МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Рязанцева В.Ю.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Технології медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності**

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: «Технології медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності»

Виконала: студентка групи ЗЛ-16з Рязанцева В.Ю.

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

**Рязанцевої Вікторії Юріївни**

## Тема роботи: «Технології медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності»

## 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 – 59 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з технології медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності; підібрати діагностичний інструментарій згідно технологій медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо технологій медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності.*

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. | Бірлакова І.А. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2. | Бірлакова 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 технологій медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

**Студентка Рязанцева В.Ю.**

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

**РЕФЕРАТ**

Текст – 64с., джерел – 59

В роботі розкрито теоретико-методологічні засади дослідження технологій медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності, розглянуті особливості медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності.

Проведено констатувальний експеримент з метою дослідження технологій медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності.

Розроблено практичні рекомендації щодо медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності.

**Ключові слова:** медико-соціальна реабілітація, технологій медико-соціальної реабілітації, неповнолітні, обмежені можливості, ЖИТТЄДІЯЛЬНІСТЬ, СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВʼЯ.

**ЗМІСТ**

ВСТУП …………………………………………………………………………….7

РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи проблеми МЕДИКО-соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями життєдіяльності……………………………...............................................11

1.1 Характеристика осіб з інвалідністю та їх проблем у сучасному суспільстві………………………………………………………………………..11

1.2. Особливості реалізації технологій медико-соціальної реабілітації неповнолітніх…………………………………………………………………....22

РОЗДІЛ 2. Дослідно-експериментальне дослідження з проблеми МЕДИКО-соціальної реабілітації дітей і підлітків з обмеженими можливостями життєдіяльності…………........34

2.1. Досвід діяльності центрів реабілітації дітей та підлітків з обмеженими можливостями життєдіяльності ………………………………..…………..…..34

* 1. . Узагальнення результатів дослідження професійної орієнтації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності…………...45

ВИСНОВКИ ……………………………………………………………………..55

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ……………………………..……59

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження**. Особи з проблемами фізіологічного і психічного розвитку є у будь-якій сім'ї і у будь-яких соціальних умовах, у будь-якій етнічній групі і у будь-якій точці світу. Інвалід в суспільній уяві - страждалець, який вимагає опіки. Але так бути не повинно. Адже багато інвалідів при відповідній освіті і реальній допомозі могли б стати повноцінними членами суспільства, не залежати від системи соціального захисту, що, в кінцевому рахунку, свідчило б про високий цивільно-правовий статус суспільства. За даними ООН, у світі налічується приблизно 450 мільйонів осіб з порушеннями психічного та фізичного розвитку. Це становить 1/10 частину жителів нашої планети. Дані всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) свідчать, що число дітей-інвалідів в світі досягає 13% (3% дітей народжуються з вадами інтелекту та 10% дітей з іншими психічними та фізичними вадами); загалом у світі близько 200 мільйонів дітей з обмеженими можливостями життєдіяльності. Більш того, в нашій країні, як і в усьому світі, спостерігається тенденція зростання числа дітей-інвалідів. Частота дитячої інвалідності за останнє десятиліття збільшилася в два рази: за розрахунками ВООЗ їх налічується близько 900 тис. від дитячої популяції [6].

 У статуті ООН прописано, що кожна людина має право на задоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні і творчості. Це свідчить про те, що питання інвалідності не обмежується медичним аспектом, вони більшою мірою є соціальною проблемою нерівних можливостей. Маючи інвалідність людина також може бути здатною і талановитою, як і людина, що не має проблем зі здоров'ям. У зв'язку з цим перед сучасним суспільством стоїть завдання допомогти людям з обмеженими можливостями вийти з ізоляції, брати участь в нормальному повсякденному житті суспільства [14].

Здоров'я населення перебуває в критичному стані. Результати фундаментальних досліджень свідчать про кризовий стан здоров'я у представників всіх вікових груп, особливо дітей. В усьому світі спостерігається тенденція зростання дітей з обмеженими можливостями. З кінця XX століття частота дитячої інвалідності збільшилася в 2 рази і за різними даними становить від 6 до 9%. При збереженні цієї тенденції прогноз майбутнього для населення вкрай песимістичний. Тому проблема збереження здоров'я населення, зокрема здоров'я дітей, стає пріоритетною для кожної держави [41].

У теперішній час процес реабілітації є предметом дослідження фахівців багатьох галузей наукового знання. Його вивчають психологи, філософи, соціологи, педагоги, реабілітологи та інші фахівці. Вони розкривають різні аспекти цього процесу, досліджують механізми, етапи та стадії, а також фактори медико-соціальної реабілітації [3].

Освоєння неповнолітніми 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 медико-соціальної реабілітації, спеціальні навчальні заклади тощо). Але розробка цих заходів повинна ґрунтуватися на знанні закономірностей, задач, сутності процесу медико-соціальної реабілітації [1].

В даний час проблема медико-соціальної реабілітації дітей інвалідів, з огляду на її актуальність, широко розробляється.

Медико-соціальна реабілітація являє собою комплекс заходів, спрямованих на відновлення зруйнованих або втрачених індивідом суспільних зв'язків і відносин, внаслідок порушення здоров'я зі стійким порушенням функцій організму. Медико-соціальна реабілітація включає в себе кілька напрямків - медичні, психологічні, професійні та ін.

Початкові ідеї і організаційна практика щодо інтеграції процесу медичної реабілітації інвалідів були розроблені ще в XIX столітті хірургом М.І. Пироговим, потім ці ідеї розвивалися організатором соціальної психіатрії П.П. Кащенком, а в суспільній думці В.П. Бехтеревим, В.І. Водовозовим та ін.

Процес розвитку медико-соціальної реабілітації вивчали відомі дослідники А. Адлер, П.П. Блонський, Л.С. Виготський, В.В. Розанов, К.Д. Ушинський та ін.

Проблема медико-соціальної реабілітації людей з обмеженими можливостями вирішується багатьма світовими вченими. У своїх працях вони аналізують медико-соціальні, психологічні особливості реабілітаційної роботи з інвалідами в різних умовах.

В даний час проблема професійної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності, з огляду на її актуальність, широко розробляється і відображена в дослідженнях Л.Ф. Добровольської, Л.Ф. Казначеєва, О.І. Карякіної, Т.Н. Карякіної, Н.М. Назарової, Є.І. Холостової, М.Н. Хусаїнова та ін.

Професійна орієнтація неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності сприяє виявленню професійних інтересів і допомагає визначити життєві цілі на подальшу трудову діяльність.

**Об'єкт дослідження** – медико-соціальна реабілітація неповнолітніх в сучасному суспільстві.

**Предмет дослідження** – технології медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності.

**Мета** **дослідження** – виявити зміст і особливості реалізації технологій медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності.

**Відповідно до мети роботи можна виділити наступні завдання**:

1. Здійсніті теоретичний аналіз вітчизняних и зарубіжних досліджень з проблеми медико-соціальної реабілітації неповнолітніх.

2. Описати особливості реалізації технологій медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності.

3. Вивчити досвід діяльності центрів реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності.

4. Узагальнити результати дослідження професійної орієнтації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності.

В основу дослідження покладено таку гіпотезу – медико-соціальна реабілітація неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності буде ефективною за таких умов: вивчення стану неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності; визначення місця і ролі фізичного реабілітолога в процесі реалізації медико-соціальних технологій реабілітації, з урахуванням діяльності центрів реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями; використання ефективних технологій, методів медико-соціальної реабілітації. В цілому медико-соціальна реабілітація сприяє інтеграції в суспільство неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності.

**Методи дослідження** – теоретичний аналіз літератури, тестування, анкетування, спостереження, інтервʼю.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у можливості їх використання при розробці програм щодо технологій медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності; при наданні допомоги при здійсненні медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності.

Використаний у роботі діагностичний матеріал може становити методичну основу подальших досліджень медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності.

**РОЗДІЛ 1**

**Теоретичні основи проблеми МЕДИКО-соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями життєдіяльності**

**1.1 Характеристика осіб з інвалідністю та їх проблем у сучасному суспільстві**

Правило - не милостиня, а зобов'язання держави перед своїми громадянами. Слово "інвалід" в цивілізованих країнах майже не вживається. Тих, хто в силу хвороби або нещасного випадку втратив якісь складові здоров'я, називають "особами з обмеженими можливостями" [26].

 Сучасна реальність така, що будь-яка людина в будь-який час може стати інвалідом. Якщо не позбуватися від застарілого мислення про те, що інваліди - це люди, які живуть тільки на допомогу, то у всьому світі буде відхилятися внесок мільйонів людей в розвиток суспільства. Сучасна політика щодо інвалідів - результат розвитку суспільства протягом останніх двохсот років. Багато в чому ця політика є відображенням загальних умов життя і соціально - економічної політики, що проводиться в різний час. Однак інвалідність має багато характерних для неї рис, які вплинули на умови життя інвалідів. Зневага і страх - ось ті соціальні чинники, які на протязі всієї історії були перешкодою для розвитку здібностей інвалідів та вели до їх ізоляції.

Протягом багатьох років політика щодо інвалідів змінювалася: вона пройшла шлях від звичайного догляду за інвалідами у відповідних установах до забезпечення отримання освіти дітьми - інвалідами та реабілітації осіб, які стали інвалідами вже в зрілому віці. Завдяки утворенню і реабілітації інвалідів стали більш активно виступати за подальший розвиток політики щодо інвалідів.

Створені організації інвалідів, їх сімей та прихильників, які виступають за поліпшення умов життя інвалідів [7].

Після другої світової війни з'явилися такі концепції, як

інтеграція і включення інвалідів в нормальне життя суспільства, що відображали зростаюче розуміння потенційних можливостей інвалідів. Права інвалідів вже протягом тривалого часу є предметом пильної уваги з боку Організації Об'єднаних Націй та інших міжнародних організацій. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів були розроблені на основі досвіду, набутого в ході проведення Десятиліття інвалідів Організації Об'єднаних Націй. Політичною та моральною основою цих Правил є Міжнародний білль про права людини, що включає Загальну декларацію прав людини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права і Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, Конвенція про права дитини і Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, а також Всесвітня програма дій щодо інвалідів. Мета цих Правил полягає в забезпеченні такого положення, при якому неповнолітні, які є інвалідами, як члени суспільства мали б ті ж права і обов'язки, що й інші особи. Обов'язок держав полягає в тому, щоб вживати необхідних заходів для усунення цих перешкод [28].

Інваліди та їх організації повинні відігравати активну роль у цьому процесі як повноправні партнери. Створення рівних можливостей для інвалідів є важливим внеском в загальні зусилля, спрямовані на мобілізацію людських ресурсів у всіх країнах світу. З Декларації прав інваліда: «Інваліди, якого б не були походження незважаючи на характер і серйозність їх каліцтв або недоліків, мають ті ж основні права, що і їх співгромадяни того ж віку, що в першу чергу означає право на задовільне життя, яке було б нормальним і повноцінним».

Ці права повинні бути визнані за всіма інвалідами, без яких би то не було виключень і незалежно від іх дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, статі, мови, віросповідання, політичних чи інших переконань, національного або соціального походження, матеріального стану, народження або будь-якого іншого чинника, незалежно від того, чи стосується це самого інваліда або його сім'ї. «Дискримінація щодо будь-якої особи за ознакою інвалідності є приниженням гідності, притаманне особистості, - наголошується в преамбулі проекту конвенції [34].

