# Міністерство освіти України

# Національний педагогічний університет ім. М.П. Драгоманова

# Курсова робота на тему:

# “Соціально-педагогічна реабілітація дітей-інвалідів як умова їх адаптації”

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Студентки 23 СП групи соціально-гуманітарного факультету***  ***Рубан Л.А.*** |
| Київ - 2001 | |

ЗМІСТ

**ВСТУП 3-5**

**РОЗДІЛ I СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ 6-15**

**1.1 ІСТОРИЧНИЙ РОЗВИТОК СУСПІЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ 6-9**

**1.1.1 Монастирський етап (Х - середина ХVIII ст.) 6**

**1.1.2 Медичний етап (XVIII - XIX ст.) 7**

**1.1.3 Лікувально-педагогічний етап (XX ст.) 8**

**1.1.4 Сучасний етап – від ізоляції до інтеграції. 8**

**1.2 СУТНІСТЬ ТА ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ 9-15**

**1.2.1 Проблеми реабілітації на макрорівні 11**

**1.2.2 Соціальні проблеми мезорівня 14**

**1.2.3 Соціальні проблеми мікрорівня 15**

**РОЗДІЛ II ШЛЯХИ ТА ЗАСОБИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ 16-29**

**2.1 ЗАКОНОДАВЧІ АКТИ ЯК НЕОБХІДНА УМОВА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ 16-17**

**2.2 ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ СОЦІАЛЬНОГО ПЕДАГОГА. 17-20**

* 1. **СИСТЕМА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ – ВІД ІЗОЛЯЦІЇ ДО**

**ІНТЕГРАЦІЇ. 20-24**

* 1. **СІМ’Я ТА ЇЇ ОТОЧЕННЯ ЯК ОСНОВА СОЦІАЛЬНОЇ**

**РЕАБІЛІТАЦІЇ ДИТИНИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ 24-29**

**ВИСНОВКИ 30-31**

**ЛІТЕРАТУРА 32**

**ДОДАНКИ 34**

**Конвенція ООН про права дитини від 20 листопада 1989 р. (витяг)**

**Декларація о правах інвалідів від 9 грудня 1971 р. (витяг)**

**Закон України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”**

**(витяг)**

З психологічної точки зору фізична вада викликає порушення соціальних норм поведінки. Рішучо усі психологічні особливості дефективної дитини мають в основі не біологічне, а соціальне явище.

Л.С. Виготський

# Вступ

На теперішній час процес соціалізації є предметом дослідження фахівців багатьох галузей наукового знання. Психологи, філософи, соціологи, педагоги, соціальні психологи розкривають різні аспекти цього процесу, досліджують механізми, етапи та стадії, фактори соціалізації.

Однак проблеми соціалізації інвалідів, особливо дітей-інвалідів, у вітчизняній літературі ще не є предметом спеціального дослідження. Хоч проблема соціалізації дітей, підлітків та дорослих з порушеннями психічного та фізичного розвитку дуже актуальна і в теоретичному, і в практичному відношенні.

Сьогодні у літературі ми зустрічаємо таке визначення інвалідності: “Інвалід – це особа, яка має порушення здоров’я зі стійкими розладами функцій організму, обумовлене захворюванням внаслідок травм чи дефектів, що призводять до обмеженої життєдіяльності та викликають необхідність його соціального захисту.”

Інваліди є в усіх країнах та в усіх ланках суспільства. В різних країнах як причини, так і наслідки інвалідності неоднакові. Це обумовлено різними соціально-економічними умовами і залежить від тих кроків, які здійснює держава для підвищення благополуччя своїх громадян.

За даними ООН, у світі числиться приблизно 450 мільйонів людей з порушеннями психічного та фізичного розвитку. Це становить 1/10 частину населення нашої планети. Дані всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ) свідчать, що кількість таких людей у світі досягає 13% (3% дітей народжуються з вадами інтелекту та 10% дітей з іншими психічними та фізичними вадами). Всього в світі близько 200 мільйонів дітей з обмеженими можливостями.

Більше того, у нашій країні, як і в усьому світі, простежується тенденція зростання кількості дітей-інвалідів. За даними Міністерства охорони здоров'я України збільшився рівень чисельності дітей-інвалідів з 146930 у 1997 році до 152210 чоловік у 1998 році, що становить 3.6% приросту за рік.

Найпоширенішими причинами інвалідності є захворювання нервової системи та органів чуття, дитячий церебральний параліч, психічні розлади, вроджені вади розвитку. Третина дітей інвалідів – сільські мешканці, дві третини – міські жителі. Майже 20 відсотків дітей-інвалідів перебувають в державних установах, тобто виховуються поза сім’єю.

Сьогоднішня політика по відношенню до інвалідів – результат її розвитку протягом останніх 200 років. Значною мірою вона відображає загальні умови життя, а також соціальну та економічну політику у різні періоди часу. Однак у відношенні до інвалідів склалося багато специфічних факторів, які впливають на умови їх життя. Неосвіченість, зневага оточуючих, зневіра і жах – ці соціальні фактори ізолювали інвалідів та затримали їх розвиток, про це свідчить історія.

Протягом багатьох років політика у відношенні до інвалідів розвивалася від елементарного догляду у спеціальних закладах до навчання дітей-інвалідів та до реабілітації людей, які стали інвалідами у дорослому віці.

Рівень цивілізованості суспільства багато в чому визначається ставленням цього суспільства до маргінальної групи населення, зокрема до дітей-інвалідів, їхніх сімей тощо. В умовах економічної нестабільності, кризового стану практично всіх складових гуманітарної сфери, початкового етапу правової стабілізації інваліди виявилися найбільш незахищеною категорією населення.

Інвалідів у нашому суспільстві сприймають по-різному: одні до них абсолютно байдужі, інші жалісливі, треті, їх менше, активно допомагають їм. Крім того, існуюче стереотипне уявлення про інтелектуальну і психічну неповноцінність людини із серйозними фізичними вадами прирікає інвалідів на повну ізоляцію: їх не побачиш на підприємствах, у культурних закладах, інформації про ніх дуже мало на сторінках періодики. Значною мірою це обумовлено нашим минулим. Соціальна й інформаційна політика тоталітарної держави ігнорувала проблеми інвалідів, не сприяла повному охопленню системою освіти дітей і дорослих із руховою недостатністю, створенню пристосованої до їхніх можливостей архітектурного середовища.

Інвалідність у дітей означає суттєве обмеження життєдіяльності, вона сприяє соціальній дезадаптації, яка обумовлена порушеннями у розвитку, труднощами у самообслугованні, спілкуванні, придбанні професійних навиків. Засвоєння дітьми-інвалідами соціального досвіду, включення їх в існуючу систему суспільних відношень потребує від суспільства певних додаткових заходів, засобів та зусиль (це можуть бути спеціальні програми, центри по реабілітації, учбові заклади тощо). Розробка цих заходів повинна базуватися на знанні закономірностей, задач, сутності процесу соціалізації.

Метою даної роботи є аналіз основної літератури з питань соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, а також дослідження сучасних проблем, що існують в системі соціально-педагогічної реабілітаціі дітей-інвалідів, та шляхів їх вирішення на Україні.

# Соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями

## Історичний розвиток суспільної допомоги дітям з особливими потребами

Дослідження історичного аспекту соціальної реабілітації дає змогу правильно оцінити значення кожного етапу для подальшого розвитку теорії соціальної реабілітації, узагальнити сучасну практику і виявити причини сучасного стану цієї галузі педагогічної науки. Таке дослідження сприяє попередженню спроб поспішного, науково необгрунтованого розв’язання складних соціально-педагогічних проблем в умовах будівництва демократичного суспільства.

Упродовж розвитку людського суспільства так чи інакше поставало питання про вироблення форм громадської опіки, лікування, а пізніше й навчання дітей з обмеженими психофізичними можливостями. Обсяг такої допомоги залежав від багатьох факторів, передусім стану розвитку економіки, виробничих сил суспільства і характеру виробничих відносин, визначався політичним, моральним, релігійним світоглядом, станом розвитку науки, охорони здоров’я культури, освіти.

В історії розвитку соціальної допомоги особам з відхиленнями розвитку можна виділити чотири основні етапи: монастирський, медичний, лікувально-педагогічний та етап інтеграції у суспільство.

