

**УМАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПАВЛА ТИЧИНИ**

Факультет соціальної та психологічної освіти
Кафедра соціальної педагогіки та
соціальної роботи

**ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
освітній ступінь БАКАЛАВР**

на тему:

**«ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
ДІТЯМ-ІНВАЛІДАМ»**

Виконав:

студент 4 курсу, групи р/41

(заочна форма)

спеціальності 231 Соціальна робота

Райков Владислав Валентинович

Керівник:

кандидат педагогічних наук

Іващенко К.В.

Рецензент:

кандидат педагогічних наук

Полехіна В.М.

Умань – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	7
1.1. Сучасний стан та діагностика проблеми дитячої інвалідності.....	7
1.2. Законодавче забезпечення соціального захисту дітей з інвалідністю в Україні.....	15
1.3. Соціально-педагогічний супровід дітей-інвалідів як фактор соціальної адаптації	23
1.4. Проблеми соціального захисту інтересів родин, що виховують дітей з інвалідністю.....	37
РОЗДІЛ 2 СПЕЦИФІКА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ-ІНВАЛІДАМ.....	43
2.1. Умови та специфіка організації соціально-педагогічної допомоги дітям-інвалідам.....	43
2.2. Соціально-педагогічна робота з дітьми-інвалідами як умова їх ефективної соціалізації.....	48
2.3. Експериментальна діагностика та аналіз проблем сімей, які виховують дітей-інвалідів.....	59
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	75
ДОДАТКИ.....	81

ВСТУП

Вагоме значення для розвитку суспільства нині має дбайливе, гуманне та співчутливе ставлення до дітей, позбавлених можливості насолоджуватися всіма барвами життя через фізичні та психічні вади. Діти з обмеженими можливостями позбавлені змоги жити повноцінним життям. Проживаючи в будинках-інтернатах або прийомних сім'ях, такі діти не підготовлені до життя у відкритому середовищі. Їхні потреби не задовольняються, що створює бар'єри у спілкуванні з оточуючими.

Проблема забезпечення соціального захисту дітей з обмеженими можливостями є актуальною для усієї міжнародної спільноти. У всьому світі зростає захворюваність неповнолітніх, погіршується стан здоров'я дітей. Це вказує на те, що проблема забезпечення соціального захисту дітей з обмеженими можливостями не може бути розв'язана лише національними засобами, а потребує співробітництва усієї міжнародної спільноти.

В Україні, за свідченнями голови профільної медичної комісії Верховної Ради, загальна кількість інвалідів, зокрема дітей, дедалі зростає. Так, за останні п'ять років за зменшення чисельності населення на 2%, частка інвалідів збільшилася на 5,9%. У країні налічується понад 165 000 дітей віком до 18 років, які потребують особливого захисту з боку держави [7].

Незважаючи на значну кількість законодавчих заходів у цій галузі, права дітей з обмеженими можливостями порушуються. Основними причинами порушень є: недотримання положень чинного законодавства, що стосуються реабілітації дітей-інвалідів; недостатня медична та фінансова підтримка; неповне забезпечення права на освіту; відсутність ефективних механізмів реалізації законодавства у сфері захисту прав дітей-інвалідів.

Інвалідність обмежує участь дитини в діяльності. Такі діти виключені з багатьох життєвих подій, важливих для їхнього розвитку як особистості. Це впливає на їхню самооцінку та самосприйняття. Низька самооцінка негативно впливає на поведінку дітей. Діти з інвалідністю вважають себе

неповноцінними. Це найбільше проявляється в їхньому спілкуванні з іншими людьми, особливо з однолітками. Відсутність впевненості у власних силах знижує їхню здатність досягати успіху та реалізовувати власний потенціал. Подолання проблеми виключення таких дітей з соціокультурного життя суспільства, яке у свою чергу покликане стати осередком їхнього розвитку, є першочерговим завданням організації соціально-педагогічної діяльності у цьому напрямку.

Проблема соціальної роботи з дітьми з інвалідністю, зважаючи на її актуальність, стала предметом наукових розвідок як українських, так і зарубіжних дослідників. Так, зокрема, серед українських науковців до її вивчення зверталися учені Р. Анухлієва, О. Євдокимов, Н. Зелена, Л. Коваль, О. Столярєнко, С. Цвейко та ін.

Теоретико-методологічні аспекти технічної та гуманітарної освіти дітей-інвалідів і можливості навчально-методичного, інформаційного, медичного та соціального супроводу досліджували В. Авілов, К. Агавелян, Н. Вовк, Б. Даутова, З. Кантор, Н. Козлова, І. Купрєєва, А. Мальков, І. Нікітіна, Г. Паршин, В. Сікора, Г. Станєвський, Є. Чайковський.

Аналіз інвалідності як соціальної проблеми у цілому та організації соціальної роботи з дітьми-інвалідами зокрема розглядається науковцями крізь призму соціологічних концепцій. Так, К. Девіс, Р. Мертон і Т. Парсонс досліджували проблему дитячої інвалідності у якості державної соціальної політики щодо конкретних соціальних умов життя індивіда, соціальної реінтеграції та інтеграції дітей-інвалідів. На основі цих концепцій було сформульовано сучасні принципи організації соціальної роботи [48, с. 35].

Досить поширеною у наукових колах є ідея про те, що основою соціальної роботи з дітьми-інвалідами є реабілітація. До таких науковців належать О. Безпалько, яка розробила низку правил реабілітації дітей-інвалідів, розвитку здібностей дитини до самообслуговування, творчого потенціалу, тобто її становлення як повноцінної особистості. [4, с. 89].

Незважаючи на широкий інтерес дослідників до указаної проблеми, її вивчення не втрачає актуальності. Подальшого дослідження потребують питання шляхів модернізації сучасної системи соціального захисту інвалідів, розв'язання актуальних проблем на рівні різних суб'єктів.

Аналіз наукових досягнень і практичного досвіду в галузі соціального захисту дітей-інвалідів показує, що перехід до ринкових відносин і побудова соціальної держави в Україні вимагають пошуку нових підходів до соціального захисту інвалідів. Необхідним є переосмислення і створення комплексної системи соціального захисту, заснованої на сучасних засадах, переорієнтація соціальної політики щодо інвалідів на загальноприйняті стандарти, прийняті у високорозвинених країнах, визнання того, що саме суспільство має адаптуватися до спільноти інвалідів.

Отже, потреба у ґрунтовному науковому переосмисленні указаної проблеми і необхідність пошуку нових підходів щодо її розв'язання зумовлює актуальність теми нашого дослідження **«Особливості соціально-педагогічної допомоги дітям-інвалідам»**.

Мета дослідження: на основі теоретичного аналізу особливостей соціально-педагогічної допомоги дітям-інвалідам окреслити її специфіку, експериментально виявити проблеми, що стоять на шляху її реалізації та запропонувати нові підходи щодо їх подолання.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасний стан організації соціально-педагогічної допомоги дітям-інвалідам та питання правових засад задоволення їх потреб.
2. Розкрити особливості соціально-педагогічного супроводу дітей-інвалідів як фактору їх соціальної адаптації.
3. Визначити умови, специфіку та моделі соціально-педагогічної допомоги дітям-інвалідам.
4. Здійснити діагностику та аналіз проблем сімей, які виховують дітей-інвалідів та запропонувати шляхи їх подолання.

Об'єктом нашого дослідження є процес соціально-педагогічної допомоги дітям-інвалідам.

Предмет дослідження: зміст та організаційно-методичні особливості соціально-педагогічної допомоги дітям-інвалідам.

Методи дослідження: системний аналіз наукової літератури, порівняльний аналіз вітчизняного законодавства та законодавства окремих зарубіжних країн, аналіз чинного законодавства про соціальний захист, права соціального захисту України. Загальнологічні методи: аналіз, узагальнення, системний підхід; обсерваційні (включене спостереження); загальнонаукові методи: відбір літературних та інших джерел за темою дослідження, метод конкретизації та систематизації теоретичних знань (для розробки завдань дослідження).

Експериментальна база: Дослідно-експериментальна робота виконувалася на базі Центру ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів «Пролісок» управління праці та соціального захисту населення Уманської міської ради. У дослідженні взяли участь 10 сімей, які виховують дітей з інвалідністю.

Теоретичне значення полягає у вивченні механізмів соціального захисту дітей з інвалідністю, окресленні сучасного стану проблеми, а також системи заходів, спрямованих на підвищення ефективності державної соціальної політики у сфері соціальної роботи з інвалідами.

Практичне значення полягає в тому, що зміст і результати наукового дослідження можуть бути використані викладачами вищих навчальних закладів усіх рівнів акредитації при розробці навчальних програм, спецкурсів, підготовці методичних рекомендацій з навчальних предметів «Правові основи соціальної роботи» та «Методи соціальної роботи».

Апробація результатів дослідження: Основні положення і результати дослідження оприлюднено у доповідях на науково-практичних конференціях та наукових семінарах кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Уманського державного педагогічного університету, регіональному науково-

практичному семінарі «Перспективи ефективної роботи соціальних працівників з молоддю» м. Умань; II Всеукраїнській студентській науково-практичній онлайн-конференції «Проблеми та перспективи соціальної роботи та психології в умовах війни», м. Умань.

Структура та обсяг випускної кваліфікаційної роботи: Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 94 сторінок. Список використаних джерел нараховує 59 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Сучасний стан та діагностика проблеми дитячої інвалідності

Проблема дитячої інвалідності вивчається в Україні вже досить давно. У всьому світі є багато людей з інвалідністю, і їх кількість продовжує зростати з кожним роком. Соціальні працівники сьогодні опинилися в центрі соціальної політики щодо дітей з особливими потребами. Вони зосередили свою професійну діяльність на людях, на різних громадах і на створенні місцевих організацій, які добре розуміють потреби своїх мешканців і роблять все можливе, щоб задовольнити ці потреби. Вперше термін «інваліди» був офіційно визначений у Декларації про права інвалідів (1975 р.), де зазначалося, що «інвалідом є особа, яка через природне порушення фізичних або розумових здібностей не може повністю або частково задовольняти вимоги нормального життя і соціальної діяльності». Л.І. Акатов визначає інваліда як особу з порушенням здоров'я, що полягає у стійкому розладі функцій організму як наслідок захворювання, травм або дефектів, що призводить до обмеження життєдіяльності та потребує соціального захисту [1, с. 31].

Колишнє радянське законодавство мало дещо інше трактування поняття «інвалід», яке стосувалося втрати працездатності. Згідно з цим визначенням, діти віком до 16 років не могли вважатися інвалідами. Тому з'явився термін «дитина-інвалід». Діти - це соціальна група населення віком до 18 років зі специфічними потребами, інтересами та соціально-психологічними особливостями [2, с. 11].

Таким чином, згідно з наведеною вище термінологією, до категорії «діти з інвалідністю» належать особи віком до 18 років зі значними порушеннями функцій організму, які негативно впливають на ріст і розвиток дитини, її здатність до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю

поведінки, навчання, спілкування та майбутньої трудової діяльності, що призводить до соціальної дезадаптації [3, с. 6].

Нині кількість дітей із проблемами здоров'я, а особливо дітей з обмеженими можливостями неухильно збільшується. Погіршення екологічної обстановки, падіння рівня матеріального добробуту, технічної оснащеності медичних установ і становища медицини загалом, несприятливі умови праці жінок, постійне зростання аварій і катастроф техногенного характеру, стихійні лиха і збройні конфлікти - ось далеко не повний перелік причин виникнення інвалідності. Хвороба та її наслідки порушують баланс медико-психолого-соціальних компонентів, призводять до зміни якості життя та соціальної дезінтеграції особистості.

Міжнародна класифікація наслідків хвороби включає поняття: порушення, обмеження життєдіяльності, соціальна недостатність. Порушення - це розлади на органному рівні, будь-яка втрата або аномалія фізіологічної, психологічної чи анатомічної функції або структури. До них належать розумові, психологічні, мовні, мовленнєві, слухові, вестибулярні, зорові, вісцеральні, метаболічні зрушення, розлади харчування, рухові дисфункції, порушення, що спотворюють. Обмеження життєдіяльності - повна або часткова втрата особою здатності або можливості здійснювати самообслуговування, навчатися і займатися трудовою діяльністю. Підсумком названих станів є соціальна недостатність. Деякі форми спадкової патології, пологові травми можуть стати причиною того, що дитина раннього віку, яка ще не пройшла найважливіших етапів соціалізації, виявляється інвалідом.

У дефектології детально вивчено специфіку сенсорних, мовленнєвих, інтелектуальних і рухових порушень, властивих аномальним дітям. Конкретний дефект (втрата зору або слуху за аномалій відповідних аналізаторів, моторні порушення за дитячого церебрального паралічу тощо) накладає специфічний відбиток на формування пізнавальних процесів особистості дитини. Однак не всі аномальні діти можуть бути віднесені до інвалідів. Частина дітей із сенсорними дефектами за допомогою специфічних

засобів корекції (слухові апарати для людей зі зниженим слухом, окуляри та лінзи для людей зі слабким зором) здатні певною мірою долати обмеження, накладені дефектом. У результаті корекційно-виховної роботи вони досягають практично повної соціальної адаптації та здатні до суспільного і професійного самовизначення.

Аномальні діти з легкою інтелектуальною недостатністю також у межах своїх можливостей досягають прийняттого рівня соціальної адаптації і не можуть бути оцінені як діти-інваліди. Водночас серед дітей-інвалідів чимало тих, кого не слід зараховувати до категорії аномальних дітей, тобто фізичні дефекти в низці випадків не призводять до аномального розвитку. Це стосується насамперед дітей, які внаслідок травм і захворювань виявляються обмеженими в рухах, але зберігають властивий їхньому віку нормальний рівень психічного розвитку.

Специфіка дитячої інвалідності полягає в тому, що обмеження життєдіяльності в цьому випадку виникає в період формування вищих психічних функцій, засвоєння знань і вмінь, становлення особистості. Дитяча інвалідність є дуже великою проблемою з тієї причини, що вона накладає обмеження не тільки на прояви особистості, а й на її формування. Діти-інваліди позбавлені доступних здоровим одноліткам каналів отримання інформації: скуті в пересуванні та використанні сенсорних каналів сприйняття, вони не можуть оволодіти всім різноманіттям людського досвіду. Вони також часто відчують труднощі в предметно-практичній діяльності, обмежені в проявах ігрової діяльності, що негативно позначається на формуванні вищих психічних функцій.

Особливої уваги потребує емоційний розвиток дітей-інвалідів. Негативні емоційні переживання, хронічна незадоволеність тощо можуть призводити до патологічних змін характеру, спотворень у формуванні особистості. Тому необхідно в доброзичливій і заохочувальній манері формувати в них адекватну самооцінку і рівень домагань, прагнення до

розвитку тих здібностей і схильностей, які можуть сприяти максимальній самореалізації.

Інвалідність з дитинства встановлюють особам, у яких вона настала до початку трудової діяльності до 16 років (учні до 18 років) унаслідок вродженого або виниклого в дитинстві захворювання чи каліцтва. На відміну від дорослих, дітям до 16 років, які страждають на розлад здоров'я, групу інвалідності не встановлюють, а у відповідних випадках експертний орган виносить висновок про визнання дитини інвалідом. Прийнято виділяти кілька основних груп категорій дітей з обмеженими можливостями:

- діти з розумовою відсталістю;
- діти-олігофрени;
- діти з порушенням просторового орієнтування;
- діти з порушенням опорно-рухового апарату (ода);
- діти із захворюванням внутрішніх органів та органів чуття;
- діти з функціональними та органічними порушеннями системи сечовиділення;
- пізньоглухі діти
- слабчуючі (приглухуваті) діти;
- сліпі діти;
- слабозорі діти;
- діти з важкими порушеннями мовлення.

Нині всі види мовленнєвих порушень поділяють на дві групи - порушення усного мовлення та порушення письмового мовлення.

Порушення усного мовлення:

- дисфонія - відсутність або розлад фонації внаслідок патологічних змін голосового апарату;
- брадилалія - патологічно уповільнений темп мовлення, може бути органічною або функціональною за своєю природою;
- тахілалія - патологічно прискорений темп мовлення;

- заїкання - порушення темпо-ритмічної сторони мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату;
- дислалія - порушення звуковимови за нормального слуху та збереженої іннервації мовного апарату;
- ринологія - порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлене анатомо-фізичними дефектами мовного апарату;
- дизартрія - порушення звуко-вимовної сторони мовлення, пов'язане з органічним ураженням центральної нервової системи;
- алалія - відсутність або недорозвинення мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини;
- афазія - повна або часткова втрата раніше сформованого мовлення, пов'язана з локальними ураженнями головного мозку внаслідок важких травм головного мозку, запальних процесів і пухлин, судинних захворювань і порушень кровообігу [12].

Порушення письмового мовлення:

- дисграфія - специфічний розлад процесу письма;
- дислексія - порушення читання, спричинене ураженням або недорозвиненням мовленнєвих відділів центральної нервової системи.

Кожна група дітей з обмеженими можливостями вирізняється певними соціально-психологічними характеристиками, які обов'язково необхідно враховувати під час планування заходів реабілітації. Крім того, кожна дитина-інвалід також характеризується певними індивідуально-психологічними особливостями, що робить необхідним під час реабілітації використовувати індивідуальний підхід.

Отже, організація соціальної роботи з дітьми з інвалідністю - це вид професійної управлінської діяльності групи людей, які спільно працюють над задоволенням соціально гарантованих особистих потреб осіб віком до 18 років зі стійким розладом функцій організму, що призводить до обмеження їх нормальної життєдіяльності.

Інвалідність - це обмеження життєдіяльності, зумовлене фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими або соціальними факторами, що перешкоджає особі брати участь у житті сім'ї та держави нарівні з іншими членами суспільства.

Інвалідність - це стійке порушення функцій організму, зумовлене захворюванням, наслідком травм або з дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності, а особа з порушенням здоров'я потребує соціального захисту [14].

Для ефективного вирішення питання соціального захисту та підтримки дітей з інвалідністю Національним центром соціальних служб для молоді, Державним комітетом України у справах сім'ї та молоді та Національним інститутом проблем сім'ї та молоді було проведено соціологічне дослідження «Соціальна адаптація дітей та підлітків з функціональними обмеженнями», яке виявило соціальні проблеми дітей з інвалідністю та їхніх батьків і окреслило можливі шляхи вирішення цих проблем [7; 10].

Дослідження виявило низку проблем, пов'язаних з дітьми з інвалідністю та їхніми батьками. По-перше, це економічні та матеріальні проблеми, постійні психічні та нервові перевантаження батьків, незрозуміння соціального оточення, самотність та складнощі у сфері моралі та етики, пов'язані зі ставленням суспільства до таких дітей. Також існують проблеми, пов'язані з медичною, медико-педагогічною корекцією, доступом до технічних засобів та спеціального обладнання, постійним контролем за станом здоров'я та обстеженням, потребою в реабілітації. Це основні проблеми, з якими щодня стикаються діти з інвалідністю і які нерозривно пов'язані з проблемами сімей, в яких вони живуть [29].

Існуючі проблеми були умовно поділені на кілька основних типів. Були виділені наступні проблеми:

1. проблеми, пов'язані з недостатнім нормативно-правовим забезпеченням та імплементацією;

2. проблеми, пов'язані зі спеціалізованим доглядом у зв'язку зі специфікою захворювання людей з інвалідністю;

3. проблеми постійного супроводу психологами, соціальними педагогами та соціальними працівниками психологічних криз дітей та їхніх сімей;

4. проблеми освіти;

5. проблеми охорони здоров'я;

6. проблеми, пов'язані з недостатнім фінансовим та матеріально-технічним забезпеченням;

7. проблеми, пов'язані з недостатнім інформаційним забезпеченням;

8. проблеми, пов'язані з відсутністю інформаційної підтримки.

Автори дослідження дійшли висновку, що проблеми дітей з інвалідністю можна віднести до наступних сфер:

- Психологічна підтримка (недостатнє матеріально-технічне, інформаційне та методичне забезпечення інноваційних форм роботи).