Всі європейські країни повинні слідувати стандартним правилам надання рівних можливостей для інвалідів, розробленим ООН. Рівень цивілізації суспільства багато в чому оцінюється по його відношенню до осіб з обмеженими можливостями. У недавньому звіті Європейського парламенту було сказано: "Те, як суспільство ставиться до своїх найбільш слабких членів, включаючи осіб з обмеженими можливостями, багато в чому говорить про самому суспільстві [12].

 Зіткнення з особами з порушеннями в розвитку змушує кожного зупинитися і подумати про принципи гуманізму, зробивти для себе якісь нові висновки, люди продовжують своє повсякденне життя вже з загостреним сприйняттям цих цінностей у відносинах і справах з іншими людьми». Це і є тим важливим внеском, який можуть внести в суспільство інваліди. Суспільство, яке не надає їм такої можливості, збіднює себе.

Медико-соціальний захист інвалідів включає систему гарантованих державою економічних, соціальних і правових заходів, що забезпечують інвалідам умови для подолання, захисту (компенсації) обмежень життєдіяльності та спрямованих на створення їм рівних з іншими громадянами можливостей участі в житті суспільства. Але на ділі в Україні досі не створено комплексний механізм забезпечення прав та інтересів інвалідів, що відповідає міжнародним стандартам. У інвалідів як і раніше відсутні можливості для захисту своїх прав. При працевлаштуванні у них виникають великі труднощі. Найчастіше інваліди працюють на низькооплачуваних місцях [35].

Сім'ї, в яких з'являється дитина - інвалід, відчувають сильний емоційний стрес. Батьки важко переживають інвалідність своєї дитини, вважають, що інвалідність - клеймо на подальшому житті їх дитини. Памагаються приховати цей факт від оточуючих. Рідко зустрінеш інваліда, що спокійно прогулюється по вулиці.

Більшість інвалідів стикаються з проблемою нерозуміння з боку оточуючих, вважають себе ізгоями суспільства, вважаючи, що більше, на що вони можуть розраховувати - це жалість. Ставлення громадян до інвалідів суперечливо. «І шкода, і якось не по собі, коли бачиш інваліда», - скаже вам звичайний обиватель. Для того щоб людина з обмеженими можливостями відчувала себе повноцінним членом суспільства необхідно створити умови для подолання обмежень, що виникли в його житті, надати йому рівни зі здоровими особами можливості участі в житті суспільства [26].

Інвалід це особа, яка має порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, обумовлене захворюванням, наслідком травм або дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності та викликає необхідність її соціального захисту.

Обмеження життєдіяльності - це повна або часткова втрата особою здатності або можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися і займатися трудовою діяльністю [36].

До неповнолітніх інвалідів відносяться діти, які мають значні обмеження життєдіяльності, що призводять до соціальної дезадаптації, внаслідок порушення розвитку і росту дитини, його здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю над своєю поведінкою, навчання, спілкування, ігрової та трудової діяльності в майбутньому.

Це випливає з сучасної концепції Всесвітньої організації охорони здоров'я: приводом для призначення інвалідності є наслідки хвороби, травми, які проявляються у вигляді порушення тієї чи іншої психологічної, фізіологічної або анатомічної структури або функції, що призводять до обмеження життєдіяльності і соціальної дезадаптації [40].

Медико-соціальна дезадаптація - порушення пристосування індивіда до нової середовищі, по відношенню до дітей-інвалідів - в результаті соціальної недостатності або соціальної дисфункції. Це таке порушення життєдіяльності, при якому дитина може виконувати лише обмежено або не може виконувати зовсім звичайну для його положення роль в житті і в суспільстві в залежності від віку, статі, соціального і культурного становища:

- обмеження фізичної незалежності (нездатність вести себе незалежно з іншою особою);

- обмеження рухливості (пересуватися в часі і просторі);

- обмеження здатності займатися звичайною діяльністю;

- обмеження здатності отримати освіту, до професійної діяльності;

- обмеження здатності до інтеграції в суспільстві, неможливость брати участь у всіх видах повсякденної активності нарівні з однолітками.

Порушення здатності здійснювати ту чи іншу діяльність може бути від народження або придбано пізніше, може бути тимчасовим або постійним [11].

Особливістю сучасної патології дитячого віку є найбільш частий перехід гострих форм захворювань в рецидивні та хронічні, а також наростання хронічної патології внутрішніх органів.

У зв'язку з великою значимістю цієї проблеми Генеральна Асамблея ООН прийняла Всесвітню програму дій з надання допомоги «дізабільним особам» (тобто які мають обмеження життєдіяльності та соціальних функцій), в якій важливе місце приділяється профілактиці здоров'я, починаючи з раннього віку. День 5 грудня став Всесвітнім днем ​​інвалідів. Цим кроком Генеральна Асамблея ООН привертає увагу світової громадськості до цієї проблеми [46].

Слово «інвалід» в перекладі з англійської означає хворий, неповноцінний, непрацездатний, з латинської - «безпомічний». В даний час поступово утверджується протилежна точка зору: інвалід - людина, що має певні обмеження своїх можливостей, який може досить активно брати участь у всіх сферах соціальної діяльності, повинен мати рівні права і можливості з іншими членами суспільства. Цьому сприяв політичний рух у всьому світі за незалежність людей з обмеженими можливостями як меншини, права і обов'язки якого порушуються, обмежуються. У світі також зростає громадський рух людей з обмеженими можливостями на захист своїх прав на свободу вибору, самовизначення і відкритий доступ до участі в усіх сферах життя суспільства [43].

Такий підхід необхідно враховувати при організації соціальної роботи, яка повинна бути спрямована на самовизначення людини з обмеженими можливостями і прагнення самому керувати своїми життєвими ситуаціями. У структурі дитячої інвалідності переважають: психоневрологічні захворювання (більше 60%), інші психічні захворювання; захворювання нервової системи (дитячий церебральний параліч, інші органічні ушкодження центральної і периферичної нервової системи).

У кожного десятого інваліда відзначається повна або часткова нездатність до самостійної діяльності, тяжкість розладів і обмеження соціальних функцій.

Серйозної уваги потребують проблеми затримки нервово - психічного розвитку дітей до 1 року (група ризику по розвитку дитячого церебрального паралічу); затримка розумового розвитку, яка в 30 - 40% випадків в подальшому призводить до неуспішності в школі, зниження працездатності, непридатності проходження строкової військової служби [39].

Численні дослідження показують, що провідними несприятливими факторами, що сприяють розвитку ускладнень вагітності та пологів, проблеми з виношуванням дитини, викиднів, асфіксії і родової травми, перінатанальной енцефалопатії та ін.. Погана екологія (високий рівень радіації, хімічні речовини, в тому числі солі важких металів, нітрати), шум, вібрація, фізичні випромінювання; шкідливі впливи виробничих факторів, які сприяють формуванню вроджених вад розвитку, внутрішньоутробної загибелі плоду.

Неповноцінне харчування вагітної, високе вживання жирів тваринного походження, недолік кальцію і ряду вітамінів (фолієвої кислоти, тіаміну, рибофлавіну) призводить до народження дітей з малою масою тіла.

Величезне значення для нормального виношування вагітності та народження здорової дитини має нервово-емоційне та фізичне перенапруження.

Відзначається зростання спадкової і вродженої патології. Щорічно зростає дитячий травматизм, високий рівень захворюваності батьків, особливо матерів [13].

Сім'я, найближче оточення дитини з обмеженими можливостями - головна ланка в системі його виховання, соціалізації, задоволення потреб, навчання, профорієнтації.

Матеріально-побутові, фінансові, житлові проблеми з появою дитини з обмеженими можливостями збільшуються. Житло зазвичай не пристосоване для дитини-інваліда, родини не мають окремої кімнати або спеціального пристосування для дитини.

У таких родинах виникають проблеми, пов'язані з придбанням продуктів харчування, одягу та взуття, найпростіших меблів, предметів побутової техніки: холодильника, телевізора. Родини не мають вкрай необхідного для догляду за дитиною: транспорту, дач, садових ділянок та ін..

Послуги для дитини з обмеженими можливостями в таких сім'ях переважно платні (лікування, дорогі ліки, медичні процедури, масаж, путівки санаторного типу, необхідні пристосування і апарати, навчання, оперативні втручання, ортопедичне взуття, окуляри, слухові апарати, інвалідні крісла, ліжка тощо). Все це вимагає великих коштів, а дохід в цих сім'ях складається як правило із заробітку батька і допомоги на дитину по інвалідності.

Різні дослідження показують, що серед сімей з дітьми з обмеженими можливостями найбільший відсоток становлять неповні материнські родини. У 15% родин сталася розлучення через народження дитини-інваліда, мати не має перспективи вторинного заміжжя. Тому до проблем родини дитини з обмеженими можливостями додаються проблеми неповної родини [36].

Психологічний клімат в сім'ї залежить від міжособистісних відносин, морально-психологічних ресурсів батьків і родичів, а також від матеріальних та житлових умов сім'ї, що визначає умови виховання, навчання і медико-соціальну реабілітацію.

Виділяють 3 типи сімей по реакції батьків на появу дитини-інваліда: з пасивної реакцією, пов'язаної з недостатнім розумінням існуючої проблеми; з гіперактивною реакцією, коли батьки посилено лікують, дорогі ліки, провідні клініки та ін.; із середньою раціональної позицією: послідовне виконання всіх інструкцій, порад лікарів, психологів.

Поява в сім'ї дитини з обмеженими можливостями завжди важкий психологічний стрес для всіх членів сім'ї. Часто сімейні відносини слабшають, постійна тривога за хвору дитину, почуття розгубленості, пригніченості є причиною розпаду сім'ї, і лише в невеликому відсотку випадків сім'я згуртовується.

Батько в родині з хворою дитиною, як правило, єдиний годувальник. Маючи спеціальність, освіту, він за необхідності більшого заробітку стає робочим, шукає вторинні заробітки і практично не має часу займатися дитиною. Тому догляд за дитиною лягає на матір. Як правило, вона втрачає роботу або змушена працювати вночі (зазвичай - це надомна праця). Догляд за дитиною займає весь її час, різко звужено коло спілкування. Безперспективне лікування і реабілітація, постійна тривога, психоемоційне напруження можуть призвести мати до депресії. Часто матері в догляді допомагають старші діти, рідко бабусі, інші родичі. Більш важка ситуація, якщо в сім'ї двоє дітей з обмеженими можливостями.

Наявність дитини-інваліда негативно впливає на інших дітей в сім'ї. Їм менше приділяється уваги, зменшуються можливості для культурного дозвілля, вони гірше вчаться, частіше хворіють через недогляд батьків.

Психологічна напруженість в таких сім'ях підтримується психологічним пригніченням дітей через негативного ставлення оточуючих до їхнього домашнього господарства; вони рідко спілкуються з дітьми з інших сімей. Не всі діти в змозі правильно оцінити і зрозуміти увагу батьків до хворої дитини, їх постійну втому в обстановці пригнобленого, постійно тривожного сімейного клімату [12].