### Монастирський етап (Х - середина ХVIII ст.)

Історія опікунства дітей з вадами психічного чи фізичного розвитку в Україні сягає давніх часів. Перші офіційні документи про опіку датуються X ст., коли князь Київський Володимир Святославович указом від 996 р. зобов’язав церкву дбати про таких осіб. Є докази, що в Києво-Печерській лаврі вже в першій половині XI ст. відкрився притулок для дітей, у якому окрім сиріт, хворих та убогих, перебували й так звані калічні діти (глухі, сліпі, недоумкуваті). На утримання закладів громадської опіки передбачалася частина коштів від княжих прибутків, яка передавалася монастирам. В історії дефектології (О. Д’ячков, М. Ярмаченко, Х. Замський) наводяться факти про те, що в X-XII ст. у Київській Русі організовувалися заклади, де не лише опікали неповноцінних дітей, але й навчали їх елементам грамоти, живопису, співу та різних ремесел.

З прийняттям християнства в Київській Русі було запроваджено закони з Візантії, які увійшли до складу громадських Кормчих книг. Стосувалися вони становища “сліпих, глухонімих, божевільних та нестямних” у сім’ї, охорони їхнього майна та інших громадських прав, відповідальності перед кримінальним законом.

Таким чином, вже за часів Київської Русі виявлялися милосердя й гуманізм щодо убогих та калічних і мали певне відображення в офіційних законах. На основі нормативних актів і системи суспільного піклування, здійснюваного головним чином монастирями, формувалося суспільне ставлення до осіб з вадами психофізичного розвитку.

В епоху XV-XVII ст. в Україні значного поширення набували “богадільні-шпиталі”, які визнавалися за специфічні форми допомоги хворим та інвалідам. Призначення богаділен не було чітко вираженим. До них приймалися каліки, безумні дорослі й діти, непрацездатні та інші особи, котрі внаслідок певних обставин жили за рахунок суспільства. Проте вже існуючі форми опіки дітей і підлітків були недостатніми. Їхня діяльність обмежувалася лише тим, що до цих осіб ставилися досить терпимо.

### Медичний етап (XVIII - XIX ст.)

У XVIII ст. відбулися окремі позитивні зміни в економічному та культурному перетворенні Росії, розвитку науки і освіти. Швидкими темпами розвивалися педагогіка, медицина, зокрема психіатрія. Активізувалася й діяльність держави в питаннях виховання обездолених та калічних дітей. У цей період розроблялися заходи приватного порядку щодо влаштування богаділень, відкриття спеціальних виховних будинків для безумних. Вироблялися форми їх опіки, вживалися заходи загального характеру. Це можна вважати першими серйозними кроками у створенні системи громадської опіки.

Медичний етап характеризувався активізацією діяльності земських лікарів-психіатрів; організацією для розумово відсталих осіб при психіатричних лікарнях спеціальних дитячих відділень. На цьому етапі було зроблено перші кроки до вивчення потреби у спеціальному навчанні й вихованні осіб з вадами у розумовому розвитку. Допомога недоумкуватим стає не лише виявом милосердя, гуманності, але й соціальною потребою, засобом полегшення долі батьків.

### Лікувально-педагогічний етап (XX ст.)

На цьому етапі було властиве прагнення до вивчення причин природи дефективного розвитку з метою раціональної організації лікувально-виховної роботи з такими дітьми.

Під впливом енергійної діяльності педагогів-ентузіастів, лікарів і громадських діячів освіти П.О. Бутковського, І.О. Сікорського, М.Д. Аленич, Ф.І. Ширяєва та ін. формується думка про можливість і необхідність спеціального виховання та навчання розумово відсталих дітей. На початку XX ст. для таких дітей почали відкривати лікувально-виховні школи і допоміжні класи. Проте через пасивність і байдужість чиновників із Міністерства освіти ця форма педагогічної допомоги дітям з вадами інтелекту не набула свого подальшого розвитку.

У радянський період в Україні, як і в Росії, здійснюється диференціація системи фахової освіти, її структурне удосконалення, перехід від трьох до восьми типів спецшкіл. Вважалося, що в галузі освіти і виховання дітям-інвалідам у СРСР надані усі можливості. Дотепер вони в основному одержують середню освіту лише в інтернатах. Практично ж система шкільної освіти не вважає потрібним враховувати той факт, що перебування у спецінтернаті збільшує ізоляцію дитини від суспільства, що в значній мірі гальмує його психічний розвиток. Програма освіти у спецінтернатах недостатньо готує вихованця до самостійного життя в суспільстві.

### Сучасний етап – від ізоляції до інтеграції.

Інтеграція інвалідів у суспільство в Західній Європі є головною тенденцією сучасного періоду, що базується на їх повній громадянській рівноправністі. Цей етап характеризується в західноєвропейських країнах перебудовою в 80-90-ті роки організаційних основ спеціальної освіти, скороченням кількості спеціальних шкіл і різкого збільшення кількості спеціальних класів у загальноосвітніх школах, перебудовою взаємовідносин масової і спеціальної освіти.

Україна зараз знаходиться на етапі лише переходу від третього до четвертого періоду, у той час як Західна Європа вже більше двох десятиліть переживає цей період і розташовується на його просунутій стадії. Змістом цього періоду є реорганізація взаємодії структур масової і спеціальної освіти й орієнтація останньої на підготовку дітей із відхиленнями в розвитку до життя як повноправних громадян суспільства, якому вони належать.

## Сутність та проблеми соціальної реабілітації дітей-інвалідів

Соціальна реабілітація дитини-інваліда – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв’язків та відносин. Метою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певної соціальної незалежності.

Неодмінною умовою соціальної реабілітації є культурна самоактуалізація особистості, її активна робота над своєю соціальною досконалістю. Якими б сприятливими не були умови реабілітації, її результати залежать від активності самої особистості.

Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями – це складний процес, що потребує переорієнтації, і насамперед – у напрямі розробки методології і методики соціально-педагогічної та психологічної моделі соціальної роботи. Специфіка такого підходу викликає необхідність суттєвих змін у ставленні до дітей-інвалідів, які потребують не тільки матеріальної, фінансової, гуманітарної підтримки і заходів реабілітації (медичної, професійної, соціально-побутової), а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, моральному і духовному самовдосконаленні.

Сутність соціально-педагогічної реабілітації полягає у створенні таких умов для саморозвитку людини, в результаті яких виробляється активна життєва позиція особистості.

Цілісний, системний підхід дозволяє сформулювати багаторівневу структуру проблем соціальної реабілітації та допомоги. Згідно з цим необхідно вирішувати:

* проблеми дитини: підтримка фізичного здоров’я, формування особистості, забезпечення емоційної підтримки, навчання, задоволення соціальних потреб;
* проблеми сім’ї: забезпечення фінансової підтримки, житлові умови, навички догляду та навчання дитини, вирішення емоційних проблем, подолання соціальної ізоляції;
* проблеми професіоналів: медики (профілактика та підтримка здоров’я), педагоги та психологи (розробка та впровадження спеціальних методів освіти та виховання дітей та батьків), соціальні працівники (забезпечення допомоги, інформування про ресурси, сімейна та групова робота, захист інтересів дітей та сім΄ї, інтеграція зусиль професіоналів), інженери та виробники (розробка та виготовлення спеціальних засобів для підтримки ефективної життєдіяльності та навчання дітей, створення спеціальних робочих місць), юристи, представники законодавчої та виконавчої влади (створення та впровадження відповідної системи захисту прав та обов’язків інвалідів та їх сімей);
* проблема суспільства – зміна ставлення до інвалідів та сімей з дітьми-інвалідами;
* проблеми фізичного середовища: зменшення впливів, що зашкоджують здоров’ю та життєдіяльності людини, створення дружнього для інвалідів простору.

Процес соціалізації – це процес взаємодії особистості та суспільства. Людина є і об’єктом (тому що випробовує на собі вплив з боку суспільства, різних соціальних інститутів тощо), і суб’єктом (тому що вона ставить перед собою певну мету та обирає засоби для її досягнення) процесу соціалізації.

Але людина може стати і жертвою цього процесу. Види жертв несприятливих умов соціалізації численні. Це пов’язано з тим, що процес соціалізації здійснюється під дією різних факторів, вплив яких на людину не однозначний, підчас протирічливий, таким чином, можно говорити о наявності різних видів жертв соціалізації. Реальні жертви несприятливих умов соціалізації – діти-інваліди.

Оцінка людей по їх зовнішньому вигляду та по розумових здібностях характерна для нашого способу життя. Всі люди, які так чи інакше відрізняються від нас, викликають у нас особливе і не завжди доброзичливе відношення.

Знання фізичного чи психічного стану індивіда не можна відривати від розуміння його індивідуальності.

Спосіб класифікації людей з обмеженими можливостями і слова, які використовують при описі таких людей, відображають та визначають стан нашого розуму. Практика та структура призначених для них закладів, упроваджуючись у нашу свідомість, створюють відповідний настрій.