- Медичне забезпечення (недостатня кількість та якість послуг з профілактики, реабілітації, ранньої діагностики, а також безкоштовного лікування, відсутність спеціалізованих закладів та фахівців, особливо в сільській місцевості, відсутність путівок на реабілітацію в санаторіях для дітей-інвалідів).

- Матеріальне забезпечення (відсутність пільг, безкоштовного забезпечення технічними та медичними засобами для лікування, реабілітації та компенсації інвалідності та захворювань).

- підготовка дітей до самостійного життя (відсутність центрів соціальної адаптації, центрів соціально-психологічної реабілітації дітей-інвалідів тощо).

- Освіта та професійна підготовка (відсутність спеціальних груп у дитячих садках та спеціальних класів у школах, особливо в сільській місцевості; неналежна якість індивідуальної підготовки та підвищення кваліфікації вчителів).

- Свобода пересування (невиконання вимог законодавства щодо пристосування будівель і транспорту до потреб осіб з інвалідністю) [13; 16].

Вирішити всі ці проблеми одразу неможливо, але можна зменшити їх кількість. Суть такого підходу полягає у залученні самих клієнтів до процесу адаптації, реабілітації та інтеграції, а за державної політики, відповідної підтримки з боку громадських організацій та використання сучасних технологій можна створити умови для повноцінного життя цієї категорії людей.

Отже, дитина з інвалідністю – дитина зі стійким розладом функцій організму, спричиненим захворюванням, травмою або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що зумовлюють обмеження її нормальної життєдіяльності та необхідність додаткової соціальної допомоги і захисту. Діти з інвалідністю та їхні батьки стикаються з різними проблемами, які не дають їм нормально функціонувати у суспільстві.

1.2 Законодавче забезпечення соціального захисту дітей з інвалідністю в Україні

Сучасна національна політика щодо дітей з особливими потребами є результатом розвитку за останні 200 років. Вона значною мірою відображає загальні умови життя та соціально-економічну політику відповідного періоду. За ці роки політика щодо дітей з інвалідністю еволюціонувала від базового догляду в спеціальних закладах до освіти та реабілітації в дорослому житті.

Виділяють такі структури соціального захисту осіб з інвалідністю в Україні:

I. Заходи матеріальної реабілітації осіб з інвалідністю: 1. пенсії; 2. державні соціальні допомоги; 3. грошові компенсації; 4. пільги; 5. гуманітарна та благодійна допомога;

II. для осіб з медико-соціальними вадами 1. реабілітаційні заходи для осіб з медико-соціальними обмеженнями; 2. соціальні послуги; 3. реабілітаційні послуги [19].

Важливою передумовою успішного вирішення проблем дітей з інвалідністю є державна політика. У зв'язку з цим одним із ключових завдань держави є забезпечення соціального захисту цієї категорії населення та створення умов, необхідних для реалізації розвивального, інтелектуального чи творчого потенціалу особистості. Це здійснюється шляхом регулювання надання передбачених законом видів соціальної підтримки з метою забезпечення участі таких дітей у відповідних державних програмах, розроблених на основі виявлених потреб, та усунення існуючих перешкод. З цією метою держава визначає додаткові гарантії для дітей-інвалідів щодо забезпечення реалізації їхніх прав і законних інтересів та особливого піклування про них. На сьогодні такі діти належать до найбільш вразливої категорії населення [13].

За останні роки було розроблено низку документів, які закликають державні установи, громадські організації та приватні ініціативи здійснювати заходи, спрямовані не лише на охорону здоров'я та профілактику інвалідності, а й на їхню реабілітацію, реалізацію їхніх інтересів, інтеграцію в суспільство та створення умов для професійної діяльності [13].

Правові засади задоволення особливих потреб дітей з інвалідністю у соціальному захисті, освіті, лікуванні, соціальному обслуговуванні та громадській діяльності відображені в українському законодавстві.

- «Про освіту».
- «Про державну допомогу сім'ям з дітьми».
- «Про фізичну культуру і спорт».
- «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні».
- «Про пенсійне забезпечення».
- «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи».

- «Про благодійництво та благодійні організації».

- «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні».

Вона також включена до Основ законодавства України про культуру та охорону здоров'я [7].

Реалізація державної політики щодо осіб з інвалідністю в Україні здійснюється також через національні та регіональні програми. Серед них особливе місце посідає Концепція ранньої соціальної реінтеграції дітей-інвалідів, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2000 р. № 1545 на підставі Закону України від 5 липня 2001 р. «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

У межах цього питання було реалізовано низку заходів, серед яких:

1) програмно-методичне забезпечення спеціальних (корекційних) навчальних закладів (йдеться про розробку змісту спеціальної освіти, соціально-трудової адаптації та психолого-педагогічної реабілітації розумово відсталих дітей).

2) Підготовка та підвищення кваліфікації кадрів, які працюють з дітьми-інвалідами (розроблено пакет науково-методичних навчальних матеріалів для фахівців та батьків щодо групового та індивідуального навчання дітей з емоційно-вольовими порушеннями в процесі їх інтеграції у здорове середовище).

3) Створення нових та розвиток існуючих реабілітаційних центрів для дітей-інвалідів (моделі психолого-педагогічного консультування з діагностичним підходом).

4) Створення нових освітніх моделей для дітей-інвалідів (зроблено перші кроки до розробки інтегрованої моделі догляду та навчання дітей з порушеннями розвитку) [19].

Для підтримки реінтеграції дітей з інвалідністю використовуються такі основні документи міжнародної спільноти:

- Загальна декларація прав людини (1948);

- Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (1966);
- Декларація про соціальний прогрес і розвиток (1969);
- Декларація про права розумово відсталих (1971);
- Конвенція про права дитини (1989);
- Загальна декларація про особливі потреби дітей (1990);
- Конвенція та рекомендації про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів (1983) тощо.

Серед них Декларація про права осіб з інвалідністю, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН у грудні 1971 року, у якій зазначено:

- Держави-учасниці визнають, що діти з розумовими або фізичними вадами мають право на повноцінне і адекватне життя в умовах, які забезпечують їхню гідність, сприяють їхній впевненості в собі і полегшують їхню активну участь у житті суспільства.

- Держави-учасниці забезпечують право дітей-інвалідів на особливе піклування і, за умови наявності ресурсів, заохочують і забезпечують, щоб діти, які мають на це право, і особи, відповідальні за піклування про них, отримували допомогу, яку вони просять і яка відповідає їхньому стану, а також стану їхніх батьків або інших осіб, які здійснюють піклування.

- Держави-учасниці мають право обмінюватися інформацією, включаючи інформацію про методи реабілітації, з тим, щоб дати можливість усім державам, у тому числі Україні, вдосконалювати свій потенціал і знання та розширювати свій досвід у цій галузі.

Основним міжнародним документом, який забезпечує концептуальний підхід до роботи з людьми з психофізичними порушеннями, є Стандарти правила забезпечення рівних можливостей для людей з інвалідністю, прийняті Генеральною Асамблеєю ООН у грудні 1993 року. Документ приділяє особливу увагу таким групам як діти, жінки, люди похилого віку, бідні, особи з множинною інвалідністю та біженці з інвалідністю.

В Україні вже давно існує державна система соціальної підтримки дітей-інвалідів та дітей з фізичними та розумовими вадами, яка органічно входить

до системи Міністерства освіти України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства України у справах сім'ї та молоді та Державного комітету України з питань фізичної культури і спорту.

Правові засади задоволення особливих потреб дітей з інвалідністю у соціальному захисті, освіті, лікуванні, соціальному обслуговуванні та громадській діяльності відображені в законодавстві України: «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», «Про освіту», «Про пенсійне забезпечення», «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», «Про охорону дитинства. Державна допомога», «Про фізичну культуру і спорт», «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні», «Про благодійництво та благодійні організації», основах законодавства про охорону здоров'я та про культуру.

Державне регулювання соціального захисту дітей з інвалідністю здійснюється на основі Конституції України, Конвенції ООН про права дитини, Сімейного кодексу України, норм міжнародного права, законів України та постанов Кабінету Міністрів України [20].

Відповідно, в Україні розроблені документи, згідно з якими державні структури та громадські органи здійснюють заходи, спрямовані на охорону здоров'я та профілактику інвалідності, створення умов для реабілітації осіб з інвалідністю, реалізації їхніх інтересів та інтеграції в соціальну та професійну діяльність. Створено національну систему соціальної підтримки дітей з інвалідністю.

Прийнято закон України, що визначає правові засади задоволення особливих потреб дітей з інвалідністю у соціальному захисті, освіті, лікуванні, соціальному обслуговуванні та громадській діяльності.

Визнання основних принципів соціальної та правозахисної моделі «інвалідності» не створює автоматично необхідних умов для реалізації прав осіб з інвалідністю. Існує нагальна потреба у перегляді національного

законодавства на відповідність положенням основних міжнародних документів у сфері захисту та реабілітації осіб з інвалідністю, а також у визначенні сфер, де законодавча база може бути додатково адаптована для прискорення процесу соціальної інтеграції осіб з інвалідністю.

За роки незалежності в Україні проведено значну роботу щодо створення інституційного середовища для реалізації прав дітей з інвалідністю, і слід зазначити, що після ратифікації Україною Конвенції ООН про права дітей з інвалідністю (КПІ) було вдосконалено багато законів та прийнято нові нормативно-правові акти, спрямовані на підвищення рівня реабілітації та соціальної інтеграції дітей з інвалідністю. Відтак, реабілітаційні установи нині функціонують відповідно до змісту таких реабілітаційних заходів медична реабілітація, медико-соціальна реабілітація, соціальна реабілітація, психолого-педагогічна реабілітація, фізична реабілітація, професійна реабілітація, трудова реабілітація, фізкультурно-спортивна реабілітація або змішана (відповідно до статті 13 Закону «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні») [19].

Виходячи з розуміння, що правове регулювання - це форма юридичного впливу держави на суспільні відносини з метою упорядкування, зміцнення та забезпечення прав дітей з інвалідністю, вважаємо за необхідне врахувати його різноманітність та проаналізувати на відповідність окремим положенням Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю. Вивчення законотворчої діяльності дозволило нам визначити хронологію прийняття законодавства щодо імплементації принципів Конвенції в Україні наступним чином.

По-перше, Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», який набув чинності Постановою Верховної Ради України № 876-ХІІ (876-12) від 21 березня 1991 року. Таким чином, статті 1-5 КПІ. Реалізація положень про «рівність і недискримінацію» у статтях 1-5 КПІ відображена у Главі 1 цього Закону. Закон уповноважує державні органи України здійснювати державне управління у сфері забезпечення прав і соціального захисту осіб з інвалідністю (Глава ІІ) та прав громадських організацій (Глава

III). Розділ IV «Зайнятість, освіта і професійна підготовка осіб з інвалідністю» спрямований на імплементацію статей 24 «Освіта» та 27 «Праця і зайнятість» Конвенції. Стаття 19 Закону визначає норматив робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю у розмірі 4% середньорічної чисельності штатних працівників облікового складу або одне робоче місце, якщо кількість працівників становить від 8 до 25 осіб. Розділ V визначає аспекти, пов'язані зі створенням необхідних умов для безперешкодного доступу осіб з інвалідністю до об'єктів соціальної інфраструктури (це відповідає необхідності імплементації наступних статей Конвенції: Стаття 9 «Доступність»; Стаття 10 «Право на життя»; Стаття 19 «Незалежне проживання та участь у житті місцевої громади». Закон також регулює незалежне проживання та участь у місцевій громаді (стаття 19 Конвенції), індивідуальну мобільність (стаття 20 Конвенції) та працю і зайнятість (стаття 27 Конвенції) [12].

Питання рівності та недискримінації також регулюються Законом України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» від 2013 року, Законом України «Про державну статистику» від 1992 року та Постановою Кабінету Міністрів України № 121 від 16 лютого 2011 року «Про Положення про Центральний банк даних з проблем інвалідності». Закон «Про ратифікацію» регулює виконання статті 31 Конвенції про статистику та збір даних; діє Закон України «Про психіатричну допомогу», прийнятий у 2000 році [12; 13].

Захист дітей з інвалідністю також регулюється Законом України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю та дітям з інвалідністю з дитинства» від 2001 року. Питання абілітації та реабілітації (стаття 26 Конвенції) регулюється Законом «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» та Постановою Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 року № 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю» [14].

Прийнято низку постанов та розпоряджень: Постанова Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007р. 70 «Про реалізацію статей 19 і 20 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»; Постанова Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 «Деякі питання медико-соціальної експертизи»; «Положення про медико-соціальну експертизу, порядок, умови та критерії встановлення інвалідності в системі соціального захисту осіб з інвалідністю в Україні»; Постанова Кабінету Міністрів України від 16 лютого 2011 р. № 121 «Про основні засади соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні»; Постанова Кабінету Міністрів України від 16 лютого 2011 року № 121 «Про затвердження Положення про Центральний банк даних з проблем інвалідності»; Наказ Міністерства соціальної політики України від 14 квітня 2011 року № 129 «Про затвердження Положення про Фонд соціального захисту інвалідів»; «Моніторинг та оцінка ефективності програм соціальної допомоги»: допомога у зв'язку з вагітністю та пологами, допомога по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку, допомога на дітей одиноким матерям, допомога на усиновлених дітей, допомога на дітей, над якими встановлено опіку чи піклування, державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям, державна соціальна допомога особам з інвалідністю та дітям з інвалідністю з дитинства, відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг, субсидії на придбання скрапленого газу, твердого та рідкого пічного побутового палива.

Постанова Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 року «Про затвердження Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю» на період до 2020 року» є одним із національних досягнень, що ґрунтується на Конвенції про права осіб з інвалідністю та забезпечує реалізацію прав осіб з інвалідністю та задоволення їх потреб нарівні з іншими громадянами. поліпшення умов життя [20].

Важливе значення має національна імплементація та моніторинг (стаття 33 Конвенції), а також Постанова № 114/242/392/85/85 від 12.03.2013 р. «Про

затвердження методик проведення моніторингу та оцінки ефективності програм соціальної допомоги» та Постанова № 554 від 20 червня 2012 р. «Про проведення моніторингу та оцінки ефективності програм соціальної допомоги» [21; 22] .

Наказом Міністерства освіти і науки України № 912 від 1 жовтня 2010 року затверджено Концепцію розвитку інклюзивної освіти. Ця концепція визначає пріоритети державної політики в галузі освіти з метою забезпечення конституційних прав і державних гарантій дітей з особливими освітніми потребами та використання інноваційних технологій, зокрема інклюзивного навчання, для забезпечення освітньої та соціальної реінтеграції дітей з особливими освітніми потребами, у тому числі дітей з інвалідністю. Він спрямований на створення необхідних умов для вдосконалення системи та формування нової філософії соціально-економічного розвитку. Внесено зміни до Закону України «Про загальну середню освіту», відповідно до яких у загальноосвітніх навчальних закладах можуть створюватися спеціальні та інклюзивні класи для дітей з особливими освітніми потребами [23].

Наказом Міністерства освіти і науки України від 1 жовтня 2010 року № 912 затверджено Концепцію розвитку інклюзивного навчання [24]; постановою Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011 року № 872 затверджено Порядок організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах [22]. Водночас діє Закон України «Про професійно-технічну освіту» [24].

1.3. Соціально-педагогічний супровід дітей-інвалідів як фактор соціальної адаптації

Виходячи з пріоритету суспільних людських цінностей, визнаючи рівність прав усіх людей на освіту і рівний захист цього права з боку держави, бажаючи створити законодавчу базу для задоволення спеціальних потреб осіб,

можливості яких здобути освіту обмежені їхньою вадою, станом здоров'я або конкретними соціальними умовами, було розроблено закон «Про освіту осіб з обмеженими можливостями здоров'я». Спеціальна освіта забезпечує особам з фізичними і (або) психічними вадами можливість розвинути свої фізичні та психічні можливості з метою пристосування до соціального середовища, підготовки до трудової діяльності, самообслуговування та сімейного життя.

Спеціальна освіта є частиною системи комплексної, медико-педагогічної, професійної та соціальної реабілітації осіб, які мають фізичні або психічні вади. Вона гарантує безоплатність навчання, незалежно від його форм у межах державного освітнього стандарту; вільний доступ до освіти будь-якого рівня, що здобувається в умовах інтегрованого навчання відповідно до психолого-педагогічних показників; навчання з якомога мінімальною ізоляцією для суспільства.

Освітні заклади, органи соціального захисту населення, заклади зв'язку, інформації, фізичної культури і спорту, забезпечують безперервність виховання та освіти, соціально-побутову адаптацію дітей-інвалідів. Історія зародження у вітчизняній системі освіти системи комплексної допомоги дитині в розвитку водночас може характеризуватися як багаторічна, що налічує понад 2 століття, і - дуже коротка - всього 10-15 років.

В українській системі спеціальної освіти розвивається модель взаємодії фахівців різного профілю - взаємодії, спрямованої на всебічну діагностику рівня і потенціалу розвитку дитини та проєктування доцільних корекційно-розвивальних програм. Тільки з розвитком гуманістичної орієнтації у вітчизняній педагогіці була продекларована необхідність і почала розвиватися система супроводу розвитку будь-якої дитини, незалежно від того, до якої системи освіти вона належить.

Ранній супровід розвитку, супровід розвитку в загальноосвітній школі, цільовий супровід різних дітей «груп ризику», супровід у системі спеціальної освіти стали елементами однієї системи, своєрідними гарантами права дитини на повноцінний розвиток. Поняття супроводу виростало з глибин педагогіки.

Думка про необхідність «супроводу розвитку» як очевидна висловлюється сучасними педагогами, які розвивають ідеї «педагогіки успіху». Під педагогічним супроводом розуміється метод, що забезпечує створення умов для прийняття суб'єктом розвитку оптимальних рішень у різних ситуаціях життєвого вибору.

Супровід - це комплексний метод, в основі якого лежить єдність чотирьох функцій: діагностика сутності проблеми, що виникла; інформація про сутність проблеми та шляхи її вирішення; консультації на етапі ухвалення рішення і вироблення плану вирішення проблеми; первинна допомога на етапі реалізації плану вирішення. Під супроводом також розуміють взаємодію супроводжуваного, спрямована на розв'язання життєвих проблем супроводжуваного.

Комплексність виступає провідним принципом супроводу. Однак при цьому існують певні протиріччя комплексного підходу. До них, наприклад, належать: брак кваліфікованих кадрів; відсутність фахівців із реальним досвідом розв'язання актуальних особистісних проблем; слабкий розвиток інформаційних процесів у системі супроводу; підміна супроводу, орієнтованого на розв'язання реальної особистісної проблеми, просвітництвом, спрямованим на підвищення потенційного рівня психолого-педагогічної культури суспільства, неузгодженість діагностичного апарату тощо.

На наш погляд, серед зазначених труднощів особливе місце мають посідати питання чіткого узгодження діяльності команди спеціалістів різного профілю, зокрема психологів, педагогів, соціальних і медичних працівників, та розмежування сфери компетенції кожного з них. До компетенції психологів мають належати, головним чином, діагностика, запобігання та корекція порушень розвитку особистості учнів. Тому для розв'язання практичних завдань необхідна сучасна концепція особистості та психічного здоров'я учнів, зрозуміла всім суб'єктам комплексного супроводу школяра.

О.І. Казакова вважає, що вихідним положенням для формування теорії та практики комплексного супроводу став системно орієнтаційний підхід, у логіці якого розвиток розуміється як вибір і освоєння суб'єктом розвитку тих чи інших інновацій. Природно, кожна ситуація вибору породжує множинність варіантів рішення, опосередкованих деяким орієнтаційним полем розвитку. Супровід можна трактувати як допомогу суб'єкту розвитку у формуванні орієнтаційного поля розвитку, відповідальність за дії яку несе сам суб'єкт.

