

ЗМІСТ

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВСТУП..... | 2 |
| I. РОЗДІЛ ІСТОРИОГРАФІЯ ТА ДЖЕРЕЛЬНА БАЗА ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ..... | 4 |
| 1.1 Історіографія..... | 4 |
| 1.2 Джерельна база | 7 |
| 1.3 Сучасний стан та діагностика дитячої інвалідності | 23 |
| 1.4 Законодавче забезпечення соціального захисту дітей-інвалідів в Україні ... | 36 |
| II. РОЗДІЛ СПЕЦИФІКА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ОБМЕЖЕНИМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ..... | 41 |
| 2.1 Особливості роботи соціального педагога навчально-виховного закладу з дітьми-інвалідами..... | 41 |
| 2.2 Труднощі соціально-психологічної реабілітації дітей-інвалідів та їх розв'язання..... | 46 |
| 2.3 Організація соціально-педагогічної роботи з дітьми з обмеженими функціональними можливостями за кордоном..... | 49 |
| ВИСНОВОК..... | 60 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ | 62 |
| ДОДАТКИ..... | 73 |

ВСТУП

Актуальність дослідження. Одним із найважливіших чинників прогресивного розвитку суспільства є гуманне, милосердне та турботливе ставлення до дітей та молоді, які через вади фізичного та психічного розвитку позбавлені можливості жити повноцінним життям. Діти з обмеженими можливостями, які перебувають в інституційних закладах або виховуються в сім'ї, позбавлені можливості вести повноцінний спосіб життя і не готові до цього у відкритому середовищі. Це не відповідає їхнім потребам, воно має комунікативні бар'єри.

Інвалідність дитини обмежує її участь в активній діяльності. Така дитина відірвана від багатьох життєвих подій, важливих для формування її особистості. Це впливає на їхнє бачення себе, адекватність самооцінки. Недостатня, низька самооцінка істотно позначається на поведінці дитини. Ваша невпевненість у собі зменшує шанси на успіх. Хвора дитина вважає себе неповноцінною через обмеження, пов'язані зі здоров'ям. Особливо це актуально при спілкуванні з іншими людьми, особливо однолітками.

Кількість дітей-інвалідів постійно збільшується, хоча їх причини та наслідки можуть бути різними. За даними ООН, кожна четверта родина у світі має проблеми з інвалідністю, загальна чисельність людей з інвалідністю на планеті становить 600 мільйонів людей, і більше чверті з них – діти (зокрема, понад 160 тисяч дітей-інвалідів у Україні до 16 років) .

Аналіз психолого-педагогічної літератури свідчить, що проблемами дітей-інвалідів займалися багато вчених, зокрема Л.С. Вавіна, Т.А. Власова, М.С.Певзнер, Л.І.Плаксіна, К.С. Лебединська, Л.І. Солнцева, Т.Г. Єгорова, Т.Д.Ільяшенко та багато інших.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати поняття «дитина з обмеженими можливостями» та охарактеризувати особливості педагогічної роботи з дітьми з обмеженими можливостями.

Об'єктом дослідження є діти з обмеженими можливостями.

Предметом дослідження є педагогічна робота з дітьми з обмеженими функціональними можливостями.

Завдання дослідження:

1. Аналіз психолого-педагогічної літератури з проблеми дитячої інвалідності.

2. Розглянути особливості психологічного розвитку дітей з обмеженими можливостями.

3. Визначення специфіки педагогічної роботи з дітьми з порушеннями життєдіяльності в умовах дошкільних навчальних закладів та загальноосвітніх шкіл.

I. РОЗДІЛ ІСТОРИОГРАФІЯ ТА ДЖЕРЕЛЬНА БАЗА ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

1.1 Історіографія

Кількість людей з порушеннями функціонування постійно зростає, хоча причини та наслідки можуть бути різними. За даними ООН, кожна четверта родина у світі має проблеми з інвалідністю, загальна чисельність людей з обмеженими функціональними можливостями на планеті становить 600 мільйонів чоловік, і більше чверті з них – діти.

