МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра практичної психології та соціальної роботи

**Жиленко К.В.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Соціальна робота з дітьми з інвалідністю   
та їх сім’ями**

Сєвєродонецьк

2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки**

(повне найменування інституту, факультету)

**Кафедра практичної психології та соціальної роботи**

(повна назва кафедри)

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

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

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_231 – Соціальна робота\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

на тему:«Соціальна робота з дітьми з інвалідністю та їх сім’ями»

Виконала: студентка групи СР-16з Жиленко К.В.

Керівник: д. психол. н., проф. Спицька Л.В.

Завідувач кафедри практичної

психології та соціальної роботи:

д. психол. н., проф. Завацька Н.Є.

Рецензент: к. психол. н., доц. Боярин Л.В.

Сєвєродонецьк – 2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки**

(повне найменування інституту, факультету)

**Кафедра практичної психології та соціальної роботи**

(повна назва кафедри)

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

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_231 – Соціальна робота

(шифр і назва напряму підготовки)

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Завідувач кафедри**

**практичної психології**

**та соціальної роботи**

**проф. Завацька Н.Є.**

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

“26” березня 2020\_року

**З А В Д А Н Н Я**

**НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА**

**Жиленко Катерини Володимирівни**

1. Тема роботи: «Соціальна робота з дітьми з інвалідністю та їх сім’ями»

Керівник роботи Спицька Ліана Вікторівна, д. психол. н., проф.

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

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26”березня 2020 р.№ 51/15.17

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

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи – 69 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 48 дж.*

4. *Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати теоретичні джерела та обміркувати соціальну роботу з дітьми з інвалідністю та їх сім’ями. Виявити проблеми сімей з дітьми з інвалідністю, та методи їх вирішення.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – 1, рисунки – 1*.

6. Консультанти розділів роботи:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  прийняв |
| 1. | Спицька Л.В.– д.психол.н., доц., професор кафедри практичної психології та соціальної роботи | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2. | Спицька Л.В.– д.психол.н., доц., професор кафедри практичної психології та соціальної роботи | 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 | 03.2020р. | 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 соціальної роботи з дітьми з інвалідністю та з їх сімʼями | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

**Студентка Жиленко К.В.**

**Керівник роботи Спицька Л.В.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 69 с., джерел – 48, таблиць – 1, рисунків – 1

В роботі проведено аналіз теоретичних джерел та виявлено особливості соціальної роботи з дітьми з інвалідністю та їх сім’ями. Визначена класифікація основних видів відхилень дітей з інвалідністю та їх проблеми соціальної адаптації. Також була виявлена участь сім’ї у реабілітації дитини з інвалідністю та проблеми низької якості життя таких сімей. Були проаналізовані основні методи та форми соціальної роботи з дітьми з інвалідністю та їх сім’ями.

**Ключові слова:** діти-інваліди, сІМЇ З ДІТЬМИ З ІНВАЛІДНІСТЮ, інвалідність, реабілітація, соціальна допомога, соціальна адаптація, СОЦІАЛЬНИЙ ПРАЦІВНИК, відхилення, СОЦІАЛЬНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ, СОЦІАЛЬНІ ВИПЛАТИ.

**ЗМІСТ**

[ВСТУП 7](#_Toc42309901)

[РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ СІМЕЙ З ДІТЬМИ З ІНВАЛІДНІСТЮ 9](#_Toc42309902)

[1.1 Класифікація основних видів відхилень дітей-інвалідів 9](#_Toc42309903)

[1.1.1 Класифікації основних видів порушень організму людини і ступені їх вираженості 10](#_Toc42309904)

[1.1.2 Класифікації основних категорій життєдіяльності людини і ступені вираженості обмежень цих категорій 12](#_Toc42309905)

[1.2 Проблеми соціальної адаптації дітей-інвалідів 16](#_Toc42309906)

[1.3 Роль сім'ї в реабілітаційному процесі дитини-інваліда 21](#_Toc42309907)

[1.4 Проблеми якості життя сімей з дітьми з інвалідністю 24](#_Toc42309908)

[ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1 29](#_Toc42309909)

[РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ЇХ СІМ’ЯМИ 30](#_Toc42309910)

[2.1 Державні форми обов'язкової соціально-правової допомоги 30](#_Toc42309911)

[2.1.1 Соціальні виплати 31](#_Toc42309912)

[2.1.2 Пільги та правова допомога 34](#_Toc42309913)

[2.2 Недержавні форми соціально-правової допомоги 39](#_Toc42309914)

[2.3 Допомога соціальних працівників сім’ям з дітьми з інвалідністю 50](#_Toc42309915)

[ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2 61](#_Toc42309916)

ВИСНОВКИ……………………………………………………………………..62

[СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 63](#_Toc42309917)

ВСТУП

Проблема інвалідності є актуальною проблемою, що аргументується переконливими даними міжнародної статистики, згідно з якою кількість інвалідів у всіх країнах велике і чітко простежується тенденція до його збільшення.

По всьому світу є проблема народження дітей з фізичними або психічними відхиленнями. Згідно даним ООН, у світі існує приблизно 450 мільйонів людей з інвалідністю. І з них – близько 200 мільйонів це діти.

Головними причинами росту кількості інвалідів є екологічна ситуація в Україні, зокрема у зв'язку із Чорнобильською катастрофою, а також соціальні проблеми, що існують у державі.

Сім'я з дитиною-інвалідом – це сім'я з особливим статусом, особливості та проблеми якої визначаються не тільки особистісними особливостями всіх її членів та характером взаємовідносин між ними, але v-більшою зайнятістю рішенням проблем дитини, закритістю сім'ї для зовнішнього світу, дефіцитом спілкування, частим відсутністю робіт»» у матері, але головне – специфічним становищем у сім'ї дитини-інваліда, яке обумовлено його хворобою.

Маленькі діти з вадами розвитку живуть в ізоляції. Сім'я для дитини, як відомо, є найменш обмежуючим, найбільш м'яким типом соціального оточення. Однак ситуація, коли в сім’ї є дитина-інвалід, може створити більш жорсткі умови життя, при яких членам сім’ї буде складніше виконувати свої соціальні функції. Більш того, цілком імовірно, що присутність дитини з порушеннями розвитку, разом з іншими факторами, може змінити самовизначення сім'ї, скоротити можливості для заробітку, відпочинку, соціальної активності.

**Об’єкт дослідження** – діти з інвалідністю та їх сім’ї.

**Предмет дослідження** – особливості соціальної роботи з дітьми з інівалідністью та їх сім’ями.

**Мета дослідження** – виявити особливості соціальної роботи з дітьми з інівалідністью та їх сім’ями.

**Завдання дослідження:**

1.Провести теоретичний аналіз проблем сімей з дітьми з інвалідністю.

2.Розглянути форми і види соціально-правової допомоги дітям з інвалідністю та їх сім'ям.

3.Розкрито основні принципи організації соціальної роботи з дітьми з інвалідністю та їх сімʼями

4.Розкрити роль соціальних працівників у роботі з дітьми з інвалідністю та їх сім’ями.

**Методи дослідження:** аналіз наукової літератури з проблеми дослідження; аналіз методів соціальної роботи з дітьми з інвалідністю; аналіз методів державної допомоги дітьям з інвалідністю та їх сім’ям.

**Теоретичне значення дослідження** полягає в докладному аналізі спеціальної літератури, щоб виявити основні проблеми сімей з дітьми з інвалідністю. Виявити методи соціальної роботи з дітьми з інвалідністю, та їх сім’ями. Провести аналіз соціально – психологічних проблем, з якими можуть зітнутися діти з інвалідністю. Зрозуміти як надають соціальну допомогу в Україні.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому щоб побачити актуальні проблеми сімей, які виховують дітей з інвалідністю. На цих дослідженнях можна розробити нові методи вирішення проблем сімей з дітьми з інвалідністю.

Спілкування з дітьми з обмеженими можливостями може допомогти дітям адаптуватися до навколишнього світу. Основна мета – допомогти сім’ям з дітьми-інвалідами, забезпечити надання соціальних послуг та якісні умови життя.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ СІМЕЙ З ДІТЬМИ З ІНВАЛІДНІСТЮ

## Класифікація основних видів відхилень дітей-інвалідів

Проблема дитячої інвалідності в країні є однією з найактуальніших. У структурі захворювань, які призводять до дитячої інвалідності, переважають психоневрологічні захворювання, захворювання внутрішніх органів, опорно-рухового апарату, порушення зору і слуху. Серед причин, що сприяють виникненню інвалідності у дітей, як і раніше виділяються такі, як погіршення екологічної обстановки, зростання дитячого травматизму, патологія вагітності та пологів, відсутність нормальних умов для здорового способу життя, високий рівень захворюваності батьків, особливо матерів, несприятливі умови праці жінок, недостатній рівень матеріально-технічного забезпечення медичних установ [1].

З числа дітей, визнаних інвалідами в країні, більше 50% складають діти з вродженими аномаліями розвитку та психічними розладами. А серед дітей, визнаних інвалідами в зв'язку з психічними захворюваннями, близько 70% – діти з розумовою відсталістю [2].

Структура дитячої інвалідності в 2011 році представлена наступними класами захворювань: вроджені аномалії та хромосомні порушення – 29,1%; хвороби нервової системи – 18,2%; розлади психіки та поведінки – 14,0%; хвороби вуха та соскоподібного відростка – 7,0%; хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин – 6,8%; ока та його придаткового апарату – 5,1%; кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 4,6%; новоутворення – 3,2%; травми і отруєння – 2,2%; інфекційні та паразитарні хвороби – 1,8% (Малюнок 1).

******

**Рис. 1.1. Структура дитячої інвалідності**

До категорії дітей-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 за своєю поведінкою, навчання, спілкування, трудової діяльності в майбутньому [3].

### Класифікації основних видів порушень організму людини і ступені їх вираженості

До основних видів стійких розладів функцій організму людини можна віднести наступні порушення:

* порушення психічних функцій (свідомості, орієнтації, інтелекту, особистісних особливостей, вольових і спонукальних функцій, уваги, пам'яті, психомоторних функцій, емоцій, сприйняття, мислення, пізнавальних функцій високого рівня, розумових функцій мови, послідовних складних рухів);
* порушення мовних і мовних функцій: усного мовлення (ринолалия, дизартрія, заїкання, алалія, афазія); писемного мовлення (дисграфія, дислексія), вербальної і невербальної мови; порушення голосоутворення;
* порушення сенсорних функцій (зору, слуху, нюху, дотику, тактильної, больової, температурної, вібраційної і інших видів чутливості, вестибулярної функції, біль);
* порушення нейром'язових, скелетних і пов'язаних з рухом функцій (рухи голови, тулуба, кінцівок, в тому числі кісток, суглобів, м'язів; статики, координації рухів);
* порушення функцій серцево-судинної системи, дихальної системи, травної, ендокринної систем і метаболізму, системи крові та імунної системи, сечовидільної функції, функції шкіри і пов'язаних з нею систем;
* порушення, обумовлені фізичним зовнішнім потворністю (деформації особи, голови, тулуба, кінцівок, що призводять до зовнішнього потворності; аномальні отвори травного, сечовидільного, дихального трактів, порушення розмірів тіла).

Ступінь вираженості стійких порушень функцій організму людини, обумовлених захворюваннями, наслідками травм або дефектами, оцінюється у відсотках і встановлюється в діапазоні від 10 до 100, з кроком в 10 відсотків.

Виділяються 4 ступеня вираженості стійких порушень функцій організму людини:

* I ступінь – стійкі, незначні порушення функцій організму людини, обумовлені захворюваннями, наслідками травм або дефектами, в діапазоні від 10 до 30 відсотків;
* II ступінь – стійкі, помірні порушення функцій організму людини, обумовлені захворюваннями, наслідками травм або дефектами, в діапазоні від 40 до 60 відсотків;
* III ступінь – стійкі, виражені порушення функцій організму людини, обумовлені захворюваннями, наслідками травм або дефектами, в діапазоні від 70 до 80 відсотків;
* IV ступінь – стійкі, значно виражені порушення функцій організму людини, обумовлені захворюваннями, наслідками травм або дефектами, в діапазоні від 90 до 100 відсотків [4].

### Класифікації основних категорій життєдіяльності людини і ступені вираженості обмежень цих категорій

Ступінь обмеження основних категорій життєдіяльності людини визначається виходячи з оцінки їх відхилення від норми, що відповідає певному періоду (віком) біологічного розвитку людини.

Вона заснована на нормальної зміні вікових етапів розвивається людини і основних форм його соціального буття на цих вікових етапах:

* від 0 до 3–4 років (допомога сім’ї та дитині);
* від 4–5 до 7–8 років (виховання в дошкільному закладі);
* від 7–8 років до 14–16 років (систематичне навчання);
* від 14–16 до 21–24 років (професійна підготовка).

До основних категорій життєдіяльності людини відносяться:

1. здатність до самообслуговування;

2. здатність до самостійного пересування;

3. здатність до орієнтації;

4. здатність до спілкування;

5. здатність контролювати свою поведінку;

6. здатність до навчання;

7. здатність до трудової діяльності.