Найважливішим положенням системно-орієнтаційного підходу виступає пріоритет опори на внутрішній потенціал розвитку суб'єкта (ключове положення «педагогіки успіху»), отже, на право суб'єкта самостійно робити вибір і нести за нього відповідальність. Однак декларація цього права ще не є його гарантією. Для здійснення права вільного вибору різних альтернатив розвитку необхідно навчити людину обирати, допомогти їй розібратися в суті проблемної ситуації, виробити рішення і зробити перші кроки. Низка дослідників у супроводі розвитку дитини вважають важливим положення про те, що носієм проблеми розвитку дитини в кожному конкретному випадку виступає і сама дитина, і її батьки, і педагоги, і найближче дружнє оточення дитини.

Основними принципами супроводу дитини в умовах життєдіяльності в освітньому закладі, є: рекомендаційний характер порад супроводжуючого; пріоритет інтересів супроводжуваного, «на боці дитини»; безперервність супроводу; мультидисциплінарність (комплексний підхід) супроводу; прагнення до автономізації. Розглянемо ці принципи докладніше.

1) Рекомендаційний (необов'язковий для виконання) характер. Провідною ідеєю супроводу виступає положення про необхідність розвитку самостійності дитини у розв'язанні актуальних для її розвитку проблем, саме тому логіка супроводу диктує необхідність відмови від «законодавчих» рішень, усі рішення центру супроводу можуть мати рекомендаційний характер. Відповідальність за розв'язання в полі проблем залишається за дитиною, її батьками або особами, що їх замінюють, педагогами, близьким

оточенням. Очевидно, якщо одна зі сторін «суб'єктного чотирикутника» не може брати участь в ухваленні рішення (наприклад, через відсутність у дитини батьків або некомпетентність дружнього оточення молодшого школяра), то функції цієї сторони перебирають на себе інші носії проблеми. Що компетентніша у розв'язанні своїх проблем дитина, то більше прав на остаточне рішення має мати саме вона. Пріоритет повноважень розв'язання тут може бути визначений у такій послідовності: дитина та її батьки; педагоги; близьке оточення.

На різних стадіях розвитку проблем фахівці системи супроводу можуть прагнути доповнити своїми порадами «непрацюючі елементи» системи.

2) «На боці дитини». Принцип відображає базове протиріччя методу супроводу. Очевидно, що «винуватцем» будь-якої проблемної ситуації розвитку дитини виступає не тільки соціальне оточення або природний генотип дитини, а й особливості її особистості. Простіше кажучи, у проблемних ситуаціях дитина часто буває не права. Дуже часто на боці дитини тільки вона сама і фахівець системи супроводу, який покликаний прагнути вирішити кожну проблемну ситуацію з максимальною користю для дитини.

3) Безперервність супроводу. Дитині гарантовано безперервний супровід на всіх етапах допомоги у вирішенні проблеми. Фахівець супроводу припинить підтримку дитини тільки тоді, коли проблема буде вирішена або тенденція вирішення буде очевидна. Цей принцип означає також і те, що діти, які перебувають під постійним впливом чинників ризику (наприклад: хронічно хвора дитина, дитина в системі спеціальної освіти, дитина-сирота тощо) будуть забезпечені безперервним супроводом упродовж усього періоду їхнього становлення.

4) Мультидисциплінарність супроводу. Принцип вимагає узгодженої роботи «команди» фахівців, які проповідують єдині цінності, включені в єдину організаційну модель і володіють єдиною системою методів.

5) Автономність. Один із найбільш складно реалізованих принципів. З одного боку, автономність центру виступає гарантом захисту від

адміністративного тиску з боку керівництва школи або педагогів на ті чи інші рекомендації центру. Аналізуючи сутність поняття супроводу, необхідно зупинитися на близьких поняттях, таких як «забезпечення», «допомога», «підтримка». Використання терміну «супровід» продиктовано необхідністю додатково підкреслити самостійність суб'єкта в ухваленні рішення. Термін «супровід» може бути розкритий через «забезпечення умов для ухвалення суб'єктом рішення»; однак, лексично - це більш жорстка форма, що підкреслює пріоритет особистості «того, хто забезпечує».

Теорію «педагогічної підтримки», як третього компонента разом із «навчанням» і вихованням» розробляє лабораторія учнів О. С. Газмана . На думку О. С. Газмана [29], диференціація соціального та індивідуального в розвитку особистості призводить до необхідності виокремлення в педагогічному процесі педагогічної підтримки (допомоги в саморозвитку). Предметом педагогічної підтримки є процес спільного з дитиною визначення її власних інтересів, цілей, можливостей і шляхів подолання перешкод (проблем), що заважають зберегти свою людську гідність і самостійно досягати бажаних результатів у навчанні та самовихованні, спілкуванні, способі життя.

Ключове слово теорії педагогічної підтримки - проблема дитини. Основними принципами забезпечення педагогічної підтримки можуть бути такі: згода дитини на допомогу; опора на наявні сили та потенційні можливості особистості; віра в ці можливості; орієнтація на здібності дітей самостійно долати труднощі; спільність, співпраця, сприяння; конфіденційність (анонімність); доброзичливість і безоціночність; безпека, захист здоров'я, прав, людської гідності; реалізація принципу «не нашкодь»; рефлексивно-аналітичний підхід до процесу і результату.

Для теорії супроводу дуже важливим є розмежування методів попередження проблеми та корекції проблеми. Це розмежування може бути побудовано на основі аналізу трьох параметрів.

Перший параметр виділяє момент дії щодо часу розвитку проблеми. Дія може здійснюватися до і під час, або після появи проблеми. Протилежністю виступають ті моменти, коли проблеми вже повністю сформувалися або навіть вийшли з-під контролю. Ці ситуації вимагають негайної роботи з корекції. Між цими двома полюсами розташовується діяльність із загальної профілактики. Ініціативи, сфокусовані на ранніх етапах виникнення проблем, зазвичай націлені на широкі цільові групи і можуть бути адресовані, наприклад, усім дітям, які перебувають у цьому освітньому закладі, або всім дітям шкільного віку. У міру розвитку проблеми дії стають конкретнішими, а цільова група - специфічнішою.

Другий параметр характеризує основний фокус у загальному втручанні. Його завдання вплинути на зміни в самій людині (особистісно-орієнтована профілактика) або на систему, в рамках якої вона діє (системно-орієнтована або структурно-орієнтована профілактика).

Третій параметр характеризує природу дії. Проблеми попереджаються шляхом скорочення неприпустимих типів поведінки (оборонна стратегія) або шляхом пропозиції нових варіантів поведінки (наступальна стратегія). Процес супроводу можна описати через послідовну реалізацію наступних кроків: проведення кваліфікованої діагностики суті проблеми, історії потенційних сил її носіїв; інформаційного пошуку методів, служб і спеціалістів, які можуть допомогти розв'язати проблему; обговорення можливих варіантів розв'язання проблеми з усіма зацікавленими людьми та вибору найдоцільнішого шляху розв'язання; надання супроводжуваним первинної допомоги на початкових етапах реалізації плану, оскільки перші кроки є найскладнішими.

Важливо зазначити, що діяльність сучасних центрів і служб супроводу спрямована на забезпечення двох узгоджених процесів: індивідуальний супровід дітей в освітніх установах, з якими центр укладає договір про спільну роботу; системний супровід, спрямований на профілактику або корекцію проблеми, характерної не для однієї дитини, а для системи в цілому.

Індивідуальний супровід дітей в освітньому закладі передбачає створення умов для виявлення потенційної та реальної «груп ризику» (тобто дітей, які перебувають під впливом одного або кількох факторів ризику) і гарантовану допомогу тим дітям, які її потребують. Такий метод роботи є протилежністю так званому, «заявницькому» супроводу, за логікою якого центри (або відповідні служби) працюють лише з тими дітьми, з приводу яких до центру звернулися батьки (або педагоги). Часто саме ті, хто найбільше потребує підтримки, випадають із кола турботи й уваги дорослих.

Системний супровід і соціально-педагогічне супроводжувальне проєктування здійснюється центрами та службами в кількох напрямках: участь у розробленні та реалізації програм розвитку освітніх систем з урахуванням створення сприятливіших умов для розвитку дітей; проєктування нових типів освітніх установ (притулок, соціальний готель, школа індивідуального навчання тощо), яких потребують діти; створення профілактико-корекційних програм, спрямованих на подолання проблем, характерних для багатьох дітей.

Такими програмами можуть бути програми «Діти-інваліди», «Діти-мігранти» тощо. Вони проєктуються з урахуванням специфіки сучасного теоретичного розуміння суті проблеми та можливості її розв'язання, з урахуванням територіальної специфіки, знання потенціалу освітньої системи, інших ресурсів. Можна виокремити основні етапи процесу супроводу: діагностичний етап, пошуковий етап, консультативно-проєктивний етап, діяльнісний етап, рефлексивний етап.

Основною метою педагогічного супроводу дитини-інваліда буде розвиток її особистості в рамках соціальної адаптації до умов навколишнього середовища. Провідна особа в системі педагогічного супроводу повинна володіти знаннями не тільки в галузі спеціальної педагогіки, а й у галузі вікової та спеціальної психології, логопедії, педагогіки та інших науках (42).

Освітні установи спільно з органами соціального захисту населення та органами охорони здоров'я забезпечують дошкільне, позашкільне виховання та освіту дітей-інвалідів, здобуття інвалідами середньої загальної освіти,

середньої професійної та професійної вищої освіти відповідно до індивідуальної програми реабілітації інваліда.

Дітям-інвалідам дошкільного віку надаються необхідні реабілітаційні заходи та створюються умови для їхнього перебування в дитячих дошкільних закладах загального типу. Порядок виховання і навчання дітей-інвалідів удома, у недержавних освітніх установах, а також розміри компенсації витрат батьків на ці цілі визначає держава. Утримання дітей-інвалідів у дошкільних і загальноосвітніх установах здійснюється за рахунок коштів бюджету відповідного суб'єкта України.

У законі «Про освіту» йдеться про те, що громадянам Держави гарантується можливість здобуття освіти незалежно від статі, раси, національності, мови, походження, місця проживання, ставлення до релігії, переконань, віку, стану здоров'я, соціального, майнового та посадового становища; держава створює громадянам із відхиленнями в розвитку умови для здобуття ними освіти, корекції порушень розвитку та соціальної адаптації на основі спеціальних педагогічних підходів.

Дія Закону «Про освіту осіб з обмеженими можливостями здоров'я (спеціальну освіту)» поширюється на дітей і дорослих, можливості яких здобути освіту, зокрема й професійну, обмежено у зв'язку з фізичною та (або) психічною вадою, підтвердженою встановленим порядком. вадою, підтвердженою в установленому порядку; на батьків дітей, а також або належно уповноважених представників дорослих; на педагогічний, медичний та інший персонал, який бере участь у спеціальному освітньому процесі; на державні, муніципальні та недержавні органи, що беруть участь у спеціальному освітньому процесі, муніципальні та недержавні органи, їхні посадові особи, а також юридичні та фізичні особи, які беруть участь у здійсненні спеціальної освіти.

Спеціальна освіта забезпечує особам з фізичними та (або) психічними вадами можливість розвинути свої фізичні та психічні здібності з метою

пристосування до соціального середовища, підготовки до трудової діяльності, самообслуговування, самозабезпечення та сімейного життя.

Спеціальна освіта є частиною системи комплексної, медико-педагогічної, професійної та соціальної реабілітації осіб, які мають фізичні та (або) психічні вади, і включається до індивідуальної програми реабілітації таких осіб. Цей Закон передбачає державні гарантії прав осіб, які мають спеціальні потреби. Гарантують таким особам обов'язкове навчання, незалежно від ступеня фізичної та (або) психічної вади з моменту її виявлення, але не пізніше трирічного віку; при цьому тривалість початкової та основної загальної освіти встановлюють спеціальні освітні стандарти, і вона не може бути меншою за 9 років. Крім того, гарантується безоплатність навчання, незалежно від його форм у межах державного освітнього стандарту; вільний доступ до освіти будь-якого рівня, одержуваної в умовах інтегрованого навчання відповідно до психолого-педагогічних і медичних показань (протипоказань); навчання з якомога меншою ізоляцією від суспільства; навчання за індивідуальними програмами відповідно до спеціальних освітніх стандартів, які співвідносяться із програмами навчання в установах загального типу. Особам з фізичними та (або) психічними вадами після закінчення навчання гарантується працевлаштування відповідно до здобутої освіти та (або) професійної підготовки в порядку, визначеному законодавством про працю та законодавством про зайнятість.

Батьки дітей, які мають спеціальні освітні потреби, крім прав і обов'язків, передбачених Конституцією України, користуються спеціальними правами: бути присутніми під час огляду дитини в психолого-медико-педагогічній консультації (комісії), висловити свою думку та оскаржити у встановленому порядку висновок цієї комісії; брати участь у розробці й реалізації індивідуальних навчальних програм для дитини; мають право на позаконкурсний прийом в заклад професійної вищої освіти і безкоштовну підготовку до навчання; мати можливість отримати безкоштовне навчання. Це

право надається батькам за умови, якщо вони мають освіту, необхідну для навчання в закладі вищої професійної освіти.

Законом «Про освіту осіб з обмеженими можливостями здоров'я (спеціальну освіту)» передбачено також державне забезпечення осіб, які мають спеціальні освітні потреби. По-перше, плата за навчання в межах державного освітнього стандарту з осіб, які мають спеціальні освітні потреби, не стягується. За потреби цим особам надається транспорт для доставки до освітнього закладу відповідного типу і виду або організовується їх безоплатне навчання вдома. По-друге, батькам дітей, які мають спеціальні освітні потреби та навчаються в сім'ї, відшкодовують витрати на навчання в розмірах, які визначають державні нормативи витрат на навчання у відповідному типі та виді державної або муніципальної установи. Відшкодування виплачується за умови успішної державної атестації дитини. По-третє, на повному державному забезпеченні в муніципальних освітніх та у спеціальних класах (групах) державних і муніципальних освітніх закладів перебувають діти: нечуючі та слабочуючі, незрячі та слабоврячі, з тяжким порушенням мовлення, з порушеннями опорно-рухового апарату, розумово відсталі, з вираженими (глибокими) порушеннями емоційно-вольової сфери поведінки, з вираженими труднощами в навчанні (із затримкою психічного розвитку), зі складними вадами.

У цьому Законі зазначено, що крім форм здобуття освіти, передбачених Законом «Про освіту», особи, які мають спеціальні освітні потреби, можуть здобувати освіту у формі навчання вдома, інтегрованого навчання і навчання в умовах стаціонарного лікувального закладу.

Інтегроване навчання - це спільне навчання осіб, які мають фізичні та (або) психічні вади, та осіб, які не мають таких вад, з використанням спеціальних засобів і методів та за участю педагогів-фахівців. Для нашої країни завдання інтегрованого навчання потребує свого розв'язання на державному рівні, щоб забезпечити дітям із вадами в розвитку рівні з їхніми

здоровими однолітками можливості в отриманні освіти, необхідної для максимальної адаптації та повноцінної інтеграції в суспільстві.

Сьогодні в Україні співіснують два шляхи розвитку спеціальної освіти: диференціація та інтеграція. Диференціація відбувається завдяки вдосконаленню 8 видів спеціальних (корекційних) установ, а також появі нових, таких як різні психолого-педагогічні медико-соціальні центри, спеціальні школи для дітей із девіантною поведінкою тощо. Інтеграція передбачає соціальну інтеграцію, тобто інтеграцію в наше суспільство, соціум, а також інтегроване навчання.

Найпоширенішим шляхом розвитку спеціальної освіти поки що є диференційоване навчання як адекватніший шлях до нині існуючої системи підготовки кадрів і стереотипу ставлення до дітей із проблемами та інвалідів, що склався в нашому суспільстві. Інтегроване навчання вимагає від педагога іншого рівня підготовки, високого професіоналізму, творчості, досвіду і майстерності.

Зростання кількості дітей з труднощами в навчанні, неуспішність у спробах їхнього подолання в загальноосвітній школі, неминуче ставлять перед ученими такі питання, як: чи можна ефективно допомогти цим дітям в умовах масової школи; як виявити наявні проблеми; як організувати спеціальну допомогу в корекції недоліків у розвитку, проблем у навчанні, спілкуванні, поведінці; як забезпечити засвоєння предметів навчального плану; як підготувати дитину з труднощами в навчанні до соціально-трудової діяльності після школи і т. д. Ці питання далекі від свого розв'язання не тільки в нашій країні, а й в інших країнах, що стали на шлях інтеграції в навчанні дітей зі спеціальними потребами.

У різних країнах моделі інтегрованого навчання дітей з проблемами в розвитку та інвалідів мають свої специфічні особливості. У масових школах, особливо в малих містах і сільській місцевості, перебуває сьогодні чимало дітей із проблемами в розвитку. Це природна, а іноді й просто вимушена через різні обставини, модель інтеграції в середовище однолітків, які нормально

розвиваються. Причинами цієї інтеграції можуть бути такі: відсутність спеціальних (корекційних) закладів; їхня віддаленість від місць проживання дитини; небажання батьків навчати дитину в спеціальному закладі. Статистичної інформації про кількість дітей із порушенням слуху, зору та іншими відхиленнями, які навчаються в масових школах, загалом по країні немає. Більшість цих дітей у масових школах не отримують жодної спеціальної допомоги.

Останніми роками в низці великих міст України розпочалася робота з наукового дослідження та практичного психолого-педагогічного супроводу дітей із сенсорними та руховими порушеннями в загальноосвітній школі, чому значною мірою сприяє позитивний досвід наших колег з інших країн. Батькам, у яких з'явилася дитина з відхиленнями, рекомендують помістити її від самого початку в спеціальний заклад. Досі в Україні до інтеграції в освіті ставляться з певною стриманістю. Причини, які при цьому зазвичай вказуються, належать до того, що загальноосвітні школи не укомплектовані спеціальними кадрами, і що діти не зможуть отримувати повний набір необхідної допомоги, якщо вони відвідуватимуть звичайні класи в цих школах.

У цьому аргументі є частка істини, оскільки найчастіше проекти, засновані на принципі інтегрованого навчання, не завжди зустрічають схвалення вчителів масових шкіл і керівництва на місцевому та регіональному рівнях. Коли дітей переводять зі спеціальної освіти в масову, то мають бути зважені всі «за» і «проти».

Визначення термінів початку інтегрованого навчання також є складним завданням і вирішується індивідуально щодо кожної дитини та за бажанням її батьків. Насамперед, це залежить від вираженості відхилень у розвитку. Так, діти з легкими відхиленнями можуть бути інтегровані в соціум з раннього дошкільного віку і включені в інтегроване навчання з початкової школи. Дітей із серйознішими порушеннями (зору, слуху, мовлення тощо) доцільно інтегрувати в масову школу після початкового навчання. А для дітей із важкими відхиленнями навчання можливе тільки в спеціальній школі.

Спеціальна школа має готувати своїх дітей до можливого переходу в масову школу. Ця підготовка, можливість і доцільність переходу до масової школи мають визначатися ступенем розвитку і характером адаптації дитини, бажанням батьків і існуванням школи, здатної її прийняти. Перехід дитини зі спеціального дитячого садка або школи до масової школи має супроводжуватися підтримкою та допомогою спеціальних педагогів і психологів для розв'язання гострих проблем та успішності оволодіння дітьми навчальною програмою.

Виходячи з проблем інтегрованого навчання, які зачіпають інтереси та потреби самих учнів з обмеженими можливостями здоров'я та їхніх батьків, впливає необхідність суттєвого оновлення змісту навчання. Розроблення нової ідеології у сфері освіти передбачає: формування багатоваріативної освітньої системи; перехід до освітніх стандартів, які гарантують успішну соціалізацію і поліпшення «якості життя» всім дітям із проблемами в розвитку; створення ефективної системи психолого-педагогічного та медико-соціального супроводу учнів із проблемами в розвитку; перегляд системи підготовки та підвищення кваліфікації не тільки спеціальних педагогів і психологів, а й учителів масових шкіл щодо навчання дітей із проблемами в розвитку.

