МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Локтіонов В.О.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Особливості фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями**

Сєвєродонецьк

2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

на тему: «Особливості фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями»

Виконала: студентка групи ЗЛ-16з Локтіонов В.О.

Керівник: д. психол. н., проф. Бурлакова І.А.

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: д. мед. н., проф. Зєльоний І.І.

Сєвєродонецьк – 2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки 227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

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

“26” березня 2020\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Локтіонова Вадима Олександровича**

## Тема роботи: «Особливості фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями»

## Керівник роботи Бурлакова Ірина Анатоліївна, д. психол. н., проф.

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

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26” березня 2020 р. № 51/15.22

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2020 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *– 64 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 76 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з особливостей фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення особливостей фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо особливостей фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – .*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  прийняв |
| 1. | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2. | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2020 р**.**

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів** | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо корекції ставлення до здоровʼя осіб з різним соціальним статусом. | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

**Студент Локтіонов В.О.**

**Керівник роботи проф. Бурлакова І.А.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 64 с., табл. – , джерел – 76

В роботі розкрито теоретико-методологічні засади дослідження особливостей фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, особливостей фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями та сучасні підходи до особливостей фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

Проведено констатувальний експеримент з метою дослідження особливостей фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

Розроблено практичні рекомендації щодо особливостей фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

**Ключові слова:** ЗДОРОВʼЯ, особливості, ФІЗИЧНА та соціальна РЕАБІЛІТАЦІЯ, СОЦІАЛЬНИЙ СТАТУС, діти з обмеженими можливостями.

**ЗМІСТ**

ВСТУП …………………………………………………………………………….7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ аспекти фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.....................9

* 1. Теоретичний аналіз дитячої інвалідності …………………………..…...9

1.2. Основні проблеми фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями …………………………………………………....11

1.3. Фізична реабілітація дітей з обмеженими можливостями як соціальна проблема………………………………………………………………………....16

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ Напрямків фізичної реабілітаційної діяльності…………………………………….............32

2.1. Корекційно-розвивальний вплив соціокультурного середовища на дітей з обмеженими можливостями ………………………..…….………...…………..32

* 1. . Характеристика діяльності служб з фізичної реабілітації

дітей-інвалідів…………………………………………………………………..36

2.3. Результати реабілітаційної діяльності та їх узагальнення…….………47

ВИСНОВКИ ……………………………………………………………………..54

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ………………………………………57

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Проблема інвалідності цікавила людей з глибокої давнини. Люди, які страждають від важких недуг і мають обмежені можливості для життя і діяльності, традиційно були об'єктом благодійності та милосердя. Крім того, в православній культурі їм було відведено особливе місце. Кінець XX століття в історії є періодом великих змін, які торкнулися різних сторін життя держави, зачепили всі верстви населення. Політика країни змінилася по відношенню до інвалідів. Вона стала, націлена на надання інвалідам матеріального забезпечення.

За даними ООН у світі налічується приблизно 450 мільйонів людей з порушеннями психічного та фізичного розвитку. Дані всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) свідчать, що число таких жителів у світі сягає 13% (3% дітей народжуються з вадами інтелекту та 10% дітей з іншими психічними та фізичними вадами). Всього в світі близько 200 мільйонів дітей з обмеженими можливостями.

Протягом багатьох років рівень інвалідності, як один з показників здоров'я населення, залишається достатньо високим. Зростання інвалідності в нашій країні свідчить про зниження рівня здоров'я нації в цілому.

Щорічно в країні народжується діти з вродженими спадковими захворюваннями.

**Об’єкт дослідження** – реабілітація дітей з обмеженими можливостями.

**Предмет дослідження** – особливості фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

**Мета дослідження** – визначити особливості фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних досліджень з проблеми фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

2. Обґрунтувати методичні засади та розробити процедуру дослідження особливостей фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

3.Розкрити специфіку діяльності служб з фізичної та соціальної реабілітації дітей-інвалідів.

4. Провести узагальнення результатів роботи з реабілітаційної діяльності дітей з обмеженими можливостями.

**Методи дослідження.** Для розв’язання поставлених завдань використано систему загально-наукових методів теоретичного та емпіричного дослідження: *теоретичні:* вивчення літератури та документації установ, *емпіричні*: спостереження; анкетування, методи математичної обробки даних.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у можливості їх використання при розробці програм фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями. Дослідження надає можливість розглянути всі аспекти особливостей фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями в спеціальних установах.

Використаний у роботі інструментарій може становити методичну основу подальших досліджень фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИЧНІ аспекти фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями**

**1.1.Теоретичний аналіз дитячої інвалідності**

Відповідно до Декларації про права інвалідів інвалід - це будь-яка особа, яка не може самостійно забезпечити повністю або частково потреби нормального особистого і (або) соціального життя з нестачі, вроджених, фізичних або розумових можливостей.

У рекомендаціях до реабілітаційних програм 44-й сесії Парламентської Асамблеї Ради Європи від 5 травня 1992 р інвалідність визначається як обмеження у можливостях, обумовлені фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дозволяють людині, що має інвалідність, бути інтегрованим у суспільство і брати участь у житті сім'ї або суспільства на таких самих підставах, як і інші члени суспільства. Суспільство зобов'язане адаптувати свої стандарти до особливих потреб людей, що мають інвалідність, для того щоб вони могли жити незалежним життям. (12)

Визначення соціально-правового статусу людини з інвалідністю отримує розвиток і уточнення в правових документах на рівні законодавства Украъни.

Інвалід - це особа, яка має порушення здоров'я, обумовлене захворюванням, наслідками травм або анатомічними дефектами, що приводять до обмеження життєдіяльності.

У розвиток цього визначення водиться ще одна ознака інвалідності - потреба такої особи в соціальному захисті. Особливий правовий статус встановлений для інвалідів, які не досягли 18-річного віку. Ця категорія називається «діти-інваліди».

Громадянин визнається інвалідом при наявності наступних умов:

- порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму;

- обмеження життєдіяльності;

- необхідність здійснення заходів соціального захисту.

За різними підставами все інваліди поділяються на кілька груп:

- за віком - діти-інваліди та інваліди-дорослі;

- з причин походження інвалідності - інваліди з дитинства, інваліди війни, інваліди праці, інваліди загального захворювання;

- за ступенем працездатності - інваліди працездатні і непрацездатні

Не завжди выдхилення у здоров'ї веде до інвалідності, а тільки те, яке пов'язане зі стійким розладом функцій організму.

Діти-інваліди входять в групу, що позначається цілою серією формулювань, які несуть певний сенс, але не завжди відображають стан дітей і проблеми, що випливають з цього стану: «діти з особливими потребами», «діти з відхиленнями (порушеннями) у розвитку», «діти з обмеженими можливостями», «особливі» діти. Ці терміни використовуються в сфері професіоналів з метою заміщення поняття «інвалід» іншими, які не приносять принизливий сенс у характеристику дітей, чиє життя відрізняється від традиційного поняття дитинства і нерідко наповнена фізичним болем і душевними стражданнями.

На даний час не існує єдиних принципів класифікації порушень розвитку. Лапшин В.А. і Пузанов Б.П., автори однієї з найбільш відомих класифікацій порушень розвитку найчастіше, використовуваних на практиці, виділяють наступні групи:

- діти з сенсорними порушеннями (порушення слуху і зору);

- діти з інтелектуальними порушеннями (розумова відсталість і затримки психічного розвитку); діти з порушеннями мови;

- діти з порушеннями опорно-рухового апарату;

- діти з комплексними (комбінованими) дефектами розвитку;

- діти зі спотвореним (дисгармонійним) розвитком.

Інвалідність у дітей означає суттєве обмеження життєдіяльності, вона сприяє соціальній дезадаптації, яка обумовлена ​​порушеннями у розвитку, труднощами у самообслуговуванні, спілкуванні, навчанні, оволодінні в майбутньому професійними навичками. Освоєння дітьми-інвалідами соціального досвіду, включення їх в існуючу систему суспільних відносин вимагає від суспільства певних додаткових заходів, засобів і зусиль (це можуть бути спеціальні програми, спеціальні центри по реабілітації, спеціальні навчальні заклади та ін.). Але розробка цих заходів повинна ґрунтуватися на знанні закономірностей, задач, сутності процесу соціальної реабілітації. (8)

**1.2.Основні проблеми фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями**

З точки зору фізична та соціальна реабілітація запобігає порушенню зв'язків людини з навколишнім світом і виконує профілактичну функцію по відношенню до інвалідності. Чому ж інваліди відносяться до жертв несприятливих умов соціальної реабілітації? Які проблеми виникають в процесі їх соціальної реабілітації, вірніше, дітей інвалідів?

Перш за все, це соціальні проблеми: недостатні форми соціальної підтримки, недоступність охорони здоров'я, освіти, культури, побутового обслуговування, відсутність належного архітектурного середовища. Проблема інвалідності не обмежується медичними аспектами, вона в набагато більшому ступені є соціальною проблемою нерівних можливостей. Головна проблема дитини з обмеженими можливостями полягає в порушенні його зв'язку зі світом, в обмеженій мобільності, бідності контактів з однолітками і дорослими, в обмеженому спілкуванні з природою, недоступності низки культурних цінностей, а іноді і елементарної освіти. Ця проблема є наслідком не тільки суб'єктивного чинника, яким є стан фізичного і психічного здоров'я дитини, а й результатом соціальної політики та сформованого суспільної свідомості, які санкціонують існування недоступною для інваліда архітектурного середовища, громадського транспорту, соціальних служб. (13)

Проблеми медико-соціальної реабілітації пов'язані з регіональними умовами, з наявністю або відсутністю спецшкіл, спеціальних реабілітаційних центрів, фахівців дефектологів в місцях проживання сімей, де є дитина інвалід. Оскільки спеціальні освітні установи розподілені по країні вкрай рідко, то діти інваліди часто змушені здобувати освіту і виховання в спеціальних школах інтернатах. Потрапляючи в таку школу, дитина виявляється ізольованим від сім'ї, від однолітків, що нормально розвиваються, від суспільства в цілому. Аномальні діти як би замикаються у особливому соціумі, вчасно не набувають належного соціального досвіду. Закритість спеціальних освітніх установ, не може не відбитися на розвитку особистості дитини, на його готовності до самостійного життя.

Медичні фахівці регулярно проводять облік новонароджених з тією чи іншою, хай навіть слабо вираженою патологією, що дозволяє віднести дитину до «групи ризику». Зростання ускладнень для новонароджених пов'язаний з неякісним харчуванням вагітних жінок і матерів-годувальниць, погіршенням екологічної обстановки, збільшенням частоти інфікування жінок інфекційними та вірусними захворюваннями, в тому числі на СНІД і сифіліс, збільшенням числа жінок, що вживають під час вагітності алкоголь і наркотики. Профілактика носить найактивніший характер, і здійснюється в тісному контакті психоневрологів, медиків, педіатрів, соціологів з батьками. Соціальна реабілітація відбувається у мікро-соціумі (сім'я) і макро-соціумі (суспільство). Дитина, поставлений обличчям до обличчя тільки з батьками і лікарями, у яких домінанта - його хвороба, постійно ізолюється від суспільства та вже тут ні про яке його вихованні, а тим більше розвитку, мови бути не може

Медичні та супутнім їм заходи це лише основа для проведення подальшої довгострокової роботи з фізичної та соціальної реабілітації [11]. Характеристика всіх напрямків реабілітаційної діяльності показує, що їх реалізація на практиці може надати істотну допомогу дитині-інваліду та його сім'ї.