Чому ж інваліди відносяться до жертв несприятливих умов соціалізації? Які проблеми виникають у процесі соціалізації дітей-інвалідів?

Перш за все, це соціальні проблеми: недостатні форми соціальної підтримки, недоступність охорони здоров’я освіти, культури, побутового обслуговання, відсутність належного архітектурного середовища тощо.

Усі перелічені проблеми можна розділити на три рівні:

* проблеми макрорівня – в межах держави;
* проблеми мезорівня – наявність регіональних умов;
* проблеми мікрорівня – в сім’ї та її найближчому оточенні.

Соціально-педагогічна реабілітація дітей, що мають вади психофізичного розвитку, у повній мірі можлива лише за умов розв’язання проблем на всіх цих рівнях.

### Проблеми реабілітації на макрорівні

Соціальні проблеми першого порядку – це проблеми, які торкаються суспільства в цілому. Цей комплекс проблем вирішується зусиллями всього суспільства та державою, спрямованими на створення рівних можливостей для всіх дітей. Одна з найбільш суттєвих проблем цього порядку є відношення суспільства та держави до людей з відхиленням у розвитку. Це відношення проявляється у різних аспектах: у створенні системи освіти, навчання, у створенні архітектурного середовища, доступної системи охорони здоров’я тощо.

Активізація спеціальної політики в напрямку її гуманізації та демократизації, відродження духовності й національної самосвідомості, швидкий розвиток техніки і технології, інтелектуалізація праці, - все це потребує створення для осіб з психічними та фізичними вадами таких умов, за яких вони могли б успішно реалізувати свої загальнолюдські права, стати корисними громадянами своєї держави, освіченість і соціальний статус яких задовольнятиме потреби суспільства.

Однією з важливих соціально-педагогічних проблем є розвиток та удосконалення системи спеціальної освіти. Існуюча в Україні система спеціальної освіти на сучасному етапі не повною мірою забезпечує рівність прав на освіту тих осіб, можливості яких одержати її обмежені їхніми вадами, станом здоров’я або конкретними соціальними умовами, не завжди відповідає їхнім запитам, особистим і суспільним інтересам.

Соціальна політика в Україні, яка зорієнтована на інвалідів, дорослих і дітей, будується сьогодні на основі медичної моделі інвалідності. Виходячи з цього, інвалідність розглядається як хвороба, патологія. Така модель вільно чи невільно послаблює соціальну позицію дитини-інваліда, знижує її соціальну значущість, обособлює від “нормального” дитячого товариства, збільшує її нерівний соціальний статус, прирікає її на признання своєї нерівності, неконкурентоспроможності у порівнянні з іншими дітьми. Медична модель визначає і методику роботи з інвалідом, яка має патерналістський характер та припускає лікування, трудотерапію, створення служб, допомагаючих людині виживати, завважимо – не жити, а саме виживати.

Наслідком орієнтації суспільства та держави на цю модель є ізоляція дитини з обмеженими можливостями від суспільства у спеціалізованому навчальному закладі, розвиток у неї пасивно-утриманських життєвих орієнтацій.

Такий підхід несе в собі дискримінаційну ідею, виявляє відношення суспільства до інвалідів як соціально непотрібній категорії. Традиційний підхід не вичерпує усю повноту проблем тої категорії дітей, про яку йде мова. У ньому яскраво відображений дефіцит бачення соціальної сутності дитини. Проблема інвалідності не обмежується медичним аспектом, вона в найбільшій мірі є соціальною проблемою нерівних можливостей.

Така думка змінює підхід до трияди “дитина – суспільство – держава”. Сутність цієї зміни полягає у наступному:

* головна проблема дитини з обмеженими можливостями полягає у порушенні її зв’язку зі світом, в обмеженій мобільності, недостатності контактів з однолітками та дорослими, в обмеженому спілкуванні з природою, недоступності низки культурних цінностей, а іноді і елементарної освіти. Ця проблема є слідством не тільки суб’єктивного чинника, яким є стан фізичного і психічного здоров’я дитини, але і наслідком соціальної політики та сталої суспільної свідомості, які санкціонують існування недоступного для інваліда архітектурного середовища, громадського транспорту, соціальних служб;
* дитина, яка має інвалідність, може бути такою ж здібною та талановитою, як і її одноліток, який не має проблем зі здоров’ям, але виявити свій талант, розвити його, приносити за допомогою його користь суспільству їй заважає нерівність можливостей;
* дитина – не пасивний об’єкт соціальної допомоги, а людина, яка розвивається, яка має право на задоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні, творчості;
* держава повинна не тільки надати дитині, яка має інвалідність, певні пільги та привілеї, вона повинна піти назустріч її соціальним потребам і створити систему соціальних служб, що дозволяли б згладжувати обмеження, які заважають процесам її соціалізації та індивідуального розвитку.

### Соціальні проблеми мезорівня

Соціальні проблеми іншого порядку пов’язані з регіональними умовами, з наявністю чи відсутністю спецшкіл, спеціальних реабілітаційних центрів, спеціалістів-дефектологів на місцях мешкання сімей, де є дитина-інвалід.

Оскільки спеціальні учбові заклади розташовані по країні нерівномірно, то діти-інваліди часто повинні отримувати освіту та виховання у спеціальних школах-інтернатах. Потрапляючи у таку школу, діти-інваліди ізолюються від сім’ї, від однолітків, які розвиваються нормально, від суспільства в цілому. Аномальні діти наче замикаються в певному соціумі, своєчасно не здобувають належний соціальний досвід. Обособленість спеціальних освітніх закладів не може не відбитися на розвитку особистості дитини, на її готовності до самостійного життя.

Традиціоналізм, характерний для учбових закладів, як правило, проявляється в орієнтації на звичні для інвалідів професії: слюсар, столяр, швачка тощо, хоча вони порою далекі від їх реальних можливостей. Крім того, не поновлюються методи та форми профорієнтаційної роботи. Адже нові умови життя дозволяють ставити проблему отримання інвалідами сучасних престижних професій; здійснювати професійну підготовку по тих видах праці, у яких є потреба даного регіону.

Спеціалісти регулярно проводять облік новонароджених з тією чи іншою, хай навіть слабо виявленою психоневротичною патологією, яка дозволяє віднести дитину до “групи ризику”. Профілактика повинна носити самий активний характер, здійснюватися у тісному контакті психоневрологів, медиків, педагогів, соціологів з батьками.

Результатом переживань батьків стають установки на “оранжерейне” виховання хворої дитини, які передбачають її гіперопіку і формують маленьких егоїстів та домашніх тиранів, чи, навпаки, скрите чи явне емоційне відторгнення такої дитини сім’єю.

Дитина, опинившись наодинці з батьками та лікарями, у яких одна домінанта – її хвороба, поступово ізолюється від суспільства, і от тут вже ні про який розвиток і тим паче соціальну реабілітацію мови бути не може.

### Соціальні проблеми мікрорівня

Сім’ї, які мають дітей-інвалідів, потребують конкретної допомоги соціальних служб.

Інвалідність призводить до обмеження життєдіяльності людини, її соціальної дезадаптації, обмеження здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, спілкування, майбутньої трудової діяльності внаслідок відхилень у фізичному та психічному розвитку,. Система навчання цих дітей не досконала. У зв’язку з цим треба вирішувати комплекс соціальних та психолого-, медико-педагогічних проблем із соціальної орієнтації таких дітей. Корекційну роботу найчастіше виконують самі батьки, проте багато з них не володіють спеціальними знаннями з дефектології та медико-соціальної реабілітаціїї.

Крім того, відсутня і спеціальна консультативна служба, де батьки мали б можливість отримати рекомендації щодо догляду за хворою дитиною, її виховання. Немає спеціалізованої методичної літератури по цих питаннях; не розв’язано проблеми здобуття професій дітьми-інвалідами, а також працевлаштування матерів, які мають таких дітей.

Таким чином, діти-інваліди дуже часто не мають соціальної та матеріальної підтримки, умов для розвитку своїх інтересів, здібностей, ще й приречені на інтелектуальну потворність. Здебільшого діти-інваліди виховуються в неповних сім’ях. У складних соціальних умовах боротьба за виживання, відсутність необхідних знань та вмінь не дають матері змоги навчити дитину елементарних навичок соціальної орієнтації, допомогти адаптуватися в сучасних умовах. У таких сім’ях панує психологічна пригніченість, безперспективність, апатія, невпевненість у майбутньому. Матері часто втрачають професію, місце роботи, змушені обмежувати свою участь у культурному житті.