Труднощі в переході до інтеграції пов'язані з фінансово-економічними проблемами України, невідповідністю державних стандартів вищої спеціальної освіти вимогам сучасної спеціальної (корекційної) школи та інтегрованому навчанню дітей із вадами в розвитку, відсутністю необхідної нормативно-правової бази тощо.

Незважаючи на всі проблеми і труднощі, процес інтеграції дітей з обмеженими можливостями здоров'я до масової школи в Україні посилюється, у різних регіонах країни розвиваються різноманітні моделі та форми взаємодії спеціальної та масової шкіл, робляться спроби створити адекватні умови для найповнішої соціальної адаптації та розвитку особистості таких дітей. При цьому за особами, які мають психічні та (або) фізичні вади,

зберігаються всі пільги, якими вони користуються під час навчання в спеціальному освітньому закладі.

Інтегроване навчання можливе у звичайному класі (групі) з отриманням індивідуальної допомоги, або з отриманням допомоги в корекційному, зокрема логопедичному кабінеті (пункті), а також навчання у спеціальному (корекційному) класі (групі) в освітніх закладах загального типу. Освітній заклад загального типу не вправі відмовити особам з фізичними та (або) психічними вадами у прийнятті з мотиву наявності у них вади за відсутності протипоказань до навчання та (або) професійної освіти.

З огляду на загальносвітовий підхід до навчання дітей з обмеженими можливостями здоров'я разом з однолітками, які нормально розвиваються, в Україні останніми роками почався процес їх інтеграції в загальноосвітнє середовище. Розпочато процес деінституалізації дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Таким чином, аналіз діяльності спеціальних установ для дітей-інвалідів дав змогу зробити висновок про недостатню розробленість технологій соціальної адаптації в роботі з цими дітьми в процесі їхньої соціалізації. Найсильніше цьому процесу сприяє педагогічний супровід, який побудовано на принципах рекомендаційного характеру, принципі безперервності, мультидисциплінарності, автономності супроводу і передбачає послідовність таких етапів: діагностичного, пошукового, договірнього, діяльнісного, рефлексивного.

1.4. Проблеми соціального захисту інтересів родин, що виховують дітей з інвалідністю

Актуальним питанням сьогодення є проблема адаптації сім'ї до нових обставин, що містять у собі виховання та навчання дитини з особливими потребами. А тому метою нашого дослідження стало виявлення соціально-психологічних факторів, що сприяють процесу дезадаптації батьків щодо

виховання дитини-інваліда, а також вплив психологічного клімату в сім'ї на розвиток дитячої особистості. До розгляду цього питання зверталися науковці І. Іванова, Л. Борщевська, Л. Зіброва, Т. Комар та інші вчені.

Донедавна вважалося, що головним вихователем дитини повинна бути школа, колектив. Проте головну відповідальність за розвиток дитини несе сім'я, адже саме в ній закладено найважливіші риси особистості дитини, її ставлення до себе, до світу. У сім'ї задовольняється значна частина потреб дитини: в емоційній підтримці, любові, захищеності. Незадоволення їх у сім'ї породжує нервово-психічне напруження, тривогу.

Потрібно враховувати, що батьки, які доглядають за хворою дитиною, стикаються не тільки з медичними, юридичними, економічними та професійними (зміна місця роботи і характеру праці з урахуванням інтересів хворої дитини, формування специфічного способу життя), а й з педагогічними та психологічними (встановлення та підтримання контакту з дитиною, розв'язання конфліктних ситуацій, особливо тих, що загрожують цілісності сім'ї) проблемами. Дослідження доводять, що до 50% батьків залишають сім'ї, де є дитина-інвалід, тобто до інших проблем додаються ще й проблеми виховання у неповній сім'ї. 40% опитаних матерів відчувають власну провину за хворобу дитини, крім того, психіка працюючого батька не знає такого інтенсивного патогенного впливу стресу, як психіка матері, що постійно взаємодіє з дитиною-інвалідом. У сім'ї відбуваються якісні зміни: психологічні (продовжений стрес); соціальні (втрата колишніх контактів, друзів, колег, спілкування); соматичні (психогенний стрес матері провокує соматичні захворювання) [10].

Треба підкреслити, що існує ціла низка чинників психологічної дезадаптації недієздатних дітей у сфері сімейних стосунків, про які варто знати близьким дитини-інваліда. Насамперед це неадекватна оцінка батьками психічного розвитку, поведінкових реакцій дитини, психологічної атмосфери в сім'ї; надмірна невротизація матерів дітей з обмеженими можливостями; подвійний вплив несприятливих соціально-економічних чинників, коли в сім'ї

є кілька дітей і ставлення до них суттєво відрізняється, дитина-інвалід сприймається підкреслено як «особлива» і не така, як інші. Ці чинники деформують психіку дитини-інваліда, ускладнюють соціальну адаптацію і лікувально-реабілітаційні заходи.

Функціонування сім'ї, яка виховує дитину-інваліда чи хронічно хворого малюка, має низку особливостей і проблем, найважливіші з яких – вплив сім'ї на стан хворої дитини і вплив самої дитини-інваліда на психологічний клімат сім'ї. Народження дитини з відхиленнями в розвитку – велике потрясіння для сім'ї, і реакція на цю звістку може бути різною: від депресії, параноїдальних тенденцій до відмови від дитини. Virізняють кілька стадій пристосування сім'ї до такої ситуації, а саме:

- стадія шоку, агресії, відмови від усвідомлення факту. Батьки шукають винного у трагедії, звинувачуючи одне одного чи лікарів; іноді агресію спрямовують на новонародженого у сім'ї, зростає емоційне напруження;

- стадія скорботи за здоровою дитиною, якої немає. Батьки починають усвідомлювати свою відповідальність, однак відчують себе безпорадними в питаннях догляду, виховання дитини, звертаються до спеціалістів;

- стадія адаптації: батьки «прийняли» ситуацію, починають будувати життя з урахуванням того, що в сім'ї дитина-інвалід.

У дорослих зменшується почуття жалю, скорботи, посилюється інтерес до навколишнього світу, подій. Безперечно, для більшості сімей адаптація є умовною, адже вони продовжують жити в умовах стресу, дорослішання дитини приносить нові проблеми тощо [10].

Структура та функції сім'ї змінюються впродовж плину часу, її життєвий цикл, як правило, складається з певних стадій (періодів).

Виокремлюють такі періоди життєвого циклу сім'ї дитини-інваліда:

1. народження дитини: отримання інформації про патологію розвитку, емоційне звикання, інформування найближчого оточення;

2. шкільний вік: прийняття рішення про форму отримання освіти дитиною та позашкільної діяльності, переживання реакцій однолітків;

3. підлітковий вік: звикання до хронічної природи захворювання дитини, виникнення проблем, пов'язаних із сексуальним усвідомленням, ізоляцією від однолітків, плануванням майбутнього;
4. період «випуску» з сімейного «гнізда»: визнання постійної відповідальності за долю дитини, прийняття рішення про місце її проживання;
5. постбатьківський період: перебудова стосунків між чоловіком і дружиною, якщо дитина почала проживати окремо, взаємодія з її новим оточенням, спеціалістами з реабілітації [10].

Однак сім'ї, де є діти-інваліди, повинні бути готові до того, що їхня дитина, та й уся сім'я загалом, значно повільніше досягають відповідних етапів, а іноді й зовсім їх не досягають.

Безперечно, до окремих сімей таку періодизацію можна застосувати лиш теоретично. Перед батьками постають водночас декілька завдань: допомогти дитині видужати або адаптуватися до її хвороби за умови неможливості видужання; допомогти самим собі пристосуватися до хворої дитини. Практика доводить, що існує проблема нерозуміння батьками потреби особливого (оптимістичного, щирого, природного) спілкування з дитиною-інвалідом. Подекуди вони вдаються до підкресленого стурбованого поведіння, побудованого винятково на песимізмі й жалості. Це принижує дитину, концентрує її увагу на особистих вадах, позбавляє можливості виробити позитивне емоційно-оцінне ставлення до себе та адекватну самооцінку, дезорієнтує у виборі стратегії і тактики своєї соціальної поведінки. Деяких батьків виснажує постійна потреба бути поруч із дитиною, вони відчують провину перед нею. Внаслідок цього батьки беруть на себе неадекватно високу функцію захисту, стають підкреслено уважними, навіть улесливими, що може заважати дитині адаптуватися до оточення і обмежує можливості її розвитку.

Отже, залежно від типу внутрішньосімейних стосунків і стилю сімейного виховання, сім'ї, які мають дітей з особливими потребами, диференціюються на чотири групи. Характерними особливостями кожної з них є:

– перша група: стиль виховання – гіперопіка, що з часом може змінитися гіперпротекцією (фобія втрати дитини). Дитина стає центром життєдіяльності такої сім'ї, тому комунікативні зв'язки з оточенням деформовані. Батьки взагалі мають неадекватні уявлення про можливості дитини, у матері – гіпертрофоване почуття тривожності; систематичні подружні конфлікти, що виникають, можуть призвести до розлучення. Така сім'я справляє негативний вплив на формування особистості дитини-інваліда, що виявляється в її егоцентризмі, постійній залежності від батьків, відсутності власної активності в діях, зниженні самооцінки;

– друга група: «холодні» стосунки з дитиною, гіпопротекція, зниження емоційних контактів. Увага акцентується на медичній стороні проблеми, тому батьки виявляють завищені вимоги до медичного обслуговування, намагаючись у такий спосіб компенсувати власний психологічний дискомфорт. Саме у таких сім'ях зустрічається явище прихованого алкоголізму батьків. Сім'я такого типу сприяє формуванню в особистості дитини емоційної неврівноваженості, високої тривожності, нервово-психічного напруження, породжує комплекс неповноцінності, беззахисність, невпевненість у собі;

– третя група: стиль співробітництва, конструктивні і відповідальні стосунки з дитиною, батьки усвідомили проблему, вірять в успіх, знають усі сильні сторони особистості дитини, розвивають її самостійність. Батьки цієї групи мають, як правило, високий освітній рівень, виявляють постійний інтерес до організації соціально-педагогічного розвитку дитини, підтримують прояви її самостійності, налагоджують контакти із зовнішнім світом. За таких умов у дитини-інваліда розвивається почуття захищеності, впевненості у собі, потреби в активному встановленні міжособистісних стосунків не лише з найближчим оточенням, а і з соціальною дійсністю загалом;

– четверта група: репресивний стиль сімейного спілкування; авторитарна батьківська позиція; песимізм; обмеження прав дитини; постійні вимоги дотримання певних правил, а при відмові – можливі й фізичні

покарання. У такій сім'ї в дитини формується афективно-агресивні поведінка, плаксивість, підвищена збудливість, дратівливість [29].

Адаптація сім'ї до нових обставин може перебігати роками, значний відсоток сімей зберігають риси деструктивних, дисфункціональних сімей протягом довгого часу. Саме в таких сім'ях панують конфліктність, відсутність скоординованих дій, суперечливість вимог до дитини; іноді навіть може сформуватися компенсаторний (захисний) механізм – невмотивована віра у можливість повного вилікування дитини. Такі батьки можуть витратити значні кошти на знахарів, цілителів, часто змінюють лікарів і методи лікування, а за відсутності результату в них формуються утриманські тенденції, неготовність до активної діяльності, схильність покладатися на зовнішні обставини, а не на власні сили. Також є певна частина сімей, які приховують дитину від оточуючих, помилково вважаючи, що їм вдається зберегти удаваний престиж в очах знайомих чи колег. В інших критичних випадках дитина-інвалід, позбавлена батьківської любові та кваліфікованої допомоги, веде біологічне існування, не отримуючи мінімальних навичок і вмій самообслуговування.

Актуальним питанням сьогодення є проблема створення індивідуальних і групових програм реабілітації, які б деякою мірою могли гарантувати кожній дитині можливість отримати важливий комплекс медико-соціальної допомоги з урахуванням захворювання, його наслідків та індивідуальних особливостей організму дитини. Реабілітаційний процес повинен поліпшити стан здоров'я не тільки дитини, а й її оточення, насамперед сім'ї, оскільки сімейні стосунки з самого початку формують соціальну поведінку дитини і в подальшому можуть спричинити чимало психологічних конфліктів та патологічних реакцій. У реабілітаційній роботі з сім'ями, що виховують дитину-інваліда, потрібно поєднувати лікувально-відновлювальні заходи із корекційно-педагогічними методами. Треба впроваджувати систему створення амбулаторних центрів відновлювального лікування, що дають змогу розв'язувати не тільки медичні проблеми дитини, але й соціальні аспекти її сім'ї.

РОЗДІЛ II

СПЕЦИФІКА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ-ІНВАЛІДАМ

2.1 Умови та специфіка організації соціально-педагогічної допомоги дітям-інвалідам

Задоволення потреб дітей та створення умов для їх повноцінного розвитку є одним з головних пріоритетів політики кожної держави та моральним обов'язком кожного громадянина. Сім'я задовольняє важливу частину потреб дитини: емоційну підтримку, любов та безпеку [38].

Однак існує багато особливих факторів, що впливають на умови життя людей з інвалідністю. Невігластво, зневага оточуючих, безнадія, страх - історія свідчить, що ці соціальні фактори ізолюють дітей з інвалідністю та затримують їхній розвиток [31].

Сьогодні інвалідність дитини визначається науковцями як стійка соціальна дезадаптація, зумовлена хронічним захворюванням або патологічним станом, що значно обмежує можливість її залучення до навчально-виховного процесу відповідно, потребує постійного стороннього догляду та допомоги. Це є серйозним життєвим обмеженням і призводить до соціальної дезадаптації, оскільки порушується розвиток дитини з точки зору росту, самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю поведінки, навчання, спілкування та майбутньої зайнятості.

Розрізняють такі порушення:

- Діти з порушеннями слуху та мовлення (глухі, слабчуючі, з порушеннями мови та мовлення);
- Порушення зору (сліпі, слабозорі);
- Психічні розлади (розумово відсталі);
- Порушення опорно-рухового апарату,

-Складні психофізіологічні порушення розвитку (сліпоглухонімі, ДЦП із затримкою психічного розвитку);

- Хронічні соматичні та нервово-психічні розлади [31].

Ця класифікація лежить в основі організації різних напрямів соціальної роботи, але завдання, на основі яких вони організуються, є спільними.

Основним завданням організації соціальної роботи з дітьми з інвалідністю є створення рівних можливостей. Створення рівних можливостей в умовах дискримінаційного законодавства, недоступного державного середовища та консервативного ставлення суспільства до дітей з інвалідністю означає, що вся система суспільства – фізичне та культурне середовище, житло та транспорт, соціальні та медичні послуги, освіта та доступ до роботи, культурне та соціальне життя – має бути доступною для всіх. Організація процесів соціальної роботи покликана зробити її доступною для всіх [3, 38]. Іншим, але не менш важливим комплексом завдань є навчання дітей з інвалідністю та їхніх батьків навичкам самостійного життя.

Тому, враховуючи труднощі створення рівних можливостей та освіти, необхідно виділити керівні принципи організації соціальної роботи з дітьми з інвалідністю [10]:

а) діти з інвалідністю повинні жити в громаді і продовжувати вести нормальний спосіб життя з необхідною підтримкою;

б) діти з інвалідністю повинні брати активну участь у всіх сферах життя суспільства;

в) діти з інвалідністю повинні отримувати необхідну підтримку в рамках звичайних систем освіти, охорони здоров'я, соціальних послуг та інших систем;

г) діти з інвалідністю повинні бути включені в суспільство і продовжувати вести нормальний спосіб життя з необхідною підтримкою;

д) люди з інвалідністю повинні брати участь у загальному соціальному та економічному розвитку суспільства, а їхні потреби повинні бути враховані в національних планах розвитку.

Отже, рівність можливостей означає, що національна політика повинна використовувати всі наявні в її розпорядженні засоби для забезпечення всім дітям рівних можливостей для особистого розвитку, щоб вони могли повною мірою виконувати свої обов'язки як члени суспільства.

Особливістю організації соціальної роботи з дітьми-інвалідами є те, що надання допомоги цим дітям неможливе без одночасної організації соціально-педагогічної освіти. Соціально-педагогічний напрям соціальної роботи спрямований на виховання, навчання та розвиток дітей, підготовку їх до життя в суспільстві та отримання всієї передбаченої законодавством допомоги.

А. Сагдулаєв описує такі соціально-психологічні особливості сімей з дітьми з інвалідністю:

1) Діти потребують більших матеріальних, психічних і фізичних витрат, ніж здорові діти.

2) Батьки дітей з інвалідністю схильні до надмірної опіки, що перешкоджає розвитку активності, самостійності та самооцінки їхніх дітей.

3) Етапи розвитку сімей дітей з інвалідністю не схожі на етапи розвитку звичайних сімей. Діти з інвалідністю досягають певних життєвих етапів пізніше, а іноді не досягають їх взагалі [57].

Деякі батьки погано розуміють навчальні можливості своїх дітей. Вони негативно ставляться до шкільного персоналу, особливо на початку навчання дитини, і не усвідомлюють, що цей тип закладу є найбільш придатним для розвитку їхньої дитини. Батьків також запрошують на спортивні заходи та свята, пов'язані зі шкільними традиціями. Завдання соціального педагога - виправити негативне ставлення дітей з інвалідністю та їхніх батьків до школи загалом, привернути їх до себе та зацікавити наступним уроком [38].

Виходячи з цього, від соціальних педагогів очікується виконання наступних функцій

- Діагностика (вивчення особливостей сім'ї та визначення її потенціалу).
- Охорона та захист (правова підтримка сім'ї, забезпечення її соціального захисту та створення умов для реалізації прав і свобод сім'ї).

- Організаційно-комунікативна (організація спілкування, ініціювання спільної діяльності, спільного дозвілля, творчості).
- Соціально-психологічна та педагогічна (психолого-педагогічна просвіта сім'ї, надання екстреної психологічної допомоги, профілактична підтримка та спонсорство).
- Прогнозування (моделювання ситуацій та розробка адресних програм підтримки).
- Координація (налагодження та підтримка спільної роботи між службами у справах сім'ї та дітей, відділами соціальної підтримки, відділеннями сімейного неблагополуччя інтернатних закладів, соціальними педагогами навчальних закладів, реабілітаційними центрами та службами) [63].

Ще однією особливістю або моделлю організації соціальних послуг для дітей з функціональними обмеженнями є мобілізація колективних зусиль суспільства на задоволення потреб дітей з порушеннями здоров'я та розвитку. У даному випадку мова йде про інтеграцію діяльності як державних установ, так і громадських та приватних ініціатив різного профілю з метою максимально повного задоволення потреб цієї категорії дітей та їхніх сімей у самореалізації та саморозвитку.

Ця закономірність відображає той факт, що результати соціальної роботи залежать від ступеня впливу загального потенціалу суспільства як багатовимірного явища: життєвого середовища, соціального мікросередовища, оточення конкретної людини, життєвого та соціального простору [46].

Проблеми інвалідності неможливо зрозуміти поза соціокультурним оточенням людини, таким як сім'я, інтернатні заклади тощо. Інвалідність та обмеження можливостей дитини не є суто медичним явищем. Соціально-медичні, соціальні, економічні, психологічні та інші фактори є набагато важливішими для розуміння проблеми та подолання її наслідків. Тому підтримка дітей з інвалідністю організовується на основі соціально-

екологічної моделі соціальної роботи. Згідно з цією моделлю, люди з інвалідністю зазнають функціональних труднощів не тільки внаслідок хвороби або вад розвитку, але й тому, що фізичне та соціальне середовище не пристосоване до їхніх проблем [31].

Це означає, що організаціям, які надають соціальні послуги, необхідно працювати не тільки з дітьми з інвалідністю, а й з усім їхнім соціальним оточенням, адже для дітей з інвалідністю особливо важливою є норма про те, що якщо людина має фізичні або психічні вади, вона повинна жити в сім'ї або в інтернатних закладах і брати участь у житті суспільства.