Виділяються 3 ступеня вираженості обмежень кожної з основних категорій життєдіяльності людини.

1. Здатність до самообслуговування – здатність людини самостійно забезпечувати свої основні фізіологічні потреби, виконувати повсякденну побутову діяльність, в тому числі використовувати навички особистої гігієни, а саме:

* 1 ступінь – здатність до самообслуговування при більш тривалому затрачивания часу, дробности його виконання, скорочення обсягу з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів;
* 2 ступінь – здатність до самообслуговування з регулярною часткової допомогою інших осіб з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів;
* 3 ступінь – нездатність до самообслуговування, потребу в постійній сторонній допомозі та догляді, повна залежність від інших осіб.

2. Здатність до самостійного пересування – здатність самостійно пересуватися в просторі, зберігати рівновагу тіла при пересуванні, в спокої і при зміні положення тіла, користуватися громадським транспортом, а саме:

* 1 ступінь – здатність до самостійного пересування при більш тривалому затрачивания часу, дробности виконання і скорочення відстані з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів;
* 2 ступінь – здатність до самостійного пересування з регулярною часткової допомогою інших осіб з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів;
* 3 ступінь – нездатність самостійно пересуватися і потреба в постійній допомозі інших осіб.

3. Здатність до орієнтації – здатність до адекватного сприйняття особистості і навколишнього оточення, оцінці ситуації, до визначення часу і місця знаходження, а саме:

* 1 ступінь – здатність до орієнтації тільки в звичній ситуації самостійно і (або) за допомогою допоміжних технічних засобів;
* 2 ступінь – здатність до орієнтації з регулярною часткової допомогою інших осіб з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів;
* 3 ступінь – нездатність до орієнтації (дезорієнтація) і потреба в постійній допомозі і (або) нагляд інших осіб.

4. Здатність до спілкування – здатність до встановлення контактів між людьми шляхом сприйняття, переробки, зберігання, відтворення і передачі інформації, а саме:

* 1 ступінь – здатність до спілкування зі зниженням темпу і обсягу отримання і передачі інформації, використання при необхідності допоміжних технічних засобів допомоги, при ізольованому ураженні органу слуху – здатність до спілкування з використанням невербальних способів спілкування і послуг із сурдоперекладу;
* 2 ступінь – здатність до спілкування при регулярній часткової допомоги інших осіб з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів;
* 3 ступінь – нездатність до спілкування і потреба в постійній допомозі інших осіб.

5. Здатність контролювати свою поведінку – здатність до усвідомлення себе і адекватної поведінки з урахуванням соціально-правових та морально-етичних норм, а саме:

* 1 ступінь – періодичне обмеження здатності контролювати свою поведінку в складних життєвих ситуаціях і (або) постійне утруднення виконання рольових функцій, які зачіпають окремі сфери життя, з можливістю часткового самокорекції;
* 2 ступінь – постійне зниження критики до своєї поведінки і навколишнього оточення з можливістю часткової корекції тільки при регулярній допомоги інших осіб;
* 3 ступінь – нездатність контролювати свою поведінку, неможливість його корекції, потреба в постійній допомозі (нагляд) інших осіб.

6. Здатність до навчання – здатність до цілеспрямованого процесу організації діяльності з оволодіння знаннями, вміннями, навичками та компетенціями, придбання досвіду діяльності (у тому числі професійного, соціального, культурного, побутового характеру), розвитку здібностей, набуттю досвіду застосування знань у повсякденному житті та формування мотивації отримання освіти протягом усього життя, а саме:

* 1 ступінь – здатність (визначається з урахуванням висновку психолого-медико-педагогічної комісії) до навчання та здобуття освіти в рамках федеральних державних освітніх стандартів в організаціях, що здійснюють освітню діяльність, із створенням спеціальних умов для отримання освіти навчаються з обмеженими можливостями здоров'я, в тому числі навчання з застосуванням спеціальних технічних засобів навчання;
* 2 ступінь – здатність (визначається з урахуванням висновку психолого-медико-педагогічної комісії) до навчання та здобуття освіти в рамках федеральних державних освітніх стандартів в організаціях, що здійснюють освітню діяльність, із створенням спеціальних умов для отримання освіти тільки за адаптованим освітнім програмам, при необхідності — навчання на дому та/або з використанням дистанційних освітніх технологій з застосуванням спеціальних технічних засобів навчання;
* 3 ступінь – здатність до навчання тільки елементарним навичкам та вмінням (професійних, соціальних, культурних, побутових), в тому числі правилами виконання елементарних цілеспрямованих дій у звичній побутовій сфері або обмежені можливості здатності до такого навчання у зв'язку з наявними значно вираженими порушеннями функцій організму.

7. Здатність до трудової діяльності – здатність здійснювати трудову діяльність відповідно до вимог до змісту, обсягу, якості та умов виконання роботи, а саме:

* 1 ступінь – здатність до виконання трудової діяльності в звичайних умовах праці при зниженні кваліфікації, тяжкості, напруженості і (або) зменшенні обсягу роботи, нездатність продовжувати роботу за основною професією (посадою, спеціальністю) при збереженні можливості в звичайних умовах праці виконувати трудову діяльність більш низької кваліфікації;
* 2 ступінь – здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних технічних засобів;
* 3 ступінь – здатність до виконання елементарної трудової діяльності зі значною допомогою інших осіб або неможливість (протипоказання) її здійснення в зв'язку з наявними значно вираженими порушеннями функцій організму.

Критерієм для встановлення інвалідності є порушення здоров'я зі II і більш вираженим ступенем стійких порушень функцій організму людини (в діапазоні від 40 до 100 відсотків), обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектами, що призводить до обмеження 2 або 3 ступеня вираженості однією з основних категорій життєдіяльності людини або 1 ступеня вираженості двох і більше категорій життєдіяльності людини в їх різних поєднаннях, що визначають необхідність його соціального захисту [4; 5].

Категорія «дитина з інвалідністю» встановлюється при наявності у дитини II, III або IV ступеня вираженості стійких порушень функцій організму (в діапазоні від 40 до 100 відсотків), обумовлених захворюваннями, наслідками травм і дефектами.

## Проблеми соціальної адаптації дітей-інвалідів

Діти з обмеженими можливостями у своєму повсякденному житті найчастіше бувають практично ізольовані від суспільства з об'єктивних і суб'єктивних причин. Інфраструктурні об’єкти не облаштовані для безперешкодного відвідування їх дітьми з інвалідністю. Відсутність пандусів, високі бордюри, відсутність можливості їздити на громадському транспорті, все це ще більше ускладнює і без цього не просте життя дитини з інвалідністю. У багатьох дітей просто немає можливості вийти на вулицю з технічних причин, тому дитина менше спілкується з однолітками. Все це призводить до ускладнення процесу соціалізації, але ж діти з обмеженими можливостями такі ж, як усі. Нажаль сучасне суспільство через відсутність знань про таких дітей частіше ставиться до них з презирством і нерозумінням.

Крім цього, в перші роки життя діти з інвалідністю повністю захищені від зовнішнього світу своїми батьками та близькими родичами. Дуже багато часу у таких дітей йде на лікування і реабілітацію, і, як правило, в ранньому віці, малюки звикають до того, що основним його оточенням стають лікарі, педагоги та соціальні працівники, які завжди привітні й усміхнені.

Проблеми зростаюсть з віком дитини. Якщо, у дитини не надто важка форма захворювання, вона починає ходити до школи. Діти з інвалідністю навчаються у спеціальних корекційних школах-інтернатах. Там у таких дітей «свій» світ, де у всіх існують якісь відхилення в розвитку. Але кожен день вони стикаються з жорстокістю сучасного суспільства. Дуже часто батькам дитини доводиться пояснювати, чому він «не такий» як інші діти.

Під адаптацією інвалідів ми розуміємо процес входження цієї соціальної групи, як частини в цілісну структуру суспільства, а також сукупність заходів, що сприяють входженню їх у соціум, то є усвідомлення себе частиною суспільства, наслідком якого є певний стан гармонійності. Адаптація інвалідів до навколишнього середовища може бути успішною і неуспішною це визначається придбанням та втраченим.

Значна частина дітей, за допомогою специфічних засобів корекції, здатна в певній мірі подолати обмеження, що накладаються дефектом. В результаті корекційно-педагогічної роботи вони досягають практично повної соціальної адаптації та здатні до суспільного і професійного самовизначення.

Специфіка дитячої інвалідності полягає в тому, що обмеження життєдіяльності виникають в період формування вищих психічних функцій, засвоєння знань і умінь, становлення особистості. Відбувається обмеження не тільки прояви особистості дитини, а й її формування [6].

Якщо розуміти дитину з інвалідністю як суб'єкта соціальної адаптації, що здійснює навмисні зусилля, що опановує специфічними навичками, та прагне якомога повніше влитися в соціальне життя, подолати важку життєву ситуацію, то зручніше за все допомагати йому, вибудовуючи соціальну роботу в руслі психологоорієнтованих моделей соціальної роботи. Психологоорієнтованні моделі відображають підхід до людини, якою би вона не була, в якому б стані не було її здоров'я, як до суб'єкта свого життя, як до особи, яка може сама вибирати і будувати своє життя. Звичайно, у цій моделі соціальної роботи є істотні обмеження, так як інвалідами часто визнаються недієздатні особи, які не можуть відповідати за свої вчинки. В процесі адаптації, дитина тільки тоді зможе досягти успіхів, коли вона зможе прийняти частину відповідальності за своє життя на себе. Вчитися приймати відповідальність – це один з найважливіших результатів соціалізації дитини з інвалідністю. Психологоорієнтування модель визначається принципами гуманістичної психології [7].

Гуманне ставлення передбачає повагу права дитини на вільний вибір, помилку, власну думку. Принцип гуманізму в соціальній педагогіці вважає визнання цінності дитини як особистості, її прав на свободу, щастя захист і охорону життя, здоров'я, створення умов для розвитку дитини, його творчого потенціалу, нахилів, здібностей, надання допомоги йому в життєвому самовизначенні, інтеграції його в суспільство, повноцінної самореалізації в цьому суспільстві.

Принцип гуманізму вимагає дотримання наступних правил:

* гідного ставлення суспільства до всіх дітей, незалежно від того, в якому фізичному, матеріальному, соціальному положенні вони знаходяться;
* визнання права кожної дитини бути самим собою, шановливого ставлення до них: поважати – означає визнавати право іншого бути не таким, як я, бути самим собою, а не моєю копією;
* допомоги дитині з проблемами у формуванні поваги до себе і навколишніх людей, формуванні позиції «Я сам», бажання самому вирішувати свої проблеми;
* розуміння милосердя як першої сходинки гуманізму, яке повинно опиратися не на жалість і співчуття, а на бажання допомогти дітям в інтеграції їх в суспільство, грунтуватися на позиції: суспільство відкрито для дітей, і діти відкриті для суспільства;
* прагнення не виділяти дітей з проблемами в особливі групи і не відривати їх від нормальних дітей; якщо ми хочемо підготувати дітей-інвалідів до життя серед здорових людей, повинна бути продумана система спілкування таких дітей з дорослими та дітьми [7; 8].

Велика практика психологів-гуманістів довела, що людина краще росте і розвивається, якщо до неї доброзичливо та уважно ставляться. Це призводить не тільки до душевної рівноваги, але і до істотних позитивних зрушень в психіці людини. Гуманістичне ставлення до дитини з інвалідністю протистоїть розвитку соціального утриманства і деструктивних життєвих установок, виховує у неї впевненість у собі і здатність протистояти ударам долі.

Головні напрямки гуманістичної психології це розвиток у дітей власної активності щодо своїх життєвих проблем і розвиток оптимізму, як зосередженості на позитивних сторонах життя.

Дитина з нвалідністю, як суб'єкт соціальної адаптації, може і повинна робити посильні кроки для власної адаптації, опановувати специфічні навичками, прагнути якомога повніше влитися в соціальне життя. Робота в цьому напрямку здійснюється в рамках психологоорієнтованних моделей соціальної роботи і допомоги. При цьому милосердя розуміється як перша сходинка гуманізму, яке повинно опиратися не на жалість і співчуття, а на бажання допомогти дітям в інтеграції їх в суспільство, грунтуватися на позиції: суспільство відкрито для дітей, і діти відкриті для суспільства. Активна позиція в справі адаптації в суспільстві необхідна, так як доведено, що можливість адаптації знаходиться в сильній залежності від тяжкості та стажу інвалідності. Зокрема, чим легше група інвалідності, менше її стаж і достаток сім'ї, тим вище рівень мотивації на проведення реабілітаційних заходів. Це яскраво свідчить про те, що установки суспільства по відношенню до інвалідів, розуміння його як об'єкта соцзахисту, як нездатного назавжди що-небудь змінити у своїй долі призводить до того, що в соціальній психології прийнято називати «навченою безпорадністю» [9].