У зв'язку зі зміною поняття інвалідності реабілітація інвалідів в останні роки стала свідомою основою державної соціальної політики. Головним напрямом цієї політики була комплексна реабілітація інвалідів. Це комплексна реабілітація, яка повертає людині з інвалідністю повноцінне і нормальне життя. Продумана система реабілітаційних заходів може майже повністю повернути цю групу людей до звичного ритму життя. Але без урахування особистісних особливостей інваліда та оцінки його ресурсних можливостей неможливо побудувати ефективну систему реабілітаційних заходів, здатних повернути людину до повноцінного життя.

Інвалідність людини обмежує її участь в активній діяльності. Така людина відірвана від багатьох життєвих подій, важливих для становлення її особистості. Це впливає на їхнє бачення себе, адекватність самооцінки. Недостатня, низька самооцінка істотно позначається на поведінці людини. Ваша невпевненість у собі зменшує шанси на успіх.

Хвора людина вважає себе неповноцінною через обмеження, пов'язані зі здоров'ям. Особливо це стосується спілкування з іншими людьми.

Недостатній рівень розвитку компенсаторних здібностей, знижений потенціал адаптації, наявність внутрішньоособистісних конфліктів, невизначеність життєвих планів і установок, неможливість повноцінної

інтеграції в суспільство, відчуття власної неповноцінності та неспроможності у людей з обмеженими можливостями. працювати на фоні свого бажання після самоактуалізації та самоактуалізації викликають цілий ряд особистісних і соціально-психологічних проблем. Тому вивчення психологічних особливостей та динаміки особистісних змін людей зі зниженими функціональними можливостями, а також здійснення кваліфікованого психологічного супроводу представників цієї категорії є однією з найактуальніших проблем сучасного етапу розвитку суспільства, в сфері соціальної політики, в рамках реабілітації цієї групи людей.

Інвалідність як соціальне явище властива кожній державі. Сьогодні ступінь інвалідності жителів планети сягає понад мільярд осіб, або 15%. В Україні кількість людей з інвалідністю становить 2 млн осіб, або 6,1% від загальної чисельності населення нашої держави. Ці дані переконливо демонструють гостроту та поширеність проблеми інвалідності [3].

Проблема інвалідності в Україні досліджується давно. А вже людей з обмеженими можливостями у світі багато і їхня кількість зростає, тому кожна країна має вирішити цілий комплекс проблем, щоб сприяти повній інтеграції людей з інвалідністю у фізичне та соціальне середовище [4].

На сьогоднішній день в Україні немає жодного терміну для людей з відхиленнями у фізичному та психічному здоров'ї. У ЗМІ та спеціальній літературі паралельно вживаються різні терміни: інвалід; особа зі зниженими функціональними можливостями; особа з інвалідністю

дієздатність; людина з особливими потребами; особа з вадами розвитку; особа з обмеженими можливостями; дитина-інвалід; особа зі зниженими від народження функціональними можливостями; набута інвалідність [5].

Основою політики щодо людей з вадами здоров'я є їх реабілітація. Суть реабілітації інвалідів описана в Законі України «Про реабілітацію інвалідів в Україні». Людину з інвалідністю, незалежно від її здібностей і корисності для суспільства, слід розглядати як об'єкт соціальної політики, спрямованої на створення умов, за яких особистість може максимально реалізувати всі

потенційні здібності та інтегруватися в суспільство. При цьому людина з інвалідністю розглядається не лише як об'єкт спеціального навчання, реабілітаційних заходів, соціальної роботи, а й як активний об'єкт соціального життя та творець власної долі. Поступово розширюються можливості людей з інвалідністю для отримання освіти, працевлаштування, розвитку особистості та самоствердження [1]. Проблема інвалідності має значний історичний шлях від повного фізичного знищення з давніх часів до інтеграції інвалідів у сучасне суспільство. Розвиток філософських і медичних, а також педагогічних знань сприяв науковому осмисленню психічного розвитку дітей з психофізичними вадами.

Психологія людини з обмеженими можливостями розвитку розглядається в рамках окремого розділу психологічної науки, що вивчає закономірності психічного розвитку та особливості психічної діяльності дітей і дорослих з порушеннями психофізичного розвитку – спеціальної психології [2].