Нерідко така сім'я відчуває негативне ставлення з боку оточуючих, особливо сусідів, яких дратують некомфортні умови існування поруч (порушення спокою, тиші, особливо якщо дитина-інвалід з затримкою розумового розвитку або його поведінка негативно впливає на здоров'я дитячого оточення). Діти з обмеженими можливостями практично не мають можливості повноцінних соціальних контактів, достатнього кола спілкування, особливо зі здоровими однолітками. Наявна соціальна деривация може привести до особистісних розладів (наприклад, емоційно-вольової сфери та ін.), до затримки інтелекту, особливо якщо дитина слабо адаптована до життєвих труднощів, дезадаптована, ще більшої ізоляцією, недоліків розвитку, в тому числі порушень комунікаційних можливостей, що формує неадекватне уявлення про навколишній світ. Особливо важко це відбивається на дітях з обмеженими можливостями, які виховуються в дитячих інтернатах.

Суспільство не завжди правильно розуміє проблеми таких сімей, і лише невеликий їх відсоток відчуває підтримку оточуючих. У зв'язку з цим батьки не беруть дітей з обмеженими можливостями в театр, кіно, видовищні заходи та ін., тим самим, прирікаючи їх з народження на повну ізоляцію від суспільства. Останнім часом батьки з подібними проблемами налагоджують між собою контакти [28].

Батьки намагаються виховувати свою дитину, уникаючи його невротизації, егоцентризму, соціального і психічного інфантилізму, даючи йому відповідне навчання, профорієнтацію на подальшу трудову діяльність. Це залежить від наявності педагогічних, психологічних, медичних знань батьків, які допомагають виявити, оцінити здібності дитини, його ставлення до свого дефекту, реакцію на ставлення оточуючих, допомогти йому соціально адаптуватися, максимально самореалізуватися. Більшість батьків відзначають, у вихованні дитини з обмеженими можливостями їм недостає відповідної літератури, достатної інформації, а також медичних та соціальних працівників. Майже всі сім'ї не мають відомостей про професійні обмеження, пов'язані з хворобою дитини, про вибір професії, рекомендованої хворому з такою патологією. Діти з обмеженими можливостями навчаються в звичайних школах, вдома, в спеціалізованих школах-інтернатах за різними програмами (загальноосвітньої школи, спеціалізованої, рекомендованої для даного захворювання, по допоміжної), але всі вони вимагають індивідуального підходу [13].

Медико-соціальна допомога погіршується у зв'язку зі зміною соціально-економічної обстановки. Медико-соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями повинна бути ранньою, етапною, тривалою, комплексною, включати медичні, психолого-педагогічні, професійні, соціально-побутові, правові та інші програми з урахуванням індивідуального підходу до кожної дитини. Головне - навчити дитину руховим і соціальним навичкам, щоб в подальшому він зміг отримати освіту і самостійно працювати [40].

Вся медико-соціальна робота, що орієнтована на дитину, не до кінця враховує особливості сімей, а участь сім'ї в медико-соціальній роботі є вирішальним поряд зі спеціалізованим лікуванням.

Іноді лікування, соціальна допомога проводяться пізно через несвоєчасну діагностику. Найчастіше діагноз встановлюється на 1 або 2 - 3 році життя; тільки у 9,3%, діагноз поставлений відразу після народження, віком 7 днів (важкі ураження ЦНС і вроджені вади розвитку)[11]. Диспансерне медичне обслуговування не передбачає чітко налагодженої етапності - стаціонарна, амбулаторна, санаторна. Цей принцип простежується переважно для дітей раннього віку.

Особливо низька амбулаторна медична допомога. Вона виявляється переважно при гострих захворюваннях і незадовільною профільною. На низькому рівні знаходиться огляд дітей вузькими спеціалістами, масаж, лікувальна фізкультура, фізіолікування. Дієтолог не вирішує питання харчування при важких формах діабету, ниркових захворюваннях. Недостатня забезпеченість медичними препаратами, тренажерами, інвалідними колясками, слуховими апаратами, протезами, ортопедичним взуттям тощо. [35]

При плануванні сім'ї, лише деякі батьки вирішуються народити дитину після народження дитини з обмеженими можливостями.

Таким чином, в нами були розглянуті положення інвалідів та їх проблеми, проблеми сімей, що мають дитину-інваліда. Також виявлено, що залишаються невирішеними багато психолого-педагогічних, соціально-медичних проблем, в тому числі відсутність масового виробництва технічних засобів для навчання, пересування, побутового самообслуговування в дитячих інтернатах і домашній обстановці; незадовільний стан оснащення медичних установ сучасною діагностичною апаратурою, недостатньо розвиненою мережею установ відновного лікування, «слабкими» службами медико-психолого-соціальної роботи та медико-соціальної експертизи дітей-інвалідів.

**1.2 Особливості реалізації технологій медико-соціальної реабілітації неповнолітніх**

У світовому співтоваристві все більш помітним стає поворот від «культури корисності» до «культури гідності». У контексті цієї концепції людина з обмеженими можливостями незалежно від своєї дієздатності і корисності для суспільства розглядається як об'єкт, медичної, соціальної та психолого-педагогічної допомоги, орієнтованої на створення умов для повної самореалізації його особистості.

Даний підхід, безсумнівно, ідеальний і для реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

Реабілітація (від позднелатинского rehabilitatio - «відновлення») - комплекс медичних, психологічних, технічних, педагогічних, професійних заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих та інвалідів.

Медична, психологічна, педагогічна, технічна, професійна функції, забезпечують медико-соціальну реабілітацію хворого. Основні завдання реабілітації полягають в тому, щоб зробити інваліда здатним до життя в суспільстві, створити відповідні передумови для залучення його в суспільно-трудове життя суспільства [31].

Відновлювальне лікування дітей-інвалідів не обмежується оперативним втручанням, медикаментозним та фізіотерапевтичним впливом, воно складається з тривалих і різноманітних етапів медичної, соціальної психологічної корекції.

В даний час визнана ефективною система цілорічного оздоровлення і реабілітації дітей-інвалідів на базі спеціалізованих дитячих установ, які використовують різні технології в процесі реабілітації.

Кількість реабілітаційних центрів для несовершенноленіх з обмеженими можливостями кожним роком збільшується.

У центрах функціонують, як правило, кілька відділень, наприклад:

1. Відділення інтенсивної реабілітації в якому є зали лікувальної фізкультури, різні тренажери, велотренажери, батути, бігові доріжки та ін.). Зали оздоблюються спеціальними дзеркалами; кабінет водних процедур, в якому розміщуються гідромасажні ванни, використовується для дітей-інвалідів з психосоматичної патологією і вираженою гідрофобією, з захворюванням шкіри і підшкірно-жирової клітковини. Ванни зручні тим, що після прийняття процедури дитина може без шкоди для здоров'я отримувати інші види лікування, в тому числі на свіжому повітрі; физиокабинет з сучасним обладнанням; інгаляторій з апаратами: компресійні небулайзери кабінети масажу обладнані масажними.

2. Відділення психолого-педагогічної реабілітації: кабінет біологічного зворотного зв'язку призначений для проведення психолого-педагогічної реабілітації та корекції психо-емоційного стану; кабінет діагностики для роботи психотерапевта з дітьми. Новим перспективним напрямком в роботі центрів може бути впровадження діагностичного обстеження перед початком проведення медико-соціальних реабілітаційних заходів і оцінка стану пацієнта в динаміці.

2. кабінет психо-емоційного розвантаження дозволяє фахівцям психолого-педагогічної реабілітації проводити аутотренінги, корекцію психо-емоційного стану, зняття м'язового та емоційного напруження;

3.комп'ютерний клас, обладнаний сучасною технікою, може бути потужним резервом ігрової терапії. Мультимедійні гри під керівництвом психологів допоможуть сформувати у дитини такі якості як подолання страхів перед непередбаченими обставинами, попередити утворення психоастенической акцентуації характеру особистості підлітків;

4. кабінет індивідуальної роботи психолога з дітьми;

5. зимовий сад;

6. конференц-зал.

На території центру може встановлюватися дитячий спортивно-ігровий майданчик з багатопрофільним обладнанням і нетравматичним покриттям, що дозволяє використовувати спеціалізовані реабілітаційні методики.

 Можуть бути відкрита бібліотека з навчальним класом, кабінет декоративно-прикладного мистецтва, кабінет гурткової роботи, творча майстерня.

У центрах созданются всі умови для здійснення комплексної реабілітації. Реабілітаційні заходи для дітей виконуються на підставі індивідуальної програми реабілітації, яка розробляється відповідними фахівцями і повинна включати ряд заходів медико-соціально, педагогічного та психологічного характеру.

Фахівці реабілітаційних центрів повинні застосовувати сучасні технології та методики. У корекційно-розвиваючому напрямку можуть використовуватися такі технології, як казкотерапія, пісочна терапія, арттерапія (спеціалізована форма психотерапії, заснована на мистецтві, в першу чергу образотворчої і творчої діяльності і використовувана для розвитку особистості через розвиток здатності самовираження і самопізнання).

У Центрах можуть використовуватися не тільки традиційні способи терапії, але і методи лікувальної терапії, психологічної корекції в поєднанні з адаптацією дітей у колективі. Повинна приділятися велика увага впровадженню інноваційних методів і програмних розробок в реабілітаційній практиці таких, як гарденотерапія, кинезотерапия. У Центрі можуть і повинні проводяться заняття в кабінетах по лікувально-відновлювальним програмам. Може використовуватися лікування в соляній кімнаті. Перебування в насиченій соляними аерозолями повітряному покращує показники функції дихання. Вплив фізичних факторів калійної солі сприяє зміцненню імунного захисту організму. В цілому, в ряді випадків, після перебування в такій кімнаті, спостерігаються позитивні результати від застосування цих методів впливу. Все це сприятливо впливає на здоров'я дітей, які мають захворювання верхніх дихальних шляхів. Давно відомо про вплив теплих потоків води на чоловічий організм. Альтернативою природним термальним джерелам є СПА-басейн, відвідуя який можна пройти ряд спеціальних водних процедур (гідромасаж, ароматерапія). Водні процедури розслаблюють м'язи тіла, покращують кровообіг, організм очищається, підвищується самопочуття людини в цілому.

Завдяки застосуванню в реабілітаційних центрах комплексних реабілітаційних заходів відбувається значне поліпшення стану здоров'я дітей, а також збільшується їх активна участь в соціально-значущіх заходах.

Іпотерапія є визнаним засобом реабілітаці хворих соматичними, психічними захворюваннями, після травм. Цей метод увійшов в комплекс реабілітаційних засобів, що застосовуються в деяких реабілітаційних центрах.

Верхова їзда при ДЦП сприяє корекції негативних установок опорно-рухового апарату, збільшує рухливість у суглобах, нормалізує м'язовий тонус, розвиває маніпулятивну функцію рук, покращує діяльність серцево-судинної, дихальної та інших систем організму, підвищує адаптацію організму до фізичних навантажень, стабілізує емоційну сферу, виховує самостійність і незалежність.

Необхідно також відзначити, що при тому, що авторитет іпотерапії неухильно зростає, а його можливості розширюються, тим не менш, застосування не безмежне і має ряд протипоказань. Іпотерапія має застосовуватися обережно в кожному індивідуальному випадку.

Цей новий в практиці метод реабілітації з'явиться величезною рушійною силою в одужанні дітей і отримає належний розвиток.

 Таким чином реабілітаційні центри відрізняються між собою оздобленню, високоефективними приладами, технологіями і методами реабілітації що застосовуються.