Основний тягар турботи про дітей-інвалідів лягає на сім'ї, тому для успішної адаптації їм необхідна підтримка суспільства і держави. Члени сімей повністю залучені в догляд за дитиною з інвалідністю у зв'язку з несформованістю соціальної інфраструктури обслуговування людей з обмеженими можливостями здоров'я, незлагодженністю соціальної роботи з дітьми з інвалідністю, недосконалістю системи спеціальної освіти для інвалідів.

Адаптація дитини-інваліда за умов сучасної економіки – це адаптація всієї його родини. У цих умовах батьки такої дитини змушені буквально виживати на ринку праці. Можна виділити три основні типи соціально-економічної адаптації батьків на ринку праці після появи в сім'ях проблем, пов'язаних з інвалідністю дітей:

* економічна активність без зміни місця роботи
* економічна активність зі зміною роботи та економічна пасивність
* коли доросла працездатна людина вимикається з виробничих процесів, так як крім нього нікому доглядати за дитиною [10].

Ситуація, що склалася, вимагає введення спеціальних заходів соціального захисту сімей з дітьми з інвалідністю. Підходами до їх розробки могли б стати пропозиції, що передбачають збереження економічної активності батьків, які забезпечують їхню успішну суспільно-економічну адаптацію. Найважливіша проблема сім'ї – це постійний стрес через те, що дитина – інвалід.

## Роль сім'ї в реабілітаційному процесі дитини-інваліда

Можна виділити наступні виховні функції сім'ї:

* вплив сім'ї на дитину сильніший за всіх інших виховних впливів, з віком він слабшає, але ніколи не втрачається повністю;
* в сім'ї формуються ті якості, які ніде, як в сім'ї сформовані бути не можуть;
* сім'я здійснює соціалізацію особистості, є концентрованим вираженням її зусиль по фізичному, моральному і трудовому вихованню, з родини виходять члени суспільства, яка сім'я – таке й суспільство;
* сім'я забезпечує спадкоємність традицій;
* важливою соціальною функцією сім'ї є виховання громадянина, патріота, майбутнього сім'янина, законослухняного члена суспільства;
* також сім'я має суттєвий вплив на вибір професії [9].

Діти є «дзеркальним» відображенням своїх батьків. Якщо сім'ї зі здоровими дітьми соціально і економічно активні, тобто батьки мають можливість працювати, то в родині з дитиною-інвалідом все по-іншому.

Основний тягар турботи про дітей-інвалідів лягає на сім'ї, тому для успішної адаптації їм необхідна підтримка суспільства і держави. Масштабне залучення членів сімї в процесс догляду за дітьми-інвалідами пов'язано з несформованістю соціальної інфраструктури обслуговування людей з обмеженими можливостями здоров'я, недосконалість практики соціального патронажу і педагогічного супроводу, недосконалістю системи спеціальної освіти для інвалідів. Лікування, догляд, навчання і реабілітація дітей відбуваються при безпосередній участі родичів і припускають великі витрати часу. Дослідження показують, що в кожній другій родині неоплачувана праця матерів по догляду за дітьми-інвалідами еквівалентна за часом середньої тривалості робочого дня (від 5-ти до 10 годин). Особливу роль у вимушеному звільненні матерів дітей-інвалідів зі сфери оплачуваної зайнятості відіграє відсутність механізмів виконання законодавчих норм, що регулюють права працівників з дітьми-інвалідами. У такій ситуації мова йде вже не тільки про адаптацію дитини-інваліда, а про адаптацію цілої родини, в якій він живе [11].

Реабілітація та адаптація повинна здійснюватися з урахуванням таких факторів, як демографічний склад сімей, вік і реабілітаційний потенціал дітей-інвалідів. Адаптаційні можливості сім'ї з дітьми-інвалідами залежать від трьох груп факторів. Перша група – соціально-демографічні фактори, що впливають на адаптацію сімей. У цій групі чинників враховується неповнота сім'ї, наявність в сім'ї інших інвалідів. Друга група – адаптаційний потенціал батьків, який включає вікові та освітні характеристики. Третя група – вік і реабілітаційний потенціал дітей-інвалідів.

Реабілітаційний потенціал характеризує ступінь здатності інваліда до взаємодії з соціальним середовищем, а також комплекс його біологічних і психологічних характеристик. При встановленні реабілітаційного потенціалу враховуються також соціально-середовищні фактори, що дозволяють в тій чи іншій мірі реалізувати потенційні можливості дитини. Реабілітаційний потенціал поділяється на три рівні: високий, задовільний і низький. Медична оцінка рівня реабілітаційного потенціалу ґрунтується на показниках обмежень життєдіяльності дітей-інвалідів та ступеня їх вираженості. Трактування показника реабілітаційного потенціалу та його використання можуть бути ширшими, якщо враховувати його роль в процесах соціально-економічної адаптації сімей. В ході дослідження, проведеного Е.В.Кулагіной, встановлено, що 69,2% дітей мають задовільний реабілітаційний потенціал, трохи менше третини (27,9%) – низький і тільки 3% дітей – високий. Вік і реабілітаційний потенціал дитини-інваліда визначають потребу в тривалому догляді і в допомоги при навчанні [13; 14; 20].

З урахуванням витрат часу по догляду за дитиною-інвалідом, виявилося, що матері витрачають на це до 10 годин на день, батьки до 4 годин. Слід особливо відзначити, що в родині, де є дитина-інвалід в процес догляду, реабілітації та адаптації втягнуті всі члени сім'ї. Обмеженість можливостей дитини – це біда всієї родини. У вихованні дитини беруть участь бабусі і дідусі, брати і сестри, а також всі родичі, які проживають разом з сім'єю.

Дітям з інвалідністю, які навчаються в загальноосвітніх школах, складніше, ніж їх ровесникам засвоїти програму навчання в силу обмежених можливостей здоров'я, частих перерв через хворобу. Як показують дані дослідження, вони часто пропускають заняття і ходять в школу нерегулярно. На школи припадає 55% дітей, які потребують сторонньої допомоги і догляду за медичними показаннями, тим більше, це стосується дітей, які навчаються в домашніх умовах [12]. Основне навантаження по догляду за дітьми-інвалідами шкільного віку лягає на плечі батьків, а не спеціальних установ.

Соціально-побутовий патронаж не має широкого розвитку. По-перше, безкоштовні послуги надаються тільки бідним сім'ям, які мають середньодушовий дохід нижче прожиткового мінімуму. По-друге, тільки тим інвалідам, чиї родичі не можуть забезпечити їм допомогу і догляд за об'єктивних причин. Практика соціального обслуговування виключає дітей-інвалідів, які потребують допомоги по догляду і мають працездатних батьків [15].

Сім'я є найважливішим інститутом соціалізації дитини-інваліда. Саме в сім'ї створюється те необхідне будь-якій дитині середовище, в якому він може опанувати людські форми поведінки, розвинути душевні якості та інтелектуальні здібності. Основний напрямок державної політики щодо дітей-інвалідів – це адаптація дитини до соціуму через сім'ю. Ніхто краще за батьків не зможе задовольнити потреби дитини.

## Проблеми якості життя сімей з дітьми з інвалідністю

Проблема якості життя є темою численних соціофілософскіх досліджень вітчизняних і зарубіжних мислителів. У даних дослідженнях якість життя розглядається як комплексне міждисциплінарне поняття.

Великий вплив на вітчизняні та зарубіжні дослідження надала розроблена ООН концепція індексу розвитку людського потенціалу, яка зводиться до трьох компонентів: досягнення довгого і здорового життя, набуття знань, отриманню доступу до економічних ресурсів. Якість життя в контексті концепції індексу розвитку людського потенціалу визначається як показник, який фіксує існування людини з точки зору його об'єктивних характеристик, що включають медичні і соціофілософскі описи здоров'я і хвороби. Однак однозначного визначення якості життя в сучасній науці поки не існує [16].

Здоров'я, хвороба і якість життя широко досліджуються в рамках декількох теоретичних підходів: конкретно-історичного, культурологічного, соціологічного. Крім традиційних підходів у вивченні здоров'я, хвороби і якості життя, сьогодні складаються нові напрями – міждисциплінарні та науково-популярні роботи груп філософів, істориків, культурологів і психологів.

Аналіз даних робіт показав, що існує єдине розуміння здоров'я і хвороби як складних антропологічних проблем, які включають в себе медичні та соціальні (релігійні, моральні, філософські та ін.) аспекти.

Пов'язуючи якість життя з проблемами поліпшення якості товарів і послуг, підвищення конкурентоспроможності в нових умовах, дослідники розглядають категорію якості життя як інтегральну характеристику, що розкриває по відношенню до суспільства в цілому критерії його життєдіяльності, умови життєзабезпечення, а також умови життєздатності суспільства як цілісного соціального організму. При цьому основою якості життя виступає якість життєдіяльності – способи протікання повсякденному житті, найбільш типові для певного соціального середовища [17]. Якість життя пов'язане з якістю людського капіталу, який в свою чергу можна формувати за допомогою соціальної активності підприємств [18].

Уявлення про здоров'я і хвороби входять в структуру якості життя, утворюючи її суб'єктивний компонент. Філософський аналіз змісту поняття якості життя дозволяє запропонувати його наступне визначення: якість життя – це складна, багатоаспектна характеристика людського буття, що характеризує його з соціальної, економічної, психологічної та медичної точок зору, що має ієрархічну будову, організація рівнів якого змінюється в залежності від культурних і вікових чинників.

Важливе методологічне значення для розуміння якості життя має теорія потреб А. Маслоу. У кожної спільності, соціальної групи і особистості є свій «поріг» уявлень про якість життя. Для одних він обмежується задоволенням вітальних потреб, для інших – вітальних і соціальних, для третіх соціальних суб'єктів – вітальних, соціальних і престижних, для четвертих – вітальних, соціальних, престижних, когнітивних і духовних. Дотримуючись розвинутого діяльнісного підходу до категорій «спосіб життя», «рівень життя», «стиль життя» і т. д., ми можемо визначити якість життя дітей з інвалідністю та їх сімей як ступінь їх задоволеності життям та як ступінь реалізації їх основних потреб.

Більшість сімей з дітьми з інвалідністю мають від половини до півтора середньодушового доходу (Таблиця 1). У сім'ях, де крім дитини-інваліда є інші інваліди або люди похилого віку, живуть і того гірше. Матеріальне становище сімей з інвалідами дуже важке. Тому таким сім'ям необхідна численна допомогу держави, пільги та пільгове обслуговування сімей, в яких є інваліди та діти-інваліди [19].

Таблиця 1.1

**Розподіл середньодушового доходу в різних типах сімей**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Середньодушовий дохід | | | | |
| Тип сім'ї (розподіл в %) | 0,5 | 0,5—1,0 | 1,0—1,5 | 1,5—2,0 | > 2,0 |
| З дитиною з інвалідністю | 4,5 | 42,2 | 27,3 | 10,4 | 5,6 |
| З дорослим з інвалідністю до 60 років | 7,1 | 45,4 | 16,8 | 6,7 | 3,9 |
| З дорослим з інвалідністю та дитиною з інвалідністю | 8,6 | 38,0 | 23,8 | 4,8 | 4,8 |
| З пенсіонером за віком | 1,7 | 54,7 | 22,9 | 7,9 | 2,8 |
| З пенсіонером за віком і дитиною з інвалідністю | 12,0 | 48,0 | 36,0 | 2,7 | 1,3 |
| З пенсіонером за віком і дорослим з інвалідністю | 21,0 | 45,9 | 21,0 | 8,3 | 3,8 |
| З дорослим з інвалідністю старше 60 років | 4,8 | 33,0 | 35,7 | 13,6 | 12,9 |

Можна виділити три основні типи соціально-економічної адаптації батьків на ринку праці після появи в сім'ях проблем, пов'язаних з інвалідністю дітей.

Перший тип включає економічно активних батьків, яким вдалося зберегти робоче місце після того, як дитина стала (або народилася) інвалідом. За даними О.В.Кулагіної, таких лише третина матерів (34%) і майже дві третини батьків (67,9%).

Другий тип включає економічно активних батьків, які змінили місце роботи, щоб вирішувати проблеми догляду за дітьми-інвалідами. Цю стратегію реалізували 14% матерів і 21,5% батьків. Зміна зайнятості як стратегія соціально-економічної адаптації має різні цілі для матерів і батьків. Для матерів вона передбачає перехід на вільний режим роботи, навіть якщо це малокваліфікована і низькооплачувана праця. Згідно з даними інтерв'ю, жінки, незалежно від рівня освіти, змушені працювати прибиральницями і двірниками. Для чоловіків зміна зайнятості мотивується отриманням більш високої заробітної плати, однак, також не виключається малокваліфікована праця з втратою професійного статусу.

Третій тип включає економічно неактивних батьків. В даному випадку батьки (41% матерів і 2,9% батьків) перервали зайнятість для догляду за дітьми з інвалідністю.