За даними досліджень різних фахівців на перше місце серед економічних, соціальних, психолого-педагогічних, медичних, етичних проблем сімей, що мають дітей з інвалідністю, висувається матеріальне становище. За даними вибіркових досліджень, всього 5% батьків в таких сім'ях відносяться до категорії високооплачуваних. 36% батьків не мають постійного місця роботи. Основна частина сімей у своєму розпорядженні мають досить скромний достаток, який складається із заробітної плати чоловіка і соціальної пенсії дитини по інвалідності. Мати у цих сім'ях позбавлена ​​можливості повноцінно працювати. Приблизно в кожній п'ятій родині мати не працює через те, що нема з ким залишити дитину, а установи з денним перебуванням для дітей-інвалідів відсутні. У кожній десятій родині мати має випадкові заробітки. Надомні форми праці у даний час розвинені недостатньо, підприємства не йдуть на затвердження гнучкого трудового графіка і надання права на неповний робочий день для матері дитини-інваліда. На другому місці знаходяться проблеми навчання та реабілітації дитини засобами освіти.

Більшість дітей навчаються в спеціалізованих освітніх установах інтернатного типу. Це діти з порушенням зору, слуху, мови, опорно-рухового апарату, легким ступенем розумової відсталості. При такій формі навчання діти як мінімум п'яти днів в тиждень відірвані від сім'ї. У результаті відбувається відчуження сім'ї від активного процесу виховання, що позначається на ізольованості сімейної системи від потреб і проблем дитини [28].

В останні роки розширюється варіативність освіти дітей-інвалідів, з'являється можливість навчання дітей, що мають більш важкі порушення розвитку. У деяких допоміжних школах-інтернатах відкриваються класи для дітей з важким ступенем розумової відсталості, створюються малокомплектні школи для дітей з вираженими формами дитячого церебрального паралічу, ускладненими сенсорними порушеннями. Ще одна найпоширеніша форма навчання і реабілітації дітей-інвалідів - це реабілітаційні центри. Число таких центрів зростає. В їх структурі є кілька основних підрозділів. В рамках психолого-педагогічної допомоги реалізуються індивідуальні реабілітаційні програми дітей засобами освіти. Негативними моментами даної форми навчання є труднощі, пов'язані з транспортними незручностями і короткою тривалістю перебування дітей в умовах центру.

В останні роки освітні можливості для дітей-інвалідів розширені за рахунок відкриття багатофункціональних установ нового типу. Це медико-психолого-соціальні центри, що включають діагностичні, розвиваючі, корекційні та оздоровчі комплекси, а також творчі майстерні. Ці установи працюють як центри денного перебування для дітей, що мають різні проблеми в розвитку соціалізації. Однак для дітей з важким ступенем інвалідності в цих центрах не передбачено програм навчання.

Для дітей з серйозними соматичними захворюваннями, тяжкими порушеннями опорно-рухового апарату, психічними розладами передбачена форма надомного навчання. Однак у цю категорію не потрапляють діти з вираженою розумовою відсталістю. А для всіх дітей, що навчаються на дому, на перший план виступають проблеми ізоляції від однолітків, виключення зі сфери повноцінних взаємин з соціумом [33].

Для дітей з чотирирічного віку, що мають множинні порушення розвитку, а також важку і глибоку ступінь розумової відсталості, передбачено перебування в умовах психоневрологічних будинків-інтернатів. Основою діяльності цих установ є медична модель надання соціальної допомоги дітям-інвалідам. Економічні труднощі бюджетного фінансування цих установ роблять перебування там не відповідає стандартам якості життя людини. Тому згода сім'ї на знаходженя дитини у будинку-інтернаті пов'язано зі стресовими переживаннями. Якщо сім'я все ж вирішує вибрати саме цей варіант, то необхідний підбір адекватних конкретної ситуації видів психологічної підтримки сім'ї, особливо матері. У даний час будинки-інтернати переходять на нову п'ятиденну форму роботи, при якій батьки в кінці робочого тижня можуть забирати дітей на вихідні дні додому.

Якщо сім'я приймає рішення залишити дитину вдома, то для всіх її членів настає тривалий складний період, пов'язаний з постійним подоланням труднощів неприйняття дитини суспільством: відсутністю на державному рівні комплексної підтримки сім'ї, яка виховує дитину з важким ступенем інвалідності, відсутністю можливості освіти та отримання повноцінних медичних послуг, відсутністю соціальних служб для полегшення важкого батьківської праці. Завданням соціальної роботи є постачання сім'ї повноцінної інформацією про всі види реабілітаційних послуг та координація діяльності наявних соціальних служб, установ і фахівців, що їх представляють.

На третє місце серед основних проблем сім'ї, що мають дітей з відхиленнями у розвитку, самі батьки при опитуваннях висувають отримання спеціальної медичної допомоги та соціально-побутового обслуговування.

Потреба таких сімей в психологічній підтримці, за різними джерелами, становить лише 3,5%, що пояснюється незвичністю такого роду допомоги для нашого суспільства, несформованістю відповідної потреби, боязню втручання в інтимне життя сім'ї.

Великою проблемою є низький рівень інформованості сімей про діяльність реабілітаційних, освітніх установ для дітей-інвалідів, а також про роботу соціальних служб.

Дуже низька правова самостійність сім'ї, яка має дитину-інваліда. Батьки погано орієнтуються в мінливому законодавстві, часто не знають, на які пільги вони можуть розраховувати [38].

**1.3.Фізична реабілітація дітей з обмеженими можливостями як соціальна проблема**

На теперішній час процес реабілітації інвалідів є предметом дослідження фахівців багатьох галузей наукового знання. Реабілітологи, психологи, філософи, соціологи, педагоги, соціальні психологи та ін. розкривають різні аспекти цього процесу. Досліджують механізми, етапи, стадії та фактори реабілітації.

Проблема реабілітації дітей та підлітків з порушеннями психічного та фізичного розвитку дуже актуальна і в теоретичному і в практичному відношенні. Але, не дивлячись на це реабілітації дітей - інвалідів все ще не є предметом спеціального дослідження.

У поданні Є.І. Холостовой - реабілітація - це комплекс заходів, спрямованих на відновлення людини в правах, соціальний статус, здоров'я, дієздатності. Цей процес націлений не тільки на відновлення здатності людини до життєдіяльності в соціальному середовищі, а й самої соціального середовища, умов життєдіяльності, порушених або обмежених з яких-небудь причин [18].

На думку Дементьєвої Н.Ф. - реабілітація - це процес та система медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я, зі стійким розладом функцій організму.

Здійснення фізичної та соціальної реабілітації значною мірою залежить від дотримання її основних принципів. До них слід віднести: етапність, диференційованість, комплексність, наступність, послідовність, безперервність у проведенні реабілітаційних заходів, доступність та переважну безкоштовність [13].

В рамках комплексної реабілітаційної діяльності можна виділити різні рівні:

- медико-соціальний,

- професійно-трудовий,

- соціально-психологічний,

- соціально-рольовий,

- соціально-побутовий,

- соціально-правовий.

У практичній соціальній роботі реабілітаційна допомога надається різним категоріям в тому числі і дітям-інвалідам. Залежно від цього визначаються і найважливіші напрямки реабілітаційної діяльності.

Реабілітація інвалідів з дитинства, особливо дітей-інвалідів, має свої особливості. Вона повинна забезпечити з урахуванням того, що мова йде про зростаючий організм, розвиток всіх систем і функцій, попередити затримку у рості та розвиток дитини. Тому під реабілітацією інвалідів дитинства з урахуванням основних і методологічних положень реабілітації, прийнято приймати систему медичних, педагогічних, психологічних, соціально-економічних та ін. заходів, які спрямовані на ліквідацію або корекцію патологічних змін, що порушують нормальний хід розвитку організму дитини. На максимально повну та ранню соціальну адаптацію дитини, на формування у нього позитивного ставлення до життя, суспільству, родині, навчання, трудової діяльності.

Вивчення нами різних джерел показало, що, незважаючи на значні відмінності систем реабілітації в різних країнах, все ширше розвивається міжнародне співробітництво в цій сфері, все частіше піднімається питання про необхідність міжнародного планування і розробки координованої програми реабілітації фізично неповноцінних осіб [6, 12, 19, 34]. Генеральна асамблея ООН прийняла "Стандартні правила урівнювання можливостей інвалідів», які повинні вважатися в країнах членах ООН точкою відліку у сфері прав інвалідів. Стандартні правила - це основний міжнародний документ, що фіксує наріжні принципи життя інвалідів в суспільстві. У них містяться конкретні рекомендації державам про заходи щодо усунення перешкод, що ускладнюють участь інвалідів у суспільному житті, з одного боку, і щодо забезпечення адекватного ставлення суспільства до проблем інвалідів, їх прав, потреб, можливостей самореалізації, з іншого.

Згідно Стандартних правил, процес реабілітації не обмежується наданням лише медичної допомоги, а включає широке коло заходів, починаючи від початкової і більш загальної реабілітації і закінчуючи цілеспрямованої індивідуальної допомогою [35].

У сучасній теорії соціальної роботи виділяють наступні види реабілітації інвалідів:

1. медична,

2. соціально-средовищна,

3. професійно-трудова,

4. психолого-педагогічна,

5. соціальна;

6. соціокультурна.

Зупинимося на характеристиці кожного виду.

Медична реабілітація включає в себе комплекс медичних заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених або втрачених функцій організму, що призвели до інвалідності. Це такі заходи, як відновлювальне і санаторно-курортне лікування, профілактика ускладнень, реконструктивна хірургія, протезування та ортезування, фізіотерапія, лікувальна фізкультура, грязелікування, психотерапія та ін. Держава гарантує інвалідам у повному обсязі всі види медичної допомоги, включаючи медикаментозне забезпечення. Все це здійснюється безкоштовно або на пільгових умовах відповідно до законодавства.

Комітет ВООЗ дав визначення медичної реабілітації: реабілітація - це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання або травми функцій, або, якщо це неможливо - оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його в суспільстві. Таким чином, медична реабілітація включає заходи щодо запобігання інвалідності під час захворювання і допомогу індивіду у досягненні максимальної фізичної, психічної, соціальної, професійної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в рамках існуючого захворювання. Серед інших медичних дисциплін реабілітація посідає особливе місце, оскільки розглядає не тільки стан органів та систем організму, але і функціональні можливості людини в його повсякденному житті після виписки з медичної установи. В останні роки в реабілітацію введено поняття «якість життя, пов'язане зі здоров'ям». При цьому саме якість життя розглядають як інтегральну характеристику, на яку треба орієнтуватися при оцінці ефективності реабілітації хворих та інвалідів. Правильне уявлення про наслідки хвороби має принципове значення для розуміння суті медичної реабілітації та спрямованості реабілітаційних впливів.

Оптимальним є усунення або повна компенсація ушкодження шляхом проведення відновного лікування. Однак це не завжди можливо, і в цих випадках бажано організувати життєдіяльність хворого таким чином, щоб виключити вплив на неї існуючого анатомічного і фізіологічного дефекту. Якщо при цьому колишня діяльність неможлива або негативно впливає на стан здоров'я, необхідно переключення хворого на такі види соціальної активності, які найбільшою мірою будуть сприяти задоволенню всіх його потреб [18].

Ідеологія медичної реабілітації за останні роки зазнала значної еволюції. Якщо в 40-і роки основою політики щодо хронічно хворих та інвалідів були їх захист і догляд за ними, то з 50-х років почала розвиватися концепція інтеграції хворих та інвалідів в звичайне суспільство; особливий акцент зроблено на їх навчанні, отримання ними технічних підсобних приладів. У 70-ті - 80-ті роки зароджується ідея максимальної адаптації навколишнього середовища під потреби хворих та інвалідів, всебічної законодавчої підтримки інвалідів у сфері освіти, охорони здоров'я, соціальних послуг і забезпечення трудової діяльності. У зв'язку з цим стає очевидним, що система медичної реабілітації у дуже великій мірі залежить від економічного розвитку суспільства.

