий!  
Осінь — це моя пора.  
І приємно показати  
І дорослим, і малятам:  
Я вродився «на ура».  
Теплий день, і небо синє.

І доречне свято нині,  
Хай лунають жарти, сміх!

А земля тепер спочине.

Я на ярмарок осінній

Вас запрошую усіх!

Танець кумоньки.

Усі гості свята підходять до столів, де розташувався овочевий ярмарок. За столами стоять продавці. Гостей зустрічають господині.

1-ша господиня

Наші гості довгожданні!

Щиро, щиро просим вас!

Ярмарок удався славний,

Все чудово, все гаразд:

Фрукти, овочі нівроку,

Ми зібрали залюбки.

Всі вони милують око,

Урожаю завдяки.

2-га господиня

Осінь! Ти — пора чудесна,

Ці усі смачні плоди

У дарунок нам принесла.

А погляньте-но сюди:

Цим духмяним короваєм

Із нового урожаю

Вас дозвольте привітати,

Побажати щастя й миру

І слова подяки щирі

Від душі гостям сказати.

Вклоняючись, подає Осені на рушнику коровай.

Осінь

Й вам спасибі, господарки,  
Що мене не підвели,  
Що вставали рано-зранку,  
Працьовитими були.  
І пололи, й поливали,  
Доглядали сад, поля.  
Про врожай свій ви подбали —  
І віддячила земля.

3-тя господиня

Довелося потрудитись,  
Щоби нині не зганьбитись.  
Зараз — час відпочивать,  
А тепер нам треба, звісно,  
Для гостей веселу пісню  
Та душевну заспівать.  
Господині виконують пісню на мотив частівок.

Господині (разом)

Ярмарок зібрав учасно  
Весь шляхетний, добрий люд.  
І погода розпрекрасна,  
Ех, настрій також напрочуд.  
Свята ми усі чекали,  
Гляньте на дари оці:  
Гарний урожай зібрали  
Ех, і картоплю, й гарбузці.  
Уродилася пшениця,  
Жито, просо та овес.  
Будуть гарні паляниці  
Буде ситий рід увесь.

Всім бажаємо здоров'я,  
Зичим щастя повсякчас.  
Господарочки чудові  
Ех, на Рівненщині в нас!  
1-ша господиня  
То ж проходите, подивіться,  
Все сподобається вам.  
Продавці тут, як годиться,  
Вихваляють різний крам.  
А від краму, що й казати,—  
Погляду не відірвати  
І не відвести очей  
Від плодів та овочей.  
Гості проходжуються повз столів, продавці закликають їх до свого товару.  
1-й продавець  
Гарні яблука червоні,  
В Геркулесову долоню,  
Ніби з сонця промінців,  
Дожидають покупців.  
Ранньою рососою вмиті,  
В них ще чути подих літа.  
Покуштуй лишень, і знай:  
На землі буває рай.  
І солодкі, і духмяні,  
І такі вони рум'яні,  
Мов соромляться чогось.  
Подивіться, вони ось!

Ведуча. Справді, яблука просто дивовижні. Вони сповнені і життєдайної вологи червневих дощів, і щедрого тепла липневого сонця, овіяні привітним вітерцем трударя-серпня. Завдяки дбайливим рукам садівника, що вклав у них

маленьку часточку своєї доброї душі та, звісно, (звертається до Осені та Урожаю) вам, наші шановні, маємо такі незрівнянні фрукти.

2-й продавець

А у мене є квасоля!

Буде борщ пісний, розсольник,

І повірте ви мені:

З нею пироги смачні.

Біла, жовта і ряба,

Є і спаржева, й проста.

Люде! Мимо ви не йдіть,

А квасолі прикупіть!

Крупна, бачите, яка?

В ній багато є білка.

Хочеш сильні м'язи мати?

То квасолю слід вживати!