Соціально-економічна адаптація жінок – матерів дітей-інвалідів перебуває на низькому рівні. Це свідчить про необхідність проведення спеціальної політики зайнятості щодо батьків дітей-інвалідів, забезпечення рівних можливостей по відношенню до працівників з сімейними обов'язками в цілому. Зазвичай, матері переривають зайнятість, тому, що не змогли використати пільги щодо полегшення зайнятості, встановлені Законом України «Про зайнятість населення». Права, закріплені за працівниками батьками дітей-інвалідів, використовують лише близько 15% працівників. Обмеження щодо надання працівникові трудових пільг (неповний робочий день із збереженням робочого місця, гнучкий режим роботи, часте використання лікарняного листа по догляду або відпустки без збереження заробітної плати) незмінно виникають, якщо ці заходи ускладнюють виробничий процес і ведуть до втрати прибутку підприємства.

Немає механізму, що забезпечує зайнятість для працівників з дітьми-інвалідами; відсутні спеціальні програми, що передбачають перекваліфікацію батьків дітей-інвалідів, що дозволяють використовувати надомну працю, надавати допомогу в отриманні оплачуваної зайнятості на умовах суміщення її з доглядом за дитиною; відсутні заходи, що полегшують матерям повернення на ринок праці в разі появи такої можливості.

Сім'ї, які виховують дітей-інвалідів в домашніх умовах, отримують соціальну пенсію, розмір якої не досягає прожиткового мінімуму на дитину: на початку 2004 р ця величина не перевищувала 57%. Непрацюючі батьки, які здійснюють догляд, отримують компенсаційну виплату, розмір якої не залежить від тяжкості захворювання дітей і становить 60% від мінімальної заробітної плати [20].

У найбільш важкому становищі перебувають неповні сім'ї. На момент дослідження в повних сім'ях середньодушовий дохід становив 79% від величини прожиткового мінімуму; в неповних сім'ях, утворених в результаті розлучення батьків – 61,6%, в неповних сім'ях матерів-одиначок – 46%. За даними дослідження, 44% сімей оплачують лікування дітей, при цьому майже половина з них відмовляють собі в харчуванні, а інші або балансують на межі бідності, або мають труднощі за іншими статтями сімейних витрат. Тільки 1,2% сімей можуть дозволити собі платне лікування дитини і одночасно задоволення основних сімейних потреб [10].

Зайнятість батьків, можливість забезпечення далеко не єдина проблема в таких сім'ях. Специфічною проблемою є стрес, який отримує сім'я у зв'язку з дитиною-інвалідом, це робить її особливо вразливою. Батьки в таких сім'ях додатково відчувають на собі вплив ряду негативних факторів, які слугують стрессами несподіваного і хронічного характеру. Нетипова дитина в родині, дитина з особливими потребами розглядається як джерело постійного стрессового положення. Тому сім'ї постійно потрібна допомога ще й в цьому напрямку. Центри соціальної допомоги сім'ї та дітям стали брати на себе функції надання соціально-психологічної допомоги. Залучення батьків до участі в соціально-педагогічної роботи зі своєю дитиною, перетворення їх в співучасників реабілітаційного процесу – це найважливіше завдання, що стоїть перед органами соціального захисту.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Отже , проаналізувавши теоретичні джерела, можна сказати що сім'ї, які мають дітей з обмеженими можливостями, в сучасному Українському товаристві захищені недостатньо. Існує цілий спектр найрізноманітніших проблем таких сімей – економічних, правових, освітніх, інформаційних, психологічних і т.п., але ці проблеми можуть бути подолані цілеспрямованими і методичними зусиллями, спрямованими на різні сфери життєдіяльності.

Проблеми життєдіяльності дітей з особливими потребами в сучасних умовах розвитку суспільства пов’язані, перш за все, з укоріненням стереотипних уявлень про таких дітей, як «неповноцінних», «нездатних», чому сприяло історичне минуле нашої держави, в якому обговорення проблем інвалідності вважалось непопулярним, непотрібним у суспільстві. Тому, з огляду на невпинне зростання кількості дітей, які мають вади психофізичного розвитку все більшої актуальності набуває розробка досліджень, присвячених з’ясуванню причин, закономірностей розвитку цього явища та вирішенню питань адаптації, повноцінної соціалізації в суспільному житті дітей з особливими потребами, та їх сімей.

Важливими чинниками в становленні цих процесів є інтегроване та інклюзивне навчання, а також усвідомлене, поважне ставлення до дітей з особливими потребами з боку оточуючих та їх рідних. Тільки за таких умов діти з особливими потребами здатні подолати усі життєві проблеми і труднощі та повноцінно самоствердитись у житті.

У вирішенні проблем сімей з дітьми з інвалідністю є дослідження психолого-педагогічних проблем навчально-виховної діяльності з інвалідністю допомога фінансуванням та пільгами від держави.

# РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ЇХ СІМ’ЯМИ

## 2.1.Державні форми обов'язкової соціально-правової допомоги

Соціальні допомоги займають важливе місце в системі соціального забезпечення населення України. Практична цінність соціальної допомоги полягає в тому, що кожний громадянин України отримує право на матеріальне забезпечення на рівні не нижчому від прожитковий мінімум, у разі.,якщо з незалежних від нього причин його середньомісячний дохід не відповідає встановленому законодавством рівню, і якщо такий громадянин в силу різних обставин не застрахований в системі загальнообовязкового соціального страхування, або якщо тривалість його страхового стажу не дає йому право на отримання соціальних страхових виплат. Фінансування всіх видів соціальної допомоги здійснюється за рахунок Державного та місцевих бюджетів. Це є однією з основних особливостей даної форми соціального забезпечення. Поряд з цим існують й інші специфічні ознаки соціальної допомоги, які відрізняють її від інших форм соціального забезпечення населення України [25].

Питання, пов'язані з призначенням і виплатою державної соціальної допомоги дітям-інвалідам та інвалідам з дитинства регулюються Законом України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» (далі – Закон про соціальну допомогу). Відповідно до Закону, право на державну соціальну допомогу мають інваліди з дитинства (цей статус присвоюється після досягнення 18 років) і діти-інваліди віком до 18 років. Інвалідам з дитинства причина, група інвалідності, а також термін, на який встановлюється інвалідність, визначаються органом медико-соціальної експертизи. Одночасно вищеназвані органи повинні роз'яснити інвалідам з дитинства їх право на державну соціальну допомогу [21; 22].

### Соціальні виплати

Право на державну соціальну допомогу мають інваліди з дитинства і дітиз інвалідністю віком до 18 років.

Якщо інвалід з дитинства або дитина з інвалідністю має право на пенсію у зв’язку з втратою годувальника (державну соціальну допомогу дитині померлого годувальника, передбачену Законом України “Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам” і державну соціальну допомогу відповідно до цього Закону, ці виплати призначаються одночасно.

Державна соціальна допомога призначається у таких розмірах:

* інвалідам з дитинства I групи – 100 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;
* інвалідам з дитинства II групи – 80 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;
* інвалідам з дитинства III групи – 60 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;
* на дітей-інвалідів віком до 18 років – 70 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

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

* інвалідам з дитинства, віднесеним до підгрупи А I групи, – 75 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;
* інвалідам з дитинства, віднесеним до підгрупи Б I групи, – 50 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

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

Надбавка на догляд за дитиною-інвалідом підгрупи А встановлюється в розмірі:

* на дитину-інваліда підгрупи А віком до 6 років – прожиткового мінімуму для дітей віком до 6 років;
* на дитину-інваліда підгрупи А віком від 6 до 18 років – прожиткового мінімуму для дітей віком від 6 до 18 років.

Надбавка на догляд за іншою дитиною-інвалідом встановлюється в розмірі:

* на дитину-інваліда віком до 6 років – 50 відсотківпрожиткового мінімуму для дітей віком до 6 років;
* на дитину-інваліда віком від 6 до 18 років – 50 відсотківпрожиткового мінімуму для дітей віком від 6 до 18 років.

Надбавка на догляд за дитиною-інвалідом віком до 18 років призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які не працюють, не навчаються (крім заочної форми навчання), не проходять службу, не займають виборну посаду і фактично здійснюють догляд за дитиною-інвалідом.

Надбавка на догляд за дитиною-інвалідом віком до 18 років також призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які перебувають у відпустці по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку, у відпустці у зв’язку з вагітністю та пологами, у відпустці без збереження заробітної плати, у разі якщо дитина-інвалід потребує домашнього догляду, і вони фактично здійснюють догляд за дитиною-інвалідом. Одному з батьків, прийомних батьків, батьків-вихователів дитячого будинку сімейного типу, усиновителів, опікуну, піклувальнику надбавка на догляд за дитиною-інвалідом підгрупи А, а також одинокій матері (одинокому батьку) надбавка на догляд за дитиною-інвалідом призначається незалежно від факту роботи, навчання, служби [23].

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

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

У разі припинення виплати державної соціальної допомоги внаслідок нез’явлення на переогляд без поважних причин, при наступному визнанні інвалідом з дитинства або дитиною-інвалідом, виплата цієї допомоги поновлюється з дня встановлення інвалідності або визнання дитиною-інвалідом.

Виплата у повному розмірі державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства в разі влаштування їх до відповідної установи (закладу) на повне державне утримання або зняття з повного державного утримання відповідно припиняється або відновлюється з першого числа місяця, наступного за місяцем, у якому виникли ці обставини [23; 24].

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

### Пільги та правова допомога

Також законодавство України надає пільги та правову допомогу сім’ям з дітьми з інвалідністю.

Для дітей-інвалідів відповідно до норм законодавства передбачено такі пільги:

* безплатний проїзд у пасажирському міському транспорті (крім метрополітену і таксі), а також усіма видами приміського транспорту, а для дітей-інвалідів по зору або з ураженням опорно-рухового апарату – І в метрополітені;
* 50%-ва знижка вартості проїзду на внутрішніх лініях (маршрутах) повітряного, залізничного, річкового та автомобільного транспорту в період з 1 жовтня до 15 травня (ця пільга поширюється на осіб, які супроводжують дітей-інвалідів під час поїздки, але не більш ніж на одного супроводжувача);
* безплатне забезпечення санаторно-курорт ним лікуванням за чергою в міру надходження путівок відповідно до медичного висновку (через органи Міністерства охорони здоров'я або інші регіональні органи, визначені місцевими органами влади, при закупівлі путівок за кошти місцевих бюджетів);
* безплатне або пільгове надання послуг із соціально-побутового і медичного обслуговування, забезпечення технічними та іншими засобами (протезно-ортопедичними виробами, ортопедичним взуттям, засобами пересування тощо) за на явності відповідного медичного висновку;
* безплатне придбання лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування.

Обдаровані діти-інваліди мають право на безплатне навчання музики, образотворчого, художньо-прикладного мистецтва в загальних навчальних закладах або спеціальних позашкільних на-вчальних. закладах. Сім'ям, які виховують дитину-інваліда, за потреби поліпшити житлові умови надається житлове приміщення. Одному з батьків дитини-інваліда може бути надано один додатковий вихідний День на місяць за рахунок власних коштів підприємства на підставі ст. 9-10 Кодексу законів про працю України [26].

Одному з працюючих батьків передбачено пільгу щодо сплати прибуткового податку. Під час роботи матір дитини-інваліда без її згоди не можна залучати до надурочних робіт або направляти у відрядження, також забороняється тимчасово переводити її на іншу роботу. На підприємствах і в організаціях для жінок, які мають дитину-інваліда, може встановлюватись за рахунок власних коштів скорочена тривалість робочого часу.

На прохання жінки, яка має дитину-інваліда, у тому числі таку, що перебуває під її опікою, власник або уповноважений ним орган (під час прийняття на роботу і згодом) зобов'язаний установлювати їй неповний робочий день або неповний робочий тиждень. Оплата праці в цьому разі проводиться пропорційно відпрацьованому часу або за-лежно від виробітку. Робота в умовах неповного робочого часу не тягне за собою будь-яких обмежень обсягу трудових прав працівників.

Мати дитини-інваліда має право на щорічне надання додаткової оплачуваної відпустки тривалістю сім календарних днів без урахування святкових та неробочих. Щорічна відпустка надається їй за бажанням у зручний для неї час. Крім того, вона має право за бажанням (надається обов'язково) на відпустку без збереження заробітної плати тривалістю до 14 календарних днів щороку.

Також слід зауважити, що мати, яка народила та виховала до шестирічного віку інваліда з дитинства, матиме право на достроковий вихід на пенсію, але не раніше ніж за п'ять років до досягнення пенсійного віку, передбаченого ст. 26 Закону України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», за наявності не менше ніж 15 років страхового стажу. Час догляду за дитиною-інвалідом зараховується до стажу роботи, що може впли-нути на розмір пенсії [27].

Допомога по тимчасовій непрацездатності в разі захворювання матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною-інвалідом, надається застрахованій особі, яка доглядає за дитиною, з першого дня на весь період захворювання в порядку та розмірах, установлених Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням» [28].

Допомога по тимчасовій непрацездатності застрахованій особі, яка виховує дитину-інваліда, надається на весь період санаторно-курортного лікування дитини-інваліда (з урахуванням часу на проїзд до санаторно-курортного закладу і назад) за наявності медичного висновку про потребу стороннього догляду за нею.

Пільг з оплати за користування житлом та комунальними послугами дітям-інвалідам, а також їхнім батькам чинним законодавством не передбачено, але органи місцевого самоврядування можуть надавати додаткові пільги малозабезпеченим верствам населення за рахунок коштів місцевих бюджетів.