Методами медико-соціальної реабілітації є:

1. розвиток мереж спеціальних підприємств спільно зі службами медичного забезпечення;

2. працевлаштування на умовах скороченого робочого дня, тижня, перерви в роботі, гнучкі графіки роботи;

3. розширення можливостей трудової діяльності;

4. надання повного обсягу медичної допомоги, формування середовища життєдіяльності інвалідів та законодавче усунення причин, що перешкоджають їх доступу до інфраструктури;

5. створення умов для професійної підготовки до трудової діяльності, створення центрів відновного лікування на амбулаторному, стаціонарному та курортно-санаторному рівнях [16].

Медико-соціальний працівник в межах своєї діяльності має сприяти вирішенню основних корекційних завдань, реалізація яких в навчально-освітніх закладах для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, часто порушена.

До таких завдань відносяться:

- визначення цілей, завдань, змісту, принципів і методів виховання, навчання, трудової та соціальної підготовки різних категорій дітей з порушеннями опорно-рухового апарату;

- розробка спеціальних технічних засобів, що допомагають дітям з фізичними вадами урозвитку, більш успішно і в різних аспектах пізнавати навколишню дійсність, встановлювати контакт з іншими дітьми і дорослими;

- визначення шляхів і засобів профілактики виникнення порушень розвитку у дітей;

- знаходження шляхів, що дозволяють поліпшити, зробити більш комфортним життя осіб, що мають порушення опорно-рухового апарату, в соціальному середовищі - в родині, в навчальних і трудових колективах. [18]

У психологічному плані інвалідність ставить перед людиною безліч проблем. Інвалідність - це специфічна ситуація розвитку і стану особистості, яка як правило супроводжується обмеженнями життєдіяльності в найрізноманітніших сферах.

Інваліди з дитинства - найбільш слабо захищена категорія інвалідів, що має свою специфіку, обумовлену, в залежності від часу настання порушень і обмежень життєдіяльності, відсутністю того соціального досвіду, який мають інваліди, які отримали інвалідність після вісімнадцяти років.

На відміну від літніх людей з відносно обмеженими потребами, серед яких переважають прикуті до візка з продовженням активного способу життя, молоді інваліди мають потреби в отриманні освіти та працевлаштування, в реалізації бажань в області розважального дозвілля і спорту, у створенні сім'ї та ін. [35].

Роль медико-соціального працівника полягає в тому, щоб створити особливе середовище.

Терапія середовищем займає провідне місце в організації способу життя інвалідів молодого віку. Основним напрямком є ​​створення активної, діючого середовища перебування, яка спонукала б молодих інвалідів на "самодіяльність", самозабезпечення.

Для реалізації ідеї активізації середовища можна використовувати зайнятість працею, аматорські заняття, суспільно-корисну діяльність, спортивні заходи, організацію змістовно-розважального дозвілля, навчання професіям. Такий перелік заходів повинен здійснюватися відповідними фахівцями. У зв'язку з цим, фахівцям необхідно володіння методами і прийомами роботи з особами, що обслуговують інвалідів. З урахуванням таких завдань, вони повиненни знати функціональні обов'язки медичного і допоміжного персоналу. Вони повинні уміти виявити загальне, подібне в їхній діяльності і використовувати це для створення терапевтичного середовища.

Для створення позитивного терапевтичного середовища фахівцям необхідні знання не тільки психолого-педагогічного плану. Нерідко доводиться вирішувати питання і юридичні (цивільного права, трудового регулювання, майнові та ін.). Рішення або сприяння у вирішенні цих питань сприятиме медико-соціальній адаптації, нормалізації взаємин молодих інвалідів, а, можливо, і їх соціальної інтеграції [37].

При роботі з неповнолітніми інвалідами важливо виявлення лідерів з контингенту осіб з позитивною соціальною спрямованістю. Опосередкований вплив через них на групу сприяє формуванню спільних цілей, згуртованості інвалідів в ході діяльності, їх повноцінного спілкування.

Спілкування, як один з факторів соціальної активності, реалізується в ході трудової зайнятості та проведення дозвілля. Тривале перебування неповнолітніх інвалідів свого роду, соціальному ізоляторі, не сприяє формуванню навичок спілкування. Воно носить переважно ситуативний характер, відрізняється нестійкістю зв'язків.

Ступінь соціально-психологічної адаптації неповнолітніх інвалідів значною мірою визначається їх ставленням до своєї хвороби. Воно проявляється або запереченням хвороби, або раціональним ставленням до захворювання. Цей останній варіант виражається в появі відгородженості, пригніченості, у постійному самоаналізі, у відході від реальних подій та інтересів. У цих випадках важлива роль медичного, соціального працівника як психотерапевта, який використовує різні методи відволікання інваліда, від песимістичної оцінки свого майбутнього, переключає його на повсякденні інтереси, орієнтує на позитивну перспективу [17].

Роль таких працівників полягає в тому, щоб з урахуванням вікових інтересів, особистісно-характерологічних особливостей організувати соціально-побутову і соціально-психологічну адаптацію неповнолітніх інвалідів.

Потреби інвалідів в професійному навчанні визначаються чисельністю контингенту випускників-інвалідів корекційних шкіл і шкіл загального типу, працездатних інвалідів, оглянутий в бюро медико-соціальної експертизи, які отримали направлення на профнавчання або перенавчання.

Досить суттєвою є взаємозв'язок між рівнем освіти. Чітко простежується залежність позитивного ставлення до профконсультування від рівня освіти: з ростом рівня освіти безробітні вище оцінюють важливість профконсультацій. Також виявляється чіткий зв'язок рівня освіти та ставлення до важливості працевлаштування: посилення бажання працевлаштуватися з підвищенням рівня освіти.

Сприяння в надходженні інвалідів до навчального закладу є однією з важливих функцій участі соціального працівника в реабілітації цієї категорії [18].

Одним з основних напрямків підтримки дорослих дітей-інвалідів є професійна реабілітація як найважливіша складова частина державної політики в галузі медико-соціального захисту. Важливу роль в процесі реабілітації має можливість самореалізації.

Важливим розділом діяльності медико-соціального фахівця є працевлаштування інваліда, що може бути здійснено (відповідно до рекомендацій медико-соціальної експертизи) або в умовах звичайного виробництва, або на спеціалізованих підприємствах, або в домашніх умовах [58].

Проблема з якою стикаються неповнолітні, що мають групу інвалідності - це неможливість працювати.

Професійна реабілітація інвалідів включає наступні заходи, послуги і технічні засоби: профорієнтація; психологічна підтримка професійного самовизначення; навчання (перенавчання) за програмами основної загальної освіти, середньої (повної) загальної освіти, початкової, середньої та вищої професійної освіти; підвищення кваліфікації; сприяння працевлаштуванню (сприяння у працевлаштуванні на тимчасові роботи, на постійне місце роботи, самозайнятості і підприємництву); квотування і створення спеціальних робочих місць для працевлаштування інвалідів; професійно-виробнича адаптація [5].

Фахівці повинни керуватися нормативними актами про працевлаштування, про перелік професій для інвалідів та ін.. І надавати їм дієву допомогу.

Таким чином, професійна підготовка і професійна освіта інвалідів є найважливішими аспектами їх професійної реабілітації.

У зв'язку із зростанням останнім часом числа дітей-інвалідів, особливого значення набуває проблема психологічної адаптації не тільки дитини, що страждає тією чи іншою патологією, а й сім'ї, в якій вона виховується.

Ізоляція, в якій знаходиться значна частина сімей, які виховують дітей-інвалідів, посилює психічну травму, викликану інвалідністю дитини. Це нерідко спричиняє за собою створення нездорової емоційно-психологічної обстановки, сприяє розвитку неврозоподібних станів, а в окремих випадках - психічних захворювань, як у дітей, так і у батьків.

Народження дитини-інваліда деформує сім'ю. Труднощі, які відчувають батьки хворої дитини, значно відрізняються від повсякденних турбот, що хвилюють звичайну сім'ю. Це відбувається внаслідок колосального психологічного навантаження, яку несуть члени сім'ї, яка виховує дитину-інваліда. Багато батьків в ситуації, що склалася виявляються безпорадними. Їхнє становище можна охарактеризувати, як внутрішній (психологічний) і зовнішній (соціальний) тупики [51].

Більшість батьків схильні до рішучого самоконтролю. Проблеми, які хвилюють їх в першу чергу, крім здоров'я хворої дитини, стосуються, як правило, власного самопочуття і міжособистісних відносин. Стан свого здоров'я все батьки розглядають як результат перенесених переживань через хворобу дитини.

Крах життєвих планів, розлад у родині, позбавлення улюбленої роботи, розрив звичних зв'язків, погіршення матеріального становища - ось далеко не повний перелік проблем, які можуть дезадаптувати інваліда, викликати у нього депресивну реакцію і з'явитися фактором, який ускладнює процесс реабилитации. Роль медико-соціального працівника полягає в співучасті, у проникненні в сутність психогенної ситуації інваліда й спробі усунути або пом'якшити вплив її на психологічний стан інваліда. Спеціаліст повинен, в зв'язку з цим, володіти певними особистісними якостями і володіти основами психотерапії.

Неповнолітні інваліди знаходяться в оточенні здорових у порівнянні з ними людей і потребують також в медико-соціальному захисті, допомозі, підтримці. Ці види допомоги визначені законодавством, відповідними нормативними актами, інструкціями і рекомендаціями.

Таким чином, в даному розділі описана важливість реалізації технологій медико-соціальної реабілітації; при порівнянні реабілітаційних центрів було виявлено, що центри розрізняються між собою оснащеністю високоефективними приладами, застосовуваними технологіями і методами реабілітації; також були розглянуті методи, що застосовуються в медико-соціальній реабілітації; визначена роль і місце фахівців в процесі реалізації технологій медико-соціальної реабілітації та доведено, що участь фахівця в реабілітації неповнолітніх інвалідів носить багатовекторний характер, який передбачає не тільки освіту, обізнаність у законодавстві, а й наявність відповідних особистісних особливостей, що дозволяють довірливо ставитися до цієї категорії працівників.

**Розділ 2. Дослідно-експериментальне дослідження з проблеми медико-соціальної реабілітації дітей і підлітків з обмеженими можливостями життєдіяльності**

**2.1. Досвід діяльності центрів реабілітації дітей та підлітків з обмеженими можливостями життєдіяльності**

Метою діяльності центрів реабілітації є надання медико-соціальної, соціально-правової, психолого-педагогічної, допомоги сім'ям, які мають дітей з обмеженими можливостями. В силу захворювань вони не можуть відвідувати звичайні школи і дитячі садки. Це діти зі складними комплексними порушеннями (ДЦП, генетичні порушення і розумова відсталість тощо), вони знаходяться на спеціальному або індивідуальному навчанні. Навчання у центрі реабілітація дітей з обмеженими можливостями організується через включення цих неповнолітніх в ігрову, трудову і соціокультурну діяльність здорових однолітків (в інтегрованих групах).

Реабілітаційні центри здійснюють комплексну (медико-соціальну, медичну, психолого-педагогічну) реабілітацію дітей, що мають відхилення у фізичному чи розумовому розвитку, і членів їх сімей, надають послуги дітям та підліткам інвалідам, що мають захворювання ЦНС, зі складною структурою дефекту з вираженою розумовою відсталістю (олігофренія, епілепсія, гідроцефалія, ДЦП тощо), хромосомні порушення (синдром Дауна, синдром Ретта, міопатія Дюшена, і т.д.), психічні розлади в стадії ремісії (шизофренія, аутизм і т.п.), мовні і соматичні розлади. Більшість дітей, що обслуговуються центрах - інваліди дитинства, що не відвідують навчальні заклади.