Загальні показання в медичній реабілітації представлені в доповіді Комітету експертів ВООЗ з попередження інвалідності в реабілітації. До них відносяться:

- значне зниження функціональних здібностей;

- зниження здатності до навчання;

- особлива схильність до впливів зовнішнього середовища;

- порушення соціальних відносин;

- порушення трудових відносин.

Протипоказання до застосування реабілітаційних заходів включають супутні гострі запальні та інфекційні захворювання, соматичні і онкологічні захворювання, виражені розлади психічних захворювань, що ускладнюють спілкування і можливість активної участі хворого в реабілітаційному процесі.

Основні принципи медичної реабілітації найбільш повно викладені одним з її основоположником К. Ренкером:

1. Реабілітація повинна здійснюватися, починаючи з самого виникнення хвороби або травми і до повного повернення людини у суспільство (безперервність і грунтовність).

2. Проблема реабілітації повинна вирішуватися комплексно, з урахуванням усіх її аспектів (комплексність).

3. Реабілітація повинна бути доступною для всіх хто її потребує (доступність).

4. Реабілітація повинна пристосовуватися до структурі хвороби, а також враховувати технічний прогрес і зміни соціальних структур (гнучкістість) [36].

Оскільки одним з провідних принципів реабілітації є комплексність впливів, реабілітаційними можуть називатися лише ті установи, у яких проводиться комплекс медико-соціальних та професійно-педагогічних заходів. Виділяють наступні аспекти цих заходів:

1. Медичний аспект - включає питання лікувального, лікувально-діагностичного та лікувально-профілактичного плану.

2. Фізичний аспект - охоплює всі питання пов'язані із застосуванням фізичних факторів (фізіотерапія, ЛФК, механо та трудотерапія), з підвищенням фізичної працездатності.

3. Психологічний аспект - прискорення процесу психологічної адаптації до нової у результаті хвороби життєвої ситуації, профілактика та лікування та розвитку патологічних психічних змін.

4. Професійний аспект - у працюючих осіб – це профілактика можливого зниження або втрати працездатності; у інвалідів - по можливості, відновлення працездатності; сюди входять питання визначення працездатності, працевлаштування, професійної гігієни, фізіології і психології праці, трудового навчання перекваліфікації.

5. Соціальний аспект - охоплює питання впливу соціальних факторів на розвиток і перебіг хвороби, соціального забезпечення трудового та пенсійного законодавства, взаємини хворого та сім'ї, суспільства і виробництва.

6. Економічний аспект - вивчення економічних витрат і очікуваного економічного ефекту при різних способах відновного лікування, формах і методах реабілітації для планування медичних та соціально-економічних заходів.

Соціально-середовищна реабілітація інвалідів - це комплекс заходів, спрямованих на створення оптимального середовища їх життєдіяльності, забезпечення умов для відновлення соціального статусу і втрачених суспільних зв'язків. Така реабілітаційна діяльність націлена на забезпечення інвалідів спеціальним устаткуванням та обладнанням, яке дозволяє їм бути відносно незалежними в побутовому плані.

Із загального числа інвалідів не менше трьох чвертей потребують технічних засобах реабілітації. До недавнього часу в країні налічувалося всього тридцять найменувань реабілітаційних засобів проти двох тисяч, які були відомі в світі. На даний час вже налічувається понад 200 найменувань реабілітаційних засобів для інвалідів.

Під професійно-трудовою реабілітацією інвалідів розуміється система гарантованих державою заходів щодо професійної орієнтації, професійного навчання і працевлаштуванню інвалідів відповідно до їх здоров'я, кваліфікації та особистих схильностей. Заходи професійно-трудової реабілітації реалізуються у відповідних реабілітаційних установах, організаціях і на виробництві. Зокрема, медико-соціальними експертними комісіями та реабілітаційними центрами здійснюється професійна орієнтація. Професійне навчання проводиться у звичайних або спеціалізованих навчальних закладах з підготовки фахівців різного профілю, а також в системі виробничо-технічного навчання на підприємствах. Працевлаштування інвалідів, які перебувають без роботи, здійснюють служби зайнятості, де для цього є спеціальні підрозділи.

Психологічна реабілітація дозволяє інваліду успішно адаптуватися в навколишньому середовищі та у суспільстві в цілому.

Кризові явища, характерні для сучасного стану економіки негативно впливають на стан малозахищених груп населення, в тому числі на дітей з обмеженими можливостями. Їх чисельність неухильно зростає.

Індивідуальна програма реабілітації інваліда включає в себе комплекс оптимальних для нього реабілітаційних заходів. Розробляється на основі рішення служби медико-соціальної експертизи, вона містить як реабілітаційні заходи, що надаються інваліду безкоштовно, так і такі, у сплаті яких бере участь сам інвалід, або інші особи та організації.

Як вважають фахівці, реабілітація дітей-інвалідів повинна починатися на самих ранніх стадіях хвороби, здійснюватися безперервно до досягнення у мінімально можливі терміни максимального відновлення або компенсації порушених функцій. У індивідуальних комплексних програмах реабілітації дітей-інвалідів повинні бути відображені не тільки основні аспекти реабілітації (медичний, психологічний, педагогічний, соціальний, соціально-побутовий), а й реабілітаційні заходи, їх обсяг, терміни проведення та контролю.

Проблемною стороною реабілітаційного процесу в умовах для дітей з обмеженими можливостями є його певна замкнутість. Тут відсутня можливість більш широкого спілкування дітей-інвалідів зі здоровим оточенням, що накладає певний відбиток на рівень соціалізації дітей, ускладнює їх адаптацію в суспільстві. Такі проблеми краще вирішуються в реабілітаційних центрах для дітей і підлітків з обмеженими можливостями. [32]. Метою діяльності центру є не тільки надання дітям і підліткам, які мають відхилення у фізичному чи розумовому розвитку, кваліфікованої медико-соціальної, психолого-соціальної, соціально-педагогічної допомоги, а й забезпечення їх максимально повної та своєчасної адаптації до життя в суспільстві, сім'ї, до навчання та праці.

Хоча в останні роки в нашій країні відкриваються все нові і нові реабілітаційні центри, однак їх кількість недостатня. Не кожному інваліду по кишені виявляються витрати на проходження окремих курсів медичної і соціально-трудової реабілітації. У зв'язку з цим заслуговує на увагу досвід Австралії, де інвалід, проходячи курс соціально-трудової та медичної реабілітації отримує надбавки до пенсії по інвалідності. І вони практично повністю покривають всі витрати на ці цілі.

Соціальна реабілітація, будучи однією із загальних технологій соціальної роботи, спрямована на відновлення не тільки здоров'я, працездатності, а й соціального статусу особистості, його правового положення, морально-психологічної рівноваги, впевненості в собі.

Історично поняття «інвалідність» і «інвалід» пов'язували з поняттями «непрацездатність» та «хворий». Методичні підходи до аналізу інвалідності запозичувалися з охорони здоров'я, за аналогією з аналізом захворюваності. Уявлення про походження інвалідності вкладалися в традиційні схеми «здоров'я - захворюваність» (хоча, якщо бути точним, захворюваність - це показник хвороби) і «хворий - інвалід». Наслідки таких підходів створювали ілюзію уявного благополуччя, так як відносні показники інвалідності на тлі природного приросту населення поліпшувалися, через що реальні стимули до пошуку справжніх причин зростання абсолютного числа інвалідів були відсутні. У останні часи стався перехрест ліній народжуваності та смертності, явища депопуляції нації придбали виразний характер, супроводжуючись стійким погіршенням показників інвалідності, виникли серйозні сумніви в правильності методології статистичного аналізу інвалідності. Фахівці довгий час розглядали поняття «інвалідність», відштовхуючись переважно від біологічних передумов, розцінюючи її виникнення в основному як наслідок несприятливого результату лікування. У зв'язку з цим соціальна сторона проблеми була звужена до непрацездатності, як основному показнику інвалідності. Тому основним завданням лікарсько-трудових експертних комісій було визначення того, яку професійну діяльність оглянутих не може виконувати, а що може - визначалося на основі суб'єктивних, переважно біологічних, а не соціально-біологічних критеріїв. Поняття «інвалід» звужувалося до поняття «невиліковно хворий». Таким чином, соціальна роль людини в чинному правовому полі та конкретних економічних умовах відступала на другий план, і поняття «інвалід" не розглядалося з точки зору багатопрофільної реабілітації, що використовує соціальні, економічні, психологічні, освітні та інші необхідні технології. На даний час інвалід характеризується як особа, яка має порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності та викликає необхідність її соціального захисту. Інвалідність є одним з найважливіших показників соціального неблагополуччя населення, відображає соціальну зрілість, економічну спроможність, моральну повноцінність суспільства і характеризує порушення взаємозв'язків людиною-інвалідом та суспільством. З огляду на той факт, що проблеми інвалідів зачіпають не тільки їх особисті інтереси, а й певною мірою стосуються їхніх сімей, залежать від рівня життя населення та інших соціальних факторів, можна констатувати, що їх рішення лежить у загальнонаціональній, а не вузьковідомчої площині і багато в чому визначає обличчя соціальної політики держави.

Соціокультурна реабілітація - це один із способів залучення людей з інвалідністю до активного життя суспільства, ефективний спосіб змінити позицію суспільства по відношенню до інвалідів і один із шляхів гуманізації суспільства в цілому.

Соціокультурна реабілітація може зробити істотний позитивний вплив на інвалідів всіх вікових і соціальних груп, але особливе значення вона має для дітей-інвалідів. Відносно цієї категорії осіб головне завдання цього реабілітаційного напряму діяльності – це залучення молоді до культурних, духовно-моральних цінностей, до здорового способу життя, гармонійного розвитку на основі включення в світ мистецтва і культури. В основі підходів ідея вільної, гармонійно розвиненої особистості, яка орієнтована на духовно-моральні цінності та прагне до постійного самовизначення, самовдосконалення, а так же визнання важливої ​​ролі мистецтва і літератури у формуванні та розвитку цієї особистості. Це - засіб розвитку різноманітних життєвих пізнавальних навичок, підвищення самооцінки особистості, можливість творчого самовираження і об'єднання індивідуальностей в спільність [21].

Доцільність включення культури в цю систему обумовлена ​​як значимість культурних цінностей для розвитку і самореалізації особистості.

У цілому інвалідність як проблема діяльності людини в умовах обмеженої свободи вибору, включає у себе кілька основних напрямків (правової, соціально-середовищної; психологічної; суспільно-ідеологічної; виробничо-економічної; анатомо-функціональної). Кожен напрямок має свої завдання і спеціальні реабілітаційні заходи. Індивідуальна програма реабілітації інваліда з дитинства розробляється з усіх аспектів, тому вона отримала назву комплексної або багатопрофільної програми реабілітації.

Дамо коротку характеристику всіх напрямків реабілітаційної діяльності.

1) Правовий аспект вирішення проблем інвалідів.

Правовий аспект передбачає забезпечення прав, свобод і обов'язків інвалідів. Безумовно, основні законодавчі норми, що регулюють положення інваліда в суспільстві, його права та обов'язки є необхідними атрибутами будь-якого правової держави. Для виживання, інваліди повинні мати у своєму розпорядженні економічні, соціальні і правові гарантії. Створення спеціалізованих державних служб: медико-соціальної експертизи та реабілітації. Вони покликані формувати систему забезпечення щодо незалежної життєдіяльності інвалідів. При цьому серед функцій, покладених на державну службу медико-соціальної експертизи, - визначення групи інвалідності, її причин, термінів, часу настання інвалідності, потреби інваліда в різних видах соціального захисту; визначення ступеня втрати професійної працездатності осіб, які отримали трудове каліцтво або професійне захворювання; рівня і причин інвалідності населення та ін. Створення реабілітаційної індустрії як промислової бази системи соціального захисту інвалідів передбачає виробництво спеціалізованих засобів, що полегшують працю і побут інвалідів, надання відповідних реабілітаційних послуг і при цьому часткове забезпечення їх трудової зайнятості. Соціально-середовищної аспект включає в себе питання, пов'язані з мікросоціальним середовищем (сім'я, трудовий колектив, житло, робоче місце та ін.) і макросоціальним оточенням (інформаційне середовища, соціальні групи, ринок праці та ін.).