Нова педагогічна теорія розглядається в концепції «дефектності» і полягає в доведенні наукової неспроможності теорії моральної дефектності, згідно з якою моральна неповноцінність.

У ході теоретичних досліджень ми прийшли до висновку, що інвалідизуючі хвороби – це наявність захворювань і фізичних вад, які призводять до фізичних, психічних і соціальних проблем. Людину з інвалідністю, незалежно від її здібностей і корисності для суспільства, слід розглядати як об'єкт соціальної політики, спрямованої на створення умов, за яких особистість може максимально реалізувати всі потенційні здібності та інтегруватися в суспільство. При цьому людина з інвалідністю розглядається не лише як об'єкт спеціального навчання, реабілітаційних заходів, соціальної роботи, а й як активний об'єкт соціального життя та творець власної долі.

Оцінка реабілітаційного потенціалу особистості виявляє ті внутрішні ресурси особистості, завдяки яким можна компенсувати обмежені можливості. Комплексність діагностичного дослідження дозволяє скласти чітке уявлення про індивідуальні когнітивні, емоційні, мотиваційні, комунікативні особливості, а також ціннісні орієнтації особи з обмеженими можливостями.

Психологічний компонент реабілітаційного потенціалу слід визначати як показник особистісних здібностей особи, яка бере участь у реабілітаційному процесі, на основі оцінки психічного стану інваліда з урахуванням можливих змін на всіх рівнях функціонування особистості. Для забезпечення максимальної ефективності реабілітаційного процесу на всіх етапах медико-соціальної експертизи та реабілітації необхідно використовувати поняття «психологічна складова реабілітаційного потенціалу». Формується впевненість у собі, зміна саморозуміння визначається бажанням зрозуміти себе, свої здібності та властивості, як ті, що поєднують з іншими людьми, так і ті, що поєднують і відрізняють від них. Це має відношення до різкого

Коливання ставлення до себе, нестійкість самооцінки, неприйняття образу власного тіла і т. д. Це новоутворення визначає провідну потребу в психокорекції і психотерапії даної категорії - у формуванні або корекції правильної системи внутрішніх індивідуально-психологічних установок. До процесу реабілітації, тим самим підвищується самооцінка.

Ключовим фактором успішної адаптації людини в умовах інвалідизуючої хвороби є адаптивна проблемна поведінка за умови відповідного ставлення до себе та власної ефективності, орієнтованого на прийняття своїх мінливих можливостей, переосмислення та самореалізацію. В нових життєвих обставинах. На основі отриманих результатів та з урахуванням поняття «психологічна складова реабілітаційного потенціалу» розроблено поетапну програму психотерапевтичної реабілітації інваліда.

Перспективним напрямом подальшої роботи ми визначили створення моделі психологічного супроводу людей з інвалідними захворюваннями за різними нозологіями та з урахуванням індивідуальних особливостей зазначеної групи осіб.

1.2 Джерельна база

На пострадянському просторі система супроводу дітей з особливими освітніми потребами (ОДП) не склалася до 1917 року, а згодом, до 90-х років

XX століття, робота з такими дітьми в спеціальних будинках-інтернатах була ізольована від суспільства. Сучасна освітня політика нашої країни докорінно змінила підхід до навчання дітей з обмеженими можливостями розвитку. Особливим досягненням гуманізації освіти є запровадження інклюзивного навчання в сучасних закладах освіти та врегулювання прав людей з інвалідністю в законодавчих текстах. Проте для розуміння проблем, розкриття особливостей та особливостей роботи з такими дітьми необхідно, перш за все, обґрунтувати та виділити категорії дітей та врахувати наукове тлумачення визначень, а саме: «діти з особливими освітніми потребами» та «інклюзивна освіта».

Згідно з Декларацією прав людей з обмеженими можливостями (1975 р.), «інвалід» означає будь-яку особу, яка через вроджену або набуту інвалідність є фізично або розумово дієздатною [36].

У законодавстві пострадянського простору існувало дещо інше поняття «інвалід»/«інвалідність», пов'язане з втратою працездатності. При такому тлумаченні діти до 16 років не могли бути визнані інвалідами. Тому потрібен був термін «дитина з особливими потребами». До цієї категорії належать діти, які мають «різкі обмеження в життєдіяльності, що призводять до соціальної дезадаптації внаслідок порушення росту і розвитку дитини, навичок самообслуговування, пересування, орієнтування, контролю за своєю поведінкою, навчання, спілкування, трудової діяльності». Діти ведуть майбутнє» [1, 3-10].