Центри працюють в режимі денного стаціонару з цілорічним обслуговуванням дітей і членів їх сімей.

Центри можуть обслуговувати: щодня в середньому - 55 - 70 осіб; протягом року або до 3 тис. чоловік кожен на рік. За рік фахівцями кожного центру виявляється приблизно більше 30 тис. медико-соціальних, соціально-економічних, соціально-правових, медичних, психолого-педагогічних послуг.

Комплекс відновного лікування включає в себе: функціональну діагностику, комплексний і сегментарний масаж, фізіотерапевтичні процедури, лікувальну фізкультуру, ЛФК з використанням лікувально-навантажувальних пристроїв, механотерапію, медикаментозне лікування.

Медико-соціальна та психолого-педагогічна реабілітація здійснюється через включення дітей в ігрову, трудову і соціокультурну діяльність здорових підлітків.

Виховання в сім'ї неповнолітнього інваліда - це дуже важлива і відповідальна задача, поставлена ​​перед батьками, тому що сім'я дитини - це саме те середовище, яка повинна створити сприятливі умови для його розвитку і зростання. Але впоратися самостійно з цією ситуацією, на жаль, під силу не кожній родині. Адже народження дитини з відхиленнями у розвитку - велике потрясіння для батьків. У даній ситуації потрібен певний період адаптації. Коло проблем сімей, які виховують неповнолітніх інвалідів, досить великий - проблеми психологічної допомоги, виховання і навчання, економічні проблеми, низький рівень юридичної обізнаності, найчастіше - відсутність спеціальної медичної допомоги. Саме тут і повинні задіяти свої сили, свій потенціал фахівці спеціальних установ, так як без їх кваліфікаційної допомоги, без тих засобів, якими володіють реабілітаційні установи, при відсутності оптимального для дитини режиму супроводу, батьки досить довго долають всі стадії співволодіння з проблемною ситуацією [38]. Реабілітаційний центр - саме та установа, яка покликана вирішувати комплексні завдання, пов'язані з медико-соціальною реабілітацією неповнолітніх інвалідів та сімей, що їх виховують.

Сім'ї неповнолітніх інвалідів мають в чомусь подібні труднощі. Знайти відповіді на питання, що виникають у батьків, під силу лише команді, в яку входить вся сім'я, медико-соціальні працівники, медичні фахівці і педагоги реабілітаційних центрів, освітніх та інших установ. Наявність комплексної програми з реабілітації сімей, які виховують неповнолітніх інвалідів, перспективних і поточних планів роботи фахівців дозволяють вирішувати ці проблеми.

Фахівець, який працює з сім'єю, що має неповнолітнього інваліда, повинен мати повні відомості про родину, в якій виховується дитина-інвалід.

Великий відсоток неповних і малозабезпечених сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями, що потребують соціальної підтримки. Найчастіше розпаду сім'ї сприяють виникнення міжособистісних відносин, конфлікти з приводу виховання дитини, поділу обов'язків по догляду за ним. І якщо навіть у родині живуть батько й мати, уникнути сімейних конфліктів буває складно. Несприятливий психологічний статус батьків призводить до того, що вони не можуть адекватно оцінити можливості дитини, неправильно його виховують. У цьому випадку підключення до даної проблеми медико-соціального працівника, соціального педагога, психолога необхідно. Реабілітаційний центр будує свою роботу так, щоб змінити вище означені стереотипи в сімейних проблемах.

З цією метою в план роботи включаються індивідуальні консультації для батьків і неповнолітніх дітей. Індивідуальну роботу з батьками проводять на заняттях лікувальної гімнастики (кожен батько повинен опанувати комплексом занять лікувальної гімнастики для своїх дітей), на сеансах масажу, на зустрічах з логопедами, психологами, на музичних заняттях і на заняттях з корекційного праці, в бесідах з соціальними педагогами, де разом зі своїми дітьми батьки крок за кроком просуваються до позитивних результатів.

Повинні проводитися консультації щодо вирішення медичних проблем, з питань лікарського забезпечення, прав і пільг, навчання, житлових проблем, працевлаштування. Дана робота із законними представниками дітей, як правило, проводиться в період проходження неповнолітніми курсу реабілітації. Вкрай важливо здійснювати правове просвітництво дітей-інвалідів та їх законних представників в установах медико-соціального забезпечення. Реабілітаційна робота з сім'єю полягає в тому, щоб всі члени сім'ї зрозуміли, що забобони щодо фізичної неповноцінності - результат недостатньої інформованості, а також некоректного ставлення до конкретної дитини. Крім того, фахівці центрів допомагають батькам визначити пріоритети. Для батьків важливіше їх власна свобода задовольняти свою потребу і потребу дітини в соціальних контактах, з'являючись з дитиною в громадських місцях [59].

Останнє завдання є найбільш важким, так як окремі сім'ї приховують дитину від оточуючих, щоб зберегти свій престиж в очах знайомих.

Важливою складовою соціальної реабілітації дитини-інваліда та його родини є соціокультурна діяльність.

Без соціокультурної діяльності як системи реабілітаційних заходів не може бути розкритий внутрішній потенціал дитини та її сім'ї, його креативні здібності, комунікабельність. Включення батьків в соціокультурну діяльність (участь в екскурсіях, культурно-дозвіллєвих заходах) є способом профілактики депресивних станів і зменшує період негативних переживань з подальшою оптимізацією реабілітаційного процесу.

Для багатьох батьків дуже важливі зустрічі з іншими сім'ями, у яких такі ж самі проблеми, однакові захворювання або травми дітей. Об'єднуючись в групи взаємопідтримки, вони допомагають один одному долати життєві труднощі.

Таким чином, в умовах реабілітаційного центру, який проводить комплексну реабілітацію дітей з обмеженими можливостями, відбувається найбільш повна медико-соціальна реабілітація сімей, які виховують неповнолітніх дітей-інвалідів.

 В даний час в реабілітаційній практиці використовуються як традиційні, так і інноваційні технології. Важливою характеристикою сучасних медичних технологій є їх медико-соціальна орієнтованість, наявність педагогічного компонента (що передбачає навчання батьків базовим навичкам медико-соціальної реабілітації), критеріальна оцінка ефективності.

Звернемося до немедікаметозних методів реабілітації дітей з церебральним паралічем.

ДЦП у всіх країнах світу займає одне з провідних місць в структурі хронічних хвороб дітей і має тенденцію до збільшення його поширеності (до 9 на 1000 чоловік). Тяжкість клінічних проявів призводить до ранньої інвалідності хворих.

Завданням медико-соціальної реабілітації дітей є досягнення такого результату, при якому дитина - інвалід виявляється здатний до виконання соціальних функцій, які є у здорових дітей. Діти-інваліди потребують ретельного і систематичного навчанні цим навичкам. Для цього в реабілітаційному центрі створюються програми комплексної реабілітації, що включає лікувальні заходи - ЛФК з елементами педагогіки, метод вертикалізації - заняття на тренажерах, всі види масажу, теплові процедури, методи апаратної фізіотерапії, динамічну проприоцептивную корекцію за допомогою лікувально - навантажувальних костюмів.

Лікувально - навантажувальні костюми впливають на тонічні рефлекси, які лежать в основі формування патологічних м'язових взаємодій (синергій) у хворих і обумовлюють подолання дії сили тяжіння дефектним шляхом. Лікувально - навантажувальні костюми дозволяють робити функціональну корекцію пози хворого максимально ефективно. Пристрої являють собою систему еластийних тяг, закріплених на противагу з передній і задній поверхні тіла. Тяги задають строго дозоване компресійне навантаження уздовж тіла, що забезпечує вплив на м'язи - антагоністи тулуба і ніг, а так само еластичні тяги коригують положення тіла пацієнта. Створюється потужний інформаційний потік від рецептів м'язів, суглобів, зв'язок, що направляються в центральну нервову систему, де формуються слідові образи рухів, таким чином, при активних рухах пацієнта відбувається закріплення правильної пози і правильного акту руху на рівні ЦНС, а так само поліпшуються пізнавальні функції мозку.

Фізічна реабілітація в ігровій формі сприяє позитивному, емоційному сприйнятті занять і позитивного ефекту.

У реабілітаційної карті хворого фіксуються початкові параметри тестів. Виходячи з фізичних параметрів (зріст, вага) дитини розраховується необхідне навантаження. Початкове навантаження складає 20% від ваги дитини і регулюється ступенем натягування тяг.

Тривалість занять з часом наростає поступово, починаючи з 30 хвилин.

Протягом 2 - 3-х днів тривалість заняття збільшується до 1 години.

Протягом всіх етапів динамічної пропріокоррекціі, поруч з дитиною, присутні батьки, які під контролем фахівця допомагають дитині в правильному виконанні тих чи інших вправ, підтримують дитину емоційно, а також освоюють той комплекс упраражненій, які необхідно щодня виконувати в домашніх умовах для закріплення отриманого результату [59].

Тепер звернемося до інших технологій - соціокультурних, розроблених на стику різних областей занять, які використовують методи культурної діяльності, педагогіки, реабілітології. Метою медико-соціальної реабілітації є відновлення статусу особистості, забезпечення соціальної адаптації в суспільстві, досягнення матеріальної незалежності.

Особливе місце в організації медико-соціальної реабілітації займає творча діяльність.

Пошук нових способів реабілітації дітей-інвалідів привів до ідеї використовувати театральну діяльність як форму корекції особистісного розвитку і соціальної поведінки дітей. Робота фахівця, що організує творчу діяльність в реабілітаційних установах, має свою специфіку: по-перше, потрібен час на прийняття дітей з їх особливостями, по-друге, необхідно співвіднесення творчого та реабілітаційного завдання.

Для того щоб аналізувати результати обраного методу реабілітації, були розроблені діагностичні карти. Фіксуються зміни в когнетівних процесах, емоційно-вольових і комунікативних сферах. Крім того звертається особлива увага на формування специфічних театральних навичок. Наприклад, в постановці лялькового спектаклю важливо навчити дітей прийомам почуття ритму і пластики.

Крім загальних реабілітаційних завдань, обов'язково ставляться персональні, відповідно до проблем дитини. Наприклад, зниження почуття тривожності, розвиток спонтанності і формування навички виступу на публіці.

Батьки спочатку займають пасивну позицію, в даний час вони не тільки шиють костюми, виготовляють реквізити, але беруть участь у виставах як актори. Для батьків необхідно випускати методичні посібники з різних напрямків комплексної реабілітації.

Звернемося до проектної діяльності, де особливе місце займає садові терапія. Є програми садової терапії (гарденотерапія), які призначені для реабілітації та соціальної адаптації несовершенноленіх дітей з розумовою відсталістю, дитячим церебральним паралічем (ДЦП) і їх батьків. Програми включають систему теоретичних і практичних занять і мають на увазі реалізацію деяких напрямків роботи у вільний від занять час. Передбачається навчання несовершенноленіх і їх батьків навичкам роботи з грунтом, посадки рослин в грунт і під плівку, поливу та підживлення рослин в різні сезони року; створення клумб; букетів з живих і сухих рослин.