Особливу категорію «об'єктів» обслуговування соціальними працівниками представляє сім'я, у якій є інвалід, який потребує сторонньої допомоги. Сім'я такого роду є микросредой, в якій живе потребує соціальної підтримки осіб. Він ніби втягує її в орбіту загостреної потреби в соціальному захисті. Для більш ефективної організації соціального обслуговування соціальному працівнику важливо знати причину інвалідності, яка може бути обумовлена ​​загальним захворюванням, або є інвалідами з дитинства. Належність інваліда до тієї чи іншої групи пов'язана з характером пільг і привілеїв. Встановлено, що найбільша потреба сімей стосується соціально-побутових послуг. Це пояснюється тим, що непрацездатні члени сімей обмежені у своїй рухливості, потребують постійного стороннього догляду і «прив'язують» до себе здорових, які не можуть здійснювати доставку продуктів, медикаментів і надавати їм різні інші побутові послуги, пов'язані з виходом з дому. Крім того, на даний час це можна пояснити і соціальною напруженістю, труднощами продовольчого забезпечення, отримання побутових послуг. У зв'язку з цими обставинами різко зростає роль соціального працівника. При оцінці нужденності сімей в організації соціально-побутового обслуговування виявлено наступне. Найбільша потреба у всіх обстежених сімей стосується послуг пральні, хімчистки, взуттєвої майстерні. Виявлено також потреба в прибиранні квартири, ремонті житла, доставці продуктів та медикаментів. Порівняльний аналіз різних категорій сімей показав, що у самотніх в порівнянні з іншими сім'ями відзначається підвищена потреба в доставці продуктів, у прибиранні квартири, в доставці медикаментів. Отримані дані показують, що потреба сімей, до складу яких входять непрацездатні члени, визначається соціально-економічним становищем в країні, з одного боку, та обмеженими можливостями самозабезпечення інвалідів, з іншого. Мабуть, у зв'язку з соціально-економічною ситуацією знаходиться і потреба обстежених сімей в прикріпленні літньої людини до центру соціального обслуговування, де вона отримує безкоштовне харчування, медичну допомогу, а також можливість, спілкування. З усіх вивчених сімей в такої допомоги потребують 33,5%. Найбільша потреба в цьому у самотніх, майже половина з них (48,1%) потребують відвіданні центру соціального обслуговування. З неповних сімей потребують цієї допомоги 33,3%. Роль соціального працівника в цьому останньому випадку полягає не тільки у виявленні потребують допомоги центру соціального обслуговування, а й з урахуванням матеріального стану сім'ї - у визначенні кратності прикріплення літньої людини до цього установі. Цими обставинами як визначаються функції соціального працівника, але і його престижність. Таким чином, виявилося, що найбільша потреба в соціальному захисті всіх обстежених сімей у даний час групується навколо соціально-побутових проблем, найбільш вразливі з точки зору соціального захисту самотні непрацездатні громадяни потребують доставки продуктів і медикаментів, прибирання квартири, прикріплення до центрів соціального обслуговування. Незатребуваність морально-психологічної підтримки сімей пояснюється несформованістю потреб такого роду. Необхідно формування сфери діяльності соціального працівника. Крім тих обов'язків, які викладені в нормативних документах, кваліфікаційної характеристиці, з урахуванням сучасної ситуації важливо не тільки виконання організаційних, посередницьких функцій [14].

Психологічний аспект відображає як особистісно-психологічну орієнтацію самого інваліда, так і емоційно-психологічне сприйняття проблеми інвалідності суспільством. Інваліди відносяться до категорії так званого маломобильного населення і є найменш захищеною, соціально вразливою частиною суспільства. Це пов'язано, перш за все, з дефектами їх фізичного стану, викликаного захворюваннями, які призвели до інвалідності, а також з наявними комплексом супутньої соматичної патології та зі зниженою руховою активністю, характерними для більшості інвалідів. Крім того, в значній мірі соціальна незахищеність цих груп населення пов'язана з наявністю психологічного чинника, що формує їхнє ставлення до суспільства і утрудняє адекватний контакт з ним. Психологічні проблеми виникають при ізольованості інвалідів від зовнішнього світу, як внаслідок наявних недуг, так та у результаті непристосованості навколишнього середовища. Все це веде до виникнення емоційно-вольових розладів, розвитку депресії, змін поведінки.

Суспільно-ідеологічний аспект визначає зміст практичної діяльності державних інститутів і формування державної політики щодо інвалідів та інвалідності. У цьому сенсі необхідно відмовитися від пануючого погляду на інвалідність, як показника здоров'я населення, а сприймати його як показник ефективності соціальної політики, і усвідомлювати, що рішення проблеми інвалідності у взаємодії інваліда і суспільства.

Розвиток соціальної допомоги вдома є не єдиною формою соціального обслуговування непрацездатних громадян. Дослідження показало, що провідним для переважної більшості інвалідів є бажання спілкуватися (76,3%), другим за значимістю є можливість отримання безкоштовного або за пільговою вартістю обіду (61,3%); третім в ієрархії мотивів є бажання змістовно проводити своє дозвілля (47%). Такі мотиви, як прагнення позбавити себе від процесу приготування їжі (29%) і незадовільна матеріальна забезпеченість (18%) не займають провідного становища у основного контингенту. У той же час майже у половини громадян (46,7%) є ще й інші мотиви. Так, щоденне спілкування змушує їх «бути в тонусі», «дисциплінує», «наповнює життя новим змістом», «дозволяє розслабитися». У деяких інвалідів таке спілкування сприяло суттєвому покращенню стану здоров'я. Позитивний вплив на емоційну сферу надає доброзичливість соціальних працівників, а також можливість в будь-який момент отримати медичну допомогу, займатися лікувальною фізкультурою.

В останні роки в ряді Центрів соціального обслуговування з'явився новий структурний підрозділ - Служба термінової соціальної допомоги. Вона призначена для надання невідкладної допомоги разового характеру, спрямованої на підтримку життєдіяльності громадян, гостро потребують соціальної підтримки. Організація такої служби була викликана зміною соціально-економічної та політичної ситуації в країні.

Анатомо-функціональний аспект інвалідності передбачає формування такого соціального середовища (у фізичному та психологічному сенсах), який виконував би реабілітаційну функцію та функцію розвитку реабілітаційного потенціалу інваліда. Таким чином, з урахуванням сучасного розуміння інвалідності предметом уваги держави при вирішенні цієї проблеми повінно буди не порушення в організмі людини, а відновлення його соціально-рольової функції в умовах обмеженої свободи. Основний акцент при вирішенні проблем інвалідів та інвалідності зміщується у бік реабілітації, спирається, перш за все, на соціальні механізми компенсації і адаптації. Таким чином, сенс реабілітації інвалідів полягає в комплексному багатопрофільному підході до відновлення здібностей людини до побутової, суспільної та професійної діяльності на рівні, відповідному його фізичному, психологічному та соціальному потенціалу з урахуванням особливостей мікро- і макросоціального оточення. Кінцевою метою комплексної багатопрофільної реабілітації, як процесу і системи, є надання людині з анатомічними дефектами, функціональними порушеннями, соціальними відхиленнями можливості щодо незалежної життєдіяльності. З цієї точки зору реабілітація запобігає порушенню зв'язків людини з навколишнім світом і виконує профілактичну функцію по відношенню до інвалідності [27].

**РОЗДІЛ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ Напрямків фізичної реабілітаційної діяльності**

**2.1. Корекційно-розвивальний вплив соціокультурного середовища на дітей з обмеженими можливостями**

Зарубіжний і вітчизняний досвід свідчить, що соціальну роботу з дітьми, що мають інвалідність, необхідно здійснювати на основі та з урахуванням нормативно-правової бази документів світового співтовариства (установчі документи, декларації, пакти, конвенції, рекомендації ООН, ВООЗ, МОП, ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ та ін.), а також законодавчів актів країни. До основоположних документів світового співтовариства відносяться Всесвітня декларація прав людини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні, культурні права, Декларація соціального прогресу і розвитку, Декларація про права інвалідів, Конвенція про права дитини, Всесвітня декларація про забезпечення виживання, захисту і розвитку дітей, Конвенція і Рекомендація про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів та ін.

Загальною основою і керівництвом для прийняття заходів в національному і міжнародному плані в області захисту прав інвалідів, попередження інвалідності, викликаними фізичними та розумовими обмеженнями, і надання інвалідам допомоги в розвитку їх здібностей в самих різних областях діяльності, а також сприяння щодо включення їх в нормальне життя суспільства є Декларація про права інвалідів.

Відповідно до цієї Декларації - інвалід це будь-яка особа, яка не може самостійно забезпечити повністю потреби нормального, особистого або соціального життя з нестачі вроджених, фізичних або розумових можливостей.

Відповідно до Декларації інваліди мають невід'ємне право на повагу до її людської гідності, не дивлячись на походження, характер її серйозних каліцтв або недоліків, мають ті ж основні права, що і співгромадяни того ж віку, тобто в першу чергу, право на задовільну життя, яка повинна бути якомога більш нормальної.

Особливу важливість має п. 5 Декларації, що проголошує, що інваліди мають право на заходи, призначені для того, щоб дати їм можливість придбати якомога більшу самостійність.

З метою привернення уваги світової громадськості до проблем інвалідності та вивчення потенційних можливостей цієї групи населення, а так само можливостей найбільш повно реалізовувати внесок інвалідів у процес розвитку проводилося міжнародне десятиліття інвалідів Організації Об'єднаних націй. За рішенням ООН 3 грудня вважається міжнародним днем ​​інвалідів.

ООН прийняла текст Конвенції про права дитини, яка має силу закону. У ній закріплено право дітей, що мають відхилення у розвитку, вести повноцінне і достойне життя в умовах, які дозволяють їм зберегти гідність, почуття впевненості в собі і полегшують їх активну участь в житті суспільства (ст. 23); право неповноцінної дитини на особливе піклування і допомогу, яка повинна надаватися, по можливості безкоштовно з урахуванням фінансових ресурсів батьків або інших осіб, що забезпечують турботу про дитину. З метою забезпечення неповноцінній дитині ефективного доступу до послуг у галузі освіти, професійної підготовки, медичного обслуговування, відновлення здоров'я, підготовки до трудової діяльності, і доступу до засобів відпочинку, що має сприяти по можливості найбільш повного залучення дитини в соціальне життя і розвитку особистості, включаючи культурний і духовний розвиток.

Генеральна Асамблея ООН прийняла Декларацію про права розумово-відсталих осіб, в якій затверджувалися необхідність максимально здійсненності прав таких інвалідів, їх права на належне медичне обслуговування та лікування, а також право на освіту, навчання, відновлення працездатності і заступництво, яке дозволяє їм розвивати свої здібності і можливості. Соціальний захист сімей є забезпечення їх повної життєдіяльності. Вирішальну роль в області захисту прав та інтересів сімей, що мають дітей з відхиленнями у розвитку, грає державна економічна і соціальна політика.

В основі сучасної соціальної політики щодо захисту прав сімей лежать положення, що визначають основні пріоритети допомоги:

1. Грошові виплати, в зв'язку з народженням, утриманням та вихованням дітей (дитячі посібники та пенсії по інвалідності);

2. багатопрофільні пільги сім'ям з дітьми-інвалідами (податкові, житлові, транспортні, медичні, трудові та ін.);

3. безкоштовна видача родині і дітям ліків, технічних пристосувань та ін .;

4. соціальне обслуговування сімей (надання довгострокових заходів комплексної допомоги: юридичної, соціально-побутової, медично-соціальної, психолого-педагогічної та ін.);

Соціальний захист сімей, які мають дітей-інвалідів, має в своїй основі відповідну нормативно-правову базу.