# Шляхи та засоби соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями

## Законодавчі акти як необхідна умова соціальної реабілітації інвалідів

Головним міжнародним документом, що забезпечує концептуальний підхід до роботи з людьми, що мають психофізичні вади є прийняті Генеральною Асамблеєю ООН у грудні 1993р. “Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів”. У цих правилах викладено таке тлумачення терміну "реабілітація": "... процес, маючий на меті допомогти інвалідам досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного та/чи соціального рівня діяльності та підтримувати його, надавши їм тим самим засоби для зміни їх життя та розширення рамок їх незалежності". Особливу увагу цей документ пропонує звернути на такі групи населення, як діти, жінки, люди похилого віку, бідні прошарки населення, особи з двома, або кількома видами інвалідності, біженці-інваліди.

В Україні протягом тривалого часу сформовано державну систему соціальної підтримки дітей-інвалідів і дітей з вадами психічного та фізичного розвитку, яка організаційно розподілилася між Міністерством освіти України, Міністерством охорони здоров’я України, Міністерством праці та соціальної політики України, Міністерством у справах сім’ї та молоді України, Державним комітетом України з фізичної культури і спорту.

Правові засади щодо задоволення особливих потреб дітей з обмеженими фізичними та психічними можливостями у соціальному захисті, навчанні, лікуванні, соціальній опіці та громадській діяльності відображені у Законах України: “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”, “Про освіту”, “Про пенсійне забезпечення”, “Про державну допомогу сім’ям з дітьми”, “Про фізичну культуру і спорт”, “Про статус і соціальний захист громадян, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”, “Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні”, “Про благодійництво та благодійні організації”, в Основах законодавства України про охорону здоров’я, Основах законодавства України про культуру.

В українському законодавстві основні положення соціальної політики держави щодо інвалідів визначені у законі України “Про основи соціальної захищенності інвалідів в Україні”, який прийнято у березні 1991 року.

Цей закон повністю відповідає міжнародним документам, передбачає медичну, соціально-трудову реабілітацію та адаптацію інвалідів, гарантує здобуття освіти на рівні, що відповідає їх здібностям і можливостям. Законом також передбачено створення належного архітектурно-інженерного середовища, пільги у наданні житла. Але на практиці більшість положень цього закону не виконується, що з одного боку можливо пояснити рівнем економічного розвитку нашої держави, а з іншого боку байдужістю чиновників різного рівня до проблем інвалідів та їх сімей.

## Особливості роботи соціального педагога.

Особливість роботи соціального педагога з інвалідами полягає у створенні таких соціально-педагогічних умов, які сприятимуть внутрішньому управлінню індивіда, досягненню ним своїх цілей, реалізації різних типів поведінки, гнучкої адаптації. Треба створити атмосферу безпеки, в якій відсутнє зовнішнє оцінювання. Але соціальний педагог не може вирішувати за інваліда його проблеми, він повинен допомогти особистості визначити особисту позицію, сформувати незалежність від зовнішнього впливу, навчити спиратися на себе, тобто допомогти самоактуалізуватись у подоланні перешкод. Інвалід, що адекватно оцінює своє становище і усвідомлює свою самоактуалізацію, досягає душевного і психічного здоров’я, стає соціально повноцінною особистістю.

У практиці соціальної роботи соціально-педагогічна і психологічна допомога ще й досі ототожнюється із соціальним захистом. Почасти це пояснюється відсутністю загальноприйнятої теорії співвідношення соціальної допомоги і соціального захисту. Водночас накреслився деякий стійкий інваріант розуміння цих понять, а саме: “соціальна допомога” – поняття значно ширше, ніж “соціальний захист”. Термін “соціальна допомога” є цілком правомірним та автономним, коли йдеться про індивідуальну допомогу окремій дитині, групі дітей чи їх родичам. Кінцевою метою такої індивідуальної допомоги є формування позитивної “Я” - концепції, соціальне самоствердження, повнокровна участь у життєдіяльності суспільства. Коли мова йде про соціальний захист, мається на увазі створення певної законодавчої бази, яка б захищала права тієї чи іншої соціальної групи, зокрема, забезпечення прав на лікування, навчання, працевлаштування, надання пенсій, пільг тощо. У цьому випадку соціальний працівник виступає в ролі “перекладача” мови законів. Однак при такому розумінні понять залишається широке поле для їх взаємопроникнення. Так, відстоюючи права окремої людини, ми тим самим допомагаємо їй адаптуватися в складних умовах життя.

У теоретичному плані ми виходимо з визнання універсальності кожної особистості, яка є творцем власної долі, що є цілісністю, а не сукупністю окремих якостей та вчинків. Методологічно такий підхід побудований на здобутках вітчизняної педагогічної науки (дефектологія і соціальна педагогіка) і походить з теорії гуманістичної психології, в якій акцент робиться на самоактуалізацію особистості, логотерапії – терапії, орієнтованої на знаходження сенсу життя, гуманітарної психології, що наголошує на своєрідності систем ціннісних орієнтацій, культурно-психологічних властивостях дитини і психолога.

Особистість дитини-інваліда розвивається у відповідності із загальними закономірностями розвитку дитини, а дефект, стан чи хвороба визначають вторинні симптоми (за Л. Виготським), що виникають опосередковано протягом аномального соціального розвитку. Хвороба, яка спричинює насамперед порушення в біологічній сфері людини, створює перешкоду для соціально-психологічного розвитку. Це стосується інвалідів з дитинства з порушеннями слуху, зору, опорно-рухового апарату, комплексними порушеннями психофізичного розвитку. У разі відсутності своєчасної допомоги відбуваються відхилення від стадії вікового розвитку, тобто особливості дизонтогенезу спричинено патологічним процесом у біологічному розвитку та його наслідками.

Ось чому таке велике значення має соціально-педагогічна і психологічно допомога інвалідам віком від 15 до 18 років і старше – до 28 років. У 15 років закінчується сенситивний етап дитинства, для якого є характерною нестійкість психічних функцій, що може спричинити явища регресу, тобто повернення функцій на більш ранній віковий рівень. Психологи виділяють шість варіантів психічного дизонтогенезу: недорозвинення, затримка у розвитку, ушкоджений розвиток, дефіцитарний, спотворений і дисгармонійний.

Спостереження свідчать, що ті проблеми, з якими починають стикатися юнаки та дівчата у віці 15-18 років, спричинені не самою хворобою, дефектом чи станом, а гострою емоційною реакцією на психотравмуючу ситуацію, зумовлену певним ставленням до інвалідності, оцінкою, яку дає інвалід характеру цього ставлення, життєвою позицією відносно до ситуації в цілому. Перебуваючи здебільшого у замкненому просторі, вони переживають великий дефіцит соціальних контактів або, опинившись у змішаному колективі, стикаються із труднощами міжособистісних відносин. У їхній мові домінують слова: самотність, нездатність, неспроможність, марність життя. Багато інвалідів, стикаючись з життям, втрачають впевненість у собі, в можливостях самореалізації, зокрема в особистісній сфері, створенні власної сім’ї і вихованні дітей. Основна закономірність, характерна для всіх категорій інвалідів – це обмеження комунікативних можливостей внаслідок сенсорної, моторної і соматичної депривації.

Інвалідність - це проблема не лише інваліда, його сім’ї, але і найближчого оточення. Батьки, які доглядають за дитиною з функціональними обмеженнями, не можуть позбавитися почуття провини. У благополучних сім’ях дитину часто занадто опікують, не готують до самостійного життя, а в неповних або конфліктних сім’ях, навпаки, вихованню та навчанню таких дітей та догляду за ними не приділяють належної уваги. Батьки стикаються з проблемами, пов’язаними з установленням та підтримкою контакту, розв’язанням конфліктних ситуацій, особливо тих, що загрожують цілісності сім’ї. Наявність у сім’ї однієї дитини з явними ознаками інвалідності часто негативно позначається на житті інших дітей, на їх майбутньому шлюбі.

Саме цим і пояснюються особливості соціально-педагогічної реабілітації дітей-інвалідів. Завдання соціального педагога – в тому, щоб створити такі соціально-педагогічні умови, які сприятимуть внутрішньому управлінню індивіда, досягнення ним своїх цілей, реалізації різнобічних типів поведінки, гнучкої адаптації. Треба створити атмосферу безпечності, ситуації, у якій відсутнє зовнішнє оцінювання. Тільки за таких умов людина може виявити себе нестандартно, по-новому, тобто творчо. Завдяки творчій адаптивній поведінці вона діє продумано, прагне до самостійності, гармонійності, а коли спрямовує свої зусилля на досягнення власних цілей, то діє продумано. Разом з тим самоактуалізація не може бути реалізована без емпатійного розуміння і прийняття іншої людини, тобто взаємодії з нею.