Також існує правова допомога, вона поділяється на два види первинну та вторинну. Безоплатна первинна правова допомога, суб’єктами права на яку є усі особи, які перебувають під юрисдикцією України, включає такі види правових послуг:

* надання правової інформації;
* надання консультацій і роз'яснень з правових питань;
* складення заяв, скарг та інших документів правового характеру (крім документів процесуального характеру);
* надання консультацій, роз’яснень та підготовка проектів договорів користування земельними ділянками (оренда, суборенда, земельний сервітут, емфітевзис, суперфіцій) для сільського населення – власників земельних ділянок;
* надання допомоги в забезпеченні доступу особи до вторинної правової допомоги та медіації.

Безоплатна вторинна правова допомога – вид державної гарантії, що полягає у створенні рівних можливостей для доступу осіб до правосуддя, і включає такі види правових послуг, як: – надання допомоги в забезпеченні доступу особи до вторинної правової допомоги та медіації:

* захист;
* здійснення представництва інтересів осіб в судах, інших державних органах, органах місцевого самоврядування, перед іншими особами;
* складення документів процесуального характеру [29].

Згідно із статтею 14 Закону право на безоплатну вторинну правову допомогу мають такі категорії осіб:

1. особи, які перебувають під юрисдикцією України, якщо їхній середньомісячний дохід не перевищує двох розмірів прожиткового мінімуму, розрахованого та затвердженого відповідно до закону для осіб, які належать до основних соціальних і демографічних груп населення, а також особи з інвалідністю, які отримують пенсію або допомогу, що призначається замість пенсії, у розмірі, що не перевищує двох прожиткових мінімумів для непрацездатних осіб (тобто станом на січень-липень 2020 року середньомісячний дохід не має перевищувати 4204 грн для працездатних осіб та 3276 грн для непрацездатних осіб);
2. діти, у тому числі діти-сироти, діти, позбавлені батьківського піклування, діти, які перебувають у складних життєвих обставинах, діти, які постраждали внаслідок воєнних дій чи збройного конфлікту;
3. внутрішньо переміщені особи;
4. громадяни України, які звернулися із заявою про взяття їх на облік як внутрішньо переміщених осіб;
5. особи, до яких застосовано адміністративне затримання;
6. особи, до яких застосовано адміністративний арешт;
7. особи, які відповідно до положень кримінального процесуального законодавства вважаються затриманими;
8. особи, стосовно яких обрано запобіжний захід у вигляді тримання під вартою;
9. особи, у кримінальних провадженнях стосовно яких відповідно до положень Кримінального процесуального кодексу України захисник залучається слідчим, прокурором, слідчим суддею чи судом для здійснення захисту за призначенням або проведення окремої процесуальної дії, а також особи, засуджені до покарання у вигляді позбавлення волі, тримання в дисциплінарному батальйоні військовослужбовців або обмеження волі;
10. особи, на яких поширюється дія Закону України «Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту»;
11. ветерани війни та особи, на яких поширюється дія Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», особи, які мають особливі заслуги та особливі трудові заслуги перед Батьківщиною, особи, які належать до числа жертв нацистських переслідувань;
12. особи, які перебувають під юрисдикцією України і звернулися для отримання статусу особи, на яку поширюється дія Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»;
13. особи, щодо яких суд розглядає справу про обмеження цивільної дієздатності фізичної особи, визнання фізичної особи недієздатною та поновлення цивільної дієздатності фізичної особи;
14. особи, щодо яких суд розглядає справу про надання психіатричної допомоги в примусовому порядку;
15. особи, реабілітовані відповідно до законодавства України;
16. особи, які постраждали від домашнього насильства або насильства за ознакою статі (у разі якщо особа не належить до суб’єктів права на безоплатну вторинну правову допомогу, працівники центру сприятимуть в отриманні такої допомоги від громадських правозахисних організацій);
17. викривачі у зв’язку з повідомленням ними інформації про корупційне або пов’язане з корупцією правопорушення;
18. громадяни України – власники земельних ділянок, які проживають у сільській місцевості [31].

## 2.2.Недержавні форми соціально-правової допомоги

Однією з найголовніши форм недержавної допомоги нужденним є благодійність. У сучасному суспільстів існує безліч благодійних фондів, які збирають пожертви та благодійні внески аби допомгти людям які не можуть забеспечити себе та своїх рідних. Деякі фонди благодійності також мають окремі программи для допомоги сім’ям з дітьми з інвалідністю.

Благодійність – це дiяльнiсть, спрямована на надання безповоротної матерiальної або фiнансової допомоги iншим. Етимологiя слова „благодiйнiсть”, напевне, полягае у злитті двох старовинних слов’янських слiв: „благо” + “дiяти”, що в сучасному звучанні означае “робити добро”. Явище благодiйностi нерiдко плутають з альтруізмом i релiгiйнiстю. Однак почуття благодiйностi є, по суті, готовністю віддавати частину своєї власностi людям, котрi потребують матерiальної пiдтримки. Основним мотивом, що спонукає до благодiйностi, є жалощi, милосердя, усвiдомлення важливостi чи крайньої необхiдностi допомогти, значно рiдше – надлишок матерiальних благ. Велика кiлькість церков та релiгiйних органiзацiй заохочують до благодiйностi своїх вiруючих, мотивуючи тим, що благодійнiсть винагороджуеться Провидiнням. Явище благодiйності майже не дослiджувалося iсторичною наукою, однак iсторiя донесла до сьогодення імена великих благодiйникiв минулого. Лише в кiнцi 20-го столiття розпочалися спецiальнi студiї витокiв та розвитку благодiйностi як соцаiльного процесу [32].

Благодійний фонд – це Недержавна та неприбуткова органiзацiя, заснована фiзичними чи юридичними особами з метою надання благодiйної допомоги, вираженої у матерiальному або фінансовому еквiвалентi. В Україні дiяльнiсть благодiйних фондiв та iнших благодiйних органiзацiй чи фундацiй визначаеться Законом про благодiйнiсть та благодiйнi органiэацiї, Цивiльним кодексом, Законом про оподаткування та iншими Законами, що супроводжують дiяльнiсть установ та органiзацiй. Основною дiяльнiстю благодiйних фондiв є залучення рiзних, переважно матерiально-фiнансових, ресурсiв та надання благодiйної допомоги. Таким чином, всi кошти, залученi благодiйним фондом, мають бути використанi для здiйснення безповоротньої безкорисливої допомоги. Найчастiше джерелами надходжень до благодiйних фондів є: благодiйнi внески, пожертви або дарунки вiд громадян, установ та органiзацiй (економiчних, релiгiйних. полiтичних, державних, iноземних); гранти від мiжнародних донорів; спадки, згідно з заповiтами, залишеними благодiйниками. банкiвськi відсотки з депозитних вкладiв або иншi пасивнi доходи. Благодйнi фонди найчастiше можуть виступати експертами у тій галузi, яка стосується об’єктів надання їхньої допомоги. Як правило, персонал благодiйних фондiв є високопрофесiйним, особливо у питаннях надання благодiйної допомоги [30].

Розглянемо деякі фонди України, які мають программи забеспечення дітей з інвалідністю.

1. Всеукраїнський фонд «Крок за кроком».

Всеукраїнський фонд «Крок за кроком» – всеукраїнська благодійна організація, заснована Міжнародним фондом “Відродження” (м. Київ, Україна) та Міжнародним центром розвитку дитини (м. Вашингтон, США) 15 червня 1999 р.

Створення Всеукраїнського фонду «Крок за кроком» у 1999 році стало логічним продовженням діяльності Програми «Крок за кроком» Міжнародного фонду «Відродження», яка діяла в Україні з 1994 року по 1999 рік за підтримки Інституту Відкритого Суспільства (м. Нью-Йорк) та Міжнародного центру розвитку дитини (м. Вашингтон). Метою програми було впровадження демократичних практик у систему дошкільної освіти. У 1996 році програма поширила свою діяльність на початкову ланку освіти завдяки бажанню батьків дітей, які були залучені до програми, а також позитивним результатам оцінки (Міністерство освіти України, Інститут психології АПН України, Бостонський центр розвитку освіти). У 1996 році програма поширила також свої види діяльності на залучення дітей з особливими потребами та дітей національних меншин до загальноосвітніх закладів.

У 2003 році ВФ «Крок за кроком» отримав ліцензію Міністерства освіти і науки України на проведення курсів підвищення кваліфікації в галузі інноваційної освіти для вихователів і керівників дошкільних навчальних закладів, вчителів і керівників загальноосвітніх навчальних закладів, а також викладачів вищих педагогічних навчальних закладів.

Місія Всеукраїнського фонду “Крок за кроком” – сприяти втіленню освітніх реформ із реалізації особистісно-орієнтованої, інклюзивної освітньої моделі з активним залученням сімей і громад шляхом проведення тренінгів для освітян, батьків, представників громадських організацій; ініціювання та реалізації проектів, спрямованих на забезпечення рівного доступу до якісної освіти для всіх дітей, включаючи дітей з особливими потребами; залучення сімей і громади до освітнього та управлінського процесів.

У контексті виконання місії ВФ «Крок за кроком» ініціює та реалізує проекти у партнерстві з іншими українськими та міжнародними організаціями в рамках наступних програм:

1. Програма різнобічного розвитку дитини «Крок за кроком»

Мета програми – впровадження цінностей та принципів демократії в навчальний процес дітей віком від народження до 10 років (дошкільний і молодший шкільний вік). Мета реалізується через забезпечення високопрофесійних тренінгів для різних категорій освітян: вихователів, вчителів початкових класів, керівників навчальних закладів, викладачів вищих педагогічних навчальних закладів, батьків і представників недержавних організацій, а також забезпечення подальших консультацій силами наставників У межах реалізації Програми в 2014 році Всеукраїнським фондом «Крок за кроком» упроваджується проект «Поширення досвіду Центрів для батьків у ромських громадах».

1. Програма «Інклюзивна освіта»

Всеукраїнський фонд «Крок за кроком» визнає основне право всіх дітей, у тому числі дітей з особливими потребами та їхніх батьків, на рівний доступ до якісної освіти в інклюзивному освітньому середовищі. Програма «Інклюзивна освіта» спрямована на розробку ефективної моделі інклюзивної освіти, яка б забезпечувала успішне навчання дітей з особливими потребами в умовах навчального закладу за належної підтримки інших спеціалістів і батьків.

Для досягнення мети фондом використовуються наступні стратегії:

* тренінги для керівників і педагогів інклюзивних навчальних закладів (вихователів дошкільних навчальних закладів і вчителів початкових класів, що впроваджують інклюзивну форму навчання);
* консультації, спрямовані на вирішення конкретних проблем чи питань, пов`язаних з реалізацією моделі інклюзивної освіти;
* тренінги для викладачів вищих педагогічних закладів освіти за спецкурсом “Залучення дітей з особливими потребами”;
* тренінги для керівників освітніх закладів з питань створення інклюзивного освітнього середовища в умовах загальноосвітнього закладу;
* тренінги для викладачів інститутів післядипломної педагогічної освіти;
* розробка, видання методичних та інформаційних матеріалів, які базуються на потребах та інтересах дітей з особливими потребами та їхніх сімей;
* розробка та проведення досліджень;
* розвиток партнерства з іншими організаціями, які працюють у соціальній і медичній галузях щодо задоволення потреб дітей з особливими потребами.

Із метою досягнення цієї мети та стратегій ВФ «Крок за кроком» ініціює проекти, спрямовані на розвиток і поширення кращих педагогічних практик, формування громадської думки, лобіювання існуючого законодавства в напрямі інклюзивної освіти. У межах реалізації Програми в 2014 році Всеукраїнський фонд «Крок за кроком» реалізує проекти:

1. Програма «Школа як осередок розвитку громади»

Мета програми – розвиток якісно нового партнерства між школами та громадами, яке сприяє розвитку місцевих громад та демократизації школи. Таке партнерство передбачає зміни у розробці бачення та місії школи як громадсько-активної школи, де члени громади залучені до процесу управління школою та процесів прийняття рішень, що стосуються розвитку громад під час оцінювання потреб у громаді та розробці проектів, спрямованих на вирішення місцевих потреб та мобілізацію місцевих ресурсів

Реалізація мети програми забезпечує розвиток громад, чиї ресурси і структури покликані служити інтересам кожного члена громади, де є:

* спільні переконання освітян, підприємців, громадських лідерів, інших громадян щодо освіти як процесу, що відбувається впродовж усього життя і повинен бути доступний для кожного;
* переконання щодо виходу освіти із своєї традиційної ролі та бачення її доступності впродовж семи днів на тиждень, участі в управлінні школою інших членів громади, доступності шкільних ресурсів для всіх членів громади;
* спільний голос у визначенні потреб і ресурсів громади, залученні бізнес-структур, підприємців до співпраці;
* можливість для батьків бути залученими до процесу прийняття рішень щодо якості освіти для їхніх дітей та участі у житті школи;
* бажання бути інноваційними, гнучкими і творчими у визначенні нового бачення розвитку школи та освіти;
* визнання ролі всіх членів громади в освіті та розвитку громади, покращенні життя для кожного члена громади.