Ще однією особливістю організації соціальної роботи з дітьми з інвалідністю є те, що її здійснюють соціальні працівники, яким доводиться постійно шукати ефективні форми, методи та напрями соціальної роботи з цією категорією дітей, що вимагає від них певних особистісних та професійних якостей. Робота з дітьми та молоддю з інвалідністю вимагає повної самовіддачі, безмежної любові, поваги, віри та глибоких професійних, теоретичних і практичних знань кожного, хто обирає цю професію та, здавалося б, безнадійні здібності дітей.

Існує два види діяльності соціальних працівників: об'єктивні та суб'єктивні характеристики, які є необхідними передумовами ефективності їхньої роботи. Об'єктивні характеристики - це знання та навички, якими володіє соціальний працівник, а також результати соціальної роботи, тобто зміни в соціальному, психологічному та особистому житті. Суб'єктивні характеристики включають особистісні якості.

Для успішного здійснення соціальної роботи з дітьми з інвалідністю соціальний працівник повинен мати глибокі та всебічні знання. У цьому контексті йому необхідні:

- знання основних тенденцій суспільного розвитку та характеру, необхідного суспільству;
- знання вікових та індивідуальних особливостей, психічного та особистісного розвитку дитини як нормального, так і патологічного;

- знання про особливості міжособистісних стосунків та їх вплив на розвиток особистості;

- знання соціальних, психологічних та правових основ;

- практичний досвід, навички та інтуїція.

Соціальні працівники потребують цих знань для того, щоб виконувати різні ролі педагогів, консультантів і психологів у роботі з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями. Тому вони повинні мати таку ж кваліфікацію, як і друг, вчитель, психолог і юрист.

Отже, організація соціальної роботи з дітьми з інвалідністю є одним з найважливіших і найскладніших завдань держави. З одного боку, зростаюча кількість дітей з обмеженими можливостями; з іншого боку, зростаюча турбота про кожного з них, незалежно від їх фізичних, психічних або інтелектуальних здібностей; з третього боку, ідея необхідності підвищення цінності особистості та захисту її прав, яка притаманна демократичному громадянському суспільству, - все це визначає важливість організації та розвитку соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями на сучасному етапі.

2.2 Соціально-педагогічна робота з дітьми-інвалідами, як умова їх ефективної соціалізації

Перш ніж говорити про організаційну сферу соціальної роботи з дітьми-інвалідами, необхідно визначити модель, за якою розвивається ця сфера. Зокрема, вона має ґрунтуватися на чотирьох основних моделях: медичній, політико-правовій, соціальній та культурного плюралізму.

Сьогодні в рамках медичної моделі організація соціальної роботи охоплює догляд за дітьми-інвалідами вдома, медичне обслуговування, забезпечення ліками, лікування в санаторіях, виплату гарантованих державою коштів і реалізацію пільг [8].

В основі соціальної моделі лежать відносини між інвалідами та суспільством, а не самі інваліди. Інвалідність розуміють як результат соціальних умов, які обмежують можливості самореалізації дітей з обмеженими можливостями, тобто таких дітей розглядають як дискриміновану групу, а не як аномалію. Щоб подолати це, необхідно організувати інтеграцію людей з обмеженими можливостями в суспільство, не пристосовуючи дітей з обмеженими можливостями до норм і правил життя здорових людей, а створюючи максимальні умови для їхньої самореалізації.

Завданням політико-правової моделі організації соціальної роботи є захист прав дітей з обмеженими можливостями, які мають бути закріплені законодавчо та реалізовані через стандартизацію положень і правил у всіх сферах життя дітей. А завданням моделі культурного плюралізму є формування в суспільстві толерантного ставлення до дітей-інвалідів.

Таким чином, важливим напрямом організації соціальної роботи, представленим у цих моделях, був і буде соціальний захист дітей з обмеженими можливостями, особливо тих, що мають обмежені можливості самообслуговування та зростають удома. Психологічні стереотипи сприйняття інвалідів у суспільстві ще не сильно змінилися, як і ставлення фахівців до їхніх проблем. У нашій країні концепція прав і рівних можливостей дітей-інвалідів усе ще не набула загального визнання, багатьом дітям відмовляють у праві на освіту, відсутні сучасні підходи до соціального захисту та підтримки сімей, які виховують дітей-інвалідів, держава надає лише мінімальну допомогу.

Загалом, соціальний захист - це система гарантійних заходів, спрямованих на створення умов, за яких діти з обмеженими можливостями мають такі самі можливості брати участь у всіх сферах суспільного життя, як і інші діти. А сфера соціального захисту включає в себе медико-соціальні заходи, реабілітацію та організацію життя, що здійснюються залежно від характеру і ступеня потреби дитини-інваліда в певному виді соціального захисту [8].

Правова парадигма соціального захисту дітей з обмеженими можливостями як основна царина організації соціальної роботи почала реалізовуватися на початку п'ятдесятих років нашого століття, після ухвалення в 1948 році Загальної декларації прав людини, в якій пріоритетним є утвердження принципу віри в права та основні свободи людини. У Декларації підкреслюється, що всі люди народжуються з вільними і рівними правами і повинні діяти по відношенню один до одного в дусі братерства, озброївшись розумом і совістю. Сьогодні соціальний захист дітей-інвалідів з боку держави охоплює фінансову підтримку, забезпечення мобільності, протезами, орієнтацію та інформаційне визнання, адаптоване житло, опікунство або піклування третіх осіб, а також пристосування житлових комплексів, громадського транспорту та засобів зв'язку до специфічних потреб дітей-інвалідів. Крім того, Закон України «Про охорону дитинства» передбачає права і гарантії дітей та батьків, які отримують пенсії та соціальну допомогу [15]. На етапі розвитку в нашій країні організацією соціального захисту дітей-інвалідів активно опікується Міністерство праці та соціальної політики, діяльність якого охоплює формування напрямів соціальної політики, розроблення нормативних і законодавчих актів щодо організації соціального захисту дітей-інвалідів, розроблення цільових програм, спеціальне забезпечення мобільності, забезпечення протезами, індивідуальними механічними й електрифікованими засобами пересування дітей-інвалідів тощо.

Особливу увагу слід приділити організації соціальних проєктів щодо реалізації права на освіту дітей з обмеженими можливостями. Так, у Законі «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» держава гарантує інвалідам дошкільне виховання та освіту на рівні, що відповідає їхнім здібностям і можливостям. Професійну підготовку та перепідготовку здійснюють з урахуванням медичних показань і протипоказань для подальшого працевлаштування, допускаються також альтернативні форми навчання [20]. Держава має встановити принцип рівних можливостей для

здобуття початкової, середньої та вищої освіти дітьми з обмеженими можливостями в інтегрованому середовищі. Держави мають забезпечити умови, щоб освіта для осіб з обмеженими можливостями була невід'ємною частиною системи освіти. У зв'язку з цим організація соціальної роботи має ґрунтуватися на досвіді країн, що переходять від індивідуального навчання дітей з особливими потребами до їх повної інтеграції в загальну систему освіти.

Світовий досвід освіти цієї категорії дітей виробив деякі мінімальні стандарти організації навчання дітей з обмеженими можливостями [18]:

1) Учні з особливими потребами мають бути включені у звичайні класи початкової та середньої школи, де це можливо, з урахуванням їхніх педагогічних особливостей.

2) Якщо ступінь інвалідності не дає змоги повністю інтегруватися у звичайний клас, учні повинні мати соціальну та освітню основу у звичайному класі й отримувати додаткове, терапевтичне та корекційне навчання поза класом.

3) Діти з важкими психічними та фізичними порушеннями можуть навчатися в окремих класах початкової та середньої школи, за умови систематичного та запланованого контакту з іншими дітьми.

4) Зміст освітнього процесу має відповідати відповідним віку функціональним навичкам дітей-інвалідів, щоб вони могли продовжувати функціонувати в інтегрованому середовищі.

5) Навчання та взаємодія «від людини до людини» має забезпечувати реальну взаємодію дітей-інвалідів з іншими людьми в інтегрованому середовищі.

Крім того, держава може виокремити обґрунтовані напрями, за якими організовується соціальна робота з дітьми-інвалідами [22]:

Перший напрям - поглиблення обізнаності. Держави мають зробити кроки з підвищення обізнаності суспільства про інвалідів, їхні права, потреби, можливості та внесок.

Другий напрям - медична допомога. Держави повинні забезпечити ефективну медичну допомогу інвалідам.

Третій - реабілітація. Держави повинні надавати реабілітаційні послуги, щоб інваліди могли досягти і підтримувати оптимальний рівень незалежності та функціонування.

Четвертий - допоміжні послуги. Держави повинні забезпечити розвиток і надання допоміжних послуг, включно з асистивними пристроями для дітей-інвалідів, щоб сприяти їхній незалежності та здійсненню їхніх прав у повсякденному житті.

П'ятий напрям - доступність. Держави повинні визнати, що доступність має першорядне значення в процесі вирівнювання можливостей у всіх секторах суспільства.

Шостий - утримання та соціальний захист. Держави несуть відповідальність за забезпечення соціального захисту та утримання дітей з обмеженими можливостями.

Сьомий - сімейне життя і права людини. Держави повинні сприяти повноцінній участі дітей з обмеженими можливостями в сімейному житті. Вони також повинні заохочувати право на приватне життя і забезпечувати, щоб закон не дискримінував таких дітей щодо сексуальних стосунків, шлюбу та батьківства.

Восьмий - культура. Держави мають забезпечити включення дітей-інвалідів до культурної діяльності та їхню рівну участь у ній, вжити заходів для забезпечення рівного доступу дітей-інвалідів до можливостей для відпочинку та занять спортом, заохочувати рівну участь у релігійному житті суспільства, збирати інформацію про умови життя таких дітей та розповсюджувати її, а також мають сприяти проведенню комплексних досліджень для виявлення бар'єрів, що впливають на рівень життя дітей з обмеженими можливостями. Таким чином, напрямок організації соціальної роботи з дітьми-інвалідами являє собою динамічну систему, в якій для

досягнення мети участі в суспільному житті послідовно розв'язуються тактичні завдання, які постійно виникають під час роботи з дітьми-інвалідами.

Основні напрями організації соціальної роботи з даною категорією дітей наразі формуються на законодавчому рівні, але це не виключає інших напрямів, які формуються на регіональному та місцевому рівні, щоб допомогти дітям з обмеженими можливостями стати повноцінними членами суспільства.

Соціально-педагогічна діяльність із людьми з особливими потребами підвищує рівень соціальної адаптації індивідів і груп та сприяє профілактиці дезадаптації, соціокультурній реабілітації та розвитку людини.

Функцією соціальної адаптації є швидка допомога, яка в ідеалі збігається з настанням несприятливих подій, що загрожують дезадаптивною кризою. Профілактика спрямована на протидію можливим і прогнозованим негативним чинникам і наслідкам несприятливих ситуацій. Реабілітаційна функція здійснюється тоді, коли певні порушення вже відбулися і спричинили деякі «складнощі» в житті людини. Саме ці різні наслідки певних несприятливих подій клієнт прагне змінити за допомогою соціального працівника. На практиці одна й та сама дія соціального працівника може мати адаптаційне, профілактичне або реабілітаційне значення.

Однак під час роботи з певними категоріями клієнтів можна виокремити домінантні функції у змісті соціально-педагогічної діяльності. Наприклад, під час роботи з сім'ями, які виховують дитину з особливими потребами, домінуючою функцією є реабілітаційна. Це пов'язано з тим, що інвалідність дитини часто стає причиною глибокої і тривалої соціальної дезадаптації сім'ї в цілому, і щоб зрозуміти причини цього, необхідно повернутися до аналізу проблеми інвалідності [38].

Зміст соціально-педагогічної роботи з дітьми з функціональними обмеженнями зазвичай включає такі напрями:

1. вивчення соціально-психологічного статусу клієнта;
2. соціально-педагогічне дослідження особливостей соціалізації дитини;

3. реалізація в домашніх умовах (навчання елементів самообслуговування та забезпечення дотримання найпростіших норм поведінки в різних соціумах);
4. психологічне консультування дітей;
5. консультування з правових, психологічних і педагогічних проблем сімей з дітьми-інвалідами;
6. психолого-педагогічна корекційна робота;
7. розвиток прихованих творчих здібностей дитини;
8. розвиток особистості дитини за допомогою спеціальних засобів психологічної підготовки;
9. організація культурно-дозвілєвої діяльності дітей спеціальними засобами психологічної підготовки;
10. організація дозвілля дітей за допомогою розроблення та реалізації різних програм і форм соціального обслуговування;
11. спеціалізований супровід молодих людей із проблемами здоров'я;
12. лобювання пропозицій на місцевому та муніципальному рівнях щодо поліпшення діяльності молодих людей із проблемами здоров'я;
13. координація діяльності різних соціальних установ, що займаються проблемами дітей з особливими потребами [62, с. 65].

Традиційні прийоми, форми і методи роботи, що використовуються для реалізації цих напрямів діяльності, добре відомі в практиці ФССО. Однак загалом важливо дотримуватися типового технічного алгоритму соціальної допомоги, що складається з трьох етапів (підготовчого, реалізаційного та заключного), з урахуванням особливостей цієї категорії клієнтів.

Так, на першому етапі основним завданням соціального працівника, що розв'язується шляхом соціально-педагогічного вивчення сімейної ситуації, соціально-психологічного стану підлітка та особливостей підліткової соціалізації, є визначення того, до якої групи клієнтів слід віднести.

1) Групи, члени яких (залежно від віку) можуть відвідувати школу і працювати в нормальному виробничому середовищі, навчаючись у звичайних

дитячих садочках і середніх школах, пасивно використовуючи або беручи активну участь у загальних заходах, які організовує ФССЗ для здорових дітей і молоді;

2) групи, члени яких зобов'язані (залежно від віку) відвідувати спеціальні дитячі садочки, спеціальні школи або школи-інтернати для дітей з певними порушеннями (які часто проживають удома);

3) групи, члени яких постійно перебувають під опікою батьків, навчаються вдома за індивідуальним графіком, не можуть брати участь у загальних заходах і можуть працювати тільки вдома;

4) групи, члени яких постійно перебувають під опікою батьків, не мають доступу до освіти, мають ту чи іншу форму інвалідності та вважаються позбавленими можливостей соціалізації.

Залежно від того, належить клієнт до певної групи чи ні, розробляється план підтримки, який реалізується на другому етапі.

Для клієнтів першої групи: психологічне консультування дітей та батьків; сімейне консультування з правових, психологічних та освітніх питань; заходи з розвитку творчого потенціалу дитини; розвиток особистості дитини за допомогою спеціальних засобів психологічної підготовки; організація культурно-дозвіллевої діяльності; сприяння продовженню освіти, професійна орієнтація та працевлаштування підлітків з особливими потребами (у випадках, коли реабілітаційні заходи не призвели до поліпшення здоров'я або норм.

Для осіб другої групи, крім перерахованих вище заходів, проводяться заходи щодо сприяння соціалізації. Для третьої групи клієнтів, на додаток до роботи, описаної вище, включено адаптацію та реабілітацію в домашніх умовах, навчання навичок самообслуговування та участь в управлінні будинком. Важливо ініціювати, співпрацювати і координувати зусилля різних урядових і неурядових організацій для задоволення особливих індивідуальних потреб цієї групи клієнтів. Особливе значення мають контакти з навчальними

зкладами та організація навчання вдома за індивідуальними графіками та в інших формах.

Батьки можуть залишати дітей у центрі, поки працює група тимчасового розміщення, щоб допомогти їм у вирішенні інших проблем. Це важливо з огляду на те, що майже половина всіх дітей зростає в неповних сім'ях, де матір не працює і піклується про дітей. Вони перебувають у психологічно важкій ситуації, оскільки самотні та замкнені в чотирьох стінах, зі своїми проблемами та хворими дітьми. З цієї причини центр працює з батьками, використовує спеціальні тренінги, проводить клуби, організовує спільні заходи, святкує свята й організовує зустрічі з навчання та обміну інформацією зі співробітниками медичних, освітніх і соціальних установ. Існує також група самопомоги батьків, тож багато проблем повсякденного життя (ремонт одягу, взуття, побутової техніки, житла тощо) розв'язуються на добровільних засадах.

Організація таких центрів за підтримки CSSF, без сумніву, є найперспективнішим способом соціальної підтримки родин, які виховують дітей з особливими потребами або складними діагнозами, без передання їх під опіку в інтернатну систему.

Даний підхід визначає соціально-педагогічну допомогу дітям з обмеженими можливостями як професійну або волонтерську діяльність, спрямовану на гармонізацію та гуманізацію відносин між особистістю і суспільством через педагогіку середовища проживання дитини та надання соціальних послуг. У структурі соціально-педагогічної допомоги насамперед виокремлюється соціальна складова. Тому цілком природним є задоволення особливих потреб дітей з особливими потребами через надання соціальних послуг.

Соціальні послуги - це система соціальних дій, спрямованих на задоволення людських потреб. У вузькому сенсі це система соціальних послуг, що надаються окремим людям. Соціальні послуги включають надання інформації та консультативної підтримки сім'ям з правових питань, соціальне

та психологічне консультування, допомогу в догляді за дітьми, забезпечення ліками та харчуванням, організацію побуту та дозвілля.

Однією зі складових соціально-педагогічної підтримки є розвиток гармонійної особистості та формування її цінностей. Цільовими групами цієї діяльності є діти з особливими потребами, їхні сім'ї та найближче соціальне оточення. Методологія виховної діяльності випливає із загальної теорії виховання як системи наукових знань про закони розвитку особистості. Сене виховання полягає у встановленні таких відносин між особистістю та суспільством, які гарантують соціалізацію особистості та формування цілісного життєвого шляху. Наприклад, для дітей з фізичними вадами організовуються різноманітні творчі експериментальні заняття, культурно-дозвіллієві заходи, участь у громадській діяльності через групову та масову роботу. Соціалізація особистості спрямована як на засвоєння всього культурного досвіду, накопиченого людством за всю історію, так і на розвиток усього потенціалу особистості. Виховна діяльність разом з іншими елементами розвитку особистості створює природний педагогічний процес, який є результатом особливостей взаємодії особистості та навколишнього середовища (люди, природа, мистецтво). Індивідуальна та групова робота є важливою формою соціально-педагогічної підтримки підлітків-інвалідів.

Зміст індивідуальної роботи з молодими людьми з особливими потребами включає в себе:

- аналіз біологічного функціонування та функціональних можливостей індивіда (біологічний і соціальний вік, рівень функціональних обмежень, біологічні ритми та можливості);
- виявлення соціокультурних особливостей розвитку (вплив багаторівневих соціальних чинників, соціальних потреб, соціальних очікувань, культурних і субкультурних цінностей, норм);
- розпізнавання психологічних характеристик (сприйняття, пам'ять, навички розв'язання проблем, самооцінка, залежність, адекватність реакцій);
- вивчення особливостей соціальної адаптації;

- залучення підлітків у соціальні та освітні процеси (соціалізація).

Групова робота в контексті сімейно-орієнтованої практики здійснюється через соціальний і педагогічний патронаж, підтримку та організацію груп взаємодопомоги [38].

Найпоширенішою формою роботи, що прямо чи опосередковано сприяє адаптації дітей з особливими потребами, є батьківські групи самодопомоги. На думку американських авторів, ці групи засновані на припущенні, що батьки часто є експертами. Процес взаємодопомоги не є спонтанним, а ретельно готується соціальними працівниками (педагогами). Батьки приходять до груп взаємодопомоги, щоб зняти відчуття ізоляції, розчарування та емоційного виснаження, поділитися своїм горем і знайти надію на поліпшення ситуації. Тому для участі в діяльності групи взаємодопомоги батькам необхідно мати позитивні цінності та уявлення про своїх дітей з обмеженими можливостями, інтерес до спілкування з іншими батьками, бажання відвідувати всі тренінги, усвідомлення реакції батьків на інвалідність своїх дітей, готовність допомагати батькам, чиї діти мають інвалідність, відмінну від їхньої власної. Батьки-волонтери, які володіють такими якостями і характеристиками, як: готовність, обираються як лідери. Керівники груп повинні мати помірний досвід спілкування в таких групах, знати природу та особливості дитячої інвалідності, володіти достатніми знаннями та практичним досвідом.