Виділення дітей-інвалідів в окрему категорію обумовлено необхідністю особливої ​​соціального захисту їх сімей. Закон диференціює пільги, що надаються виключно інваліду (дитині-інваліду) і його сім'ї, тобто всім спільно проживають членам сім'ї. Додаткові пільги батькам надаються законом для того, щоб забезпечити їм можливість максимально повноцінного догляду за дитиною-інвалідом.

У ряду найбільш важливих заходів соціальної допомоги сім'ям, які виховують дітей-інвалідів, є грошові виплати.

У набір соціальних послуг (соціальний пакет) включаються такі соціальні послуги:

- додаткова безкоштовна медична допомога, в тому числі передбачає забезпечення необхідними лікарськими засобами за рецептами лікаря

- надання за наявності медичних показань путівки на санаторно-курортне лікування (безкоштовний проїзд до місця лікування)

- безкоштовний проїзд при супроводі дитини-інваліда на приміському залізничному транспорті

- житла, комунальних послуг

- електроенергії та ін.

Соціальне обслуговування сімей, які мають дітей-інвалідів, здійснюється в різноманітних формах:

1. надання матеріальної допомоги у вигляді грошових коштів, продуктів харчування, засобів гігієни, одягу, взуття і т.д .;

2. соціальне обслуговування на дому шляхом надання різних послуг (доставка продуктів, підтримання умов проживання, сприяння в отриманні медичної допомоги і т.д.);

3. полустационарное соціальне обслуговування (побутове, медичне, культурне обслуговування, організація харчування і відпочинку, забезпечення участі інвалідів в посильній трудовій діяльності);

4. соціальне обслуговування громадян в стаціонарних установах різного виду в випадках, коли їм необхідний постійний догляд (в законодавстві передбачено більше 10 видів стаціонарних установ, в тому числі і реабілітаційні центри, дитячі будинки-інтернати для дітей з фізичними вадами);

5. надання тимчасового притулку в спеціалізованих установах для дітей-інвалідів.

Діти-інваліди мають право на безкоштовне обслуговування у всіх вищевказаних формах. Соціальний захист сім'ї, яка має дитину-інваліда, орієнтована не тільки на рішення її конкретних проблем, але, перш за все на зміцнення і розвиток її власного потенціалу.

У цьому процесі особливо значущою стає роль соціального працівника, який повинен не тільки допомагати родині долати щоденні труднощі, а й навчати членів сім'ї способам самодопомоги і взаємодопомоги, допомагати їм будувати свій життєвий сценарій відповідно до максимально високим рівнем якості життя.

**2.2. Характеристика діяльності служб з фізичної реабілітації дітей-інвалідів**

На жаль, система ранньої діагностики і ранньої комплексної допомоги дитині з відхиленнями у розвитку знаходиться на етапі становлення.

Різні види реабілітаційної допомоги діти-інваліди можуть отримувати в різних системах громадської організації життя суспільства, це інститути, в яких сім'я може не брати участь безпосередньо, але які можуть опосередковано впливати на сім'ю:

- засоби масової інформації, які впливають на формування стереотипу позитивного чи негативного ставлення до людей з обмеженими можливостями: наприклад, інваліди можуть бути представлені як жалюгідні, нещасні, недієздатні істоти або ж як компетентні, впевнені в собі особистості з сильною волею;

- система охорони здоров'я;

- система соціального забезпечення. Дбільшості сімей, що мають дитину-інваліда і дорослих інвалідів, фінансова та інша підтримка держави є досить істотними;

- освіта. Зміст і якість освітніх програм, принцип їх організації визначають характер взаємовідносин батьків і школи, доступність і форму освіти, ступінь наданої батьками допомоги і рівень незалежності сім'ї від дитини з обмеженими можливостями;

- громадські організації.

Діти, розвиток яких суттєво порушено, зазвичай відразу потрапляють в поле зору фахівців, і потреби в створенні системи професійної допомоги, як правило, очевидні. Розпізнавання дітей, яким загрожує ризик порушення розвитку, може бути ускладнене. Не тільки мала вага дитини при народженні або нездорова обстановка у його родині можуть стати причиною відставання його розвитку, тому реабілітація передбачає моніторинг розвитку дитини з метою своєчасного забезпечення сім'ї спеціальною допомогою відразу після появи у нього перших ознак порушення розвитку.

З самого народження діти, які мають відхилення у здоров'ї стають об'єктом уваги різних фахівців. Першочергове надання соціальної допомоги, після народження дитини, можна спостерігати в відділенні реабілітації. Визнання дітини інвалідом здійснюється комісією. До комісії входить ряд фахівців: ортопед, невропатолог, педіатр, реабілітолог, психолог, соціальний працівник; які виносять висновок про визнання (або не визнання) дитини інвалідом.

Особливості розвитку дитини в ранньому віці, пластичність центральної нервової системи і здатність до компенсації порушених функцій обумовлює особливу важливість ранньої комплексної допомоги, що дозволяє шляхом цілеспрямованого корекційного медико-педагогічного впливу виправляти первинно порушені психічні і моторні функції при оборотних дефектах і попереджати виникнення вторинних відхилень у розвитку. Сприятливе поєднання компенсаторних можливостей організму в ранньому віці з правильно підібраною програмою ранньої реабілітаційної допомоги та ефективними видами її організації можуть в значній мірі, а іноді і повністю нейтралізувати дію первинного дефекту на хід психофізичного розвитку дитини, є потужним фактором профілактики та попередження інвалідності.

Рання комплексна допомога дітям з інтелектуальними та психофізичними порушеннями реалізується в нашій країні через систему медико-психолого-соціальних та реабілітаційних центрів і здійснюється не тільки в умовах сім'ї, а й на базі установ державної системи охорони здоров'я і освіти.

Рання стимуляція розвитку дитини з обмеженими можливостями є визначальним фактором подальшого формування його особистості і основою підготовки до нової соціальної ролі - вихованця дошкільного навчального закладу. Батьки, які мають дітей-інвалідів, разом з фахівцями служби ранньої допомоги та членами медико-психолого-педагогічної консультації, повинні визначитися, який варіант дошкільної освіти оптимальний саме для цієї дитини.

Такі сім'ї мають пріоритетне право на вибір форм дошкільної освіти для своєї дитини: в загальнорозвиваючих дошкільних освітніх установах, в дошкільних освітніх установах компенсуючого типу та у компенсуючих групах короткочасного перебування в складі комбінованих дошкільних установ, в варіативних формах дитячих установ і в умовах сімейного виховання. Основною формою дошкільної освіти різних категорій дітей з відхиленнями у розвитку - є спеціалізовані за профілем порушень розвитку дошкільні установи

Фахівцями проводяться різні реабілітаційні заходи і програми. Соціальний црацівник веде консультативно-рекомендаційну роботу з сім'ями, у тому числі з тими, в яких є дитина-інвалід. На базі даного дитячого саду йде початкове шкільне навчання, де діти-інваліди, які відвідували цей садок, так само можуть отримати початкову освіту.

На практиці основу організаційних форм соціально-педагогічної допомоги особам з обмеженими можливостями становлять спеціальні (корекційні) освітні установи, які використовують різні методи реабілітації і соціалізації учнів. Проводяться різні заходи:

- бесіди з правил поведінки в громадських місцях;

- бесіди з циклу «Вчіться жити серед людей»;

- факультатив «Азбука спілкування»;

- програма «Подорож у часі»;

Працівниками ведеться облік здоров'я дітей (уроки ведуться по здоров'я оберігає технологіям, пропагується здоровий спосіб життя); профілактика правопорушень, корекція психічних функцій, корекція адаптаційних процесів, корекція девіантної поведінки.

Соціальними педагогами ведеться тісна співпраця з іншими органами соціального захисту дітей-інвалідів.

Випускники спеціальних (корекційних) і загальноосвітніх шкіл, підлітки і юнаки, які мають інвалідність, можуть продовжити навчання в середньо спеціалізованих та вищих навчальних закладах. Це право закріплено у законодавстві. Необхідний висновок медико-соціальної експертизи про можливість навчання та працевлаштування за обраною спеціальністю і направлення місцевих органів соцзабезу. Підлітку (юнакові), який не може щодня відвідувати заняття, встановлюється індивідуальний графік навчання [30].

Найважливішим аспектом соціальної політики останніх років стало створення міжвідомчих державних структур нового типу, комплексно займаються вирішенням проблем інвалідності. Це реабілітаційні центри.

Основними завданнями дитячих реабілітаційних центрів є:

- своєчасне виявлення та облік дітей, які потребують спеціальної допомоги;

- рання діагностика і раннє втручання в хід психофізичного розвитку з метою зниження ступеня інвалідності та соціальної дезадаптації; пролонговане вивчення особистості дитини, виявлення його здібностей і резервних можливостей для вибору оптимальної навчальної програми;

- корекція відхилень у розвитку навчально-виховної та лікувально-відновлювальної роботи;

- професійне орієнтування.

Структура дитячого реабілітаційного центру передбачає кілька основних підрозділів:

1. Відділення діагностики та розробки програм соціальної реабілітації.

2. Відділення медико-соціальної реабілітації.

3. Відділення психолого-педагогічної допомоги.

4. Відділення денного перебування.

5. Стаціонарне відділення.

Сім'ї, які мають дітей зі значними порушеннями фізичного здоров'я, потребують допомоги системи охорони здоров'я. Реабілітаційні центри надають величезний спектр реабілітаційних заходів медичного характеру:

- консультації лікарів: невролога, травматології-ортопеда, фізіотерапевта, невролога, логопеда;

- консультації психолога, психотерапевта;

- консультації педагога з розвитку дрібної моторики;

- надаються палати для денного стаціонару.

Надаються такі види допомоги, як:

- логопедичний масаж;

- групова і індивідуальна терапія;

- психодіагностика, профпсіходіагностіка;

- групова музикотерапія з аромотерапією;

- полісомнографія;

- електроенцефалографія з комп'ютерною діагностикою;

- мануальна терапія;

- фізіотерапевтичні процедури (підводний душ-масаж, ванна хвойна, ванна мінеральна, ванна перлова, парафіно-озокеритові аплікації, грязелікування, електрогрязь, саунотерапія, лікарський елактрофорез, СМТ-терапія, дінамотерапія, дарсонвалізація місцева, дециметрова хвильова терапія, сантиметрова хвильова терапія, магнітотерапія , аероіонотерапія, УФ-опромінення, визначення біодози, електросон).

Значну соціальну, психологічну та практичну допомогу батькам, які мають дітей-інвалідів та відвідують центри, отримують від спілкування один з одним в процесі очікування черги на отримання того чи іншого виду допомоги, що надається центром. Стихійно створюються групи батьків, які надають один одному підтримку, обговорюють проблеми, інформують одна одну про нові форми, види і технологіях реабілітаційної допомоги своїм дітям.

Зараз через Центр щодня проходять до 250 пацієнтів, причому більше половини з них - діти зі сколіозом, порушеннями постави, плоскостопість або ДЦП. При лікуванні всіх цих захворювань успішно використовується іпотерапія.

У рамках реабілітаційних центрів організовуються оздоровчі табори для дітей-інвалідів, в яких здійснюється в основному медична реабілітація дітей з відхиленнями у розвитку.

У містах існують установи та організації, що надають реальну допомогу дітям-інвалідам. У їх числі «територіальні центри соціальної допомоги».

Їх структуру складається із:

1. Відділення прийому громадян.

2. Відділення термінового соціального обслуговування.

3. Відділення психолого-педагогічної допомоги.

4. Відділення реабілітації неповнолітніх з обмеженими фізичними та розумовими можливостями.

5. Відділення профілактики бездоглядності неповнолітніх.

6. Організаційно - методичне відділення.