А «інвалідність» у дитинстві визначається як «стан стійкої соціальної дезадаптації, спричинений хронічними захворюваннями або патологічними станами, які серйозно обмежують здатність дитини брати участь у відповідних віку процесах навчання та виховання, пов'язаних із потребою в додатковому постійному догляді. для нього, допомога чи турбота» [12, 24-35].

Визнання інвалідності дітям віком до 16 років встановлювалась медико-реабілітаційною експертною комісією згідно з розділом 3 «Встановлення інвалідності у дітей» Інструкції з встановлення інвалідності. Відповідно до Закону від 1 серпня 1999 р. ступінь ураження здоров'я дитини з особливими

освітніми потребами визначається залежно від ступеня функціонального порушення (з урахуванням впливу на можливості соціальної адаптації дитини) []. У цьому ж правовому акті зазначено чотири ступені, а саме:

1) перша втрата здоров'я визначається за наявності легкого та середнього ступеня функціональної недостатності, що, згідно з інструкцією, є показником перед встановленням інвалідності у дитини, але, як правило, не призводить до необхідності встановлення. в осіб старше 18 років;

2) друга втрата здоров'я відзначається при порушеннях функцій органів і систем життєдіяльності (відповідає III групі інвалідності у дорослих);

3) третя - втрата здоров'я відповідає другій групі інвалідності у дорослої людини і характеризується наявністю виражених порушень функцій органів і систем, які, незважаючи на лікування, обмежують можливості дитини для соціальної адаптації;

4) Четвертий - втрата здоров'я встановлюється за умови різко виражених порушень функцій органів і систем, що призводять до соціальної дезадаптації дитини, незворотних ушкоджень і неефективності лікувально-реабілітаційних заходів (відповідає I групі інвалідності у дорослого) [36,271].

Для кожного ступеня втрати здоров'я дитини з ООП визначається перелік захворювань, серед яких виділяють такі основні групи.

1. Перше – психоневрологічні захворювання.

Найпоширенішими захворюваннями цієї групи є дитячий церебральний параліч (ДЦП), пухлини нервової системи, епілепсія, шизофренія та інші ендогенні психози, розумова відсталість (ЗР) (олігофренія або розумова відсталість різного генезу відповідно до стадії ідіотії або недоумства), хвороба Дауна, аутизм (RDA).

Згадані захворювання об'єднані в одну групу, але варто відокремити людей з інтелектуальною та психологічною недостатністю, наголошують науковці, оскільки термін «психічна неповносправність» передбачає певні компоненти, які слід враховувати залежно від біологічного віку та культури.

Довідка: інтелектуальна відсталість, яка проявляється легше і присутня з

раннього віку; Нездатність адаптуватися до соціальних запитів суспільства [12,23].

У дітей з ООП цієї категорії найчастіше спостерігаються виражені порушення психічної діяльності: пам'яті, уваги, мислення, мови, рухливості, емоційної сфери та ін. Проте після спеціальної корекційної роботи психологів і педагогів вони можуть досягти хороших результатів. Проблеми таких дітей, здебільшого, вимагають втручання фахівців різних галузей педагогіки та медицини у відносини з родиною. Термін «розумова відсталість» використовується для позначення численних змін, що впливають на емоційне функціонування та поведінку дитини. Воно характеризується дисбалансом емоцій різного типу та ступеня складності, порушенням (а не відсутністю) розуміння та спілкування, а також неправильним орієнтуванням. а не невідповідна адаптація [16, 74-89].

Також можливе поєднання розумової відсталості із затримкою психічного розвитку та іншими ускладненнями, що призводить до певних труднощів у діагностиці захворювань та роботі з такими дітьми. Ускладнення можуть виникнути як протягом життя. Вчені виділяють такі чинники їх виникнення: поганий догляд за дітьми з вадами розумового розвитку, перевтома, стреси, неуважність вихователів тощо.