Серед функціональних характеристик сімей, які мають дітей з особливими потребами, найважливішими для соціально-педагогічного дослідження є економічний статус сім'ї (забезпеченість), психологічний клімат сім'ї, загальна культура сім'ї, реабілітаційна діяльність сім'ї та ставлення до патології дитини [38].

Крім структурно-функціональних характеристик, що відображають стан сім'ї загалом, для соціально-педагогічної діагностики важливі й індивідуальні особливості її членів. Сюди входять соціально-демографічні, фізіологічні, психологічні, патологічні, родинні практики дорослих і характеристики дитини, такі як вік, рівень фізичного, психологічного та мовного розвитку

(відповідно до віку), інтереси, здібності, освітні заклади, які вона відвідує, успішність спілкування, відхилення в поведінці, патологічні звички, наявність мовних і психологічних порушень [38].

Таким чином, керуючись ідеєю компенсаторного розвитку, загальнолюдськими цінностями, знаннями і навичками різних наукових дисциплін (медицини, гігієни, психології, педагогіки, права), сім'ї здатні успішно розв'язувати різноманітні проблеми, які стоять перед ними, - психологічні, освітні, економічні тощо. (седлецька ориг)

2.3. Експериментальна діагностика та аналіз проблем сімей, які виховують дітей-інвалідів

У будь-якому суспільстві існує низка загроз і ризиків, здатних дестабілізувати життя людини, таких як хвороби, травми, безробіття, зниження конкурентоспроможності на ринку праці, втрата коштів для існування. Важливою функцією держави є розвиток ефективних механізмів соціального захисту, спрямованих на зниження і запобігання негативним наслідкам різних загроз, створення умов для забезпечення соціальної захищеності громадян, зокрема інвалідів. У зв'язку з цим особливо актуальним є питання підвищення якості соціальної підтримки сімей, які виховують дітей-інвалідів. За останні два десятиліття спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей з особливими потребами, які не мають права на отримання цього статусу, таких як діти-інваліди та діти з обмеженими можливостями здоров'я. Так, за даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, на початку цього року кількість людей зі статусом «інвалід» сягнула 5,79% від загальної чисельності населення країни, з яких майже 6% становлять діти до 18 років [48].

На сьогодні населення країни неухильно скорочується через низьку народжуваність, високу смертність і міграцію, що призводить до збільшення

кількості людей з інвалідністю, зокрема дітей; оскільки майже чверть інвалідності серед людей віком до 50 років зумовлена дитячими захворюваннями, пріоритетом у розв'язанні проблеми дитячої інвалідності є забезпечення довгострокового догляду за хворими. Крім того, дитяча інвалідність є найчутливішим показником якості життя населення, і всі державні органи, включно з органами державної влади та громадськими об'єднаннями, прагнуть інтегрувати всі наявні негативні аспекти та створити умови для того, щоб люди з особливими потребами могли вести незалежний спосіб життя та брати активну участь у всіх його аспектах. Не слід забувати, що це яскраво характеризує їхню ефективність.

Не знаючи потреб сімей з дітьми-інвалідами та не оцінивши якість наданих їм послуг, неможливо домогтися істотних позитивних змін у реалізації соціальної політики щодо дітей-інвалідів. Ми провели опитування батьків дітей з обмеженими можливостями та самих дітей з обмеженими можливостями, використовуючи метод особистого інтерв'ю.

Основною метою соціологічного дослідження було з'ясування думки та оцінки батьками труднощів, з якими вони стикаються в повсякденному житті, якості медичних, соціальних та освітніх послуг, можливості відвідування реабілітаційних установ, організації дозвілля дітей, а також видів і форм освіти, прийнятних для дітей-інвалідів різних груп захворювань.

Опитування охопило 10 сімей, які виховують дітей-інвалідів в Уманському районі. Основними учасниками опитування були здебільшого жінки, які брали активну участь у вирішенні проблем своїх дітей.

Наявність у сім'ї дитини з обмеженими можливостями завжди потребує лікування, реабілітації, спеціальної освіти та соціальної адаптації. У зв'язку з цим визначення соціально-демографічного профілю таких сімей має особливе значення. Дослідження показують, що більшість дітей з інвалідністю (64,4%) зростають у повних сім'ях, третина (32,5%) - у неповних сім'ях, ще 2,4% виховуються батьками. Майже половина (35,1%) - в одnodітних сім'ях, де немає дітей, крім дитини з інвалідністю, 45,3% - у дводітних сім'ях, де є діти,

окрім дитини з інвалідністю, і 4,7% - у багатодітних сім'ях. Понад половина сімей (54,2%) виховували дітей шкільного віку (7-17 років), 34,9% - дітей дошкільного віку (3-6 років) і 10,9% - дітей від народження до 3 років.

Спектр дослідження досить широкий, якщо взяти до уваги тип захворювання. За кількістю діагнозів перше місце посідають аутистичний спектр і психосоматичні захворювання (17,4%), далі йдуть церебральний параліч (16,6%), кістково-м'язові захворювання (10,2%) і серцево-судинні захворювання (9,1%). Водночас 87,2% дітей-інвалідів мають соціальний статус.

Найскладнішим для родин, які мають дитину-інваліда, є, насамперед, відсутність коштів на лікування дитини, придбання реабілітаційного обладнання та ортопедичних пристосувань, а також на медичні та реабілітаційні процедури. Як правило, те, що надається згідно з індивідуальною програмою реабілітації, не завжди відповідає потребам і якостям дитини або не відповідає її стану та змінам у розвитку. Таким чином, бажання мати інших дітей часто тісно пов'язане з фінансовими труднощами.

Працевлаштування також є проблематичним для таких сімей, оскільки для догляду за дитиною з інвалідністю потрібні особливі умови, як-от неповний робочий день, оплачувана відпустка та додаткова відпустка. Однак роботодавці зазвичай неохоче погоджуються на такі умови. Тому важливо оцінити тип, частоту і якість соціальної підтримки. Це пов'язано з тим, що від ступеня її доступності залежить успіх чи невдача державної підтримки активного життя та розвитку природних здібностей особливих дітей і, відповідно, їхніх сімей. Державні органи мають надавати батькам, які виховують дітей-інвалідів, соціальну допомогу: трудове забезпечення, податкові пільги, пенсійні виплати, хірургічне лікування, лікування в санаторіях і пансіонатах, медичні й супутні послуги, як-от забезпечення ліками та засобами реабілітації. Результати опитування дали змогу оцінити доступність цих засобів (див Таблиця 1.)

Таблиця 1

**Розподіл відповідей респондентів на запитання
«Чи отримувате Ви від державних органів влади і як часто зазначені види
допомоги?», (% від опитаних)**

	Ніколи	Один раз від народження дитини	Один-два рази на рік	Щомісяця	Не потребуємо
Надання матеріальних дотацій (грошова чи натуральна допомога)	8,1	13,2	5,9	69,7	3,0
Медичне обслуговування вдома	58,7	13,9	18,3	4,4	4,7
Надання психологічних консультацій	52,6	8,0	24,1	12,5	2,5
Забезпечення засобами пересування та реабілітації (коляски, візки, милиці, ходунки, тростини тощо)	44,9	9,1	19,1	1,4	25,4
Соціально-педагогічні послуги (навчання, організація дозвілля)	31,4	4,0	8,9	50,9	4,9
Отримання безкоштовних путівок на лікування у санаторно-медичні, реабілітаційні заклади України	72,3	10,9	11,7	1,6	3,6
Отримання безкоштовних путівок на оздоровлення дитини в дитячих таборах, базах відпочинку	90,2	2,7	4,1	0,8	2,2
Забезпечення засобами малої механізації (товари спеціального призначення для самообслуговування та догляду)	66,9	5,6	6,2	1,1	20,1
Отримання безкоштовних медичних препаратів	50,8	11,1	18,3	15,3	4,4
Послуги автоперевезення в межах міста	80,6	2,2	4,8	8,7	3,7
Надання юридичної допомоги	92,1	3,4	1,1	0,6	2,8
Інформаційні послуги	64,8	7,0	13,9	11,8	2,4

Однією з можливих причин низької доступності соціальної допомоги є відсутність двосторонньої взаємодії. Судячи з джерел інформації про доступність соціальної допомоги, якими користуються батьки дітей з обмеженими можливостями, більшість із них не отримують повної інформації. Так, основними джерелами інформації про види соціальної підтримки в країні є соціальні працівники та лікарі (23,7%), друзі та знайомі (23,6%), соціальні мережі, форуми та чати (17,3%), статті та повідомлення в інтернеті (16,3%).

Сім'ї з дітьми з особливими потребами найчастіше звертаються до лікарень і поліклінік (94,1%), служб соціального захисту та муніципальних центрів соціального обслуговування (89,5%). У цьому разі середній бал оцінки якості надання послуг не є показовим, оскільки визначається виключно оцінкою, виставленою цим відвідувачем. Причини невідвідування - від суто фізичних (брак часу, відсутність належних умов для активної соціальної участі, недоступність або погана якість транспорту, важкий стан здоров'я дитини, відсутність служб підтримки тощо), соціально-психологічних (суспільство відкидає таких дітей, батьки не хочуть, щоб їхні діти зростали, тощо), до фінансових і матеріальних причин, і тут ще необхідні додаткові дослідження.

Для того щоб створити найефективніші механізми соціальної політики для підтримки родин, які виховують дітей з обмеженими можливостями, насамперед, необхідно чітко розуміти, якої підтримки вони найбільше потребують. Питання створення ефективної системи реабілітаційних закладів та спеціалізованої системи підготовки спеціалістів, які займаються реабілітацією особливих дітей та дітей-інвалідів у реабілітаційних центрах, є дуже складним і вкрай актуальним для українського суспільства.

Основними причинами відмови від відвідування реабілітаційних центрів батьки назвали відсутність реабілітаційних послуг за типом захворювання їхньої дитини (37,4%), важкий стан дитини (12,9%), відсутність доступного транспорту та засобів пересування (12,9%), низьку якість реабілітаційних послуг (9,8%) та персонал, який не надає необхідних послуг (1,6%). З іншого

боку, 33,0% батьків заявили, що їхні діти не відвідують реабілітаційні центри, бо їм це не потрібно.

Існують два суперечливі підходи до реінтеграції дітей з особливими потребами. Один із них полягає в навмисній сегрегації дітей у спеціальних установах; інший - у вихованні дітей у сімейному середовищі, навчанні їх основним соціальним і побутовим навичкам, що до снаги навіть дітям з обмеженими можливостями, спілкуванні з однолітками в закладах освіти, придбанні професії та розвитку соціальної особистості.

Інвалідність дитини певною мірою ускладнює її сприйняття себе як повноцінної, самостійної особистості. Іноді викривлену індивідуальну свідомість дитини з інвалідністю може значно ускладнити екзистенціальна криза, яка є природною частиною дитячої свідомості. Для подолання цієї кризи та подальшої успішної соціалізації дуже важливою є фізична та психологічна реабілітація. Одним із методів такої реабілітації є інклюзивна освіта, де соціальна підтримка відіграє провідну роль не лише в процесі навчання, а й, що важливіше, в процесі інтеграції в середовище працездатних однолітків, розвитку здібностей і навичок, підвищення самооцінки.

Дім і звичне середовище відіграють важливу роль у психологічній реабілітації дітей з обмеженими можливостями. Любляча атмосфера вселяє в них упевненість і безумовне відчуття власної значущості як особистості. Однак важливо пам'ятати, що не тільки діти з обмеженими можливостями, а й їхні родичі часто страждають від невідповідності між своїми очікуваннями та реальним результатом реабілітації. Саме тому соціальна інтеграція має передбачати комплекс заходів спеціально для сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями. За останні чверть століття в більшості європейських країн відбулися серйозні зміни в законодавстві, що регулює діяльність спеціальних навчальних закладів: ухвалений на Генеральній Асамблеї ООН у грудні 1982 р. з ухваленням Глобального плану дій щодо інвалідності міжнародне співтовариство отримало політичне підґрунтя для посилення своєї роботи з профілактики, реабілітації, участі інвалідів у

суспільному житті країни, рівності з іншими членами суспільства та поліпшення умов життя в результаті економічного і соціального розвитку. Генеральна Асамблея ООН ухвалила проєкт резолюції про рівні освітні можливості для всіх, включно з особами з порушеннями розвитку. У зв'язку з цим особливе значення мають Саламанкська декларація та Програма дій з освіти дітей з особливими потребами, ухвалені на Всесвітній конференції «Освіта дітей з особливими потребами: доступність і якість» (1994). Питання інклюзії також висвітлено в публікації ЮНЕСКО «Відкрите досє з інклюзивної освіти» (2001). У ній представлено досвід зацікавлених сторін у сфері освіти в низці країн, отриманий під час серії консультацій, що проводилися впродовж більш ніж п'яти років. Публікація «Відкрите досє» являє собою збірку довідкових матеріалів, покликаних привернути увагу осіб, які ухвалюють рішення, і адміністраторів до їхньої ситуації.

Сьогодні двома основними документами, що визначають міжнародну політику щодо інвалідів, є Конвенція ООН про права інвалідів і План дій Ради Європи з просування прав інвалідів та їхньої повноцінної участі в житті суспільства: поліпшення якості життя інвалідів у Європі.

Правовою основою для розвитку інклюзивної освіти в Україні є ратифікація Верховною Радою України 16 грудня 2009 року Конвенції ООН про права інвалідів та Факультативного протоколу до неї. Першим важливим документом у цьому контексті став Наказ Міністра освіти України № 1482 від 3 грудня 2009 року «Про затвердження Плану заходів щодо впровадження інклюзивної та інтегрованої освіти в загальноосвітніх навчальних закладах до 2025 року». Це успішний крок в ознайомленні системи освіти з новими стандартами в забезпеченні права на освіту для дітей з особливими освітніми потребами.

Сучасна інклюзивна освіта - це насамперед складова соціально-гуманітарної політики держави, яка прямо говорить про захист прав усіх учасників освітнього процесу. Проте серед батьків, які виховують дітей з особливими потребами, є як прихильники інклюзії, так і противники, які

наполягають на збереженні різноманітних форм навчання дітей з ОВЗ, зокрема й у спеціальних корекційних загальноосвітніх закладах.

На запитання про те, які види і форми освіти для дітей з ОВЗ є прийнятними в даному опитуванні, було отримано такі відповіді: понад половина батьків (58,1%) надають перевагу очній формі навчання в межах освітнього закладу. Майже кожен п'ятий батько (18,9%) вважає прийнятним «індивідуальне навчання», що поєднує навчання вдома з відвідуванням індивідуальних занять і заходів у закладі освіти; 7,6% вважають прийнятним «очно-заочне навчання», що є індивідуальним заочним навчанням без відвідування закладу освіти; 15,4% не визначилися; 15,4% не визначилися.

Основний аргумент батьків проти навчання їхніх дітей у звичайних класах чи групах загальноосвітніх закладів полягає в тому, що ці заклади не пристосовані до потреб особливих дітей. На думку батьків, загальноосвітні заклади не дають можливості отримати підтримку з боку помічників вчителів або тьюторів (22,2%), підтримку з боку однолітків або батьків (32,6%), вільне переміщення закладом (38,6%), безоплатні заняття та заходи (42,9%) і кімнати психологічного розвантаження (49,1%).

Крім того, опитані батьки назвали найбільшими перешкодами для доступу їхніх дітей до якісної освіти неадаптовану навчальну програму (13,6%), відсутність адекватної підготовки та досвіду у вчителів і вихователів, які працюють з особливими дітьми (12,8%), відсутність адекватних умов (10,0%), відсутність адекватного фінансування освітніх закладів (7,9%), а також велику кількість дітей у шкільних класах і групах дитячого садка (7,4%). Не менш важливою, ніж підтримка сімей з дітьми з особливими потребами, є підтримка соціалізації дітей з обмеженими можливостями, спрямована на розширення спілкування та організацію дозвілля.

Лише 54,3% респондентів відповіли на запитання щодо можливості участі їхніх дітей у позашкільних спортивних секціях та спортивних заходах, з них майже чверть не знали про можливість участі в таких закладах, а ще половина знали, але не брали участі. Таким чином, загалом лише кожен

десятий дорослий намагається організувати дозвілля своїх дітей, але причини цього все ж таки різноманітні, включно з фінансовими проблемами, фізичним станом дітей та недостатньою психологічною підготовкою батьків до адаптації дітей у суспільстві.

Відповіді батьків щодо участі в культурних заходах, театрі, кіно, концертах, майстер-класах та екскурсіях практично однакові - це питання хвилює 70,6% респондентів. Однак слід зазначити, що більшість батьків було опитано в реабілітаційних центрах, де вони беруть участь у роботі центру, зокрема й у сфері дозвілля. Лише 1,6% респондентів самі відвідують дозвіллеві заклади. Більшість батьків, які виховують дітей з інвалідністю, організовують дозвілля на запрошення реабілітаційних центрів та (або) НКО і благодійних фондів, здебільшого власним коштом.

Багато батьків, які щодня мають справу з інвалідністю своїх дітей, переконані, що діти з інвалідністю - такі самі повноцінні члени суспільства, як і всі інші, і їм необхідно взаємодіяти із суспільством, проте наявна інфраструктура та рівень наданої підтримки не завжди відповідають їхнім потребам та інтересам. Для підвищення ефективності механізмів соціальної політики щодо підтримки сімей, які виховують дітей з особливими потребами, необхідним є чітке розуміння того, яких видів підтримки вони найбільше потребують. Серед них визначимо такі види:

- створення ефективної системи раннього втручання. Основними завданнями мають стати раннє виявлення відхилень у розвитку дитини, робота із сім'єю, контроль діяльності спеціалістів з метою недопущення інвалідності в дитини, а в тих випадках, коли інвалідність неминуча, - медична реабілітація та соціальна адаптація дитини та її батьків;

- адресна фінансова (грошова) підтримка, що дає змогу батькам отримати платну висококваліфіковану допомогу в першокласному медичному центрі для поліпшення якості лікування і продовження реабілітації дитини;

- збільшення кількості безоплатних путівок до санаторіїв, медичних закладів, реабілітаційних установ, санаторіїв, оздоровчих таборів і баз відпочинку в Україні поза зоною проживання, особливо в літній період;

- надання можливості придбання якісних технічних засобів реабілітації;

- для створення умов доступу та адаптації до якісної освіти батькам особливих дітей необхідно забезпечити інклюзивні класи в школах, відкриття груп у дитячих садочках, створення індивідуальних спеціалізованих класів для дітей з більш складними медичними показаннями на базі загальноосвітніх навчальних закладів, а також поетапний доступ в окремих регіонах. Пропонується збільшити кількість груп у дитячих садочках відповідно до профілю медичних показань, щоб вчителі, асистенти вчителів, вихователі та помічники вихователів проходили обов'язкове навчання правилам і стандартам роботи з дітьми відповідно до індивідуальних випадків.

- розширення корекційних занять в громадських реабілітаційних центрах на безоплатній основі;

- створення служб соціальної підтримки сімей з дітьми з особливими потребами в реабілітаційних центрах, орієнтованих, насамперед, на допомогу їхнім батькам;

- адресне вирішення транспортних і житлових проблем; створення доступних мереж громадського транспорту; створення архітектурної доступності в містах;

- оптимізація взаємодії структурних підрозділів органів місцевого самоврядування з надання підтримки сім'ям, які виховують дітей з обмеженими можливостями, зокрема створення програм перепідготовки батьків для роботи вдома;

- створення реабілітаційних центрів або навчально-реабілітаційних центрів для людей і молодих людей з особливими потребами у віці від 18 років і старше, а також творчих майстерень, де вони можуть здобути основні творчі навички та працювати хоча б частково самостійно або під керівництвом викладача;

- виділення підтримуваного житла, де молоді люди з особливими потребами можуть здобути навичок самостійного життя під наглядом помічника (без батьків) упродовж певного періоду часу, щоб жити самостійно в суспільстві.