## Система спеціальної освіти – від ізоляції до інтеграції.

Об’єднучою ідеєю для пошуку і впровадження більш досконалої освітньої системи стосовно аномальних дітей мусить виступити їх соціальна реабілітація як головна мета спеціальної освіти. Досягнення цієї мети на науково-педагогічному рівні потребує створення нових освітніх стандартів, відповідних корекційно-методичних засобів, нової структурної організації, розробки чітких нормативів для системи соціальної реабілітації на всіх етапах навчання і розвитку школярів з психічними та фізичними вадами. Лише своєчасне розв’язання всіх цих складних проблем забезпечить оптимальні умови навчання і виховання аномальних дітей з тим, щоб сприяти найкращій їх підготовці до самостійного активного суспільного життя.

Серед названих проблем структура спеціальної освіти є однією з пріоритетних. Стратегію її практичного втілення має визначати варіативність форм одержання освіти і системи спеціальних установ. Перспективною в цьому плані видається інтегрована система навчання. Її ключовий принцип - створення умов для якомога меншої соціальної депривації, тобто розміщення аномальної дитини в найменш специфічному середовищі.

Для спрямування уваги в русло згаданих проблем виокремимо основні показники нинішньої кризової ситуації у спеціальній освіті:

* соціальне маркування аномальної дитини як дитини з дефектами;
* штучна ізоляція дитини в особливому соціумі;
* жорсткість і безваріативність форм одержання освіти і системи спецустанов;
* майже повне виключення сім’ї з процесу навчання і виховання дітей з психічними і фізичними вадами.

Гуманне ставлення до аномальної дитини має стати точкою відліку і для вирішення державою відповідних патронажно-захисних проблем, і для вдосконалення навчально-виховного процесу в спеціальних закладах.

Дефектологічна наука стосовно проблеми навчання і розвитку аномальної дитини виходить з того, що вона не просто менш розвинена, ніж її нормальний ровесник, а інакше розвинена. Така дитина характеризується специфічністю, своєрідністю власної психіки. Тому психічний розвиток аномальних дітей кваліфікується як компенсаторний, тобто такий, що здійснюється у формі заміщення чи вирівнювання того чи іншого внутрішнього процесу (мислення, сприймання тощо). На здатності психіки до компенсації окремих функцій, використання обхідних шляхів, створення нових механізмів, які забезпечують досягнення певних цілей, будується навчально-виховний процес у спеціальній школі. Однак, її реальні освітні досягнення не відповідають сучасним запитам. Аномальні діти, незважаючи на довготривале навчання, часто залишаються недостатньо підготовленими до активного громадського життя; їх інтеграція в суспільні відносини непомірно ускладнюється.

В теорії та практиці спеціальної освіти до цього часу панує дещо спрощений підхід щодо ролі тієї чи іншої вади у психічному розвитку особистості. За постулат береться те, що наявність у дитини певної вади автоматично передбачає і існування у неї прагнення до її подолання. Але що значить подолати чи вирівняти наявний дефект: розумовий недорозвиток, сліпоту чи глухоту?

Більш продуктивною є точка зору, згідно з якою прагнення до подолання власної вади виникає у дитини за певних соціальних умов її існування, за відповідної соціальної ситуації розвитку.

Спеціальна освіта лише тоді буде оптимальною, коли школярі не відчуватимуть себе відлученими від спільного громадського життя, коли особистісно центроване навчання повністю витіснить навчання дефектоцентроване.

В процесі сумісного навчання діти з відхиленнями розвитку усвідомлюють, що вони засвоюють систему учбових умінь спільну з учнями масової школи: читання, письмо, рахунок тощо. Відмінність же полягає в оригінальності тих предметно-навчальних операцій, на основі яких формуються ці вміння. Така операційна нетотожність не повинна пов’язуватись у свідомості школяра з почуттям його малоцінності, а, навпаки, це має межувати десь з його виключністю. Вже сама своєрідність організації спеціальної освіти свідчить про творчий характер навчання школяра з певними вадами. Суб’єктивний ступень творчого компоненту такого учня вищий від аналогічного ступеня нормальної дитини.

У аномального учня розуміння того, що йому визначений інший, більш складний шлях розвитку, має набути особистісного смислу. І, що важливо, він повинен досягти таких соціальних стандартів, які адекватні нормальному типу. За такого підходу в школярів з розумовими та сенсорними вадами значно підвищуватиметься соціальна позиція й рівень самооцінки.

Особистісно центроване навчання у спеціальній школі має реалізувати цілісний підхід до підростаючої особистості, однаковою мірою забезпечуючи її інтелектуальний та соціальний розвиток. Це відбувається, по-перше, за рахунок мотиваційного компоненту цього типу навчання. У такому навчанні пізнавальні мотиви не домінують над широкими соціальними чи престижними. Всі вони виступають рівнозначними, розвиваються паралельно і на однаковому рівні стійкості, сили і спрямованості.

По-друге, цій меті слугує створюване педагогами культурно-освітнє середовище, в яке має входити аномальна дитина. Це середовище колективної діяльності і спілкування. Тут виникають умови для позитивного дитячого взаємозбагачення. Інтелектуально сильніша дитина набуває можливості виявити свою соціальну активність стосовно менш здібної. Остання, в свою чергу, черпає у спілкуванні з більш активною дитиною те, що їй недоступне, але до чого вона прагне.

Непересічну цінність становить така організаційна форма навчання як спільні колективи аномальних і нормальних дітей, підбір груп і пропорції інтелектуальних рівнів у них, що сприятиме інтенсифікації компенсаторних процесів. Адже, як засвідчили довготривалі дослідження, кожна вища психічна функція в процесі розвитку з’являється двічі: спочатку як функція колективної поведінки, форма співробітництва чи взаємодії, а згодом як спосіб індивідуальної поведінки, внутрішній процес діяльності, тобто як категорія інтерпсихологічна.

В організації системи спеціальної освіти в більшості країн Європи і Америки прийнятий комбінований підхід: поряд з навчанням у спеціальних навчальних закладах здійснюється інтеграція аномальних дітей у системі загальної освіти. У масовій школі в основному навчаються діти з легким і середнім ступенем вираження дефекту як у класах з нормальними дітьми, так і в спеціальних. Діти з найбільш вираженими чи багатьма дефектами, як правило, навчаються в окремих спеціальних школах, а якщо “інтегровані”, то по лінії одного з компонентів складного дефекту.

Це стало можливим завдяки високому рівню розвитку загальної і спеціальної системи навчання, зокрема, зменшенню кількості учнів у класах масових шкіл, а також – створенню досить гнучкої і дієвої системи забезпечення аномальних дітей у масових школах спеціальною психологічною, педагогічною і медичною допомогою.

Наприклад, у Польщі вже існує практика підготовки дітей з обмеженнями до інтеграції в систему загальної освіти, що здійснюється в родині або в спеціалізованих денних центрах. Роль соціального працівника і психолога – поради батькам, де краще вчитися їх дитині (відповідно до індивідуальних можливостей і потреб). У Кракові діє три школи, в яких є інтеграційні класи: серед 15-16 здорових дітей навчається 4-5 з порушеннями: ДЦП, даунів, аутистів і з емоційними порушеннями. Цим пояснюється і підбір спеціалістів, які працюють за індивідуальними програмами.

На жаль в Україні інтегроване навчання, як найбільш сучасна форма соціально-педагогічної реабілітації дітей-інвалідів, головним чином розвивається поки що тільки в теоретичному плані. Застосування цих знань в педагогічній практиці обмежується низкою факторів, головний з котрих – проблеми фінансування соціальної сфери. Однак те, що в умовах фінансової кризи неможливо зробити на державному рівні, в суспільстві в цілому, можливо втілити на рівні мікросоціуму: в сім’ї та її найближчому оточенні.

## Сім’я та її оточення як основа соціальної реабілітації дитини з обмеженими можливостями

Одна з найголовніших проблем нації сьогодення – загроза вимирання, матері бояться народжувати, бояться злиденності, а крім того – бояться народити хвору дитину.

Таке лихо споконвічно вважалося найтяжчим, адже недаремно всі народи оберігають вагітних. Проте жінка, яка народила хвору дитину, відразу опиняється сам на сам із нещастям, що звалилося на неї. Межа відторгнення пролягає вже у палаті молодих матерів. Ось де жінка потребує допомоги психолога і особливої уваги соціального педагога. Звичайно, це дуже болячий удар, і розв’язати купу проблем, пов’язаних з народженням дитини-інваліда без допомоги державних установ надзвичайно важко.