Термін гарденотерапія досить новий. Спілкування з рослинами і елементарні трудові навички покращують настрій дитини, сприяє розкриттю власних емоцій, дозволяють виявляти турботу про іншу людину.

Діти і батьки 2-3 рази в тиждень можуть відвідувати заняття по садової терапії і, коли зацвіли посаджені своїми руками квіти видно, як радіють діти і їх батьки. Садова терапія позитивно змінює погляди батьків, стурбованих відходом і лікуванням дітей і є одним з найстаріших видів активної терапії [45].

З моменту народження в сім'ї дитини-інваліда, необхідно якомога швидше визначити маршрут його медико-соціального супроводу різними структурами: медичними, освітніми установами, реабілітаційними центрами та громадськими організаціями. Дитина росте, відвідує, в міру можливості, різні установи: спортивні, освітні і т.п.. Але коли їй виповнюється 18 років, вона стає дорослим (тобто вже не підлягає реабілітації в спеціалізованій установі). Перед сім'єю постає питання подальшого життєустрою молодого інваліда. Де можна застосувати знання і навички, отримані в школі, творчі здібності в різних видах діяльності, які він розвинув, займаючись в гуртках (шиття, бісероплетіння, деревообробка)? Перед фахівцями постає проблема, в якій формі це зробити. Як показала практика, основною формою життєустрою даної категорії молодих людей є залучення їх до посильної допомоги різних установ. Для підтримки цієї ідеї необхідно залучати установи культури, музеї і т.п.. Вони можуть дати можливість молодим інвалідам брати участь в соціально-корисної діяльності, що істотно змінює якість їх життя і змінює соціальний статус.

Нова форма співпраці з музеями освоюється в кілька етапів:

1 етап - діти 6 - 9 років беруть участь у святах, що проводяться на майданчику музеїв.

2 етап - діти старшого віку (10 - 13 років) відвідують пересувні виставки, як на базі музеїв, так і на базі центрів реабілітації; беруть участь в роботі спільних творчих майданчиків та інше

3 етап - підлітки (14 -18 років) готують експозиції, вчаться проводити екскурсії і т.п..

Музеї стають надійними партнерами в медико-соціальних проектах, в літні оздоровчій програмі; вони активно беруть участь у фестивалях, що проводяться для дітей-інвалідів та їх сімей.

Результати реалізації видно в наступному: діти-інваліди включаються в програму профорієнтації та трудової реабілітації на базі музеїв, де їм пропонуються різні види діяльності, відповідно до їх можливостей:

- вони клеять конверти для музейного архіву;

- знаходять навички помічника - екскурсовода і доглядача залу;

- є авторами персональних виставок та інше.

Для дітей які не включені в програми комплексної реабілітації, можуть створюватися різні клуби за інтересами. Вони можуть реалізовувати такі завдання:

- розширення реабілітаційного та соціального простору дітей і батьків;

- забезпечення адаптивної середовища для молодих інвалідів, які закінчили (за законом) реабілітаційний цикл, але не мають перспективи подальшого життєустрою;

- підвищення батьківської компетентності в питаннях виховання і розвитку дітей з обмеженими можливостями;

- створення умов для формування самостійної і активної життєвої позиції, як батька, так і дитини;

- посилення реабілітаційного потенціалу у дітей з обмеженими можливостями;

- залучення фахівців інших установ і організацій до співпраці.

Ці клуби можуть працювати у вихідні дні. Консультації для дітей та батьків проводять фахівці центрів реабілітації. Основний акцент може робитися на соціокультурну діяльність, яка розвиває навички ефективної соціальної поведінки у зовнішньому середовищі.

В процесі роботи клубу фахівці розвивають різні форми організації процесу реабілітації дітей-інвалідів

. В цьому випадку медико-соціальне обслуговування:

- наближене до місця проживання сім'ї, що виховує дитину-інваліда,

- здійснюється поза спеціалізованими (лікарні, санаторії, притулки і т.д.) установами,

- припускає міжвідомча взаємодія,

- вимагає обов'язкової участі батьків [32].

Нестаціонарні форми, які надають реабілітаційні послуги дітям-інвалідам та їхнім сім'ям, клуби, допомагають розвивати творчі здібності дітей з обмеженими можливостями, готувати їх до навчання і посильної праці, формувати соціальні навички.

Створення сімейних клубів та інших нестаціонарних форм реабілітації дозволяє не тільки стимулювати активність батьків у розвитку дітей з порушеннями, але і готує грунт для відкриття нових реабілітаційних центрів. Інтегровані дитячі творчі та трудові групи, молодіжні акції, волонтерський рух, систематична робота із засобами масової інформації дали новий імпульс виховання толерантності в молодіжному середовищі, вплив на громадську думку по відношенню до дітей - інвалідів в сторону прийняття їх як рівних, створення умов для творчої реалізації обдарованих дітей -інвалідів, які проживають в сільських районах.

В цілому проект орієнтований на підтримку сімейних, а не інтернатних форм життєустрою дітей з порушенням розвитку, створення механізмів інтеграції дітей зі складними комплексними порушеннями в суспільство [49].

В даному розділі розглянуто діяльність реабілітаційних центрів, в результаті цього можна зробити висновок, що система медико-соціальної реабілітації знаходиться на високому рівні. В центрах застосовуються медикаментозні, соціокультурні, інші методи, які відіграють значну роль в соціальній реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями. Клуби реабілітації сприяють розвитку навичок ефективної соціальної поведінки у зовнішньому середовищі; розглянули нестаціонарні форми реабілітації, які необхідні в розвитку процесу реабілітації неповнолітніх з інвалідністю.

**2.2. Узагальнення результатів дослідження професійної орієнтації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності**

Одним з видів медико-соціальної реабілітації є професійна реабілітація, яка складається з комплексу заходів спрямованих на відновлення працездатності. Професійна орієнтація є напрямком професійної реабілітації, яка сприяє виявленню професійних інтересів і допомагає намітити цілі на подальшу трудову діяльність.

Дослідження присвячене професійної орієнтації неповнолітніх з обмеженими можливостями.

Цільова спрямованість практичного дослідження включає: в себе виявлення умов організації спеціальної системи заходів, що сприяють професійної орієнтації неповнолітніх з обмеженими можливостями, а так само активізацію внутрішнього потенціалу неповнолітніх з обмеженими можливостями; також сприяє продуманому професійного вибору, долучає до активної соціально-побутової та суспільної життєдіяльності відповідно до інтересів, здібностей і можливостей неповнолітніх з інвалідністю.

Таким чином, в рамках нашого дослідження ми постаралися:

1. Визначити професійну спрямованість учасників профорієнтаційних занять;

2. сформувати професійні знання, вміння, навички;

3. надати практичну можливість реалізувати отримані навички в процесі занять;

4. надати інформацію з питань необхідних особистісних якостей, індивідуальної професійної спрямованості, різноманітності потрібних професій, за мотивами вибору професії.

5. навчити неповнолітніх з обмеженими можливостями ставити перед собою цілі,та досягати їх;

6. навчити учасників профорієнтаційних занять самопрезентації, усвідомлення законів взаємодії між людьми, обумовлених особливостями самосвідомості;

7. розвиток навичок самопрезентації, впевненості, ассертивности;

8. надання медичних рекомендацій з метою недопущення прогресуючого розвитку основного і супутнього захворювання.

 Дослідження включало 8 занять, розрахованих на 12 годин, тривалість кожного заняття - півтори години. Основна форма роботи - групові заняття, в середньому 12 осіб у групі. У дослідженні взяли участь три групи неповнолітніх з обмеженими можливостями в кількості 36 чоловік у віці від 12 до 22 років і фахівці-експерти реабілітаційного центру в кількості 15 чоловік - психологи, педагоги, соціальні працівники, медичні працівники.

Дане дослідження носить навчальний характер, так як в процесі її реалізації учасники отримали необхідні знання про постановку цілей на майбутнє, про модель досягнення цілей, самопрезентації, навчилися Самопрезентація на співбесіді, дізналися про наявність власних здібностей, нахилів, інтересів, виміряли свої життєві навички, а також вивчили стратегію подолання проблем. Необхідно враховувати той факт, що діти і підлітки з обмеженими можливостями часто бувають ізольовані від суспільства, більшість з них зазнають труднощів при отриманні загальної середньої освіти і продовжують його будинку при індивідуальному навчанні. І, нарешті, отримавши його, намагаються працевлаштуватися, але, зіткнувшись з реальними труднощами життя, швидко здаються, втрачають впевненість у собі. Серед неповнолітніх з обмеженими можливостями зустрічаються молоді люди з досить сильним життєвим потенціалом, які стрімко і напористо йдуть до своєї мети. У таких випадках величезна заслуга належить батькам, які не кидають своїх дітей, а знаходять в собі сили боротися з виникаючими важкими життєвими ситуаціями і вчать їх самостійності і оптимістичній цілеспрямованості [21].

Важливо, щоб діти і підлітки з обмеженими можливостями усвідомили, що в цьому житті вони надані самим собі, і потрібно показати, що вони можуть і обов'язково повинні стати матеріально незалежними і самостійними людьми. Дане дослідження дало знання по визначенню життєвих проблем, допомогло виявити свої професійні інтереси, намітити цілі в житті і показало засоби досягнення їх. Дослідження має психолого-педагогічну спрямованість, і виконують функції соціальної підтримки в процесі проведення профорієнтаційної роботи.

В основі організації профорієнтаційної роботи з дітьми та підлітками з обмеженими можливостями лежать різні моделі і підходи, важливе місце тут займає особистісно-орієнтований підхід. Він включає в себе визнання особистості як неповторної індивідуальності, з її інтелектуальної та моральної свободою, правом на повагу.

Зацикавити, виробити стійку потребу в знаннях, в творчому осмислення - основна мета. Там, де спостерігається прагнення до досягнення мети, пробуджується активний інтерес до діяльності та пізнання своїх можливостей [5].

Структура групової роботи:

1. Планування діяльності групи.

2. Підготовка до занять. Матеріали.

3. Введення. Пояснення того, в якому порядку буде працювати група.

4. Підготовка групи. Зняття внутрішніх бар'єрів, фаза емоційного згуртування групи.

5. Практична робота. Основний етап.

6. Заключний етап.

7. Аналіз та оцінка.

Оцінка результатів роботи з дослідження: перед початком курсу і по закінченню проводиться діагностика з використанням анкети неповнолітніх з обмеженими можливостями. Тесту Дж. Голланда за визначенням типу особистості, тесту «Самооцінка впевненості в собі».

Оцінка результатів включає в себе:

1. Порівняльний аналіз результатів первинної та заключної діагностики, проведеної з використанням анкети;

2. порівняльний аналіз результатів первинної і заключної діагностики, проведеної з використанням тесту Райдаса «Самооцінка впевненості в собі»; 3. якісний і кількісний аналіз даних, отриманих за допомогою тесту Дж. Голланда за визначенням типу особистості;

4. аналіз даних отриманих в результаті спостереження, інтерв'ю з фахівцями-експертами реабілітаційного центру, бесіди по ходу роботи з учасниками дослідження.

1. Учасникам дослідження - дітям і підліткам з обмеженими можливостями життєдіяльності - пропонувалося відповісти на питання анкети «Професійне самовизначення і соціальна спрямованість» до і після проведення занять.