Дослідження показали, що батьки дітей з особливими потребами вважають інклюзивну систему найкращим методом навчання, за винятком випадків, коли їхня дитина не піддається навчанню або потребує особливих умов, недоступних у звичайних школах. Водночас наявність кваліфікованих учителів, здатних надати соціальну підтримку таким дітям, відіграє вирішальну роль в успіху інклюзії. Для того щоб зробити соціальну інклюзію доступнішою для дітей з обмеженими можливостями, заходи із соціального просування, а також поліпшення фізичної (архітектурної, технічної та логістичної) доступності об'єктів освіти та дозвілля, адаптація освітніх програм і підвищення рівня спеціальної підготовки вчителів і вихователів необхідним є відповідні рішення уряду.

Щоб соціальна інтеграція була успішною, процес комунікації має бути «вулицею з двостороннім рухом». Батьки дітей з обмеженими можливостями або проблемами зі здоров'ям мають бути повністю поінформовані про стан та основні потреби своєї дитини. Державні служби, з іншого боку, мають надавати інформацію про права і можливості та задовольняти більшість, якщо не всі, потреби особливих дітей.

Крім того, згідно з опитуванням батьків, чиї діти відвідують громадські реабілітаційні центри, основними джерелами інформації щодо видів соціальної підтримки в країні є соціальні працівники та лікарі (23,7%), друзі та знайомі (23,6%), соціальні мережі, форуми й чати (17,3%), інтернет-статті й повідомлення (16,3%), що являють собою тираду про те, як на землі батьки, котрі з різних причин не можуть поїхати до реабілітаційних центрів, отримують інформацію, але турбуватися не варто. По суті, вони залишаються сам на сам зі своїми проблемами, відрізані від решти світу.

Представники НУО відіграють певну роль у поширенні інформації: 33,0% батьків дітей-інвалідів сказали, що хотіли б знати про їхню діяльність, 10,9% - що хотіли б відвідувати заходи, а 5,7% - навіть висловили бажання стати їх членами, тим самим виказуючи свою активну соціальну позицію

ВИСНОВКИ

Результати здійсненого дослідження дають підстави для таких висновків:

У результаті теоретичних розвідок було досліджено фактичний стан соціального захисту дітей з інвалідністю в Україні. З'ясовано дефініцію ключових понять дослідження: «інвалідність», «інвалід», «соціальний захист», «соціальне забезпечення», «супровід». Уточнено зміст категорії «діти з інвалідністю», до якої належать особи віком до 18 років зі значними порушеннями функцій організму, які негативно впливають на ріст і розвиток дитини, її здатність до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю поведінки, навчання, спілкування та майбутньої трудової діяльності, що призводить до соціальної дезадаптації.

Проаналізовано правове врегулювання порядку задоволення потреб дітей з інвалідністю та визначено складові механізму їх соціального захисту.

Правові засади щодо задоволення особливих потреб дітей з інвалідністю у соціальному захисті, навчанні, лікуванні, соціальній опіці та громадській діяльності відображено у Законах України: «Про освіту», «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», «Про фізичну культуру і спорт», «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», «Про пенсійне забезпечення», «Про статус і соціальний захист громадян, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», «Про благодійництво та благодійні організації», «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні».

Складовими механізму соціального захисту дітей з інвалідністю є: матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення; надання можливості для здобуття освіти на рівні, що відповідає їхнім здібностям і особливостям; розробка та реалізація державних програм із соціального захисту дітей з інвалідністю; створення умов для безперешкодного доступу дітей з інвалідністю до соціальної інфраструктури.

Встановлено, що основною метою педагогічного супроводу дитини-інваліда є розвиток її особистості в межах соціальної адаптації до умов навколишнього середовища. Освітні установи спільно з органами соціального захисту населення та органами охорони здоров'я забезпечують дошкільне, позашкільне виховання та освіти дітей-інвалідів, здобуття інвалідами середньої загальної освіти, середньої професійної та професійної вищої освіти відповідно до індивідуальної програми реабілітації інваліда. Слід зазначити, що нині в Україні актуальним є завдання інтегрованого навчання для забезпечення дітей-інвалідів можливістю розвитку на рівні з їхніми здоровими однолітками, отримання освіти, необхідної для максимальної адаптації та повноцінної інтеграції в суспільстві. Розробка нової ідеології у сфері освіти передбачає: формування багатоваріативної освітньої системи; перехід до освітніх стандартів, які гарантують успішну соціалізацію і поліпшення якості життя дітей з інвалідністю; створення ефективної системи психолого-педагогічного та медико-соціального супроводу таких учнів, перегляд системи підготовки та підвищення кваліфікації не тільки спеціальних педагогів і психологів, а й учителів масових шкіл щодо навчання дітей із проблемами в розвитку.

З'ясовано, що класифікацію порушень психофізіологічного розвитку (порушення слуху та мовлення, порушення зору, психічні розлади, порушення опорно-рухового апарату, складні психофізіологічні порушення розвитку, хронічні соматичні та нервово-психічні розлади) закладено в основу організації різних напрямів соціальної роботи, але завдання, на основі яких вони організовуються, є спільними. Зокрема, встановлено, що основним завданням організації соціальної роботи з дітьми з інвалідністю є створення рівних можливостей. Сформульовано умови організації соціальної роботи з дітьми з інвалідністю, покликані сприяти реалізації цього завдання: проживання дітей з інвалідністю в громаді, ведення нормального способу життя з необхідною підтримкою; активна участь таких дітей у всіх сферах життя суспільства; отримання ними необхідної підтримки в межах систем

освіти, охорони здоров'я, соціальних послуг та ін.; участь дітей з інвалідністю у загальному соціальному та економічному розвитку суспільства; урахування потреб цієї категорії дітей в національних планах розвитку.

З'ясовано, що провідною моделлю організації соціальних послуг для дітей з функціональними обмеженнями є мобілізація колективних зусиль суспільства. Вона втілюється в інтеграції діяльності як державних установ, так і громадських та приватних ініціатив різного профілю з метою максимально повного задоволення потреб цієї категорії дітей та їхніх сімей у самореалізації та саморозвитку.

Експериментальне дослідження дозволило виокремити і схарактеризувати основні проблеми сімей, які виховують дітей-інвалідів. Серед них: економічні та матеріальні проблеми, постійні психічні та нервові перевантаження батьків, нерозуміння соціального оточення, самотність та складнощі у сфері моралі та етики, пов'язані зі ставленням суспільства до таких дітей. Також існують проблеми, пов'язані з медичною, медико-педагогічною корекцією, доступом до технічних засобів та спеціального обладнання, постійним контролем за станом здоров'я та обстеженням, потребою в реабілітації.

Указані проблеми були умовно поділені на кілька основних типів: проблеми, пов'язані з недостатнім нормативно-правовим забезпеченням та імплементацією; пов'язані зі спеціалізованим доглядом у зв'язку зі специфікою захворювання дітей з інвалідністю; постійного супроводу психологами, соціальними педагогами та соціальними працівниками психологічних криз дітей та їхніх сімей; проблеми освіти; охорони здоров'я; проблеми, пов'язані з недостатнім фінансовим та матеріально-технічним забезпеченням; проблеми, пов'язані з недостатнім інформаційним забезпеченням.

Розроблено пропозиції та рекомендації щодо подолання проблем сімей у вихованні дітей-інвалідів, а саме:

- рівень прожиткового мінімуму для різних категорій населення слід затверджувати не на цілий рік, а переглядати декілька разів на рік;

– довести рівень соціальної допомоги спочатку до рівня прожиткового мінімуму, а потім підняти вище. Неприпустимим є положення, при якому розмір соціальної допомоги для дитини з інвалідністю визначається у відсотковому відношенні до прожиткового мінімуму, що фактично дискримінує дитину з інвалідністю;

– передбачити надання соціальної допомоги дітям з інвалідністю залежно від важкості інвалідності, соціальних факторів, ступеня потреби у соціальному захисті; надання допомоги на догляд за дитиною у залежності від важкості захворювання та майнового становища сім'ї;

– передбачити в Законі України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю» розмежування демографічних груп «діти до 6 років» та «діти від 6 до 18 років»

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми соціально-педагогічної допомоги дітям-інвалідам. Перспективними напрямками можуть бути: розширення змістового компонента і розроблення і інтегративних методик та моделей організації соціально-педагогічної допомоги дітям-інвалідам та їх сім'ям.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аксенова Л.І. Правові основи спеціальної освіти та соціального захисту дітей з проблемами у розвитку // *Дефектологія*. 1997. №1. С. 3-10.
2. Алексеєнко Т. Соціальна педагогіка як наукова дисципліна : досвід і перспективи розвитку // *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2007. № 3. С. 4 – 8.
3. Архипова С.П., Майборода Г.Я., Тютюнник О.В. *Методи та технології роботи соціального педагога: навч. посіб.* Київ : Слово, 2011. 496 с.
4. Безпалько О.В. *Соціальна педагогіка в схемах і таблицях: Навчальний посібник*. Київ: Центр навчальної літератури, 2003. 134 с.
5. Богінська Ю.В. Законодавче забезпечення доступності вищої освіти в європейських державах для осіб з обмеженими можливостями. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. / *Збірник наукових праць* № 6 (8). Київ: ВМУРЛ «Україна». 2009.
6. Всеукраїнське громадське соціально-політичне об'єднання «Національна Асамблея інвалідів України» (НАІУ) URL: http://www.mlsp.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=80123&cat_id=41899
7. Вундерл А. Професійна реабілітація в Австрії // *Матеріали міжнародного семінару «Організація професійної реабілітації та зайнятості інвалідів»* // 26-27 травня 2008 р., м. Євпаторія, АР Крим, Київ «Соцінформ», 2008 р.
8. Войцях Т.В. Особливості здійснення соціально-педагогічного супроводу сім'ї в закладах освіти: [методичний посібник]. Черкаси: ОІПОПП, 2011. 131с.
9. Горностай П. Психологічні основи ролі реабілітації. Реабілітаційна підготовка на рубежі ХХІ ст.: науково-методичний збірник у двох частинах. Київ. 1998. С. 149-154.
10. Грабовенко Н.В. *Методичні рекомендації соціальним педагогам щодо соціально-педагогічної роботи з сім'ями, що виховують дітей з*

обмеженими функціональними можливостями, в умовах реабілітаційного центру. Луганськ : Вид-во ЛПСТ, 2007. 70 с.

11. Дікова-Фаворська О. М. Специфічні групи осіб з обмеженими можливостями здоров'я у фокусі соціології. Житомир: Полісся, 2009. 488 с.

12. Дитинство в Україні: права, гарантії, захист. У двох частинах. - К., 1998.

13. Діяльність центрів соціальних служб для молоді України. Сучасний стан і перспективи розвитку. Київ. 1999. с. 52-55.

14. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII // Офіційний сайт Верховної Ради України. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

15. Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам дитинства та дітям-інвалідам» URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>.

16. Закон України «Про загальну середню освіту» URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/651-14>.

17. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/875-12>.

18. Закон України «Про охорону дитинства» // Відомості Верховної Ради України (ВВР). 2001. № 30. С. 142

19. Закон України «Про професійно-технічну освіту» URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/103/98-%D0%B2%D1%80>.

20. Закон України «Про психіатричну допомогу» URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>

21. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» // Відомості Верховної Ради України (ВВР). 2006. № 2-3. С. 36.

22. Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» // Голос України. 2001. 25 червня.

23. Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні» URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2961-15/page2>.

24. Запобігання і протидія насильству в сім'ї: методичні рекомендації для соціальних працівників. Київ: ДЦССМ, 2004. 192 с. .
25. Зверева І.Д., Локтінова Г.М. Соціальна робота в Україні. Київ : ЦНЛ, 2004. 256 с.
26. Зверева І.Д., Іванова І.Б. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями. Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції. Київ, 1995, С. 4-10.
27. Іванова І.Б. Соціальна допомога інвалідам у клубах за місцем проживання (методичні рекомендації для спеціалістів соціальних служб для молоді) // Соціальна допомога інвалідам: Інформаційний методичний бюлетень «Довіра і надія», 1995. №5. С. 15–20.
28. Іванова І.Б. Соціальні проблеми дітей і батьків у контексті їхнього ставлення до ситуації // Іванова І.Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів. Київ: Логос, 2000. С. 58–74.
29. Інтерв'ю народного депутата України Т. Бахтєєвої // Офіційний сайт УНІАН. URL: <http://health.unian.net/ukr/detaij/227115>.
30. Капська А.Й. Соціальна робота: Навчальний посібник. Київ: Центр навчальної літератури, 2005. 328 с.
31. Кваліфікаційна характеристика «Соціальний педагог»]: додаток 1 до наказу Міністерства освіти і науки України від 28.12.2006 № 864 «Про планування діяльності та ведення документації соціальних педагогів, соціальних педагогів по роботі з дітьми-інвалідами системи Міністерства освіти і науки України». URL: <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1038.1385.0>
32. Коваль А.Т., Зверева І.Д., Хлебик С.Р. Соціальна педагогіка / Соціальна робота: Навчальний посібник. Київ: ІЗМН, 1997. 392с.
33. Коган А., Кагал Т. У родині дитина з особливими потребами // Шкільний світ. 2005. №8. С. 10-11.
34. Комар Т. О. Довгалюк І. С. Соціально-психологічна робота з людьми з особливими потребами: Наук.метод, матеріали; Вінницький обласний центр соціальних служб для молоді. Вінниця, 2004. 50 с.

35. Конвенція ООН про права дитини: від 21 грудня 1995 року. URL: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995_021 (дата звернення 10.12.2017).

36. Концепція державної сімейної політики: схвалено Постановою Верховної Ради України від 17 вересня 1999 року № 1063-XIV. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1063-14>

37. Міжнародне законодавство та досвід реабілітації. URL: http://www.google.com.ua/search?hl=ru&q=MejZAKON&bav=on.2,or.r_gs.r_pw.,cf.osb&biw=1440&bih=807&um=1&ie=UTF8&tbm=isch&source=og&sa=N&tab=wi&ei=uQBiT-35FYb3sgbQ76n-BQ

38. Методичне забезпечення діяльності педагогічних працівників дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів щодо роботи з дітьми, які мають особливості психофізичного розвитку: Науково-методичний посібник/ Укладачі: О.В.Чубарук, Л.А.Петушеова,О,В.Татаринцев/ За ред. Н.І.Клокар, О.В. Чубарук. Біла Церква: КОІПОПК, 2006. 124 с.

39. Мостіпан О. Державна політика щодо інвалідів, її перспектива та пріоритети // Соціальний захист. 2002. №11.– с. 15–18.

40. На допомогу батькам, які мають дітей з особливими потребами: Метод. рек. / І. Б. Іванова, Л. В. Борщевська, Л. В. Зіброва та ін. / Український інститут соціальних досліджень. Київ, 1999. 80 с.

41. Наказ від 12.03.2013 № 114/242/392/85/85 «Про затвердження Методики проведення моніторингу та оцінювання ефективності програм соціальної підтримки населення» URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0508-13>.

42. Наказ Міністерства освіти і науки України № 912 від 01 жовтня 2010 року Про затвердження Концепції розвитку інклюзивного навчання URL: http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/9189/.

43. Наказ Міністерства соціальної політики України від 14.04.2011 № 129 «Про затвердження Положення про Фонд соціального захисту інвалідів» URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0528-11>.

44. Нормативно-правова база роботи з інвалідами / Соціальна робота
URL: <http://soc-work.ru/article/506>.

45. Обзор: права инвалидов. А как за границей? URL:
<http://mioby.ru/novosti/obzor-prava-invalidov-a-kak-za-granicej/>.

46. Оболенський Ю., Соболь Є. Організаційно-правові заходи реабілітації інвалідів // Правовий вісник УАБС. 2013. № 2(9). С. 82–87.

47. Постанова від 20 червня 2012 р. № 554 «Про проведення моніторингу та оцінювання ефективності програм соціальної підтримки населення» URL:
<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/554-2012-%D0%BF>.

48. Постанова Кабінету міністрів України від 1.08.2012 р. «Про затвердження Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року» URL:
http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP120706.html.

49. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011 р. № 872 затверджено «Порядок організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах» URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/872-2011-%D0%BF>.

50. Постанова Кабінету Міністрів України від 16.02.2011 р. № 121 «Про затвердження Положення про централізований банк даних з проблем інвалідності» URL:<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/121-2011-%D0%BF>.

51. Постанова Кабінету Міністрів України від 3.12.2009 р. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» URL:
<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF>.

52. Постанова Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 р. N 70 «Про реалізацію статей 19 і 20 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» URL:
http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP070070.html.

53. Постанова КМУ № 554-2012-п від 20.06.2012 «Про проведення моніторингу та оцінювання ефективності програм соціальної підтримки населення» URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/554-2012-%D0%BF>.

54. Постановою Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. № 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів» URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1686-2006-%D0%BF>.

55. Про світ дітей з особливими потребами: Порадник керівникам освітніх установ, вчителям, вихователям дошкільних закладів, шкіл-інтернатів, батькам щодо роботи з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку / В. І. Шнайдер. Кам'янець-Подільський: Абетка-Нова, 2003. 140 с

56. Про становлення інвалідів України та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами: Державна доповідь. Київ: Соцінформ, 2002. 160 с.

57. Соціальна робота в Україні: навч. посібник за ред.. І.Д. Зверевої, Г.М. Лактіонова. Київ, 2003. 254 с.

58. Теорії і методи соціальної роботи: Підручник для студентів вищих навчальних закладів / За ред. Т.В. Семигіної, І.І. Миговича. Київ.: Академвидав, 2005. 328 с.

59. Тюття Л.Т., Іванова І.Б. Соціальна робота (теорія і практика). Навч. посіб. для студентів вищих навчальних закладів. Київ.: ВМУРОЛ «Україна», 2004. 408 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

ЗАКОН УКРАЇНИ

Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю

Цей Закон відповідно до Конституції України гарантує особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю право на матеріальне забезпечення за рахунок коштів Державного бюджету України та їх соціальну захищеність шляхом встановлення державної соціальної допомоги на рівні прожиткового мінімуму.

Стаття 1. Право на державну соціальну допомогу

Право на державну соціальну допомогу мають особи з інвалідністю з дитинства і діти з інвалідністю віком до 18 років.

{Частина перша статті 1 із змінами, внесеними згідно із Законом № 1579-IV від 04.03.2004}

Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сферах трудових відносин, соціального захисту населення, з питань сім'ї та дітей, організовує роботу щодо призначення та виплати державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю.

{Статтю 1 доповнено новою частиною згідно із Законом № 5462-VI від 16.10.2012}

Причина, група інвалідності, строк, на який встановлюється інвалідність, визначаються органом медико-соціальної експертизи згідно із законодавством України з одночасним роз'ясненням особам з інвалідністю з дитинства їх права на державну соціальну допомогу.

{Частина статті 1 із змінами, внесеними згідно із Законом № 1220-IV від 02.10.2003}

Перелік медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей з інвалідністю віком до 18 років, визначається у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю, які мають одночасно право на державну соціальну допомогу відповідно до цього Закону, на пенсію та на державну соціальну допомогу згідно із Законом України «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю», призначається за вибором осіб з інвалідністю з дитинства (законних представників осіб з інвалідністю з дитинства, визнаних недієздатними, та дітей з інвалідністю) державна соціальна допомога відповідно до цього Закону або пенсія чи державна соціальна допомога згідно із Законом України «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю». При цьому якщо особа з інвалідністю з дитинства або дитина з інвалідністю має право на пенсію у зв'язку з втратою годувальника (державну соціальну допомогу дитині померлого годувальника, передбачену Законом України «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю») і державну соціальну допомогу відповідно до цього Закону, ці виплати призначаються одночасно.