Іноді нервово-психічні розлади стають супутниками дітей з вадами розумового розвитку. Особливістю психічних розладів у таких дітей найчастіше є уповільненість психічних процесів, повний недорозвиток вищих коркових функцій і пізнавальної діяльності з вираженим стійким дефіцитом абстрактного мислення, процесів узагальнення і відволікання [123,720].

Особливості пізнавальної діяльності дітей з інтелектуальною недостатністю характеризуються недиференційованістю процесів сприймання та уваги, безформністю процесів мислення та рахунку, низькою механічною пам'яттю та образами пам'яті тощо. Недоліки мовленнєвого розвитку таких дітей мають комплексний і системний характер, характеризуються несформованістю мовленнєвої діяльності, вираженими труднощами формування мовленнєвої експресії тощо [12,62-70].

Особливо яскраво порушення емоційно-вольової сфери проявляються у дітей з важкою розумовою відсталістю. Для таких розладів характерні невмотивовані страхи, здатність сприймати критику, нездатність аналізувати власну поведінку і, що особливо важливо, низька соціальна адаптованість. Іноді для таких дітей характерна зміна умовнорефлекторної діяльності, порушення рівноваги в перебігу процесів збудження і гальмування. Все це визначається фізіологічними причинами порушень їх психічного розвитку, включаючи не тільки пізнавальні процеси, а й емоції, волю та особистість в цілому.

Розлади у дітей з церебральним паралічем характеризуються поєднанням тріади розладів: рухових, психічних і мовних з супутніми порушеннями зорової, слухової і сенсомоторної чутливості.

Рухові розлади, як первинний клінічний синдром дитячого церебрального паралічу, включають паралічі, парези, порушення координації, формування кісткових деформацій з множинними контрактурами. Патологія рухової системи у дітей з церебральним паралічем є одним з найважливіших факторів, що уповільнюють і спотворюють їх психічний розвиток.

Ступінь психічних розладів у дітей з церебральним паралічем різна:

- певний відсоток дітей з руховими порушеннями зберігає рівень інтелекту, близький до спостережуваного стандарту розвитку своїх однолітків;
- деякі діти з церебральним паралічем мають інтелектуальну недостатність внаслідок раннього органічного ураження мозку;
- У деяких дітей інтелектуальний недорозвиток більш виражений.

Діагностують і деякі інші порушення при ДЦП – це, насамперед, мовні розлади: частіше дизартрія різного характеру, рідше алалія, а також порушення письмової мови – дислексія та/або дисграфія [85, 14-18].

У дітей із синдромом аутизму (САС) формується третій тип нервово-психічних розладів. Основним симптомом у таких дітей вважається особливий дефіцит емоційно-вольової та комунікативної сфер, а саме: сенсорно-афективна гіперестезія та слабкий енергетичний потенціал, які виражаються у відсутності або значному зниженні потреби в контакті з навколишнім середовищем. комунікативної сфери дитини з РДА проявляються не тільки в порушеннях

спілкування та особливостях його мови (мутизм, мовленнєві патерни, ехололія, аутодіалог), а й у факторах, що супроводжують мовленнєву експресію (несформованість миміки та жестів). У той же час несформованість структурних компонентів комунікативної сфери при аутизмі йде рука об руку з недостатністю мотивації спілкування у дітей. Отже, це пояснює недостатність навичок соціально-побутової орієнтації, а отже, вимагає особливої уваги у формуванні навичок самообслуговування та створення спеціальних умов для прийому їжі.

Особливості сенсорної сфери та недостатній розвиток предметної діяльності зумовлюють особливість інтелектуального розвитку дітей із синдромом аутизму: у частини з них формується часткова схильність до певних знань. Інша група дітей має інтелектуальну недостатність, деякі з них важкі.

На початку життя дитини з РДА спостерігаються особливості розвитку особистості. Уникання контактів з матір'ю та близькими, відсутність або млявість перебігу «комплексу пробудження», небажання (аж до повного уникнення) спілкування, невживання займенника «Я», стереотипність мовлення, що перешкоджає критиці, тощо. визначити особистісну унікальність дитини з аутизмом -синдромом. Особливо негативно впливає на становлення особистості такої дитини порушення Я-концепції як «Я-системи», що виражається в порушенні самоотожнення із займенником першої особи [113, 320]. з інтелектуальною недостатністю, з вираженими розладами поведінки, є четвертим типом серед нервово-психічних розладів. У сучасній науково-методичній літературі обговорюються проблеми навчання та виховання дітей цієї категорії [148, 202-220].