В даних центрах роботу з дітьми-інвалідами ведуть відповідні фахівці. У складі відділеннь працюють соціальні педагоги, фахівці з соціальної роботи, психологи, логопеди, лікар – психіатр, які проводять реабілітаційну роботу з сім'ями, що звертаються в центр за допомогою і мають на своєму утриманні дітей-інвалідів.

Сім'я, як відомо, найбільш м'який тип соціального оточення дитини. Однак по відношенню до дитині-інваліда члени сім'ї іноді виявляють жорстокість, необхідну для виконання ними своїх функцій. Більш того, цілком імовірно, що присутність дитини з порушеннями у розвитку укупі з іншими факторами може змінити самовизначення сім'ї, скоротити можливості для заробітку, відпочинку, соціальної активності. Тому ті завдання з надання допомоги дітям, які їх батьки отримують від фахівців, не повинні перешкоджати нормальній життєдіяльності сім'ї.

Структура і функції кожної сім'ї видозмінюються з плином часу, впливаючи на способи сімейних відносин. Життєвий цикл сім'ї зазвичай складається з семи стадій розвитку, в кожній з яких стиль її життєдіяльності відносно стійкий і кожен член сім'ї виконує певні завдання згідно свого віку: шлюб, народження дітей, їх шкільний вік, підлітковий вік, старіння. Сім'ї дітей-інвалідів повинні бути готові до того, що їх стадії розвитку можуть бути не властиві звичайним сім'ям. Діти з обмеженими можливостями повільніше досягають певних етапів життєвого циклу. Звичайно, не до всіх сімей можливо застосувати теоретичну модель, яка містить періоди розвитку, оскільки одні й ті ж події, що викликають стреси і труднощі, можуть періодично виникати протягом усього життя дитини. Тому наявність і якість соціальної підтримки фахівців може посилити або пом'якшити вплив скрутної ситуації.

Основною проблемою звернення таких сімей є батьківська некомпетентність у розвитку дитини-інваліда.

Програми реабілітації включають у себе наступні заходи: медичні (оздоровлення та профілактика)

- забезпечення дітей-інвалідів лікарськими препаратами;

- масаж (порушення постави, сколіоз, плоскостопість, м'язова слабкість, швидка стомлюваність м'язів);

- комп'ютерна діагностика параметрів зорового аналізатора ( «гострота зору», «контрастна чутливість», «колірний зір», «астигматизм», «поле зору»);

- соціальні (освітні, розвиваючі, психологічні);

- соціальний патронаж сімей;

- здійснення психолого-педагогічної, оздоровчої допомоги сім'ям з дітьми;

- пропаганда здорового способу життя;

- консультативна допомога.

Використовуються такі види допомоги, як консультативна, індивідуальна, патронажна, групова.

В процесі реабілітації дітей-інвалідів необхідно й іншим членам сім'ї розібратися в тонкощах дитячого розвитку, вчитися спілкуванню один з одним і з малюком, щоб не погіршити первинні дефекти розвитку несприятливими впливами ззовні. Тому в програму реабілітації повинни входити організація сприятливого оточення дитини (включаючи обстановку, спеціальне обладнання, способи взаємодії, стиль спілкування в сім'ї), придбання нових знань і навичок батьками дитини і його найближчим оточенням.

Після початку виконання програми здійснюється моніторинг, тобто регулярне відстеження ходу подій у вигляді регулярного обміну інформацією між фахівцем-куратором і батьками дитини. При необхідності куратор сприяє батькам, допомагає долати труднощі, ведучи переговори з потрібними фахівцями, представниками установ, роз'яснюючи, відстоюючи права дитини і сім'ї. Куратор веде соціальний патронаж, в рамках якого може відвідувати сім'ю, щоб краще розібратися в труднощах, що виникають при виконанні програми. Таким чином, програма реабілітації є циклічний процес.

Програма реабілітації передбачає, по-перше, наявність міждисциплінарної команди фахівців, а по-друге, участь батьків у процесі реабілітації, яке представляє собою найбільш складну проблему.

Встановлено, що дітям удається досягти набагато кращих результатів, коли в реабілітаційному процесі батьки і фахівці стають партнерами і разом вирішують поставлені завдання.

Формами надання адресної соціальної допомоги є надання різних видів натуральної допомоги, соціальних послуг і пільг через систему органів соціального захисту населення .

- матеріальна допомога (в грошовому еквіваленті); натуральна допомога (продуктами харчування, одягом, взуттям, а також канцелярські набори для першокласників);

- юридична допомога;

- надання соціально-побутових послуг (перукарні, лазні, ремонтні майстерні, земельні ділянки, працевлаштування);

- часткова оплата путівок в оздоровчі табори (в літній період);

- організація груп соціальної адаптації з числа часто хворих на туберкульоз дітей та дітей-інвалідів в період шкільних канікул

Оздоровчі табори учнів з денним перебуванням для учнів шкіл у віці від 7 до 13 років з метою зміцнення психічного і фізичного здоров'я підростаючого покоління, реалізації освітніх програм, що забезпечують моральне виховання, розвиток різнобічних здібностей та інтересів дітей в різних видах діяльності. Оздоровчі табори денного перебування для дітей у віці з 14 до 16 років з метою зміцнення здоров'я, організації активного відпочинку, трудової реабілітації, реалізації програм, що забезпечують моральне виховання, розвиток різнобічних здібностей та інтересів підлітків в різних видах діяльності. У рамках даних таборів дітям-інвалідам надається можливість більш широкого спілкування дітей-інвалідів зі здоровим оточенням, що робить позитивний вплив на рівень соціалізації дітей-інвалідів та робить їх адаптацію в суспільстві менш проблемною.

Здійснюють діяльність громадські організації, що об'єднують інвалідів. Це громадські організація, яка об'єднує дітей з таким захворюванням як Даун-синдром, цукровий діабет та ін.. Засновані на членстві створеному на основі спільної діяльності для захисту спільних інтересів і досягнення статутних цілей, які об'єднали громадян. Практично всі члени громадської організації є активними учасниками культурно-масових заходів, що проводяться. Відвідування концертів естрадних співаків, походи в театри, екскурсійні поїздки.

Результатами роботи, що здійснюється батьками дітей-інвалідів, спрямованої на адаптацію їх дітей до навколишнього світу є:

1. спільні зустрічі батьків і дітей-інвалідів сприяють розвитку комунікативних навичок у спілкуванні один з одним;

2. поїздки та екскурсії сприяють розвитку кругозору дітей, з обмеженнями у здоров'ї, отримання знань про рідний край, про його визначні пам'ятки і традиції; участь в різних спортивних олімпіадах сприяє фізичному розвитку дітей, тим самим зміцнюючи їх адаптивні здібності;

1. завоювання призових місць в спортивних змаганнях і конкурсах сприяє самореалізації дітей, підвищенню самооцінки, формування творчої особистості, яка прагне до досягнення певних результатів своєї діяльності;

2. відвідування церкви і спілкування з настоятелем храму сприяє духовному розвитку дітей.

Організації такого типу надають підтримку, захищають права дітей-інвалідів та їх сімей, тим самим впливаючи на соціальну політику, пропонуючи ініціативи органам прийняття рішень. Асоціації батьків дітей з обмеженими можливостями не тільки підтримують сім'ї дітей-інвалідів, але іноді ініціюють наявність мережі послуг за місцем проживання, яка може стати безцінною підтримкою в процесі реабілітації дітей-інвалідів та їх сімей.

Навчання в спеціалізованих школах, середньоспеціальних навчальних закладах і практика роботи в закритих майстерень нерідко перетворюють молодих інвалідів в категорію людей, відірваних від суспільного життя. Вони фактично не мають широких контактів з однолітками. Потреба в міжособистісному спілкуванні у них просто не сформована. Тривале перебування в закритому соціумі настільки ускладнює процес соціалізації, що молоді інваліди болісно відчувають нездоланний бар'єр між ними і суспільством і часто відкидають можливість соціальних контактів.

Одним із завдань соціально-економічного розвитку нашого суспільства є забезпечення всім особам доступу до будь-яких сфер життя суспільства. У числі цільових областей для створення інвалідам рівних можливостей, поряд з доступністю освіти, зайнятістю, соціальним забезпеченням, визначена і сфера культури. Держава повинна забезпечити, щоб інваліди мали можливість використовувати свій художній і інтелектуальний потенціал. Прикладами такої діяльності можуть бути заняття хореографією, музикою, літературою, театром, пластичними видами мистецтв, живописом і скульптурою. Держава повинна сприяти доступності та можливості використання таких культурно-просвітницьких установ, як театри, музеї, кінотеатри та бібліотеки, використовувати спеціальні технічні засоби з метою розширення доступу інвалідів до літературних творів, фільмів, театральних вистав.

**2.3.Результати реабілітаційної діяльності та їх узагальнення**

Законодавча база, яка захищає права на утворення дітей-інвалідів, передбачає створення таких умов, при яких дитина повинна бути максимально пристосована до незалежного життя у суспільстві за рахунок комплексної компенсації обмежень його життєдіяльності за допомогою надання додаткових пільг і організації послуг.

Особливі умови в сфері освіти дітей-інвалідів полягають в наступному:

1. Органи управління освітою зобов'язані забезпечити безперервність процесу освіти і виховання дітей-інвалідів;

2. У загальноосвітніх установах повинні бути створені особливі умови для отримання освіти інвалідами; це положення відноситься в основному до навчання дітей з відносно легкими порушеннями розвитку і передбачає створення спеціальної інфраструктури в приміщенні школи, адаптоване методичне забезпечення освітнього процесу, професійну підготовку педагогічних кадрів;

3. При неможливості навчання дитини-інваліда в умовах освітнього закладу його навчання здійснюється на дому.

Система реабілітації передбачає індивідуальний набір послуг, що надаються не тільки дітям, а й їх батькам, родині в цілому і більш широкому оточенню. Всі послуги повинні бути скоординовані таким чином, щоб надати допомогу індивідуальному і сімейному розвитку і захистити права всіх членів сім'ї. Допомога при найменшій можливості повинна надаватися в природному оточенні, а не в ізольованому установі, а за місцем проживання, в сім'ї.

Виховуючи дитину, батьки спілкуються з іншими дітьми і батьками, фахівцями, педагогами, вступають в системи відносин, які поміщені в інші взаємодіючі між собою системи. Діти розвиваються в сім'ї, але ж сім'я - це теж система відносин, що має власні правила, потреби і інтереси. Якщо ж дитина відвідує лікувальний або освітній заклад, то підключається ще одна система з її власними правилами і законами. Суспільство може висловлювати сім'ї, яка має дитину-інваліда, підтримку і співчуття, але може і відмовляти їй в цьому [33].

Щоб соціально-реабілітаційна робота була успішною, необхідно домагатися нормалізації всіх цих взаємин.

Всі перераховані в роботі фактори реабілітації визначають сімейний вибір щодо участі в системі реабілітаційних послуг.

Аналіз ознайомчого анкетування групи денного перебування.

Основні цілі анкетування:

- Виявити основні проблеми сімей, які виховують дитину з обмеженими можливостями

- Визначити їх потребу у групі;

- позначити нові напрямки в роботі з даною категорією сімей.

В анкетуванні взяло 8 батьків дітей, які відвідують групу - 100%

1. Вік дітей від 4 до 10 років:

- 2 дитини (25%) - 4 років

- 2 дитини (25%) - 6 років

- 2 дитини (25%) - 7 років

- 2 дитини (25%) - 10 років

2. Категорія сім'ї:

- 6 дітей виховуються у повній сім'ї

- 2 дитини у неповній сім'ї

3. На питання про те, з ким перебуває дитина вдома, були отримані такі відповіді:

- 4 дітей (50%) - з мамою

- 2 дітей (25%) - з батьками

- 2 дітей (25%) - з близькими родичами

4. Взаємини в сім'ї:

Таким чином, в сім'ях панує атмосфера любові і взаєморозуміння, відносини теплі і сердечні.

5. На питання про благополуччя сім'ї дали відповідь 6 респондентів (75%).