{Частина статті 1 в редакції Закону № 2457-IV від 03.03.2005; із змінами, внесеними згідно із Законами № 1836-VIII від 07.02.2017, № 2249-VIII від 19.12.2017}

Стаття 2. Розміри державної соціальної допомоги

Державна соціальна допомога призначається у таких розмірах:

особам з інвалідністю з дитинства I групи - 100 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;

особам з інвалідністю з дитинства II групи - 80 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;

{Абзац третій частини першої статті 2 із змінами, внесеними згідно із Законом № 2457-IV від 03.03.2005}

особам з інвалідністю з дитинства III групи - 60 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;

{Абзац четвертий частини першої статті 2 із змінами, внесеними згідно із Законами № 1579-IV від 04.03.2004, № 2457-IV від 03.03.2005}

на дітей з інвалідністю віком до 18 років - 70 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

Прожитковий мінімум визначається відповідно до Закону України «Про прожитковий мінімум» та щорічно затверджується Верховною Радою України за поданням Кабінету Міністрів України і періодично переглядається відповідно до зростання індексу споживчих цін разом з уточненням показників Державного бюджету України.

Розміри державної соціальної допомоги підвищуються у зв'язку із збільшенням прожиткового мінімуму.

Державна соціальна допомога встановлюється в новому розмірі з дня набрання чинності законом про збільшення розміру прожиткового мінімуму.

{Частина четверта статті 2 в редакції Закону № 2457-IV від 03.03.2005}

Стаття 3. Надбавка на догляд

Особам з інвалідністю з дитинства I групи встановлюється надбавка на догляд за ними в розмірі:

особам з інвалідністю з дитинства, віднесеним до підгрупи А I групи, - 75 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;

особам з інвалідністю з дитинства, віднесеним до підгрупи Б I групи, - 50 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

{Частина перша статті 3 в редакції Закону № 3133-VI від 15.03.2011}

Одиноким особам з інвалідністю з дитинства II і III груп, які за висновком лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу потребують постійного стороннього догляду, встановлюється надбавка на догляд за ними в розмірі 15 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

{Частина друга статті 3 із змінами, внесеними згідно із Законом № 3133-VI від 15.03.2011}}

Надбавка на догляд за дитиною з інвалідністю підгрупи А встановлюється в розмірі:

на дитину з інвалідністю підгрупи А віком до 6 років - прожиткового мінімуму для дітей віком до 6 років;

на дитину з інвалідністю підгрупи А віком від 6 до 18 років - прожиткового мінімуму для дітей віком від 6 до 18 років.

{Частина третя статті 3 в редакції Закону № 410-VII від 04.07.2013}}

Надбавка на догляд за іншою дитиною з інвалідністю встановлюється в розмірі:

на дитину з інвалідністю віком до 6 років - 50 відсотків прожиткового мінімуму для дітей віком до 6 років;

на дитину з інвалідністю віком від 6 до 18 років - 50 відсотків прожиткового мінімуму для дітей віком від 6 до 18 років.

{Статтю 3 доповнено новою частиною згідно із Законом № 410-VII від 04.07.2013}}

Надбавка на догляд за дитиною з інвалідністю віком до 18 років призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які не працюють, не навчаються (крім заочної форми навчання), не проходять службу, не займають виборну посаду і фактично здійснюють догляд за дитиною з інвалідністю. Надбавка на догляд за дитиною з інвалідністю віком до 18 років також призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які перебувають у відпустці по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку, у відпустці у зв'язку з вагітністю та пологами, у відпустці без збереження заробітної плати, у разі якщо дитина з інвалідністю потребує домашнього догляду, і вони фактично здійснюють догляд за дитиною з інвалідністю. Одному з батьків, прийомних батьків, батьків-вихователів дитячого будинку сімейного типу, усиновителів, опікуну, піклувальнику надбавка на догляд за дитиною з інвалідністю підгрупи А, а

також садинокій матері (садинокому батьку) надбавка на догляд за дитиною з інвалідністю призначається незалежно від факту роботи, навчання, служби.

{Частина статті 3 в редакції Закону № 3133-VI від 15.03.2011; із змінами, внесеними згідно з Законом № 1369-VIII від 17.05.2016}

При визначенні розмірів надбавок на догляд за особами з інвалідністю з дитинства та дітьми з інвалідністю з важкими формами інвалідності, які потребують постійного стороннього догляду або допомоги (прикуті до ліжка, сліпоглухонімі, з психічними вадами тощо) внаслідок захворювань за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України, не може застосовуватися рівень забезпечення прожиткового мінімуму.

При призначенні та виплаті надбавки на догляд застосовуються відповідно статті 4-17 цього Закону.

{Стаття 3 в редакції Законів № 1579-IV від 04.03.2004, № 2154-IV від 04.11.2004, № 2457-IV від 03.03.2005}

Стаття 4. Період, на який призначається державна соціальна допомога

Державна соціальна допомога особам з інвалідністю з дитинства призначається на весь час інвалідності, встановленої органами медико-соціальної експертизи.

{Частина перша статті 4 із змінами, внесеними згідно із Законом № 1579-IV від 04.03.2004}

На дітей з інвалідністю державна соціальна допомога призначається на строк, зазначений у медичному висновку, який видається у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, але не більш як по місяць досягнення дитиною з інвалідністю 18-річного віку.

{Частина друга статті 4 із змінами, внесеними згідно із Законом № 5462-VI від 16.10.2012}

Стаття 5. Строк виплати державної соціальної допомоги у разі зміни групи інвалідності

У разі зміни групи інвалідності державна соціальна допомога у новому розмірі виплачується особі з інвалідністю з дитинства з дня зміни групи інвалідності, якщо така зміна приводить до збільшення розміру, але з місяця, наступного за тим, в якому встановлена нова група інвалідності, при зменшенні розміру допомоги.

Якщо дитина з інвалідністю, на яку виплачувалася державна соціальна допомога, по досягненні 18-річного віку визнана особою з інвалідністю з дитинства, виплата допомоги продовжується у новому розмірі за її заявою (недієздатним - за заявою опікуна) з дня встановлення групи інвалідності в разі збільшення розміру допомоги, але з місяця, наступного за тим, в якому дитині з інвалідністю встановлена група інвалідності, при зменшенні розміру допомоги.

{Стаття 5 в редакції Закону № 1579-IV від 04.03.2004}

Стаття 6. Умови поновлення виплати державної соціальної допомоги

Виплата державної соціальної допомоги зупиняється у випадку пропуску строку переогляду особою з інвалідністю з дитинства або дитиною з інвалідністю, а в разі визнання знову особою з інвалідністю або дитиною з інвалідністю виплата державної соціальної допомоги поновлюється з дня зупинення, але не більш як за один місяць.

Якщо строк переогляду пропущено з поважної причини, виплата державної соціальної допомоги поновлюється з дня зупинення виплати, але не більш як за 3 роки, за умови, що за цей період її визнано особою з інвалідністю або дитиною з інвалідністю. При цьому, якщо при переогляді особу з інвалідністю з дитинства переведено до іншої групи інвалідності (вищої або нижчої), то державна соціальна допомога за зазначений період виплачується за попередньою групою.

{Частина друга статті 6 із змінами, внесеними згідно із Законом № 2249-VIII від 19.12.2017}

У разі припинення виплати державної соціальної допомоги внаслідок нез'явлення на переогляд без поважних причин, при наступному визнанні

особою з інвалідністю з дитинства або дитиною з інвалідністю, виплата цієї допомоги поновлюється з дня встановлення інвалідності або визнання дитиною з інвалідністю.

Стаття 7. Інформація про державну соціальну допомогу

Органи медико-соціальної експертизи та заклади охорони здоров'я у 3-денний строк зобов'язані надіслати копії акта огляду особи з інвалідністю з дитинства або медичного висновку про визнання дитиною з інвалідністю до місцевої державної адміністрації за місцем проживання особи з інвалідністю з дитинства або батьків, усиновителів, опікуна, піклувальника дитини з інвалідністю.

{Частина перша статті 7 із змінами, внесеними згідно із Законом № 5462-VI від 16.10.2012}

Не пізніше 10 днів після надходження документів, зазначених у частині першій цієї статті, місцева державна адміністрація зобов'язана у письмовій формі повідомити особу з інвалідністю з дитинства, а також батьків, усиновителів, опікуна або піклувальника дитини з інвалідністю про право на державну соціальну допомогу, умови, розмір і порядок її надання.

{Частина друга статті 7 із змінами, внесеними згідно із Законом № 5462-VI від 16.10.2012}

За місяць до закінчення строку виплати державної соціальної допомоги місцева державна адміністрація зобов'язана попередити у письмовій формі особу з інвалідністю з дитинства, а також батьків, усиновителів, опікуна або піклувальника дитини з інвалідністю про причину припинення її виплати.

{Частина третя статті 7 із змінами, внесеними згідно із Законом № 5462-VI від 16.10.2012}

Стаття 8. Порядок звернення за призначенням державної соціальної допомоги

Заява про призначення державної соціальної допомоги подається особою з інвалідністю з дитинства до управління праці та соціального захисту населення за місцем проживання.

Заява про призначення державної соціальної допомоги особі з інвалідністю I чи II групи, яку визнано недієздатною, а також на дитину з інвалідністю подається одним із батьків, усиновителем, опікуном або піклувальником за місцем свого проживання.

{Частина друга статті 8 із змінами, внесеними згідно із Законом № 2249-VIII від 19.12.2017}

До заяви про призначення державної соціальної допомоги повинні бути додані документи про вік і місце проживання особи з інвалідністю з дитинства або дитини з інвалідністю, документи про місце проживання батьків, усиновителів, опікуна або піклувальника, який подав заяву, а також довідка медико-соціальної експертизи або медичний висновок, видані у встановленому порядку.

Якщо з заявою звертається опікун або піклувальник, то подається також копія рішення органу опіки і піклування про встановлення опіки чи піклування.

Один із непрацюючих батьків, усиновителів, опікун або піклувальник, які фактично здійснюють догляд за дитиною з інвалідністю віком до 18 років, додатково подають довідку про те, що вони не працюють, видану за місцем проживання.

{Частина п'ята статті 8 із змінами, внесеними згідно із Законом № 1579-IV від 04.03.2004}

Місцева державна адміністрація, яка прийняла заяву про призначення державної соціальної допомоги, видає заявнику розписку про прийом заяви та доданих до неї документів із зазначенням дати прийому заяви.

{Частина шоста статті 8 із змінами, внесеними згідно із Законом № 5462-VI від 16.10.2012}

Днем звернення за призначенням державної соціальної допомоги вважається день прийому заяви з усіма необхідними документами.

Якщо заява про призначення державної соціальної допомоги надсилається поштою і при цьому подаються також всі необхідні документи, то днем

звернення за державною соціальною допомогою вважається дата, вказана в поштовому штемпелі місця відправлення заяви.

У тих випадках, коли до заяви додані не всі необхідні документи, заявнику повідомляється, які документи повинні бути подані додатково. Якщо вони будуть подані не пізніше 3-х місяців з дня одержання повідомлення про необхідність подання додаткових документів, то днем звернення за призначенням державної соціальної допомоги вважається день прийому або відправлення заяви про призначення такої допомоги.

Стаття 9. Порядок та строки призначення державної соціальної допомоги

Державна соціальна допомога особам з інвалідністю з дитинства або на дітей з інвалідністю віком до 18 років призначається місцевою державною адміністрацією.

{Частина перша статті 9 із змінами, внесеними згідно із Законом № 5462-VI від 16.10.2012}

Заява про призначення державної соціальної допомоги розглядається місцевою державною адміністрацією не пізніше 10 днів після надходження заяви з усіма необхідними документами.

{Частина друга статті 9 із змінами, внесеними згідно із Законом № 5462-VI від 16.10.2012}

Державна соціальна допомога призначається з дня звернення за її призначенням.

Стаття 10. Виплата державної соціальної допомоги

Державна соціальна допомога виплачується державними підприємствами і об'єднаннями зв'язку за місцем проживання особи з інвалідністю з дитинства або батьків, усиновителів, яким призначена допомога на дітей з інвалідністю. Опікуну або піклувальнику державна соціальна допомога виплачується за місцем їх проживання.

Виплата державної соціальної допомоги провадиться щомісячно за поточний місяць у встановлені місцевою державною адміністрацією строки.

{Частина друга статті 10 із змінами, внесеними згідно із Законами № 1579-IV від 04.03.2004, № 5462-VI від 16.10.2012}

Призначена державна соціальна допомога виплачується особі з інвалідністю з дитинства незалежно від одержуваного нею заробітку, стипендії, аліментів або інших доходів.

{Частина третя статті 10 із змінами, внесеними згідно із Законами № 1579-IV від 04.03.2004, № 2249-VIII від 19.12.2017}

Державна соціальна допомога, яка призначена на дитину з інвалідністю віком до 18 років, виплачується незалежно від одержання на неї інших видів допомоги.

Стаття 11. Виплата державної соціальної допомоги за довіреністю

Державна соціальна допомога може виплачуватися за довіреністю, порядок оформлення і строк дії якої визначаються законом.

Стаття 12. Виплата державної соціальної допомоги за минулий час

Суми державної соціальної допомоги, призначені, але не витребувані своєчасно одержувачем без поважних причин, виплачуються за минулий час не більш як за 12 місяців перед зверненням за її одержанням.

Суми державної соціальної допомоги, не одержані своєчасно з вини органу, який призначає або виплачує державну соціальну допомогу, або через неможливість отримання цих сум особою з інвалідністю чи її офіційним представником з поважних причин (поважною причиною є перебування особи з інвалідністю на лікуванні, інші причини, які фізично унеможливили своєчасне витребування призначених сум державної соціальної допомоги, або інші об'єктивні обставини, коли особа з інвалідністю чи її батьки, усиновителі, опікуни, піклувальники не могли звернутися за їх отриманням), виплачуються за минулий час без обмеження будь-яким строком. При цьому виплата державної соціальної допомоги за минулий час здійснюється виходячи із прожиткового мінімуму, затвердженого на момент її виплати, з компенсацією за несвоєчасну її виплату.

{Частина друга статті 12 із змінами, внесеними згідно із Законом № 2249-VIII від 19.12.2017}

Невиплату або відмову у виплаті державної соціальної допомоги за минулий час може бути оскаржено у судовому порядку відповідно до закону.

{Стаття 12 в редакції Закону № 1220-IV від 02.10.2003}

Стаття 13. Виплата державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю віком до 18 років, які перебувають на повному державному утриманні

Особам з інвалідністю з дитинства, які перебувають на повному державному утриманні у будинках-інтернатах для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, пансіонатах для ветеранів війни та праці, стаціонарних відділеннях територіального центру соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян тощо, виплачується 25 відсотків призначеного розміру державної соціальної допомоги.

Різниця між розміром призначеної державної соціальної допомоги особі з інвалідністю з дитинства, яка перебуває у відповідній установі (закладі), і розміром державної соціальної допомоги, яка виплачується особі з інвалідністю з дитинства відповідно до частини першої цієї статті, перераховується установі (закладу), де перебуває особа з інвалідністю з дитинства, за її особистою письмовою заявою або заявою його законного представника. Зазначені кошти зараховуються на рахунки таких установ (закладів) понад бюджетні асигнування і спрямовуються виключно на поліпшення умов проживання в них осіб з інвалідністю у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

{Частина друга статті 13 із змінами, внесеними згідно із Законом № 2249-VIII від 19.12.2017}

Дітям з інвалідністю із числа сиріт за період перебування на повному державному утриманні державна соціальна допомога виплачується в повному розмірі та перераховується на їх особисті рахунки у банку.

Іншим дітям з інвалідністю, які перебувають у будинках-інтернатах, інших стаціонарних установах (закладах) на повному державному утриманні, призначена державна соціальна допомога виплачується в розмірі 50 відсотків та перераховується на їх особисті рахунки у банку. При цьому частина державної соціальної допомоги, що залишилася після виплати суми державної соціальної допомоги, перераховується на банківський рахунок установи (закладу) за місцем перебування дитини і спрямовується виключно на поліпшення умов проживання дітей.

{Стаття 13 в редакції Закону № 2457-IV від 03.03.2005}

Стаття 14. Підстави припинення і відновлення виплати державної соціальної допомоги

Виплата у повному розмірі державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства в разі влаштування їх до відповідної установи (закладу) на повне державне утримання або зняття з повного державного утримання відповідно припиняється або відновлюється з першого числа місяця, наступного за місяцем, у якому виникли ці обставини.

У разі влаштування дитини з інвалідністю віком до 18 років до відповідної установи (закладу) на повне державне утримання або зняття з повного державного утримання виплата державної соціальної допомоги на дитину з інвалідністю у повному розмірі відповідно припиняється або відновлюється з першого числа місяця, наступного за місяцем, у якому виникли ці обставини.

При зміні одержувачем державної соціальної допомоги місця проживання виплата цієї допомоги продовжується відповідною місцевою державною адміністрацією за новим місцем проживання. Виплата державної соціальної допомоги продовжується з того часу, з якого вона була припинена за попереднім місцем проживання.

{Частина третя статті 14 із змінами, внесеними згідно із Законами № 1276-VI від 16.04.2009, № 5462-VI від 16.10.2012}

{Стаття 14 в редакції Закону № 2457-IV від 03.03.2005}

Стаття 15. Виплата допомоги на поховання

У разі смерті особам з інвалідністю з дитинства або дитини з інвалідністю члену її сім'ї або особі, яка здійснила поховання, виплачується на вибір допомога на поховання в розмірі двомісячної суми державної соціальної допомоги згідно із цим Законом або допомога на поховання чи відшкодування витрат на поховання згідно з іншими нормативно-правовими актами.

{Частина перша статті 15 в редакції Закону № 3133-VI від 15.03.2011; із змінами, внесеними згідно із Законом № 2249-VIII від 19.12.2017}

Допомога на поховання виплачується незалежно від строку звернення за її виплатою.

Стаття 16. Джерела покриття витрат на виплату державної соціальної допомоги

Покриття витрат на виплату державної соціальної допомоги здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України у вигляді субвенцій до місцевих бюджетів.

У Державному бюджеті України статті видатків на надання державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю є захищеними і фінансуються у першочерговому порядку.

{Статтю 16 доповнено частиною другою згідно із Законом № 1579-IV від 04.03.2004}

Стаття 17. Оскарження рішення органу, що призначає державну соціальну допомогу, та відповідальність посадових осіб за порушення цього Закону

Рішення органу, що призначає державну соціальну допомогу, може бути оскаржене у відповідних органах виконавчої влади або у судовому порядку.

Посадові особи, з вини яких несвоєчасно виплачується державна соціальна допомога, несуть відповідальність відповідно до закону.

Стаття 18. Прикінцеві положення

1. Цей Закон набирає чинності з 1 січня 2001 року.
2. У разі якщо щомісячний розмір державної соціальної допомоги з надбавкою на догляд особам з інвалідністю з дитинства підгрупи А 1 групи не

досягає розміру державної соціальної допомоги з надбавкою на догляд, що виплачується на дітей з інвалідністю підгрупи А віком від 6 до 18 років, здійснюється щомісячна доплата у сумі, що не вистачає до зазначеного розміру.

{Пункт 2 статті 18 в редакції Закону № 495-VIII від 02.06.2015}

3. Кабінету Міністрів України:

підготувати та подати на розгляд Верховної Ради України пропозиції про внесення змін до законодавчих актів України, що впливають із цього Закону;
привести свої нормативно-правові акти у відповідність із цим Законом;
забезпечити перегляд міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади України їх нормативно-правових актів, що суперечать цьому Закону.