Діти з ООП мають більш сприятливе майбутнє порівняно з іншими категоріями дітей з ООП. Порушення інколи можна «відмінити», якщо їх розпізнати та втрутитися на ранній стадії, тобто надати кваліфіковану допомогу зі стягнення боргів, організувати заходи, які допомагають згладити труднощі, що робить цих дітей перспективними в суспільстві. Однак іноді супутні захворювання, що виникають у дітей з психогенною та органічною затримкою, викликають у батьків специфічні проблеми соціального характеру, до яких

відносяться виражені та стійкі психотичні розлади поведінки, що порушують процес розвитку дитини із затримкою розвитку. Подібні порушення свідчать про наявність схильності до порушень розвитку за типом психічної нестійкості. Вони спостерігаються при психогенному відставанні, яке виникає внаслідок патологічного впливу соціального середовища на дитину з перших днів життя. Безсумнівно, першочергове значення має батьківське ставлення і атмосфера в сім'ї.

Психогенна затримка розвитку виникає як наслідок соціальної неблагополучності дитини, а також є причиною використання батьками неадекватних моделей виховання, які деформують особистість дитини. Результати такого впливу близьких проявляються у вигляді спотворення комунікативної взаємодії з соціальним оточенням, переважно з найближчими родичами. Тому батьків цієї групи особливо фруструють різноманітні форми поведінкових розладів у їхніх дітей, які проявляються в безглуздій упертості, невмотивованій брутальності, агресивності, у постійному прагненні бути в центрі уваги, у вираженому егоїзмі. Патологічний розвиток особистості, який проявляється в конфліктності, соціальній неадекватності та соціально неприйнятній поведінці дітей, змушує батьків почуватися безпорадними та повністю втратити контакт з дитиною.

Діти з порушеннями розвитку внаслідок важких тривалих соматичних захворювань (вади внутрішніх органів, онкологічні захворювання, ВІЛ-інфекція та ін.) також відносяться до групи осіб із СПФ. Рідним таких дітей за станом здоров'я доводиться нелегко. Дитяча соматична інвалідність вимагає особливої турботи з боку батьків, дотримання режиму, профілактики інфекційних захворювань і т.д., все ж призводить до гіперопіки у дорослих і водночас затримує соціалізацію та адаптацію таких дітей у групі однолітків і суспільстві загалом.

Сьогодні, коли ринкова політика змусила частково демократизувати державні структури та зробити кілька кроків до лібералізації економіки, соціальні працівники та соціальні педагоги знайшли свою «нішу» у соціальній політиці для дітей з обмеженими можливостями. Свою професійну діяльність

вони спрямовували не на політичні реформи, а на людей і зосереджувалися на створенні місцевих організацій, різних громад, які добре знають потреби мешканців і тому роблять усе, щоб спрямовувати фінанси так, щоб вони відповідали потребам людей. відповідність населенню.

Не можна однозначно стверджувати, що питання соціального захисту сімей з дітьми-інвалідами знаходиться десь на задвірках сімейної політики. Навпаки, останніми роками все більше уваги приділяється питанню захисту дітей з обмеженими можливостями. Позитивну роль у цьому відношенні зіграв Закон України від 16 листопада 2000 р. «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам», у якому вперше поставлено питання про те, чи є необхідність пошуку шляхів та механізми покращення життя цих дітей покращують та створюють умови для їх інтеграції в суспільство. Деталізація ряду заходів щодо вдосконалення системи підготовки та перепідготовки фахівців для роботи з цією категорією дітей відображає увагу держави до цієї проблеми в Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів та в положенні про Міжвідомчу координаційну раду. ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, Постанова КМУ (12 жовтня 2000 р.) та Положення про навчально-реабілітаційний центр (Наказ Міністерства освіти і науки України від 28 серпня 1997 р.). Зокрема, певним поштовхом для активізації соціально-реабілітаційної роботи став Указ Президента України від 2 грудня 2002 року «Про додаткові заходи щодо посилення соціальної захищеності інвалідів та проведення у 2003 році в Україні Року інвалідів». з дітьми-інвалідами, яку активно проводили обласна та міська державні адміністрації, соціальні служби для молоді, управління у справах сім'ї.