Одна з важливих задач соціального педагога у такий момент – допомогти матері та батьку уявити своє становище, круту зміну життя, їх власну роль у житті дитини і своє призначення. Багато жінок намагається зберегти попередній уклад життя, роботу, і неминуче жертвують чимось у долі хворої дитини. Інші, навпаки, кидають усе, присвячують себе дитині. У таких випадках здебільшого розпадається сім’я, страждають інші діти.

Тому перший етап соціальної реабілітації дитини з обмеженими можливостями – допомогти батькам змінити своє життя так, щоб і дитині допомогти, і зберегти активність у соціумі. Для цього потрібно у пологових будинках створити комісії, групи фахівців, котрі вирішуватимуть надзвичайну ситуацію: народження дитини з патологією. Завданням цієї комісії є первинна психотерапевтична і просвітницька робота з матір’ю, членами родини (особливо з батьком) і перші поради-рекомендації – до кого звернутися. Зі свого боку в центрах соціально-психологічної підтримки матерів таку жінку повинні прийняти як фахівці, так і матері, які вже виховують дітей-інвалідів. Все це стосується будь-якого часу встановлення захворювання у дитини.

Другий етап – входження у життя сім’ї дитини-інваліда. На жаль, далеко не кожний батько сприймає дитину-інваліда. Поки що немає загальної статистики, проте факт, що більшість сімей дітей-інвалідів без батька, безперечний. Багато б хто з батьків зостався у сім’ях або став краще ставитися до своєї хворої дитини і до життя, якщо б мали можливість спілкуватися, бачитися з іншими сім’ями, іншими батьками, усвідомили, що хворої дитини не треба соромитися, що їй потрібна любов батька.

Отже, завдання другого етапу - створення груп взаємодопомоги батьків, і не тільки батьків, а й всіх членів сім’ї, передусім братів і сестер.

Згідно із положенням Комісії захисту прав дитини ООН брати і сестри дітей-інвалідів – це діти, які потребують захисту і реабілітації. Зокрема відомо, наскільки важко їм не відвернутися від хворого брата або сестри, котрі стали для них джерелом страждань. Брати і сестри інвалідів – особливі діти. Залежно від взаємин у сім’ї вони можуть бути опорою і захистом не тільки своїм рідним, але й багатьом хворим людям, оскільки здатність до співчуття вихована у них з дитинства. З них можуть вийти прекрасні лікарі, вчителі, справжні, а не випадкові соціальні працівники. Проте може статися й навпаки – не отримавши підтримки в добрих починаннях, можуть зламатися і відмовитися від хворого брата або сестри. Ось чому в своїй діяльності соціальний педагог повинен працювати не тільки з дітьми-інвалідами, а й обов’язково з їхніми братами, сестрами, друзями, однолітками. Тому підхід до реабілітації лише дитини-інваліда, незважаючи на її оточення не може дати відповідного результату.

Дітям з обмеженими можливостями потрібні здорові діти для швидкої соціальної адаптації, підтримки та спілкування, а здоровим дітям – хворі, щоб у них виховувалося живе співчуття. Неможливо виховати здатність співчувати в умовах, коли здорові діти практично ізольовані від хворих однолітків.

Тому третім етапом є виховання і розвиток братів і сестер дітей-інвалідів. Але не тільки братів і сестер. Хіба всі діти не потребують просвітницьких гуманістичних програм? В наших навчальних закладах дітей навчають багатьом наукам, проте не має програм, де йшлося б про те, що далеко не у всіх людей є однакові можливості рухатися, адаптуватися, спілкуватися. Діти виховуються так, начебто навколо них взагалі не існує багатьох хворих однолітків. Тому логічно формується четвертий етап соціальної реабілітації дітей-інвалідів.

Четвертий етап соціальної реабілітації – інтегроване виховання дітей, що передбачає не тільки навчання в інтегрованих класах. Практичний досвід такого навчання вже є в багатьох школах поза нашої країни. Узагальнюючи результати, можна сказати: це дуже важко, але цілком можливо, а результати інтегрованого навчання важко переоцінити, оскільки змінюється ставлення до хворих не тільки у дітей, котрі навчаються з ними в одному класі, а й у багатьох учнів школи.

Одне з головних завдань соціального педагога – розробка індивідуальної програми реабілітації. Існуючі психолого-медико-педагогічні комісії, де з першого візиту дитини коло незнайомих людей визначає спосіб її навчання, не вирішать всіх проблем. У батьків тут практично немає ніяких прав, тільки обов’язки. Повинні бути не комісії, а постійно діючі психологічні консультації з широким доступом батьків до інформації про методи і шляхи розвитку дитини. Для того, щоб скористтатися інформацією, батьки повинні навчитися визначати, що краще для дитини, як сполучати роботу і догляд за дитиною. Батьки мають усвідомити, що сьогодні не можна бути пасивними, якщо їх дитина хвора, адже саме вони повинні обрати той напрям, який дасть найкращі результати. На жаль, сьогодні вибір дуже обмежений – спецшкола-інтернат чи так зване навчання вдома. Так зване. Тому що 90% випадків – це чисто формальне навчання, діти ізольовані від своїх однолітків і майже не розвиваються. Спецінтернати і лікують, і навчають, наскільки можливо. Але мають один суттєвий недолік – якщо дитина перебуває там досить тривалий час, то вона майже не пристосована до звичайного життя, у тому числі і до життя в сім’ї.

З цього випливає одна з головних потреб дітей-інвалідів - потреба у Центрі спілкування. Потреба у теплому домі, де на тебе чекають друзі, де можна спілкуватися, слухати музику, гуляти по подвір’ю, святкувати. А ще – займатися у гуртках та секціях, отримати консультацію психолога, читати книжки і дивитися телевізор: - все те, що необхідне молодій людині! На Заході це називається денний центр. У нас поки що створюються медичні реабілітаційні центри – інша назва поліклінік, щоправда, іноді з розширеним діапазоном послуг.

Такий центр потрібен і батькам для взаємної підтримки, навчання необхідним професіям, спілкування з іншими людьми. Прикладом такого центру може бути створена перша на Україні приватна школа сімейного типу для дітей з діагнозом “ранній дитячий аутизм” (РДА) та іншими інтелектуальними і психічними розладами.

Цю “Школу життя” було створено батьками хворих дітей на чолі з Марією Василівною Щебрик, педагогом з чотирнадцятирічним стажем. Вихователями в цьому закладі реабілітації працюють переважно самі батьки. В основу реабілітаційного процесу покладена англійська методика, але деякі напрацювання унікальні. В школі панує любов, лагідність, доброзичливість. За однією з теорій, аутичну дитину може вилікувати лише почуття любові і безпеки. Нині школа надає допомогу 40 дітям.

Є в школі сенсорна, музична, ігро- та логопедія, індивідуальні заняття з психологом і логопедом, масаж. Соціально-побутове навчання, ляльковий театр, малювання допомагають малюкові повернутися до реального життя, позбутися страхів. Для тих 30% аутистів, які, за даними англійських психологів, можуть бути повернені суспільству, такі школи – єдиний вихід.

Загалом, все життя сімейного дитячого закладу підпорядковано основній меті – соціальній реабілітації та адаптації дітей з особливими потребами до життя в суспільстві. Вони вчаться жити серед нас, набувають соціальних навичок, освіту (21 вихованець після психолого-медико-педагогічної комісії отримав право на навчання у державній системі освіти), і доводять, що талант творчості є мало не в кожної аутичної дитини.

За кордоном деякі з таких дітей виросли в письменників, художників, науковців. В нашій країні досі відсутня комплексна програма реабілітації, відповідна система навчання, навіть статистика РДА.

Одна з головних проблем настає коли дитина-інвалід дорослішає. Це проблема майбутнього, дорослого життя дітей, їх місця у соціумі. Здебільшого діти-інваліди здатні виконувати ту чи іншу роботу. У нас в країні дуже багато говориться і ухвалюється настанов і наказів про створення робочих місць для інвалідів, і гроші на цю справу виділяються, однак дуже мала частка інвалідів працює на таких робочих місцях. Причин тому багато. Перед усім невирішеність проблем архітектурного оточення, непристосованість громадського транспорту. Психологічно інваліду дуже важко працювати серед здорових чужих людей, і продуктивність зовсім не та. На Заході є сьогодні таке поняття – продуктивно-реабілітаційний бізнес для сімей інвалідів. У нас раніше працювали інвалідні невеликі артілі, де разом із хворими людьми працювали їхні друзі і близькі. Зараз такими підприємствами могли б бути і маленькі кафе, і фотоательє, і майстерні. Все це давно перебуває в руках здорових, ділових людей. В організації подібного роду реабілітаційних закладів повинна бути спеціальна ніша – соціальна, економічна, правова – для сімей з дітьми-інвалідами.