У матеріальному відношенні вважають себе благополучними 4 чол. (50%), також 4 чол. (50%), вважають свою родину благополучній в психологічному відношенні. До того ж, з числа відповіли на питання з 6 чоловік -2 чол. (25%), вважають свою родину благополучної і в матеріальному і в психологічному відношенні.

6. Респонденти відзначають, що їх дитина воліє займатися наступними видами діяльності:

- 8 респондента (100%) відзначають, що їхня дитина любить грати в рухливі ігри

- 6 (75%) - люблять допомагати по дому

- 2 (25%) - люблять гуляти

7. Володіння навичками самообслуговування:

- 4 дітей (50%) - роблять все за допомогою дорослого

- 4 дітей (50%) - багато в чому справляються самостійно, але іноді потрібна допомога або підтримка дорослого.

8. З'ясувалося, що діти мають такі знання:

- 8 дітей (100%) орієнтуються в квартирі

- 6 дітей (75%) - знають свою адресу і членів сім'ї

- 4 дітей (25%) - орієнтуються на вулиці

9. З переліком пільг, передбачених законом «Про соціальний захист інвалідів»

- 6 респондентів (75%) - знайомі частково

- 2 респондента (25%) - не знайомі з пільгами

10. У майбутнє своєї дитини з почуттям надії і оптимізму дивляться

- 4 респондента (50%)

- 4 чол. (50%) - намагаються не думати про майбутнє

11. Психологічний клімат навколо своєї сім'ї респонденти оцінюють наступним чином:

З боку родичів і близьких людей

- 4 чол. (50%) відзначають співчуття і розуміння

- 2 чол. (25%) - відзначають допомогу і підтримку

- 2 чол. (25%) - відзначають жалість

З боку чужих людей:

- 6 чол. (75%) - відзначають співчуття і розуміння

-4 чол. (50%) - отримують допомогу і підтримку

-2 чол. (25%) - відзначають байдужість

12. Питання, які хотіли б обговорити на заняттях:

- 4 чол. (50%) - юридичні питання

- 4 чол. (50%) - питання спілкування з дітьми

- 4 чол. (50%) - питання медичного обслуговування

13. Обмін досвідом з іншими батьками цікавить 4 респондентів (50%), а також 4 чол. відзначили, що в обміні досвідом з іншими батьками не потребують.

14. Очікування від занять з дітьми в групі наступні:

-8 чол. (100%) - розширення кола спілкування для дитини

- 6 чол. (75%) - відзначають навчання трудовим навичкам і самообслуговування

- 4 чол. (50%) - поява впевненості в собі у дитини

15. Для себе батьки визначили наступні очікування від відвідування групи:

- 2 чол. - спілкування з іншими дітьми для своєї дитини

-2 чол. - поліпшення стану здоров'я

- 4 чол. - не відповіли на питання

Даючи аналіз отриманих в ході анкетування даних необхідно зазначити:

Метою групи є - інтеграція і соціальна адаптація дітей з порушеним інтелектом, через вирівнювання соціальних та освітніх можливостей, корекції і компенсації порушених функцій методом навчання і розвитку, вивільнення батьків для реалізації їх як повноправних членів суспільства.

В даному складі групи відвідують діти, в основному з повних сімей, в яких переважають теплі, сердечні стосунки між усіма членами сім'ї, звідси і психологічне благополуччя в сім'ях. Про матеріальне благополуччя згадують тільки 4 сім'ї.

В основному дитина перебуває вдома з респондентом або з чоловіком, тому дуже важливим є той факт, що відвідування денний групи дає можливість використовувати час перебування дитини в групі для реалізації батьків як повноправних членів суспільства.

Діти групи найбільше воліють грати в рухливі ігри і допомагати по дому.

Діти, які відвідують групу, мають навички самообслуговування, але роблять їх або за допомогою дорослих, або тільки іноді вдаються до допомоги дорослих.

Всі діти, які відвідують групу, вміють орієнтуватися в квартирі, майже всі знають свою адресу і членів своєї сім'ї, і лише половина з опитаних вміють поводитися на вулиці, жоден з дітей не орієнтується в часі. Тому цих дітей важливо, по можливості навчити цьому.

Батьки групи в більшості своїй частково знайомі з пільгами для дітей - інвалідів, але у них є необхідність в юридичних консультаціях з прав і пільг, і з медичного обслуговування.

У даній категорії дітей дуже вузьке коло спілкування, тому, що вони не відвідують ДНЗ, тому всі з опитаних вважають, що завдяки заняттям в групі коло спілкування їх дитини розшириться.

Сім'ї, які відвідують групу - це сім'ї з дітьми інвалідами, які відчувають труднощі в вихованні та розвитку своїх дітей, тому дуже цінний факт оптимістичного настрою половини батьків на майбутнє своєї дитини. Значить, батьки можуть бути активними учасниками і помічниками керівникові групи в проведених заняттях з дітьми. Але все таки у частині респондентів присутня тривога і невпевненість у майбутньому за свою дитину, так як вони взагалі намагаються не думати про майбутнє, живучи сьогоднішнім днем, таким батькам необхідна перш за все емоційна підтримка і розвиток почуття впевненості в завтрашньому дні дитини, а також позитивний досвід виховання і розвитку таких дітей.

Також хочеться відзначити, що немає негативного ставлення до родин, де є дитина інвалід, учасники групи зазначають допомогу і підтримку, співчуття і розуміння з боку чужих людей по відношенню до їх сімей.

Пропозицій і побажань, а також додаткову інформацію про себе і своєї сім'ї не повідомив ніхто.

Рекомендації:

1. Звернути увагу на інтереси дітей при проведенні занять а й враховувати думку батьків на очікувані результати від відвідування групи.

2. Звернути особливу увагу на розвиток самостійності дітей.

3. Залучити до занять юриста.

4. Продумати цикл занять з обміну позитивним досвідом виховання дитини в сім'ї.

5. Запропонувати батькам консультації психолога, з метою набуття почуття впевненості в завтрашньому дні.

6. Спробувати провести презентацію груп, де педагоги-організатори повинні в різній формі представити групу, показати ефективність її роботи. На презентацію запросити працівників освіти, охорони здоров'я, батьків. Таким чином, представити можливість більш наочно познайомитися з роботою групи.

Дане анкетування дає оцінку результатів реабілітаційних програм, з аналізу якої можна зробити висновки:

- Реабілітаційні послуги центрів реабілітації затребувані;

- основними проблемами сімей, які виховують дитину з обмеженими можливостями є: стан здоров'я дітей, навчання і розвиток, проблеми спілкування з однолітками, проблеми спілкування з дорослими;

- назріла необхідність нових напрямків у роботі з даною категорією сімей.

**ВИСНОВКИ**

1. Здійснено теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних досліджень з проблеми фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями. Реабілітація інвалідів є соціально значущою, комплексною, багатокомпонентної проблемою, яка може вирішуватися лише за умови активної державної підтримки, тісної міжвідомчої і міжрівневої взаємодії. Діти-інваліди входять у групу, що позначається як «діти з особливими потребами», «діти з відхиленнями (порушеннями) в розвитку», «діти з обмеженими можливостями», «особливі» діти тощо. Ці терміни використовуються у професійній сфері з метою заміщення поняття «інвалід» іншими, які надають характеристику дітям, життя яких відрізняється від традиційного поняття дитинства і нерідко, нажаль, наповнене фізичним болем і душевними стражданнями.

2. Обґрунтовано методичні засади та розроблено процедуру дослідження особливостей фізичної та соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями. Інвалідність у дітей означає суттєве обмеження життєдіяльності, вона сприяє соціальній дезадаптації, яка обумовлена ​​порушеннями у розвитку, труднощами у самообслуговуванні, спілкуванні, навчанні, оволодінні в майбутньому професійними навичками. Освоєння дітьми-інвалідами соціального досвіду, включення їх в існуючу систему суспільних відносин вимагає від суспільства значних додаткових заходів, засобів і зусиль (розробка спеціальних програм, створення спеціальних центрів з фізичної та соціальної реабілітації, спеціальних навчальних закладів та ін.). При цьому розробка цих заходів повинна ґрунтуватися на знанні закономірностей, задач, сутності процесу фізичної та соціальної реабілітації дітей-інвалідів.

3.Розкрито специфіку діяльності служб з фізичної та соціальної реабілітації дітей-інвалідів. Одним із завдань соціально-економічного розвитку суспільства є забезпечення всім особам доступу до будь-яких сфер життя суспільства. У числі цільових областей для створення інвалідам рівних можливостей, поряд з доступністю освіти, зайнятістю, соціальним забезпеченням, визначена і сфера культури. Держава повинна забезпечити інвалідам можливість використовувати свій фізичний, художній і інтелектуальний потенціал. Прикладами такої діяльності можуть бути заняття хореографією, музикою, пластичними видами мистецтв тощо. Держава має сприяти доступності та можливості використання культурно-просвітницьких установ (з наданням спеціальних технічних засобів) з метою розширення доступу інвалідів до таких установ.

4. Проведено узагальнення результатів роботи з реабілітаційної діяльності дітей з обмеженими можливостями. Комплексне вирішення проблеми інвалідності передбачає низку заходів:

- розширення змісту бази даних про інвалідів у державній статистичній звітності з акцентом на відображення структури потреб, кола інтересів, рівня домагань інвалідів, їхніх потенційних здібностей і можливостей;

- впровадження сучасних інформаційних технологій і техніки для прийняття об'єктивних рішень з проблем інвалідності;

- створення системи комплексної багатопрофільної реабілітації, спрямованої на забезпечення незалежної життєдіяльності інвалідів;

- розвиток промислової основи та підгалузей системи соціального захисту дітей-інвалідів щодо розширення виробів, які полегшують побут і працю інвалідів;

- формування ринку реабілітаційних виробів і послуг;