Отже основною метою цього фонду є допомога в отриманні якісної освіти дітям з інвалідністю [33].

2. Благодійний Фонд «Карітас».

Карітас України входить в одну з найбільших міжнародних мереж благодійних організацій у світі та Європі.

Слово “Карітас” означає воднораз любов і милосердя, співчуття та благодійність.

Протягом майже 25 років сотні тисяч потребуючих українців отримали матеріальну, соціальну, психологічну та юридичну допомогу завдяки нашій роботі. Робота Карітасу України сфокусована на 5 основних напрямках:

* допомога дітям, молоді та сім’ям, які перебувають у кризі
* охорона здоров’я;
* допомога людям з особливими потребами;
* соціальні проблеми міграції;
* допомога в надзвичайних ситуаціях.

Місія Карітасу України: Розвиток традицій доброчинної діяльності та здійснення соціальної роботи, виходячи із християнських морально-етичних цінностей.

Мета Карітасу України: Розробка та впровадження національних програм для забезпечення соціальної допомоги та підтримки найбільш потребуючого населення України незалежно від національної приналежності чи віросповідання.

Основним напрямком діяльності фонду є допомога людям (в першу чергу молоді) з інтелектуальною недостатністю та іншими важкими формами інвалідності (ДЦП, синдром Дауна тощо) в Мережі соціальних центрів Карітасу України.

Метою роботи центрів є надання психосоціальної підтримки та допомоги в подоланні соціальної ізоляції, адаптації до життя в громадах, покращення само-впевненості та самостійності підопічних, розвиток творчої та освітньої самоактуалізації, отримання нових життєво необхідних навичок..

Послуги програми, які надаються в рамках поточних проектів:

* покращення рівня життя молоді з особливими потребами через їхню участь в діяльності соціальних центрів.
* надання психосоціальної підтримки та допомоги в подоланні соціальної ізоляції та адаптації до життя в громадах.
* розвиток творчої та освітньої самоактуалізації підопічних для отримання нових життєво необхідних навичок та соціальної інтеграції.
* мобілізація громад та підтримка ініціативних груп батьків.

Програма допомоги людям з особливими потребами сьогодні це:

* 8 спеціалізованих соціальних центрів для молоді з особливими потребами у Львівській, Івано-Франківській та Тернопільській областях.
* кількість людей, що отримали послуги за останні десять років, зросла із 43 до 280.
* залучення в програмну діяльність вихованців державних спеціалізованих закладів для осіб з особливими потребами.
* активна співпраця з місцевими освітніми вищими навчальними закладами, внаслідок чого студенти отримали практичні навички роботи з людьми з інтелектуальною недостатністю.

Отже серед переваг цього фонду можно віділити наступні:

* в центрі діяльності знаходиться дитина,
* надаються послуги незалежно від релігії, національності або соціального статусу особи,
* залучення самих дітей з особливими потребами та їх батьків до впровадження соціальних проектів,
* гнучкий підхід до впровадження програм – запровадження нових компонентів, в залежності від потреб регіону, гуманітарної ситуації в країні, демографічної та соціальної специфіки цільової групи [34].

3. Благодійний Фонд «Діти Райдуги» (м. Сєвєродонецьк).

Місія Фонду: У травні 2010 року в р. Сєвєродонецьку Луганської області створено благодійний фонд «Діти Веселки». Засновниками фонду стала група ініціативних батьків, які зневірилися у пошуках повноцінної корекційної допомоги для своїх малюків. Це сім'ї, які виховують дітей з обмеженими можливостями, з важкими психіатричними порушеннями – аутизм, епілепсія, затримка психічного та мовного розвитку; генетичні захворювання; травми і захворювання, що призвели до поразки центральної нервової системи; порушення слуху; порушення будови мовного апарату.

Необхідність створення нашого фонду, на думку засновників, викликана, головним чином, дискримінаційним ставленням суспільства до дітей з обмеженими можливостями, дітям-інвалідам. Відразу хочеться обмовитися – у цих дітей немає ніяких особливих, спеціальних прав. Вони є громадянами нашої країни, а права громадянина відображені в Конституції: право на життя, право на свободу пересування, право на працю, право на освіту, право на медичну та соціальну допомогу, право на відпочинок і т. д. Однак з реалізацією цих прав саме інвалідами у нашій країні є серйозні проблеми. З метою допомоги сімьям з дітьми з інвалідами благодійним фондом «Діти Райдуги» був створений консультаційний центр для дітей з аутизмом та аутичним типом розвитку. Наш центр очолює логопед з величезним досвідом корекційної роботи з дітьми з важкими мовними порушеннями, одна з провідних логопедів Луганської області Скаженик Галина Костянтинівна. Також у центрі працюють дитячий психолог, два корекційних педагога, реабілітолог та музичний працівник. Весь педагогічний колектив пройшов стажування в Київському центрі для дітей з аутизмом та аутичним спектром розвитку «Школа-Сходинки», який існує вже 10 років і має величезний досвід роботи з такими дітьми. У нашому центрі робота з кожною дитиною будується індивідуально, з урахуванням ступеня тяжкості проявів аутизму, особливостей дитини, позиції батьків. У своїй роботі ми намагаємося охоплювати максимально можливе число проблемних зон у розвитку дитини: навички мовлення і спілкування (комунікація) перш за все, формування побутових, інтелектуальних навичок, проблеми поведінки.

За час роботи центру індивідуальну корекційну підтримку за спеціальними програмами і методиками отримали 44 дитини, з них 29 – діти-інваліди. На даний момент постійно в центрі займаються 17 дітей у віці від 4 до 10 років, з них 9 осіб з аутизмом, 6 осіб з важкими затримкою психомовного розвитку і аутичними рисами, одна дитина з епілепсією і один слабослышаший дитина. Вихованці нашого центру, в більшості випадків, мають тяжкі мовленнєві проблеми, багато не говорять взагалі. Специфіка проявів при аутизмі полягає в тому, що ці діти не вміють і не бажають спілкуватися з навколишнім світом, у тому числі і з самими близькими людьми – батьками, і в цьому головна трагедія таких сімей. Так ось, завдання наших педагогів – заманити такого дитину в наш світ, світ людської мови і спілкування, а потім обережно зачинити за ними двері, щоб вони не змогли повернутися в свій замкнений світ і піти кожен своєю дорогою. Крім того, в нашому центрі проводяться заняття в міні-групах (по 6-8 чоловік) для звичайних дітей дошкільного віку, що мають різні мовні порушення, і в подальшому ми плануємо організовувати для дітей з аутизмом і цих хлопців загальні свята і заходи, і навіть спільні заняття (музичні, фізкультурні, творчі).

Фонд «Діти Райдуги» існує тільки за рахунок благодійних пожертвувань. Нам допомагають багато людей, і навіть організацій, але, на превеликий жаль, серед них поки не було жодної державної установи. Фонд змушений орендувати приміщення і на всіх рівнях доводити необхідність існування нашого центру, оскільки в нашому регіоні немає ні корекційних дитячих садків чи шкіл, ні навіть спеціалізованих груп або класів і навчатися нашим дітям просто ніде. У вкрай скрутному становищі, практично на межі закриття, наш центр знаходиться взимку, під час опалювального сезону, коли орендна плата для нас збільшується в 2.5 рази. Педагоги центру реалізують навчальні програми для дітей з найважчими формами інвалідності, зазвичай визнаними «ненавчальними» існуючої освітньої системою. «Піддається навчанню» для нас – не означає, що дитину нічому не можна навчити, це означає, що в нашій системі він не навчаємо, в ній недостатньо фахівців, немає методик, не створена психолого-педагогічна середовище для його розвитку.

Ми ще дуже молоді, нам лише два роки, і багато чому належить навчитися. Але вже зараз ми глибоко переконані, що копітка корекційна робота і підвищення рівня соціальної адаптації дітей з аутизмом виправдані незалежно від результатів. А перемоги наших дітей настільки ж реальні й могутні, як і перемоги будь-якого звичайного дитини. Вони – інші, але з-за цього не менш чудові. Побачити ці перемоги – непроста справа, вони не видно неозброєним оком, особливо якщо підходити до неї з мірками, приложимыми до типового розвитку. Але якщо зуміти подивитися на світ очима такої дитини, навчитися поважати його точку зору, тоді ці перемоги і успіх стають помітними і набувають сенсу. Має значення не кінцевий результат сам по собі – істинною мірою мужності такої дитини є та відправна точка, з якої він почав шлях до цього результату. Ми віримо в наших дітей і закликаємо всіх небайдужих людей повірити в них разом з нами. Керівництво фонду сподівається на тривалу та плідну співпрацю з усіма державними і громадськими організаціями.

Основні цілі:

1. реалізація прав на освіту, реабілітацію та гідне життя дітей з обмеженими можливостями (ЗПМР, епілепсія, аутизм, генетичні захворювання, захворювання і травми, що призвели до пошкодження ЦНС, порушення будови мовного апарату, слабочуючі);
2. захист прав дітей з обмеженими можливостями (ОМ), у тому числі на освіту, якісне медичне обслуговування. Надання допомоги батькам, які виховують дітей з захворюваннями, що призводять до ОМ, у влаштуванні їх дітей у школи, клуби за інтересами, санаторії і профілакторії з метою своєчасної лікувальної, психолого-педагогічної корекційної допомоги;
3. просвітницька робота у суспільстві, сприяє формуванню позитивної громадської думки про дітей з ОМ. Участь батьків і дітей у різноманітних районних, міських, всеукраїнських, міжнародних фестивалях, добродійних акціях, спортивних і масових заходах;
4. психологічна, інформаційна, соціальна та правова допомога батькам у вихованні дітей з ОМ, в тому числі і батькам, які стоять перед вибором – залишити дитину в сім'ї або відмовитися від нього. Залучення фахівців до роботи з дітьми та батьками, виведення батьків зі стану шоку після встановлення діагнозу. Створення бібліотеки для батьків, Інтернет – сайту для можливості отримання максимальної кількості інформації з нагальних проблем і питань виховання і навчання дітей з ОМ;
5. створення оптимальної психолого-педагогічного середовища для розвитку дітей з ОМ, в тому числі реалізація програм раннього втручання, спочатку в рамках регулярних занять із залученням корекційних педагогів та інших фахівців, а потім – створення постійно-діючого міського педагогічного центру для дітей з ОМ усіх вікових груп. Проведення спільних заходів: дитячих свят, виїздів на природу, прогулянок, чаювань;
6. адресна матеріальна допомога сім'ям, що мають дітей з ОМ, на придбання ліків, засобів реабілітації, проходження медичних обстежень, участь у творчих конкурсах і спортивних змаганнях;
7. cпівробітництво і обмін досвідом з громадськими організаціями і фондами різних регіонів України та зарубіжжя. Відвідування проведених заходів та обмін досвідом. Підготовка фахівців з числа батьків для надання корекційної допомоги дітям. Пошук спонсорів, проведення власних благодійних заходів [35].

Окрім вище наведених існує багато інших організацій, які здійснюють значний вклад у розвиток допомоги сім’ям з дітьми з інвалідністю як в Україні так і у всьому світі.

## 2.3.Допомога соціальних працівників сім’ям з дітьми з інвалідністю

Діти з інвалідністю є найбільш вразливими членами суспільства, що потребують особливої підтримки та допомоги з боку держави. Соціальна робота з дітьми з особливими потребами передбачає їх всебічну підтримку з боку держави, дотримання конституційних прав. Вони потребують не лише соціальної та медичної реабілітації, а й створення таких умов, за яких дитина з інвалідністю зможе реалізувати себе в суспільстві в повній мірі.

Проблема життєдіяльності дітей з обмеженими можливостями є предметом дослідження фахівців багатьох галузей науки: медицини, психології, педагогіки, соціальної роботи. Однією з причин недостатньої ефективності соціально-педагогічних заходів по роботі з дітьми з обмеженими можливостями є теоретична нерозробленість даної проблеми.

Багатоаспектність проблем дітей з обмеженими можливостями та їх сімей значною мірою знаходить відображення в технологіях роботи з такими людьми, в діяльності системи державного соціального забезпечення. Погіршення екологічної ситуації, високий рівень захворюваності батьків, відсутність культури здорового способу життя, ряд соціальних, педагогічних, психологічних і медичних проблем сприяють збільшенню числа дітей з інвалідністю.

Соціальна робота з дітьми з інвалідністю передбачає широкий комплекс професійної соціально-педагогічної діяльності, що полягає у виявленні, визначенні та вирішенні проблем хворої дитини з метою реалізації та захисту її прав на повноцінний розвиток, індивідуально-зорієнтованій допомозі і співробітництві в її життєвому самовизначенні [36].

Основною метою роботи соціального працівника з дітьми з інвалідністю є забезпечити їх емоційний, соціальний, фізичний та інтелектуальний розвиток, а також максимально розкрити їх потенціал для навчання.