Таким чином ми прийшли до висновку: необхідно створювати Центри спілкування, які як ніякий інший заклад будуть сприяти соціальній реабілітації дітей-інвалідів та їх сімей. Такі центри повинні бути невеликими, але їх має бути стільки, скільки потрібно, а не один на все місто. Хто має створювати такі центри? На нашу думку це повинні бути саме батьки дітей-інвалідів, а державні органи соціального захисту мають сприяти цьому процесу, надавати необхідну методичну, інформаційну і фінансову допомогу. Це дуже складна робота, але саме завдяки їй і відбувається процес реабілітації. Дружня група матерів може зробити багато чого, є сьогодні і благодійні фонди, яким можна запропонувати проект. Пасивний образ життя, позиція утриманця ще ні коли не приводили до позитивних результатів у вихованні людини, потрібної суспільству.

# Висновки

Виходячи з вище зазначеного, ми дійшли висновку, що в Україні існує комплекс проблем пов’язаних з інтеграцією дітей-інвалідів в суспільство.

Ставлення суспільства до аномальної дитини є певним мірилом його цивілізованості. Донедавна питання дитячої аномалії, інвалідності у нас замовчувалося. Інвалідів намагалися ізолювати від суспільства в спеціальних закладах. Дитина-інвалід та її близьке оточення опинялися сам на сам зі своєю бідою.

Перебуваючи в умовах інтернатного закладу або на вихованні у сім’ї, діти-інваліди та їх сім’ї деякою мірою ізольовані від суспільства і позбавлені можливості вести повноцінний образ життя у відкритому середовищі, яке аж ніяк не відповідає їхнім особливим потребам.

З роками повільна і невпинна гуманізація суспільної свідомості, а також досягнення в різних галузях науки і техніки поставили питання про необхідність інтеграції людей з психофізичними вадами, як соціальної групи, з рештою суспільства, тобто про їхню соціальну реабілітацію.

Провідним компонентом соціальної роботи з даною категорією дітей є формування індивідуальності, її соціалізація з урахуванням потенційних можливостей і потреб кожної дитини. Побудова взаємозв’язків дитини з мікро- і макросередовищем, розвиток її збережених психофізичних можливостей здійснюється шляхом розширення сфери спілкування, організації дозвілля, творчої та ігрової діяльності, допомоги у самообслуговуванні і пересуванні, забезпечення ліками і продуктами харчування, організації оздоровлення.

У даній роботі розглянуті і проаналізовані основні проблеми соціально-педагогічної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, що існують на рівні суспільства в цілому, пов'язані з регіональними умовами і їхнім найближчим оточенням.

Ідеї спільного навчання можуть бути використані й у таких формах роботи як клубі спілкування, творчі лабораторії, ігротеки, літні табори, гуртки з декоративно-прикладної, художньої та літературної творчості, дитячі журнали, конкурси і фестивалі художньої творчості, бібліотечне обслуговування тощо.

Аналізуючи історію розвитку соціальної реабілітації і її сучасний етап, ми прийшли до висновку, що спільне навчання дітей-інвалідів і їх здорових одноліток повинно стати пріоритетним у педагогічній практика. Це у свою чергу потребує наукового розвитку ідеї спільного навчання, розробки концепцій, методик роботи педагогічних колективів. І це повинно стати метою подальших досліджень.

# Література

1. Борщевська Л.В., Зіброва А.В., Іванова І.Б. та ін. На допомогу батькам, що мають дітей з особовими потребами.- К.: Український інститут соціальних досліджень, 1999.- 79с.
2. В. Бондар., Л. Одинченко, Є. Постовойтов. Благодійна діяльність як передумова розвитку суспільної допомоги дітям з психофізичними вадами. // Дефектологія.- 1996.- №4.- с.48-52.
3. Діяльність центрів соціальних служб для молоді України. Сучасний стан і перспективи розвитку. К., 1999.- с.52-55.
4. Дитинство в Україні: права, гарантії, захист. (Збірник документів): ч. ІІ, К., АТ “Видавництво “Столиця”, 1998.- с.63-66.
5. Звєрєва І.Д., Іванова І.Б. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями.// Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції.- К., 1995, с.4-10.
6. Зотова А.М. Интеграция ребёнка-инвалида в среду здоровых сверстников как метод социальной адаптации. // Дефектология.- 1997.- №6- с.21-25.
7. Іван Бех. Гуманізація спеціальної освіти аномальних дітей як соціально-педагогічна проблема. // Дефектологія.- 1996.- №1- с.19-23.
8. Іванова І.Б. Організація соціально-педагогічної та психологічної допомоги інвалідам у системі соціальних служб для молоді. // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції.- К., 1995, с.28-32.
9. Коваль А.Т., Звєрєва І.Д., Хлєбік С.Р. Соціальна педагогика / Соціальна робота: Навчальний посібник.- К.: ІЗМН, 1997.-392с.
10. Концепція спеціальної освіти осіб з психічними та фізичними вадами в Україні. // Дефектологія.- 1996.- №1- с.2-15.
11. Одинченко Л.К. Допомога аномальним дітям в Україні (Х-ХХ ст). // Педагогіка і психологія.- 1995.- №2- с.120-126.
12. О. Фандєєв. Людина може заговорити і в… 18 років. // День.- 2000.- №87.- с.6.
13. Періодична національна доповідь про реалізацію Україною положень Конвенції ООН про права дитини. К.: АТ “Видавництво “Столиця”, -1997.
14. Турчінська В.Є. Про організацію соціально-психологічної підтримки розумово відсталих. // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції.- К., 1995, с.23-25.

# Доданки

### Основні законодавчі акти, що регулюють систему соціального захисту дітей-інвалідів.

### Конвенція ООН про права дитини від 20 листопада 1989 р. (витяг).

Стаття 23.

1. Держави-сторони визнають, що неповноцінна в розумовому або фізичному відношенні дитина має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють почуттю впевненості в собі і полегшують її активну участь у житті суспільства.
2. Держави-сторони визнають право неповноцінної дитини на особливе піклування, заохочують і забезпечують надання, за умови наявності ресурсів, дитині, яка має на це право, та відповідальним за турботу про неї допомогу, щодо якої подано прохання і яка відповідає стану дитини та становищу її батьків або інших осіб, що забезпечують турботу про дитину.
3. На забезпечення особливих потреб неповноцінної дитини допомога згідно з пунктом 2 цієї статті надається при можливості безкоштовно з урахуванням фінансових ресурсів батьків або інших осіб, що забезпечують турботу про дитину, та має на меті забезпечення неповноцінної дитини ефективного доступу до послуг у галузі освіти, професійної підготовки, медичного обслуговування, відновлення здоров’я, підготовки до трудової діяльності та доступу до засобів відпочинку таким чином, який дає змогу найповнішого залучення дитини до соціального життя та досягнення розвитку, включаючи культурний та духовний.
4. Держави-сторони сприяють у дусі міжнародного співробітництва обміну відповідною інформацією в галузі профілактичної охорони здоров’я, медичного, психологічного та функціонального лікування неповноцінних дітей, включаючи розповсюдження інформації про методи реабілітації, загальноосвітньої та професійної підготовки, а також доступу до цієї інформації, з тим, щоб розширити свої можливості та знання, набути більшого досвіду в цій галузі. З огляду на це, особлива увага має приділятися потребам країн, що розвиваються.