- створення реабілітаційної соціально-середовищної інфраструктури, сприяння подоланню інвалідами фізичних і психологічних бар'єрів на шляху відновлення зв'язків з навколишнім світом.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Амосов Н. М. Моя система здоровья / Н. М. Амосов. – К. : Здоров’я, 1997. – 56 с.
2. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье / Н. М. Амосов. – Свердловск : Средне-Уральское книжное издательство, 1987. – 176 с.
3. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания / Б. Г. Ананьев. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
4. Ананьев Б. Г. Психология и проблемы человекознания / Б. Г. Ананьев. – М. : МОДЭК, 1996. – 384 с.
5. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.
6. Андреева Г. М. Психология социального познания / Г. М. Андреева. – М. : Аспект Пресс, 2000. – 288 с.
7. Андреева Г. М. Социальное познание и социальные проблемы / Г. М. Андреева // Национальный психологический журнал – 2013. – №1. – C. 39–49.
8. Андрєєва Т. І. Сприяння здоров’ю : Навч. посібник / Т. І. Андрєєва, К. С. Красовський. – К. : НаУКМА, 2012. – 247 с.
9. Арутюнова Н. Д. Язык и мир человека / Н. Д. Арутюнова. – М. : Языки русской культуры, 1998. – 896 с.
10. Афсахов И. А. Отношение человека к здоровью / И. А. Афсахов // Социологические исследования – 1992. – №6. – С. 102–108.
11. Бабак І. М. Бідність як критерій оцінювання рівня життя населення / І. М. Бабак // Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики. – 2013. – Вип. 57. – C. 41–48.
12. Башмакова О. В. Емоційні та психосоціальні чинники ставлення до здоров’я : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.01 / О. В. Башмакова. – К., 2007. – 21с.
13. Белавина Т. И. Субъективное переживание бедности делинквентами / Белавина Т. И. // Актуальные проблемы прикладной социальной психологии : сб. докладов I Международной научно-практической конференции [под ред. В. В. Белов, В. В. Карпов] – СПб. : Изд. Санкт-Петербургского университета управления и экономики, 2012. – С. 209–211.
14. Березина Е. Б. Содержание и структура обыденных представлений о болезнях в молодежной среде : автореф. дис. на получение науч. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.05 / Е. Б. Березина. – М., 2011. – 31 c.
15. Березовская Р. А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии / Р. А. Березовская // Вестник СПбГУ. – 2011. – Вып. 1. – C. 222–226.
16. Березовская Р. А. Отношение к здоровью как психологический механизм самоуправления здоровой личности / Березовская Р. А. // Здоровая личность: Материалы международной научно-практической конференции. – СПб. : СПбГИПСР, 2012. – С. 20–22.
17. Бовина И. Б. Представления о здоровье и болезни в молодёжной среде / И. Б. Бовина // Вопросы психологии. – 2005. – №3. – С. 90–97.
18. Бовина И. Б. Социальная психология здоровья и болезни / И. Б. Бовина // Социальная психология: актуальные проблемы исследований. Сб. науч. трудов / под ред. Е. П. Белинской, Т. П. Емельяновой. – М. : Фонд Л. С. Выготского, 2007. – Вып. 16. – С. 378–425.
19. Бовина И. Б. Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы : автореф. дис. на получение наук. степени доктора психол. наук : спец. 19.00.05 / И. Б Бовина. – М., 2009. – 48 с.
20. Бондар Є. Б. Соціально-психологічні особливості студентської молоді [Електронний ресурс] / Є. Б. Бондар – Режим доступу: <http://naub.org.ua/?p=367#more-367>
21. Бутузова Л. П. Психологічні особливості становлення у особистості відповідального ставлення до власного здоров’я / Бутузова Л. П. // Актуальні проблеми сімейної медицини – Житомир, 2011. – №2. – С. 135–143.
22. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособ. / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М. : Академия, 2001. – 352 с.
23. Васютинський В. О. Стиль життя як соціально-психологічна характеристика культури бідності /  В. О. Васютинський // Наукові студії із соціальної та політичної психології. – 2012. – Вип. 30 (33). – С. 19–32.
24. Васютинський В. О. Особливості комунікативних орієнтацій осіб, які психологічно тяжіють до бідності / В.О.Васютинський // Матеріали науково-практичної конференції «Права осіб із спектром аутистичних порушень: освітні, соціальні та медичні послуги", 3-4 липня 2013 р., Львів: «Тріада плюс», 2013. – С. 21–26.
25. Вежбицкая А. Язык. Культура. Познание / Анна Вежбицкая. – М. : Русские словари, 1996. – 412 с.
26. Великий П. Ценности жизненной перспективы / П. Великий, А. Заикина // Человеческие ресурсы. – 2003. – №3. – С. 57–60.
27. Володарська Н. Д. Екологічність самотворення особистості в сучасних умовах життєдіяльності / Н. Д Володарська // Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім.І.Франка, 2012. – Том 11. Екологічна психологія. – Вип. № 28. – С. 72–80.
28. Гафиатулина Н. Х. Специфика отношения учащейся молодежи России к здоровью в социоструктурном контексте: дис... канд. социол. наук : 22.00.04 / Н. Х. Гафиатулина. – Ростов-на-Дону, 2007. – 175 с.
29. Гиппенрейтер Ю. Б. Психология индивидуальных различий. Хрестоматия / Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. – М. : ЧеРо, 2006. – 776 с.
30. Головаха Є. Показники стилю життя особистості / Є. Головаха, Н. Паніна // Життєтворчість: концепція, досвід, проблеми. – Запоріжжя : Центріон, 2004. – С. 52–61.
31. Гринберг Дж. С. Управление стрессом / Джерральд С. Гринберг. – СПБ. : Питер, 2002. – 496 с.
32. Гузій Н. В. Педагогічний професіоналізм: історико-методологічні та теоретичні аспекти / Н. В. Гузій. – К. : НПУ, 2004. – 243 с.
33. Гусєв І. М. Характер політичної поведінки молоді, залежно від рівня її бідності / І. М. Гусєв // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка. – 2012. – №6. – С. 160–166.
34. Дейнека О. С. Динамика макроэкономических компонентов образа денег в обыденном сознании / О. С. Дейнека // Психологический журнал. – 2002. – №6. – С. 13–21.
35. Дергач М. С. Соціально-психологічні чинники, що визначають особливості ставлення молоді до здоров’я / Дергач М. С. /**/** Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. – К. – 2012. – Т. 11. – Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 6. – С. 167–172.
36. Дергач М. С. Соціально-психологічний аспект розуміння економічного статусу безробітної молоді в Україні / М. С. Дергач // Ринок праці та зайнятість населення. – 2013. – Вип. 4. – С. 16–19.
37. Дергач М. С. Соціальне уявлення студентської молоді про здоров’я: структура та зміст / Марія Дергач **/**/ Освіта регіону. – К. – 2013. – №2 (32). – С. 230–234.
38. Деркач А. А. Акмеология : Учеб. пособ. / А. А. Деркач. – СПб. : Питер, 2003. – 256 с.
39. Дерябо С. Отношение к здоровью и к здоровому образу жизни: методика измерения / С. Дерябо, В. Ясин // Директор школы, 2011. – №2. – С. 7–16.
40. Дружинин В. Н. Экспериментальная психология: Учеб. пособие / В. Н. Дружинин. – СПб. : «Питер», 2013 – 320 с.
41. Єжова О. О. Визначення рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров’я в учнівської молоді / О. О. Єжова // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – 2010. – №5. – С. 155–164.
42. Журавлев А. Л.  Феномены социального самоопределения: закономерности его развития в условиях устойчивого экономического развития / Журавлев А. Л., Купрейченко А. Б. // Вестник Практической Психологии Образования. – 2007. – № 4 (13). – С. 31–36.
43. Журавлева И. В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен : дис... доктора социол. наук : 22.00.04 / И. В. Журавлева – М., 2005. – 434 с.
44. Завацька Н. Є. Соціально-психологічні чинники психосоматичних розладів у студентської молоді: монографія / Н. Є. Завацька, Л. М. Клевець / Під ред. Н. Є. Завацької. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля; Алчевськ : ДонДТУ, 2013. – 181 с.
45. Залевский Г. В. В поиске интегративного подхода к проблеме психологии здоровья и здорового образа жизни студенческой молодежи / Г. В. Залевский // Проблемы здоровья личности в теоретической и прикладной психологии: Материалы международной научно-практической конференции / Под ред. Н. А. Кравцовой. – Владивосток : Мор. гос. ун-т им. адм. Г. И. Невельского, 2011. – 364 с.
46. Иванушкин А. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека / А. Иванушкин // Вестник АМН СССР. – 1982. – Т.4. – С. 21–39.
47. Ильин И. А. Основы христианской культуры. О сопротивлении злу силой / И. А. Ильин. – М. : «АСТ; Хранитель», 2007. – 318 с.
48. Кабаева В. М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков : дис. … канд. психол. наук : 19.00.07 / В. М. Кабаева. – М., 2002. – 280 с.
49. Камакина О. Ю. Отношение к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / О. Ю. Камакина. – Ярославль, 2010. – 27 с.
50. Каниболоцкая М. С. Специфика отношения к здоровью молодежи с низким и высоким экономическим статусом / М. С. Каниболоцкая // Социосфера. – 2014. – №1. – С. 159–164.
51. Каніболоцька М. Особливості ставлення до здоров’я молоді з високим економічним статусом: результати дослідження / Марія Каніболоцька // Науковий вісник Чернівецького університету: Зб. наук. праць Чернівецького нац. ун-ту ім. Юрія Федьковича. – Чернівці. – 2014. – Вип.678. – С. 67–74.
52. Карандашев В. Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство / В. Н. Карандашев. – СПб. : Речь, 2004. – 70 с.
53. Кириленко С. В. Соціально-педагогічні умови формування культури здоров’я старшокласників : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 / С. В. Кириленко. – К., 2004. – 240 с.
54. Кирьякова А. В. Механизмы ориентации личности в мире ценностей / А. В. Кирьякова // Весник ОГУ. – 2002. – №7. – С. 4–11.
55. Ковалев А. Г. Психология личности / А. Г. Ковалев. – М. : Просвещение, 1970. – 391 с.
56. Конопліцький В. А. Економічний словник. Тлумачно-термінологічний / В. А. Конопліцький, Г. І. Філіна. – К. : КНТ, 2007. – 577 c.
57. Корнилова Т. В. Введение в психологический эксперимент / Т. В. Корнилова. – М. : Изд-во МГУ, 2001. – 256 с.
58. Коцан І. Я. Психологія здоров’я людини / І. Я. Коцан, Л. В. Ложкін, М. І. Мушкевич / За ред. І. Я. Коцана. – Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-та ім. Лесі Українки, 2009. – 316 с.
59. Кружило Г. Г. Ставлення студентської молоді до свого здоров’я й фізичного самовиховання / Кружило Г. Г. // Педагогіка і психологія формування творчої особистості: проблеми і пошуки : зб. наук. пр. / Запоріз. обл. ін-т післядиплом. пед. освіти, Класич. приват. ун-т. – Запоріжжя, 2009. – Вип. 54. – С. 203–206.
60. Кэмпбелл Д. Модели экспериментов в социальной психологи и прикладных исследованиях / Д. Кэмпбелл. – СПб. : Социально-психологический центр, 1996. – 391 с.
61. Лазоренко Б. П. Проблемна молодь: шляхи самоздійснення / Лазоренко Б. П. – К. : Педагогічна думка, 2007. – 274 с.
62. Лазурский А. Ф. Классификация личностей / А. Ф. Лазурский / Сост. К. В. Сельченок. – М. : ACT, 2002. – 592 с.
63. Левин К. Теория поля в социальных науках : [пер. с англ.] / К. Левин. – СПб. : Речь, 2000. – 365 c.
64. Левченко Е. История и теория психологии отношений / Елена Левченко. – СПб. : Алетейя, 2003. – 312 с.
65. Ленгле А. Феноменологический подход в экзистенциально-аналитической психотерапии / А. Ленгле // Московский психотерапевтический журнал. – 2009. – №2. – C. 110–129.
66. Лисицын Ю. П. Здоровье человека – социальная ценность / Ю. П. Лисицын, А. В. Сахно. – М. : Мысль, 1988. – 270 с.
67. Литвак Б. Г. Экспертные оценки и принятие решений / Б. Г. Литвак. – М. : Патент, 1996. – 271 с.
68. Лібанова Е. М. Вимірювання якості життя в Україні, аналітична доповідь : Монографія / Е. М. Лібанова, О. М. Гладун, Л. С. Лісогор та ін. – К. : 2013. – 50 с.
69. Ложкін Г. В. Економічна психологія: Навч. посібник / Г. В. Ложкін, В. В. Спасєнніков. – К. : ВД «Професіонал», 2006. – 304 с.
70. Ломов Б. Ф. Системность в психологи / Б. Ф. Ломов. – [3-e изд.]. – М. : изд-во МПСИ, 2011. – 424 с.
71. Марасанов Г. И. Социально-психологический тренинг / Г. И. Марасанов. – М. : «Когито-Центр», 2001. – 251 с.
72. Маслоу А. Мотивация и личность / Абрахам Маслоу. – СПб. : Питер, 2008. – 352 с.
73. Мороз Л. І. Особливості прояву ціннісних орієнтацій у міжстатевій поведінці молоді ранньоюнацького віку : дис...канд. психол. наук : 19.00.07 / Л. І. Мороз. – К. – 1993. – 153 с.
74. Москаленко О. В. Рабочая тетрадь по изучению курса «Акмеология профессиональной карьеры личности» : Учеб. пособ. / О. В. Москаленко. – М. : РАГС, 2007. – 202 с.
75. Муздыбаев К. Жизненные стратегии современной молодежи: межпоколенческий анализ / К. Муздыбаев // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2004. – Т.7. – №1. – С. 175–189.
76. Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ / К. Муздыбаев // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1998. – Т.1. – №2. – С. 100–111.