Загалом усі ці документи є активною відповіддю на Конвенцію ООН про права дитини, де стаття 23 визначає право дитини-інваліда на повноцінне життя в умовах, що забезпечують її гідність, сприяють її впевненості в собі, і право дитини на особливе піклування, доступ до освіти, відновлення здоров'я, соціального, культурного та духовного життя. Ці положення знайшли відображення і в Національній програмі «Діти України», в якій рання

реабілітація хворих дітей та дітей-інвалідів розглядається як проблема загальнодержавного значення, що потребує першочергового вирішення.

І якщо до 1990-х років соціальна політика щодо інвалідів носила переважно компенсаційний характер, коли вся увага зосереджувалася на грошових виплатах, то сьогодні створення реабілітаційних центрів ставить завдання іншого плану: адаптацію дітей та молодих інвалідів до соціального середовища та життєве середовище, інтереси та потреби людей з інвалідністю. У цьому плані Постанова Кабінету Міністрів України «Про програму компенсацій для вирішення проблем інвалідності» 1992 року стала помітним кроком у створенні умов для активного життя.

- профілактика інвалідності, медична, соціальна та професійна реабілітація;

- забезпечення протезно-ортопедичним забезпеченням та забезпечення інвалідів автотранспортом;

- створення рівних можливостей для інвалідів;

- створення умов для доступу інвалідів до освіти, реабілітації інвалідів у навчальних закладах;

- культура, відпочинок, фізкультура і спорт;

- поліпшення матеріально-побутових умов інвалідів;

- наукові дослідження з проблем інвалідності.

З метою фінансування робіт і державних програм соціального захисту інвалідів Фонд соціального захисту інвалідів з відділеннями в Автономній Республіці Крим, областях, містах, Києві та Севастополі.

Враховуючи основні причини розвитку інвалідності у дітей (спадкові захворювання, вроджені вади розвитку та дитячий травматизм), з метою зменшення негативного впливу цих факторів на стан здоров'я населення України розглядаються питання, які спонукають молодь формування здорового способу життя через виховання стали включені до навчальних програм загальноосвітніх навчальних закладів — «Фізична культура і здоров'я» та «Основи безпеки життєдіяльності людини».

У вищих навчальних закладах усіх рівнів акредитації, незалежно від спонсорства, Державними стандартами вищої освіти передбачено вивчення курсу «Безпека діяльності людини» як обов'язкового загальноосвітнього предмета, який включає розділи долікарської допомоги та валеології. Майбутнім вчителям у рамках педагогічної підготовки необхідно прослухати курси «Основи валеології» та «Основи медичних знань». Валеологія викладається як загальноосвітня дисципліна в більшості педагогічних коледжів з 2000 року.

У 2002 році до класифікатора професій ДК-003-95 включено професії «валеолог» та «вихователь-валеолог». МОН працює над запровадженням переліку напрямів і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців «біолог-валеолог» та «вчитель культури здоров'я». Враховуючи реальну ситуацію в Україні, створено цілу систему соціального захисту населення. створений розроблений для інвалідів. Це, зокрема:

- пенсія,
- державне соціальне забезпечення,
- державний добробут,
- система пілг і компенсацій як соціальної підтримки,
- соціальний захист осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи,
- фінансова підтримка програм соціального захисту інвалідів,
- медичне забезпечення інвалідів,
- навчання інвалідів,
- соціальна та професійна реабілітація тощо.

Система соціальної реабілітації дитини зможе повністю розкрити свій потенціал лише в тому випадку, якщо вона в цілому якісніше і за значно нижчих фінансових витрат сприятиме реабілітації фізичного, психічного та соціального статусу дитини з обмеженими можливостями. вартість, оскільки основні витрати несуть батьки, які виховують дитину.