Анкета «Професійне самовизначення і соціальна спрямованість» включає в себе кілька основних блоків, спрямованих на професійну орієнтацію: професійні наміри, інтереси, нахили, здібності, особисті якості, готовність до вибору професійного шляху.

При проведенні первинної діагностики учасники намагалися уникати прямих запитань, що стосуються професійних намірів або насилу відповідали на них. Про зміст, вимоги до обраної професії практично нічого не знали. Відповіді на питання наступних блоків анкети «професійні інтереси, нахили, здібності» були дуже мізерними, містили в собі негативну інформацію: «Нічого не вмію», «Ніким не бачу себе в майбутньому». Що стосується цілей на майбутнє, то тут присутні більш оптимістичні нотки. Життєві цілі, які назвали: отримання професійної освіти, жити самостійно, завести свою сім'ю, знайти більше друзів.

Результати заключній діагностики представлені в такий спосіб. Учасники програми сміливо відповідали на всі питання анкети, з задоволенням, більш докладно. Практично всі згадали свої улюблені предмети в школі: «труди, музика, математика, російська мова, література, інформатика». В якості професійних намірів хлопці позначали: «вступити до коледжу, університету, здобути освіту, працювати». Багато визначилися зі своїми професійними інтересами і цілком ясно можуть уявити себе в майбутньому: «бухгалтером, програмістом, вихователем в дитячому саду, хореографом, автомеханіком». До способів для розвитку інтересів, пов'язаних з вибором професії, віднесли: читання спеціальної літератури, бесіду з фахівцем, заняття гімнастикою. Були виявлені деякі професійні схильності учасників програми: «схильність до математики, любов до маленьких дітей, здатність до роботи на комп'ютері, бажання вчити танцям». На думку анкетуємих, особисті якості, які переважають у них, є позитивними. До найбільш яскраво вираженим особистим якостям, необхідним для обраного професійного шляху, вони відносять відповідальність, цілеспрямованість, працьовитість, терпіння.

На питання про розвиток особистих якостей, необхідних для успішного освоєння обраної професії, називали впевненість в собі, товариськість, цілеспрямованість, толерантність. Своїми негативними особистими якостями, з якими потрібно боротися хлопці називали: лінь, неуважність.

На блок питань «Готовність до вибору професійного шляху» учасники дослідження відповідали наступним чином. Успіхи в навчальній діяльності вважають середніми, вчителі і колишні однокласники негативно ставилися до опитуваних, до їх фізичним недоліків, до психологічних комплексів і до невдач в навчанні. Після успішного проходження курсу профорієнтаційних занять учасники вважають, що зможуть здійснити свої професійні наміри. І в разі не здійснення своїх основних професійних планів передбачають запасні шляхи: працевлаштування на легку працю, надходження на заочне відділення за обраними спеціальностями, проходження курсів. Найголовніше, в результатах заключній діагностики, що учасники дослідження зрозуміли всю важливість того, що саме на даному етапі необхідно отримати професійну освіту. Вони готові впоратися з усіма комплексами, що скупчилися роками, песимістичним настроєм на майбутнє, труднощами, що виникають на професійному шляху.

2. Для успішного проходження процесу професійної орієнтації необхідно зафіксувати дані, що відображають те, наскільки кожен з учасників дослідження оцінює себе як особистість. Для цього було проведено тест Райдаса «Самооцінка впевненості в собі» неповнолітніх з обмеженими можливостями до і після проведення занять.

При первинному проведенні даного тесту результати були наступні.

У 57% учасників дослідження найнижчий показник самооцінки.

Це говорить про невпевненість у своїх силах, як в навчанні, так і в праці. Часто оцінка досягнень може бути і заниженою, звідси занижений рівень в плануванні подальшої професійної діяльності. 39% учасників дослідження мають результат, який свідчить про прояв потреби в обговоренні своїх дій з друзями, батьками. У ситуації вибору, щоб уникнути невдач дана категорія неповнолітніх з обмеженими можливостями вибирає завдання середньої складності. Всього 4% - це учасники, чиї показники відображають високий ступінь впевненості. Це дозволяє припустити, що в складних ситуаціях вони здатні бути рішучими, самостійними при прийнятті рішення.

За результатами заключної діагностики видно, що показники самокритичності змінилися в позитивному напрямку. Тепер тільки 30% учасників мають низький показник самооцінки, 61% - середній і вже 9% - високий. Це говорить про те, що у учасників дослідження з'явилася, а у деяких, зміцнилася впевненість в собі, вони навчилися планувати свою діяльність, у них з'явився позитивний настрій на майбутнє, вони не бояться і не соромляться обговорювати свої справи і мрії з батьками. В основному настрій був більш піднесеним, оптимістичним.

3. Для оцінки професійного особистісного типу використовувався тест Джона Голланда. Він, як представник концепції індивідуальності, розробив методику для визначення соціальної спрямованості особистості. Він виділяв шість типів. Даний тест провели після проходження учасниками курсу профорієнтаційних занять, так як у них стало чіткішим бачення свого професійного шляху і їм легше вибрати в кожній парі спеціальностей одну найбільш близьку.

 57% із загального числа учасників дослідження належать до соціального типу особистості. Їм притаманні соціальні вміння, вони потребують контактів. Риси характеру: прагнення вчити і виховувати, психологічний настрой на людину, гуманність, незважаючи на те, що багато учасників даного типу належать до чоловічої статі. Представники даного типу намагаються триматися осторонь від інтелектуальних проблем; активні, але часто залежні від думки групи людей. Проблеми вирішують, спираючись на емоції, почуття, вміння спілкуватися.

23% із загального числа учасників є конвенциальними особистостями. Вони вважають за краще чітко структуровану діяльність. Характер стереотипний, конкретний, практичний. Чи не проявляють критичність, оригінальність, консервативні, залежні, не люблять зміну діяльності. Слабо розвинені організаторські здібності.

13% відносять до реалістичного стилю. Вони орієнтуються на соціальність, на сьогодення, емоційно стабільні, що займаються конкретними об'єктами (речами, інструментами, машинами), віддають перевагу заняттям, що вимагають конкретності. Розвинені математичні, невербальні здібності.

7% учасників відносяться до заповзятливому типу. Вони вибирають цілі, які дозволяють виявити енергію, ентузіазм, імпульсивність, люблять пригоди. Представники даного типу домінанти, люблять визнання, люблять керувати. Їм не подобається практична праця, а також заняття, що вимагають інтелектуальних зусиль, вони агресивні і заповзятливі, мають гарні вербальними здібностями.

І по 1% відносяться до інтелектуального і артистичному типу особистості.

Учасникам дослідження було дуже цікаво дізнатися, до якого типу вони відносяться, і співвіднести результати тесту з їх професійними намірами. Їм було приємно усвідомлювати, що типи їх особистості збігаються з їх професійними інтересами, схильностями, здібностями.

4. На початку реалізації даного дослідження з боку учасників відчувалося напруження, недовіра, і було видно, що особливого бажання приходити на заняття не було. На першому занятті багато сиділи в закритих позах, занурені в свій світ, не беруть активної участі в бесіді, загальних розмовах. Але при обстановці (стільці по колу), після проведення ряду вправ на розкріпачення і позитивний емоційний настрій в учасників з'явилося бажання спілкуватися далі, пізнавальний інтерес, відкрита посмішка на обличчі.

Після кожного заняття проводилися інтерв'ю з фахівцем-експертом реабілітаційного центру, присутнім на занятті.

Всі фахівці відзначали, що заняття проходили цікаво, пізнавально і подібні заняття потрібно проводити частіше.

Фахівці, присутні на перших заняттях помічали, що учасники приходили з небажанням, були пасивні, на запитання, відповідали бідно, з небажанням виконували запропоновані вправи. Фахівцям кілька разів доводилося заспокоювати групу.

Фахівці, які були присутні на наступних заняттях, відзначали, що учасники групи активні, у них з'явився великий інтерес до занять, із задоволенням виконують всі вправи, про заняття відгукуються тільки позитивно, з цікавістю чекають наступного заняття і з задоволення беруть участь в бесідах.

Також всі фахівці відзначали, що в учасників як на перших заняттях, так і на наступних піднімався настрій, після занять ставали більш енергійними, життєрадісними.

Фахівці говорили, що заняття були дуже пізнавальними для цієї категорії учасників і багато про що хлопці дізналися вперше.

Фахівці радили, більше уваги приділяти замкнутим, сором'язливим учасникам, змушувати їх щось робити, щоб в подальшому вони самі стали проявляти активність, щоб відчули себе більш впевнено.

Таким чином, фахівцями центру високо оцінена важливість проведених занять для учасників.

В ході бесід з професійної орієнтації хлопці відкрито говорили

про свої проблеми, про те, що батьки їм практично не допомагають, і навіть самі вселяють, що інваліди нікому не потрібні і що вони нічого не зможуть і не доб'ються в цьому житті. Позитивно, що з'явилася надія на те, що в майбутньому вони стануть самостійними людьми, адже у них є свої, хоч і поки не реалізовані, професійні інтереси, бажання вчитися і добитися своїх життєвих цілей. Потрібно відзначити, що на заключному занятті учасники багато чого зрозуміли, навчилися, зацікавилися навчанням професії і знайшли сили жити далі з піднятою головою, домагаючись своєї мети, долаючи всі життєві перешкоди.

У цьому параграфі було розглянуто проведене дослідження «Професійна орієнтація неповнолітніх з обмеженими можливостями», яка сприяла тому, що учасники занять зрозуміли важливість того, що саме на даному етапі необхідно задуматися і отримати професійну освіту. Самооцінка в учасників змінилася в позитивному напрямку, це дозволяє припустити, що в складних ситуаціях тепер багато хто здатен бути самостійними, рішучими в прийнятті рішень. Також у учасників стало більш чітке бачення свого професійного шляху, і вони переконалися, що типи їх особистості збігаються з їх професійними інтересами, схильностями, здібностями. Фахівці-експерти реабілітаційного центру високо оцінили важливість проведених занять для учасників дослідження. Учасники багато чого зрозуміли, навчилися, зацікавилися навчанням професії і знайшли сили жити далі з піднятою головою, домагатися своїх цілей, долати всі життєві перешкоди. З'явилася надія на те, що в майбутньому вони стануть самостійними людьми.

**Висновки**

1. Проведено теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних досліджень з проблеми медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності. Медико-соціальна реабілітація визначається як комплекс заходів, спрямованих на відновлення зруйнованих або втрачених індивідом суспільних зв'язків і відносин, внаслідок порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму (інвалідність), зміною соціального статусу, відхиленнями у поведінці особистості тощо.

Розглянуто стан неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності та їх проблеми в сучасному суспільстві. Розкрито проблеми сімей, які мають дитину-інваліда. Виявлено, що залишаються невирішеними багато психолого-педагогічних, соціально-медичних проблем, в тому числі відсутність масового виробництва технічних засобів для навчання, пересування, побутового самообслуговування в дитячих інтернатах і домашній обстановці; незадовільне оснащення медичних установ сучасною діагностичною апаратурою, недостатньо розвинута мережа установ відновлювального лікування, «слабка» служба медико-соціальної роботи та медико-соціальної експертизи дітей-інвалідів. Доведено, що головна проблема дитини з обмеженими можливостями полягає в її зв'язку зі світом, в обмеженні мобільності, вузькості контактів з однолітками і дорослими, в обмеженості спілкування з природою, доступі до культурних цінностей, а іноді – й до елементарного освіти.