1 – ша господиня. А ви знаєте, цей продавець дійсно має рацію. Плоди квасолі містять надзвичайно багато корисних речовин, зокрема до 30 відсотків білка. Ось у Латинській Америці квасоля є найуживанішою культурою. З неї там готують дуже багато страв. Нам, українцям, також не слід обходити цю знайому віддавна культуру.

3-й продавець

Не квасоля і не біб,

А картопля — «другий хліб».

З неї можна, так сказати,

Безліч страв приготувати.

З цього висновок простий:

Без картоплі стіл пустий.

То ж підходимо, купуєм!

Бо картопля всім смакує.

**2-га господиня.** Так, без картоплі, дійсно, не обійдешся ніяк, ні в будні, ні в свято. Навіть не віриться, що колись на Русі й гадки не мали про існування цієї королеви всіх овочів. Лише три століття тому вона була завезена до нас.

**3-тя господиня:** Про картоплю люди навіть легенди склали. Ось, наприклад, одна із них.

Російський цар Петро I, що славився прогресивністю поглядів, побувавши в Європі, скуштував смачні бульби картоплі і завіз досі незнайомі бульби до Російської імперії. Цар наказав своїм підлеглим панам вирощувати і споживати екзотичний овоч. Та царські підлабузники не знали, яку саме частину рослини слід їсти.

І ось один такий примхливий пан, коли його картопля відцвіла та на кущиках з'явилися зелені кульки-ягоди, наказав своїм кріпакам саме їх зібрати та подати до столу.

Розлютився пан, спробувавши таку «страву», затупотів ногами і наказав негайно викинути геть всі рослини, разом із корінням. Слуги виконали наказ пана та вивезли всю картоплю у ярк. А тими місцями йшов бідний селянин та угледів незвичайні бульби. Набрив чоловік їх у торбину, приніс додому та й показав своїй дружині. Жінка, не довго думаючи, почистила дивовижні коренеплоди та й стала смажити на сковорідці. Від тієї страви поширились смачні та приємні пахощі. А тут якраз пан проїжджав повз хатину того бідняка. Почув він запах смаженої картопельки, зупинився, та й питає, що ж то за страва така у хлопа, що так чудово пахне. «Та то, вельмишановний пане, ті земляні яблука, які ваші служники геть викинули»,— відповів селянин. Відтоді картопля стала шанованою культурою на столах і у бідних, і у багатих.

**Ведуча.** Цікаву легенду ти розповіла нам, кумонько. А картопля, справді, потребує дбайливих рук своїх господарів, інакше доброго врожаю не бачити. Це і прополка, і обгортання, і, звичайно, боротьба з численними шкідниками, серед яких лідерство належить, безумовно, колорадському жуку.

**Урожай.** Так, приходиться поборотись за мене з ними. А чи знаєте ви, що ще років сорок тому такого шкідника, як колорадський жук, в Україні та й

взагалі у Європі, не існувало? А завезений він був випадково з Америки, зі своєї батьківщини — штату Колорадо, десь півстоліття тому. Тому жук і отримав назву — колорадський. Відомо, що ще зовсім недавно його не було і в Азії. А зараз шкідливий мандрівник перетнув невідомим чином Уральські гори і дістався аж Свердловської області, чим надзвичайно засмутив місцевих городників.

Але прямуймо далі, на щедрому ярмарку ще багато городини, яка заслуговує на увагу.

#### **4-й продавець**

Гей, дівчата-парубки!

Всі купуйте буряки!

Той ніколи не жалкує,

Хто такий товар купує.

Турок бо, а не козак,

Не шанує хто буряк.

Буряки вродились в нас

На салат, на борщ, на квас.

З'їжте зранку бурячок —

І не буде болячок.

Споживай його щоднини —

Шлунок буде, як годинник,

Бо буряк — це овоч гідний.

І «Активій» не потрібно.

**Осінь.** Так, і буряки гарні. Наша національна українська страва, як борщ, неможлива без буряка. Та і користь для травлення від буряків, дійсно, є. Тому буряк незамінний для дієтичного харчування при схильності до хвороб травного тракту.