Проаналізувавши наукову літературу з даного напрямку, ми прийшли до висновку, що проблеми дітей та молоді з особливими потребами можна розділити по таких напрямах:

1. медичне обслуговування (недостатня кількість і якість послуг безкоштовного лікування, профілактики, реабілітації та діагностики; недостатня кількість кваліфікованих фахівців);
2. матеріальне забезпечення (недостатня кількість медичних і технічних засобів лікування; значна різниця між прожитковим мінімумом та встановленими виплатами по інвалідності);
3. вільне пересування (невиконання вимог законодавства щодо пристосування споруд та транспорту до потреб людей з функціональними обмеженнями);
4. психологічна допомога дітям та їх батькам (мала кількість інформаційнометодичного забезпечення інноваційних методів роботи);
5. підготовка дітей до самостійного життя (незначна кількість в Україні центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями);
6. освіта (недостатня кількість закладів освіти зі спеціалізованими класами);
7. брак спілкування (мала кількість клубів за інтересами, центрів соціальнопсихологічної реабілітації) [37].

Освоєння дітьми з інвалідністю соціального досвіду вимагає від українського суспільства розробки та впровадження нових технологій соціальної роботи для вирішення проблем даної категорії. До важливих видів технологій соціальної роботи з дітьми з інвалідністю відносимо соціальну діагностику, соціальну реабілітацію та соціальну адаптацію.

До змісту соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями потрібно віднести:

1. вивчення соціально-психологічного стану осіб з обмеженою дієздатністю;
2. проведення соціально-педагогічних досліджень особливостей соціалізації дітей з інвалідністю з різними типами захворювань;
3. побутова реабілітація дітей з інвалідністю (навчання елементам самообслуговування та нормам елементарної поведінки в різних мікросоціумах);
4. проведення психологічного консультування дітей з інвалідністю з особистісних проблем;
5. здійснення психолого-педагогічної корекційної роботи;
6. організація консультпунктів для родичів з юридичних, правових, психологопедагогічних питань;
7. розвиток потенційних творчих можливостей дітей з інвалідністю;
8. формування якостей особистісної самодіяльності засобами спеціально розроблених психотренінгів та психотренуючих ігор;
9. організація культурно-дозвільної діяльності дітей з інвалідністю через проектування та впровадження різноманітних програм та форм роботи соціальних служб;
10. здійснення профорієнтаційної роботи серед молодих людей з особливими потребами;
11. вихід з конкретними пропозиціями щодо поліпшення життя таких осіб у суспільстві;
12. координація роботи з різними соціальними інститутами, що опікуються проблемами дітей з інвалідністю у суспільстві [38].

Розглянемо основні принципи організації соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями:

1. діти з інвалідністю повинні продовжувати жити у своїх родинах і вести, за необхідної підтримки, звичайний спосіб життя;
2. діти з особливими потребами повинні брати активну участь в усіх сферах життя суспільства;
3. діти з інвалідністю повинні отримувати необхідну допомогу в рамках систем охорони здоров’я, освіти, соціальних служб тощо;
4. особи з інвалідністю повинні брати участь у загальному соціальному й економічному розвитку суспільства, а їх потреби повинні враховуватися у національному плані розвитку. Тобто, створення рівних можливостей означає, що державна політика повинна використовувати всі засоби таким чином, щоб кожна дитина мала рівні можливості для особистісного розвитку, щоб вона могла у подальшому виконувати повною мірою свої обов’язки як повноправний член суспільства [39].

Як свідчать дослідження, близько 80 відсотків дітей з фізичними, психічними, розумовими обмеженнями проживають в сім’ях. Труднощі, з якими вони стикаються, пов’язані з необхідністю догляду за дитиною, високими витратами на її лікування, оздоровлення, придбання засобів корекції. Головний тягар по догляду за хворою дитиною лягає на матерів: вони позбавлені професійної кар’єри, «замкнені в чотирьох стінах» з дитиною, яка має функціональні обмеження, залишаючись упродовж дня сам на сам зі своїми проблемами. Внаслідок цього у більшості сімей формується нездоровий психологічний клімат, спричинений низькими доходами батьків, що не забезпечують належне утримання дітей з інвалідністю.

У сім’ях з дітьми з обмеженими функціональними можливостями можуть відбуватись порушення на психологічному, соціальному та соматичному рівнях. Зокрема зміни на психологічному рівні можуть проявитись відчуттям провини та психологічним пригніченням. На соціальному рівні порушення проявляються у соціальній ізоляції членів родини, обмеженому спілкуванні з іншими людьми. Соматичні зміни можуть призвести до порушень вегето-судинної системи, астенічних розладів тощо [40].

В деяких сім’ях, де є дитина з особливими потребами, ставлення батьків характеризується її емоційним відторгненням, недостатньою потребою спілкування з дитиною, неадекватним стилем виховання тощо. До помилкових настанов батьків можна віднести:

– неприйняття ситуації («За що мені таке?»);

– перенесення провини на дитину («Безпорадна істота! Стільки сил, грошей – усе безрезультатно!»);

– пошук винних («Це все твоя «гнила» кров!»);

– фальшивий сором («Мені неприємно та соромно, що в мене «ненормальна» дитина);

– синдром жертви («У мене немає життя!»);

– комплекс провини («Це мене Бог покарав! Мій борг – спокутувати провину»);

– самоприниження («Я завжди була нещаслива. Тільки зі мною може таке трапитися!»);

– манія «особливості» («Наша родина особлива, не така, як усі»);

– споживацькі потреби («Нам повинні усі йти назустріч – у нас таке горе!»);

– «убивча» жалість («Ця дитина така безпорадна! Вона нікому не потрібна такою. Без мене вона загине!») [41].

Також, як правило, близькі люди дитини з інвалідністю перебувають у стані хронічного стресу, викликаного її хворобою, обставинами лікування, навчання та виховання. Ще однією нагальною проблемою, що потребує вирішення – це проблема спілкування та соціального оточення. Більшість батьків, що мають дітей з інвалідністю, майже не спілкуються з колегами, друзями чи сусідами. Більшість свого часу вони присвячують догляду за хворою дитиною. Тому важливого значення набуває ставлення до дитини та її родини сторонніх людей – сусідів, дітей у дворі, пасажирів у транспорті [42].

Важливу роль у реалізації дитини з особливими потребами у суспільному житті відповідно своїх потреб, навичок та здібностей відіграють працівники соціальних служб.

Працюючи з батьками дітей з інвалідністю, соціальний працівник повинен наголошувати їм на дотриманні наступних правил:

1. Ставитися до дитини з обмеженими функціональними можливостями як до такої, що вимагає спеціального навчання виховання та догляду.

2. На основі спеціальних рекомендацій, порад та методик поступово i цілеспрямовано:

– навчати дитину альтернативних способів спілкування;

– навчати основних правил поведінки;

– прищеплювати навички самообслуговування;

– розвивати зорове, слухове, тактильне сприйняття;

– виявляти та розвивати творчі здiбностi дитини.

3. Створювати середовище фізичної та емоційної безпеки: – позбавитися небезпечних речей та предметів;

– вилучити предмети, що викликають у дитини страх та iншi негативні емоцiйнi реакцiї;

– не з’ясовувати у присутності дитини стосунки, особливо з приводу її інвалідності та проблем, пов’язаних з нею.

4. Рідним та людям, що знаходяться в безпосередньому контакті з дитиною з особливими потребами, потрібно:

– сприймати її такою, якою вона є;

– підтримувати і заохочувати її до пізнання нового;

– стимулювати до дії через гру;

– більше розмовляти з дитиною, слухати;

– надавати дитині можливості вибору: в їжі, одязі, іграшках, засобах масової iнформацiї тощо;

– не піддаватися всім примхам вимогам дитини; – не вимагати вiд неї того, чого вона не здатна зробити; – не боятися кожну хвилину за життя дитини [43].

Основним заданням соціального працівника є реабілітація сім’ї, яка має дітей з особливими потребами, для того щоб максимально ефективно задовольнити потреби самої дитини та її батьків.

В енциклопедії для фахівців соціальної сфери реабілітація розглядається як комплекс медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних заходів, спрямованих на відновлення чи компенсацію порушених або втрачених індивідом суспільних зв’язків і відносин внаслідок змін стану здоров’я, соціального статусу, втрати близьких людей, навичок навчальної діяльності, соціальної дезадаптації, які супроводжуються стійкими розладами функцій організму, втратою соціального статусу, роботи, житла, близьких людей тощо [44].

На початковому етапі фахівцем соціальної сфери здійснюються наступні види діяльності:

1) індивідуальна співбесіда (інтерв’ювання) з кожним дорослим членом родини, визначення члена родини, здатного здійснювати головну функцію при організації реабілітаційного процесу;

2) участь членів родини у різних видах діагностичного обстеження, що проводиться на базі психолого-медико-педагогічної консультації, психологопедагогічного, медико-соціального центру, або в умовах родини;

3) аналіз разом із усіма членами родини результатів обстеження, виявлення основних проблем, специфічних особливостей дитини;

4) складання індивідуальної програми корекційно-педагогічної роботи з дитиною в умовах родини [45].

На думку А. Капської, основою для організації і проведення соціальної реабілітації є програма реабілітації дітей з обмеженими можливостями: система заходів, які сприяють розвитку можливостей дитини i всієї сім’ї, яка розробляється соціальними працівниками, психологами та лікарями при активному включенні в цей процес батьків.

У ході реалізації програми соціальний працівник обговорює з батьками позитивні результати та невдачі, проводить роботу з іншими фахівцями та різноманітними соціальними установами щодо допомоги сім’ям у подоланні труднощів. При реалізації реабілітаційної програми потрібно враховувати наступні фактори:

1) наявність міждисциплінарної команди спеціалістів, а не ходіння батьків по різних установах;

2) участь батьків у процесі реабілітації що є найбільш складною проблемою;

3) увага спеціалістів спрямовується як на дітей, так i на батьків;

4) налагодження партнерства у реабілітації дітей з інвалідністю [46].

Для того, щоб досягти гарних результатів, потрібно, щоб батьки активно включались у реабілітаційний процес, що передбачає включення, партнерство, та співпрацю. При відсутності активної взаємодії сім’ї з соціальним працівником результат реабілітації може виявитись нульовий.

Кожна програма розробляється індивідуально для кожної дитини на різний період (півроку, рік), так як повинна враховувати, стан здоров’я, вік та умови розвитку дітей, а також можливості кожної сім’ї.

Кожен період реабілітаційної програми містить мету та окремі цілі. У ході проведення кожного з етапів програми реабілітації соціальний працівник здійснює моніторинг, веде перемовини з потрібними спеціалістами, представниками установ, роз’яснює права дитини і сім’ї.

Можна визначити наступні напрями соціальної роботи з дітьми з особливими потребами:

1. координація роботи з різними соціальними інститутами, які опікуються проблемами таких дітей;
2. організація юридичних, правових та психолого-педагогічних консультацій для сім’ї, яка виховує дитину-інваліда;
3. організація культурно-дозвіллєвої діяльності дітей з обмеженими можливостями через впровадження різноманітних форм роботи соціальних служб;
4. здійснення психолого-педагогічної корекційної роботи;
5. проведення психологічного консультування дітей з обмеженими можливостями з особистісних проблем;
6. вивчення соціально-психологічного стану дитини з обмеженими можливостями [47].

Значну увагу соціальний працівник повинен приділяти ознайомленню батьків з нормативно-правовою базою щодо дітей з інвалідністю, отриманні пільг та соціальних гарантій.

Надзвичайно важливим є те, які форми соціальної роботи варто використати соціальному працівникові у своїй роботі з дітьми з особливими потребами та їх батьками. У соціально-педагогічній роботі найчастіше використовуються словесні форми (бесіди, диспути, виїзні консультації у школах-інтернатах, клуби-спілкування); практичні (тренінги, аукціони, ярмарки послуг, гуртки з декоративно-прикладної, художньої та літературної творчості); форми соціальної профілактики (відеолекторії, настільні ігри, відвідування закладів культури); наочні (плакати, соціальна реклама, перегляд відео роликів); форми корекційно-реабілітаційної роботи (вправи на формування певних навичок, супровід та консультування) [44].

При роботі з групою батьків продуктивним є організація та проведення бесід, семінарів, ігор, перегляд відеороликів. Також можна долучати дітей ті їх батьків до проведення спільних дозвіллєвих заходів, а саме різноманітних конкурсів та свят, створення різноманітних клубів за інтересами для дітей та батьків.

Всі ці форми спільної з дитиною діяльності дають можливість розширити коло спілкування, вдосконалити вміння та навички самообслуговування, привити самостійність та соціальну активність.

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

Важливим для дітей з особливими потребами є забезпечення належною повноцінною освітою. Для підвищення доступності освіти потрібно створити умови для навчання дітей з інвалідністю разом зі звичайними дітьми в загальноосвітніх школах. Це сприятиме їх соціалізації, допоможе досягти кращих результатів в освіті та отримати необхідні життєві та трудові навички. Доступ людей з інвалідністю до вищої освіти може забезпечуватися, поміж іншим, шляхом упровадження гнучких навчальних програм, навчання за індивідуальним графіком, дистанційного навчання тощо [48].