 Наголошується, що дітям з обмеженими можливостями вкрай потрібна підтримка здорових людей, оскільки:

- дитина, яка має інвалідність – частина і член суспільства, вона хоче, має і може брати участь у багатогранному житті;

- дитина, яка має інвалідність може бути й талановитою, як і її однолітки, які не мають проблем зі здоров'ям, але виявити свої таланти, розвинути їх, приносити за їх допомогою користь суспільству, їй заважає нерівність можливостей;

- дитина – не пасивний об'єкт соціальної допомоги, а людина, яка розвивається, яка має право на задоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні, творчості.

Були виявлені найбільш значимі причини зростання дитячої інвалідності:

- хвороба матері під час вагітності;

- генетичні зміни;

- недоступність нових ефективних методів лікування внаслідок низького рівня життя;

- вроджена патологія – діти-інваліди (інваліди з дитинства) тощо.

2. Описано особливості реалізації технологій медико-соціальної реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності. Артикульована важливість реалізації технологій соціальної реабілітації. Розглянуто методи, що застосовуються в медико-соціальній реабілітації. Визначено роль і місце фізичного реабілітолога у процесі реалізації технологій медико-соціальної реабілітації та доведено, що участь фізичного реабілітолога в реабілітації дітей-інвалідів носить багатоаспектний характер, який передбачає не тільки різнобічну допомогу, обізнаність у законодавстві, а й наявність відповідних особистісних особливостей, що дозволяють довірливо ставитися до цієї категорії працівників.

Кожен етап реабілітації виконує свої специфічні завдання: соціальна адаптація та інтеграція осіб, які мають глибокі фізичні та психічні порушення. Використовується комплексний підхід до організації реабілітаційного процесу, відбираються методи і прийоми допомоги з урахуванням індивідуальних особливостей і можливостей.

Від медичного підходу поступово відбувається рух до медико-соціального підходу; від уявлення про те, що суспільство повинно підтримувати інвалідів і оточувати їх турботою та доглядом, відбувається перехід до визнання пріоритету особливих потреб інваліда перед потребами суспільства в цілому.

Медико-соціальна реабілітація наразі визнається невід'ємним правом інваліда і невід'ємним обов'язком суспільства перед інвалідом.

Є певні досягнення в цьому напрямку: досвід організаторської діяльності в роботі в умовах культурно-просвітніх і медико-соціальних заходів; зміцнення дитячих санаторних установ; зростає рівень лікувально-діагностичної допомоги в санаторіях; розроблена методика неврологічного моніторингу та корекції прогнозованого психоневрологічного дефіциту у дітей, народжених з низькою масою тіла.

3. Вивчено досвід діяльності центрів реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності, розглянуто застосовувані в цих центрах медикаментозні, соціокультурні, психотерапевтичні заходи, які відіграють значну роль в медико-соціальній реабілітації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності. Відбулося ознайомлення з роботою центрів медико-соціальної реабілітації, які сприяють розвитку навичок ефективної соціальної поведінки у зовнішньому середовищі; досліджено нестаціонарні форми реабілітації, які необхідні у розвитку процесу реабілітації неповнолітніх з інвалідністю.

4. Узагальнено результати дослідження професійної орієнтації неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності.

Показано, що професійна орієнтація неповнолітніх з обмеженими можливостями життєдіяльності буде сприяти тому, що учасники занять розумітимуть важливість того, що саме на даному етапі необхідно планувати отримання професійної освіти. За результатами впровадження програми встановлено, що в учасників в позитивному напрямку змінилася самооцінка. Це дозволяє припустити, що в складних ситуаціях вони будуть самостійними, рішучими в прийнятті рішень. Зафіксоване більш чітке бачення свого професійного шляху; визначено, що типи їх особистості збігаються з їх професійними інтересами, схильностями, здібностями. Учасники зацікавилися набуттям професійних знань, домагатися своїх цілей, долати життєві перешкоди.

**Список використаної літератури**

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида: Перевод с английского. - М.: Педагогика, 2001.

2. Алексеева А.А. Об опыте организации социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в школе - комплексе "Детская личность". - М., 2000.

3. Ахмеджанов Э.Р. Психологические тесты. – М.: Светотон, 1995.

4.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.

5. Белова И.А. О проблемах профориентационных работ в школе // Социс. – 2000. - № 5.

6. Блинков Ю.А. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями. - М., 2005.

7. Багаева Г.Н., Исаева Т.А. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями. - М., 2005.

8. Бондаренко Г.И. Социально-эстетическая реабилитация аномальных детей //Дефектология, 2004. №3.

9. Васильева Л.Г. Философские аспекты социальной интеграции человека с ограниченными возможностями: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. филос. наук: на правах рукописи / Васильева Л. Г.; Чуваш. гос. ун-т им. И.Н.Ульянова. - Чебоксары: ЧГУ, 2006.

10. Ваш домашний театр // серия «Педагог своему ребенку», вып.1. Вайсблат Н.П., Трепалина Л.А., Тазинцева О.А. – Ульяновск. – 2006.

11. Горячева Т.Г. Психологическая помощь детям с врожденными пороками сердца и их семьям // Мир психологии, 2003. №2.

12. Григорьева Л.Г. Дети с проблемами в развитии. - М.: Академкнига, 2002.

13. Гришина Л.П. Инвалидность как многофакторная проблема. - М., 2003.

14. Гусева Н.К. Основы социальной защиты больных и инвалидов. Н.Новгород: НГМА, 1999.

15. Дементьева Н.Ф., Багаева Г.Н., Исаева Т.А. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями, Институт социальной работы. - М., 2005.

16. Дементьева Н.Ф., Модестов А.А. Дома-интернаты: от призрения к реабилитации. — Красноярск, 2006.

17. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. – М., 2001.

18. Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю., Соболь А.Я. Организационно-методические аспекты деятельности социального работника. В кн.; Социальная работа в учреждениях здравоохранения. — М., 2002.

19. Донина О.И., Овсяник О.А., Нагорнова А.Ю. Методика исследования в социальной работе. – Ульяновск: УлГУ, 2003.

20. Евсеев С.П. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: учеб. Пособие / Евсеев С.П., С. Ф. Курдыбайло, В. Г. Сусляев. – М.: Сов. Спорт, 2000.

21. Ермаков В.П. Профориентация учащихся с нарушением зрения. – М., 2002.

22. Иващенко Г.М. Об опыте работы по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями. - Саратов, 2005.

23. Игры – обучение, тренинг, досуг. В четырех книгах / Под ред. В.В. Петрусинского. – М.: Новая школа, 1994.

24. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка: Лекции. - СПб.: Издательство ППМИ, 2003.

25. Карпова Т.П. Концепция независимой жизни инвалидов в социальной политике государства: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. социолог. наук: на правах рукописи / Карпова Т.П.; науч. рук. Б.Г. Тукумцев. - Саратов, 2005.

26. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. - М.: Сов. спорт, 2001.

27. Комплексная реабилитация инвалидов: учеб. пособие для вузов. - М.: Академия, 2005.

28. Костина Г. Отдай миру лучшее, что есть в тебе. - Ульяновск, 2005.

29. Кочетков В.Н. На край Земли: Записки путешественника. – Ульяновск, 2006.

30. Кочетова Т.А. Дополнительное образование инвалидов в контексте социальных трансформаций: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. социолог. наук: на правах рукописи / Кочетова Т.А.; науч. рук. Зайцев Д. В. - Саратов , 2007.

31. Львова Е.Н. Социальная работа с людьми с ограниченных возможностей: Методические рекомендации к спецкурсу. – Ульяновск: УлГУ, 2002.

32. Львова Е.Н. Технологии профессиональной ориентации людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности в условиях современного общества: Методическое пособие. - Ульяновск, 2004.

33. Макарова Т.А. Профессиональная подготовка социальных работников в вузе к культурно-досуговой деятельности с инвалидами: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. пед. наук: на правах рукописи / Макарова Т.А.; науч. рук. Н. Б. Шмелева; УлГУ. - Ульяновск, 2006.

34. Маллер А.Р. Новое в оказании помощи детям-инвалидам. // Дефектология. – 2006. - №1.

35. Маллер А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями: Книга для родителей. - М.: Педагогика – Пресс, 2006.

36. Матейчик З. Родители и дети. – М., «Просвещение», 2002.

37. Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов. Под редакцией Э.И. Збровского. - Мн.: Товарищество «Хата», 2004.

38. Мир, который строим сами // Методические рекомендации по организации общественно ориентированной деятельности детей с ограниченными возможностями в нестационарых формах реабилитации //

Серия «В помощь специалисту – реабилитологу», вып. 2 – Ульяновск, 2006.

39. О положении детей., доклад. – Калуга, 2007.

40. Олиференко Л.Я., Шульга Т.И., Дементьева И.Ф. Социально – педагогика поддержка детей группы риска. – М., 2003.

41. Основы социальной работы. – М., 2007.

42. Питерси М., Трилор Р. Программа ранней помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки». - Мн.: Издательство БелАПДИ, 2005.

43. Преодолевая проблемы инвалидности: Программа Лиен. - М.: Издательство Института социальной работы Ассоциации работников социальных служб, 2007.

44. Панов А.М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями - эффективная форма социального обслуживания семьи и детей // Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. - М., 2006.

45. Пешеходный туризм как направление реабилитации детей с ограниченными возможностями / Метод. реком. По организации физкультурно-оздоровительной деятельности детей с ограниченными возможностями в нестационарных формах реабилитации / - Ульяновск, 2009.

46. Проблемы семьи и детства в современной России: Материалы научно-практической конференции. – М., 2002.

47. Программа обучения и воспитания детей дошкольного возраста с выраженной умственной отсталостью. — М., 2003.

48. Психогимнастика в тренинге / Под ред. Н. Ю. Хрящевой. – СПб.: «Речь», Институт Тренинга, 2000.

49. Энциклопедия социальной работы.- М., 2007. – Т. 2.

50. Слободан Л.М. Справочник по наблюдению и реабилитации диспансерных групп детей, 2005.

51. Социальная интеграция инвалидов в современном обществе (1 – 2 ноября 2005 года; Ульяновск). Социальная интеграция инвалидов в

современном обществе: материалы междунар. конф. - Ульяновск, 2005.

52. Социальная работа. Учебное пособие/ Павленок. - М., 2003.

53. Суховей И.М. Реабилитация молодых инвалидов. М. 2005.

54. Тестируем детей / сост. Т.Г. Макеева. – 3-е изд. – Ростов н / Д: Феникс, 2008.

55. Холостова Е.И. Социальная работа в схемах : учеб. пособие / Холостова Е.И. - 2-е изд. - М.: Дашков и К°, 2008.

56. Холостова Е.И. Социальная работа в схемах : учеб. пособие / Холостова Е.И. - 3-е изд. - М.: Дашков и К°, 2009.

57. Хуснутдинова З.А. Формирование состояния здоровья детей – инвалидов в связи с детским церебральным параличом, 2005.

58. Штраус Ингрид. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды: пер. с англ. / Штраус Ингрид. – М.: Моск. Конноспорт. Клуб инвалидов, 2000.

59. Эффективные технологии социальной реабилитации семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями // Материалы межрегионального семинара – практикума. – Ульяновск, 2007.