#### **5-й продавець**

Ось гарбузик симпатичний,

Зовсім, зовсім невеличкий.



Це з усіх, що в нас були,  
 Ми найменший принесли.  
 Гарбузи чудові наші,  
 Буде з нього гарна каша.  
 Хто забув придбать гарбуз?  
 Він розлігся, наче туз.  
 Вранці був ще на городі,  
 Власній радується вроді,  
 В чому сумніву не має,  
 Та на покупця чекає.

**Ведуча.** Гарбуз — не тільки смачний та поживний овоч. З ним в Україні пов'язано багато народних традицій, обрядів.

**1-ша господиня.** А знаю, знаю! Чудовий обряд з гарбузом при сватанні: коли парубок, що прийшов зі старостами просити дівчину стати його нареченою, був їй не любим, то і отримував замість вишитого сватального рушника ось такий пузатий гарбузик! Ото була ганьба для парубка!

**2-га господиня.:** Ну зате хоч каші гарбузової хлопець міг поїсти вдосталь! Однак, які гарні кавуни он продаються!

### **6-й продавець**

А ось смачні кавуни,  
 Мов справжнісінькі пани.  
 І смугасті, і чудові!  
 А ось дині є медові!  
 Закликаю господинь:  
 Парочку придбайте динь!  
 Вас, шановні, запевняю:  
 Краще ласощів немає!  
 А корисні — надзвичайно!  
 Так купуйте їх негайно!

**Ведучий.** Можливо, не всі знають, що батьківщиною кавуна є Африка. Там і понині зростають близько десяти видів кавунів, серед них не тільки однорічні, а й багаторічні рослини. А плід кавуна — ягода, хоч і надзвичайного розміру.

**3-тя господиня.** А я ось надаю перевагу не солодошам, а гострим стравам. На колір та смак товариш не всяк. Дуже люблю, щоб у страві і цибуля була, й часничок. Ось, до речі, і вони.

### **7-й продавець**

Ти здоровим бути звик?  
То цибулю та часник,  
Щоб зимою не хворіти,  
Неодмінно слід купити.  
Ех, цибулька прехороша,  
В будь-які приправи гожа.  
В мене різні є сорти.  
Чоловіче, підійди!

Чоловіче, підійди!  
Золотиста, традиційна,  
А іще є «кримська», синя.  
Вітамінів безліч має,  
Всіх мікробів проганяє.

### **Урожай**

Ех, і ярмарок багатий!  
Я оглянув залюбки  
Моркву, ріпу і томати,  
Баклажани, кабачки.  
Перці різні та капуста,  
І звичайна, і цвітна.  
В погрібах не буде пусто.  
Що не овоч — дивина!

Та і фрукти уродили:  
Груші, яблука та сливи,  
І, звичайно, виноград.  
Знайдеш тут усе підряд.

### **Осінь**

Хай же в цей прекрасний час  
Мелодійна пісня лине,  
Хай моя пора осіння  
Не засмутить, друзі, вас!

**Звучить музика пісні «Куди йде дитинство». Всі учасники свята співають,  
Осінь танцює. Всі учасники свята (разом)**

Звідкіль приходить осінь?

З невіданих країв.  
Приносить срібні роси  
І золото гаїв.  
Вона прийде, я знаю  
У вересневий час.  
І щедрим урожаєм  
Порадує всіх нас.

### **Приспів:**

Між зимою й літом  
Чародійка-осінь йде,  
Пофарбує віти в золоте,  
Відзначають в центрі  
І дорослі, і малі  
Щедрої свята осені.  
Звідкіль приходить осінь?  
Чому це вітер стих?  
І неба чиста просинь.

І журавлиний крик

В безкрайній простір лине,

І чуть його здалля.

Нехай тепер спочине

Натруджена земля. Приспів.