### Декларація о правах інвалідів від 9 грудня 1971 р. (витяг).

1. Терміном “інвалід” позначають любу особу, яка не може самостійно забезпечити повністю чи частково потреби нормального та/чи соціального життя в силу вади, будь то вродженої чи ні, його чи її фізичних чи розумових здібностей.
2. Інваліди повинні користуватися всіма правами, які викладені у цій декларації. Ці права повинні бути признані за всіма інвалідами без яких би то ні було виключень та відмінностей і дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, статі, мови, віросповідання, політичних чи інших переконань, національного чи соціального походження, матеріального положення, народження, чи будь-якого іншого фактора, незалежно від того, відноситься це до самого інваліда чи до його чи її родини.
3. Інваліди мають невід’ємне право на повагу своєї людської гідності. Інваліди, незалежно від походження, характеру та серйозності їх калітства чи вад, мають такі ж самі основні права, що і інші громадяни того ж самого віку, що в першу чергу означає право на задовільне життя, котре було би як можливо більш нормальним та повноцінним.
4. Інваліди мають такі ж громадянські та політичні права, що і інші особи.
5. Інваліди мають право на заходи, які призначені для того, щоб дати їм можливість придбати як можливо більшу самостійність.
6. Інваліди мають право на медичне, психічне чи функціональне лікування, включно протезні та ортопедичні апарати, на відновлення здоров’я та стану в суспільстві, на освіту, ремеслену професійну підготовку та відновлення працездібності, на допомогу, консультації, на послуги з питань працевлаштування та інші види обслуговання, які дозволяють їм максимально проявити свої можливості та здібності та прискорюють процес їх соціальної інтеграції та реінтеграції.
7. Інваліди мають право на матеріальне та соціальне забезпечення та на задовільний рівень життя. Вони мають право згідно зі своїми можливостями отримати та зберегти за собою робоче місце чи займатися корисною, продуктивною та винагороджуємою діяльністю та бути членами професіональних спілок.
8. Інваліди мають право на те, щоб їх особливі потреби приймалися до уваги на всіх стадіях економічного та соціального планування.
9. Інваліди мають право жити у колі своїх сімей чи в умовах, які замінюють її, та приймати участь в усіх видах суспільної діяльності, пов’язаних з творчістю чи проведенням дозвілля. Що стосується його чи її місця проживання, то ні один інвалід не може підлягати будь-якому особливому поводженню, не потребуючему за станом його чи її здоров’я чи в силу того, що це може призвести до покрашення стану його чи її здоров’я. Коли перебування інваліда у спеціальному закладі є необхідним, то середовище та умови життя в ньому повинні як можна ближче відповідати середовищу та умовам нормального життя осіб його чи її віку.
10. Інваліди повинні бути захищені від будь-якої експлуатації, від будь-яких видів регламентації та поводження, які мають дискримінаційний, образливий чи зневажливий характер.
11. Інваліди повинні мати можливість користуватися кваліфікаційною юридичною допомогою, коли ця допомога є необхідною для захиста її особистості та майна; якщо вони являються об’єктом судового переслідування, вони повинні користуватися звичайною процедурою, яка повністю бере до уваги їхній фізичний та розумовий стан.
12. З організаціями інвалідів можуть проводитися корисні консультації по всім питанням, які стосуються прав інвалідів.
13. Інваліди, їхні родини та їхні общини повинні бути повністю інформувати усіма існуючими засобами про права, які закріплені цією Декларацією.

### Закон України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”

Стаття 1. Інваліди в Україні володіють усією повнотою соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених Конституцією України та іншими законодавчими актами. Республіканські і місцеві органи влади та управління, підприємства, установи і організації (незалежно від форм власності і господарювання) залучають представників громадських організацій інвалідів до підготовки рішень, що стосуються інтересів інвалідів. Дискримінація інвалідів забороняється і переслідується за законом.

Стаття 2. Інвалідом є особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, наслідком травм або з уродженими дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі і захисті.

Стаття 3. Інвалідність як міра втрати здоров'я визначається шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи Міністерства охорони здоров'я України. Положення про медико-соціальну експертизу затверджується Кабінетом Міністрів України з урахуванням думок громадських організацій інвалідів в особі їх республіканських органів.

Стаття 4. Діяльність держави щодо інвалідів виявляється у створенні правових, економічних, політичних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посильній трудовій та громадській діяльності. Соціальний захист інвалідів з боку держави полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, протезування, орієнтації і сприйняття інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки або стороннього догляду, а також пристосуванні забудови населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку до особливостей інвалідів.

Стаття 5. Порядок та умови визначення потреб у зв'язку з інвалідністю встановлюються на підставі висновку медико-соціальної експертизи та з врахуванням здібностей до професійної і побутової діяльності інваліда. Види і обсяги необхідного соціального захисту інваліда надаються у вигляді індивідуальної програми медичної, соціально-трудової реабілітації і адаптації. Індивідуальна програма реабілітації є обов'язковою для виконання державними органами, підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями.

Стаття 6. Захист прав, свобод і законних інтересів інвалідів забезпечується в судовому або іншому порядку, встановленому законом. Громадянин має право в судовому порядку оспорювати рішення органів медико-соціальної експертизи про визнання чи невизнання його інвалідом. Службові особи та інші громадяни, винні у порушенні прав інвалідів, визначених цим Законом, несуть встановлену законодавством матеріальну, дисциплінарну, адміністративну чи кримінальну відповідальність.

Стаття 7. Законодавство про соціальну захищеність інвалідів в Україні складається з цього Закону та інших актів законодавства, що видаються відповідно до нього. Місцеві Ради народних депутатів зобов'язані інформувати інвалідів про зміни і доповнення законодавства про соціальну захищеність інвалідів.

Стаття 17. З метою реалізації творчих і виробничих здібностей інвалідів та з урахуванням індивідуальних програм реабілітації їм забезпечується право працювати на підприємствах (об'єднаннях), в установах і організаціях із звичайними умовами праці, в цехах і на дільницях, де застосовується праця інвалідів, а також займатися індивідуальною та іншою трудовою діяльністю, яка не заборонена законом. Відмова в укладенні трудового договору або в просуванні по службі, звільнення за ініціативою адміністрації, переведення інваліда на іншу роботу без його згоди з мотивів інвалідності не допускається, за винятком випадків, коли за висновком медико-соціальної експертизи стан його здоров'я перешкоджає виконанню професійних обов'язків, загрожує здоров'ю і безпеці праці інших осіб, або продовження трудової діяльності чи зміна її характеру та обсягу загрожує погіршенню здоров'я інвалідів.

Стаття 18. Працевлаштування інвалідів здійснюється органами Міністерства праці України, Міністерства соціального захисту населення України, місцевими Радами народних депутатів, громадськими організаціями інвалідів. Підбір робочого місця здійснюється переважно на підприємстві, де настала інвалідність, з урахуванням побажань інваліда, наявних у нього професійних навичок і знань, а також рекомендацій медико-соціальної експертизи. Підприємства (об'єднання), установи і організації (незалежно від форм власності і господарювання), які використовують працю інвалідів, зобов'язані створювати для них умови праці з урахуванням індивідуальних програм реабілітації і забезпечувати інші соціально-економічні гарантії, передбачені чинним законодавством.

Стаття 21. Держава гарантує інвалідам дошкільне виховання, здобуття освіти на рівні, що відповідає їх здібностям і можливостям. Дошкільне виховання, навчання інвалідів здійснюється в загальних або спеціальних дошкільних та навчальних закладах. Професійна підготовка або перепідготовка інвалідів здійснюється з урахуванням медичних показань і протипоказань для наступної трудової діяльності. Вибір форм і методів професійної підготовки провадиться згідно з висновками медико-соціальної експертизи. При навчанні, професійній підготовці або перепідготовці інвалідів поряд із загальними допускається застосування альтернативних форм навчання. Обдаровані діти-інваліди мають право на безплатне навчання музики, образотворчого, художньо-прикладного мистецтва у загальних навчальних закладах або спеціальних позашкільних навчальних закладах.

Стаття 22. За інших рівних умов інваліди мають переважне право на зарахування до вищих і середніх спеціальних навчальних закладів. Під час навчання пенсія і стипендія інвалідам виплачуються в повному розмірі.

Стаття 26. Органи державної влади і управління, підприємства (об'єднання), установи і організації (незалежно від форм власності і господарювання) зобов'язані створювати умови для безперешкодного доступу інвалідів до жилих, громадських і виробничих будинків, споруд, громадського транспорту, для вільного пересування в населених пунктах.

Стаття 27. Планіровка і забудова населених пунктів, формування жилих районів, розробка проектних рішень, будівництво і реконструкція будинків, споруд та їх комплексів без пристосування для використання інвалідами не допускається. У тих випадках, коли з об'єктивних причин неможливо пристосувати для інвалідів діючі об'єкти, за рішенням місцевих Рад народних депутатів за участю відповідних підприємств (об'єднань), установ і організацій створюються інші сприятливі умови життєдіяльності інвалідів, зокрема, будівництво спеціальних об'єктів. Фінансування зазначених заходів здійснюється за рахунок коштів місцевого бюджету, а також підприємств (об'єднань), установ і організацій, які не мають можливості пристосувати свої об'єкти для інвалідів.

Стаття 28. Підприємства та організації, що здійснюють транспортне обслуговування населення, зобов'язані забезпечити спеціальне обладнання транспортних засобів, вокзалів, аеропортів та інших об'єктів, яке б дало змогу інвалідам безперешкодно користуватися їх послугами. У тих випадках, коли діючі транспортні засоби не можуть бути пристосовані для використання інвалідами, місцеві Ради народних депутатів створюють інші можливості для їх пересування. При проектуванні і створенні нових засобів пересування, реконструкції і будівництві аеропортів, залізничних вокзалів і автовокзалів, морських і річкових портів обов'язково передбачається можливість їх використання інвалідами.