Таким чином, за активної участі фахівців соціальної сфери батьки дітей з особливими потребами не залишаються наодинці зі своїми проблемами та отримують підтримку та кваліфіковану допомогу. На основі проаналізованої соціально-психологічної та педагогічної літератури, можна зробити висновок, що зміст соціальної роботи з дітьми з інвалідністю повинен охоплювати всі сфери життєдіяльності. При цьому важливе місце повинна посідати зміна суспільної думки по відношенню до людей з особливими потребами.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Таким чином, аналіз методологичних основ соціальної роботи показав, що існують різні типи соціальної роботи з дітьмі з інвалідністю та їх сімьями. Основну соціально-правову допомогу надає держава. У Законах держави права і свободи інвалідів окремо не визначаються, а надаються їм поряд з усіма громадянами України, підкреслюючи тим самим їх рівноправність. В Україні права осіб з обмеженими фізичними можливостями на участь у житті суспільства і захист їх інтересів закріплені законодавством і рядом підзаконних актів. Вони спрямовані на надання інвалідам рівних з іншими громадянами можливостей у реалізації цивільних, економічних, політичних і інших конституційних прав і свобод. Сучасне спеціальне законодавство України з питань соціального захисту інвалідів спрямоване на вирішення проблем, пов'язаних із пристосуванням об'єктів фізичного й інформаційного середовища до нормальної життєдіяльності інвалідів, реалізацією системи пільг і компенсацій, спеціальних заходів щодо інвалідів у таких сферах, як освіта, зайнятість, реабілітація, охорона здоров'я, фізкультура і спорт, культура. Але, окрім державної допомоги сім’ї з дітьми з інвалідністю можуть звернутися до благодійних фондів, які розташовані по всій Україні. Благодійні фонди збирають пожертви, надають необхідну освіту, навчають спілкуванню дітей з інвалідністю та пристосовують їх до соціуму. У цих фондах також використовуються послуги соціальніх працівників, які з педагогічної точки зору дають поради батькам, щодо виховання дітей з інвалідністю, та проводять бесіди та психологічні вправи, як між дитиною та батьками, так і окремо.

ВИСНОВКИ

1.Проведено аналіз теоретичних джерел та виявлено особливості соціальної роботи з дітьми з інвалідністю та їх сім’ями. Визначена класифікація основних видів відхилень дітей з інвалідністю, проблеми їх соціальної адаптації; розкрита участь сім’ї у реабілітації дитини з інвалідністю; були виявлені проблеми низької якості життя таких сімей та проаналізовані основні методи та форми соціальної роботи з дітьми з інвалідністю та їх сім’ями.

На основі аналізу теоретичних джерел встановлено, що сім'ї, які мають дітей з обмеженими можливостями, мають цілий спектр проблем, які виникають у різних сферах життєдіяльності. (економічних, правових, освітніх, інформаційних, психологічних та ін.). Ці проблеми частково вірішуються за допомогою певних видів соціальної роботи. Серед них можна виділити державну соціально-правову допомогу, недержаву соціально-правову допомогу та допомогу спеціалістів (психологів, соціальних робітніків, лікарів та ін.).

2.Освоєння дітьми з інвалідністю соціального досвіду вимагає від українського суспільства розробки та впровадження нових технологій соціальної роботи для вирішення проблем даної категорії. До важливих видів технологій соціальної роботи з дітьми з інвалідністю відносимо соціальну діагностику, соціальну реабілітацію та соціальну адаптацію. До змісту соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями потрібно віднести: 1) вивчення соціально-психологічного стану осіб з обмеженою дієздатністю; 2) проведення соціально-педагогічних досліджень особливостей соціалізації дітей з інвалідністю з різними типами захворювань; 3) побутова реабілітація дітей з інвалідністю (навчання елементам самообслуговування та нормам елементарної поведінки в різних мікросоціумах); 4) проведення психологічного консультування дітей з інвалідністю з особистісних проблем; 5) здійснення психолого-педагогічної корекційної роботи; 6) організація консультпунктів для родичів з юридичних, правових, психологопедагогічних питань; 7) розвиток потенційних творчих можливостей дітей з інвалідністю; 8) формування якостей особистісної самодіяльності засобами спеціально розроблених психотренінгів та психотренуючих ігор; 9) організація культурно-дозвільної діяльності дітей з інвалідністю через проектування та впровадження різноманітних програм та форм роботи соціальних служб; 10) здійснення профорієнтаційної роботи серед молодих людей з особливими потребами; 11) вихід з конкретними пропозиціями щодо поліпшення життя таких осіб у суспільстві; 12) координація роботи з різними соціальними інститутами, що опікуються проблемами дітей з інвалідністю у суспільстві.

3. Розкрито основні принципи організації соціальної роботи з дітьми з інвалідністю та їх сімʼями: а) діти з інвалідністю повинні продовжувати жити у своїх родинах і вести, за необхідної підтримки, звичайний спосіб життя; б) діти з особливими потребами повинні брати активну участь в усіх сферах життя суспільства; в) діти з інвалідністю повинні отримувати необхідну допомогу в рамках систем охорони здоров’я, освіти, соціальних служб тощо; г) особи з інвалідністю повинні брати участь у загальному соціальному й економічному розвитку суспільства, а їх потреби повинні враховуватися у національному плані розвитку. Тобто, створення рівних можливостей означає, що державна політика повинна використовувати всі засоби таким чином, щоб кожна дитина мала рівні можливості для особистісного розвитку, щоб вона могла у подальшому виконувати повною мірою свої обов’язки як повноправний член суспільства.

4. Визначено напрями соціальної роботи з дітьми з інвалідністю: координація роботи з різними соціальними інститутами, які опікуються проблемами таких дітей; організація юридичних, правових та психолого-педагогічних консультацій для сім’ї, яка виховує дитину-інваліда; організація культурно-дозвіллєвої діяльності дітей з обмеженими можливостями через впровадження різноманітних форм роботи соціальних служб; здійснення психолого-педагогічної корекційної роботи; проведення психологічного консультування дітей з обмеженими можливостями з особистісних проблем; вивчення соціально-психологічного стану дитини з обмеженими можливостями. Значну увагу соціальний працівник повинен приділяти ознайомленню батьків з нормативно-правовою базою щодо дітей з інвалідністю, отриманні пільг та соціальних гарантій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арпентьева М.Р. Проблемы лиц с ограниченными возможностями здоровья (детей и взрослых) и их семей / Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2016. – 48 c.

2. Деннер В.А., Федюнина П.С., Давлетшина О.В. Научный обзор вопроса детской инвалидности как медико-социальной проблемы / Молодой ученый. – 2016. – 71 c.

3. Кирилюк О.М. Реабилитация детей-инвалидов / Теория и практика сервиса: экономика, социальная сфера, технологии. – 2013. – 79 c.

4. Ганузин В.М., Романычева Е.Н., Курчина Е.Г. Деятельность отделения медико-социальной помощи поликлиники в профилактике и реабилитации детей и подростков из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации / Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2016. – 36 c.

5. Мигунова М.А., Курмакаева Э.Ш. Социально-психологические факторы реабилитации детей-инвалидов в г. Челябинске / Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – 41 c.

6. Социальная политика и социология / М.: Междисциплинарный научнопрактический журнал. – 2008. – 145 c.

7. Галагузова М.А., Галагузова Ю.Н., Штинова Г.Н., Тищенко Е.Я., Дьяконов Б.П. Социальная педагогика: Курс лекций: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений / М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС. – 2003. – 286 с.

8. Подласый И.П. Педагогика. В 2-х кн. / М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС. – 1999. – кн.2, 82 c.

9. Скок Н.И. Биосоциальный потенциал лиц с ограниченными возможностями и социальные механизмы его регуляции / СОЦИС. – 2005. – №4.

10. Кулагина Е.В. Занятость родителей в семьях с детьми-инвалидами / СОЦИС. – 2004. – № 5.

11. Смирнова Р.А. Факторы формирования адаптационных стратегий социально уязвимых слоев населения Беларуси / СОЦИС. – 2005. – №10.

12. Іванова І. Б. Соціально-психологічніпроблеми дітей-інвалідів / К.: Логос. – 2000. – 87 с.

13. Мартинюк І.О., Пірогова В.І., Бутитер Л.Д., Матула Л.М. Загальні принципи реабілітації хворих та інвалідів / Практична медицина. – 1999. – №5-6.

14. Капська А.Й. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. Навчально-методичнийпосібник для соціальних працівників та педагогів / К.: ДЦССМ. – 2003. – 168 с.

15. Хуснутдинова З.А., Эткина Э.И., Шагарова С.В. Социальные проблемы семей, имеющих ребенка с ДЦП. / Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1997. – №4.

16. Думбаев А.Е., Попова Т.В. Инвалид, общество и право. / Алматы: ТОО «Верена». – 2006. – 145 с.

17. Бойцов Б.В., Крянев Ю.В., Кузнецов M.A. Системная целостность качества жизни. / Стандарты и качество. – 1999. – 22 с.

18. Бестужев-Лада И.В., Батыгин Г.С. О «Качестве жизни». / США: экономика, политика, идеология. – 1978. – 132 с.

19. Добровольская Т.А., Шабалина. Н.Б. Как живется семье с нетрудоспособным? / СОЦИС. – 1994. – № 8-9.

20. Кулагина Е.В. Адаптация семей с детьми-инвалидами к современным экономическим условиям / М.: Автореферат дисс. на соиск. Ученой степени канд. экономических наук. – 2004. – 7 с.

21. Дудкин А.С. Социальная помощь как форма общественных отношений (социальнофилософский аспект) / Пенза: Дис. кандидата филос. наук. – 2006. – 213 с.

22. Панченко В.Ю. О понятии социальной помощи в современном обществе / СОЦИС. – 2012. – № 5.

23. Закон України «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам»: ст. 8 – № 2443-VIII від 22.05.2018.

24. Ершов В.А. Право социального обеспечения / М.: ГроссМедиа. – 2009. – 312 с.

25. Борисов А.Б. Большой экономический словарь / М.: Книжный мир. – 2003. – 895 с.

26. Кодекс законів про працю України: ст. 9 – № 871-12 від 20.03.91, ст. 10 – № 3693-12 від 15.12.93.

27. Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування»: ст. 26 – № 2148-VIII від 03.10.2017.

28. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням»: № 1621-VII ( 1621-18 ) від 31.07.2014.

29. Бойко М.Д. Право соціального забезпечення України: навч. посіб. / К.: Олан. – 2004. – 312 с.

30. Стрекалова, А.А. Благотворительность и спонсорство как особый вид социальной помощи / УрГЭУ. – 2012. – №6.

31. Закон України «Про право на безоплатну правову допомогу»: ст. 14 – № 2581-VIII від 02.10.2018.

32. Ярская, В.Н. Благотворительность и милосердие как социокультурные ценности. / Российский журнал социальной работы. – 1995. – №2.

33. Всеукраїнський фонд «Крок за кроком» [Електронний ресурс] / ussf.kiev.ua – Режим доступу: <http://www.ussf.kiev.ua/about/> (дата звернення 01.06.2020).

34. Благодійний Фонд «Карітас» [Електронний ресурс] / Caritas Ukraine ICF – Режим доступу: <http://caritas.ua/dis/> (дата звернення 01.06.2020).

35. Благотворительный Фонд «Дети радуги» [Електронний ресурс] / raduga.hl.lg.ua – Режим доступу: <http://raduga.hl.lg.ua/> (дата звернення 01.06.2020).

36. Толстоухова С.В. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю. / Київ: УДЦССМ. – 2000. – 184 с.

37. Карпенко О.Г. Професійне становлення соціального працівника: навч.-метод. посіб. / Київ: ДЦССМ. – 2004. – 164 с.

38. Богданова І.М. Соціальна педагогіка: навчальний посібник. / Харків: Бурун Книга. – 2011. – 160 с.

39. Тюптя Л.Т., Іванова І.Б. Соціальна робота (теорія і практика): навч. посібник. / Київ: ВМУРОЛ «Україна». – 2004. – 408 с.

40. Ткачева В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие. / М.: УМК «Психология». – 2003. – 237 с

41. Горецька О.В. Психологічні особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами. / Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. – 2014. – 289 с.

42. Левін Р.Я. Соціальні проблеми сімей з дітьми, які мають функціональні обмеження. / Український соціум. – 2005. – 114 с.

43. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях: навчальний посібник. / Київ: Центр навчальної літератури. – 2003. – 134 с.

44. Звєрєва І.Д. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / Сімферополь: Універсум. – 2013. – 536 с.

45. Закусило О.Ю. Прикладні аспекти соціальної роботи із сім’ями, що мають дітей з особливими потребами. / Київ: [б. в.]. – 2009. – 76 с.

46. Капська А.Й. Соціальна робота: навч. посібник. / Київ: Центр навчальної літератури. – 2005. – 328 с.

47. Шевцов А.Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров’я. / Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського державного університету. – 2006. –337 с.

48. Національна доповідь «Про становище інвалідів в Україні» / Київ. – 2008. – 217 с.