Така система характеризується відкритістю та доступністю поблизу місця проживання дитини, що дозволяє батькам або особам, які їх представляють,

брати участь у процесі реабілітації. Діти не вилучаються із сім'ї, не порушуються біологічні, фізіологічні та психологічні зв'язки дитини з матір'ю, рідними та близькими людьми. З метою комплексного вирішення проблеми інвалідності та реабілітації дітей відділення Фонду соціального захисту інвалідів основну увагу приділяють допоміжній діяльності та створенню реабілітаційних центрів для дітей-інвалідів. Створення системи ранньої соціальної реабілітації інвалідів. Дітей під час здійснення професійної, медичної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими фізичними та розумовими здібностями дозволяє завершити формування цілісної системи реабілітації в Україні та цілеспрямовано проводити державну політику щодо впровадження новітніх методів реабілітації та через спільні зусилля, щоб узгодити їх з ними для допомоги дітям та інвалідам

Оптимальним варіантом, на думку дослідників, батьків та фахівців, є спеціалізована служба «Центри соціально-психологічної та педагогічної реабілітації дітей та підлітків зі зниженими функціональними можливостями» (далі служба), діяльність якої регулюється наказом, розробленим Державним центром соціальних служб для молоді.

З метою оптимального вирішення проблеми соціального забезпечення та підтримки дітей з обмеженими функціональними можливостями матеріальна допомога (різниця між реальним прожитковим мінімумом та встановленою виплатою по інвалідності, відсутність реалізації встановлених законодавством пільг та відсутність окремих додаткових пільг, відсутність безкоштовного забезпечення технічними та медичними засобами для лікування, реабілітації, компенсації за недоліки та хвороби);

медичне обслуговування (недостатня кількість і якість безкоштовних послуг з лікування, а також профілактики, реабілітації та ранньої діагностики, відсутність спеціалізованих закладів і кваліфікованих спеціалістів, особливо в малих населених пунктах, відсутність заходів щодо оздоровлення та санаторно-курортного лікування, особливо відсутність путівок для дітей). з батьками);

психологічна допомога дітям і батькам (відсутність відповідних центрів і спеціалістів, матеріально-технічного та інформаційно-методичного забезпечення інноваційними методами роботи);

виховання та навчання (відсутність спеціальних груп у дитячих садках та спеціальних класів у загальноосвітніх школах, спеціальних шкіл, особливо в невеликих населених пунктах, недостатня якість домашнього навчання та спеціальної підготовки вчителів, які його проводять, відсутність умов для професійної освіти та безкоштовних можливостей). продовжити навчання);

працевлаштування дітей та батьків (недотримання законодавчо встановлених квот працевлаштування, відсутність конкретних робочих місць, прийнятних норм та умов праці, відсутність можливостей для надомної роботи, спеціалізованих компаній, недостатня робота державної служби зайнятості);

Спілкування, улюблені види дозвілля (відсутність осередків – гуртків, денних центрів соціальної адаптації, центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями – спеціалізованих служб ЦССМ, творчих майстерень тощо)., інноваційні форми роботи - групи взаємодопомоги, додаткові зміни в оздоровчих таборах тощо, інші форми роботи державних і громадських організацій, які займаються проблемами інвалідності);

Підготовка дітей та молоді до самостійного життя (відсутність центрів соціальної адаптації, центрів соціально-психологічної. Враховуючи те, що як державний центр ССМ, так і місцеві реабілітаційні центри мають на меті створити всі можливі умови для допомоги дітям з інтеграцією в нове суспільство, У суспільстві важливо було звернути увагу на одне з питань, яке в першу чергу стосується дітей, — форму та місце виховання, крім того, особливий інтерес викликають відповіді дітей з функціональними обмеженнями (паралельно проводилось опитування батьків та експертів).).

Серед функціональних характеристик сімей з дітьми-інвалідами найважливішими, на мою думку, є:

- 1) матеріальна підтримка сімей;
- 2) психологічний клімат у сім'ї;

- 3) загальносімейна культура;
- 4) культура реабілітації сім'ї;
- 5) реабілітаційна діяльність;
- 6) ставлення до патології дитини.

Для виявлення ознак сім'ї, крім структурно-функціональних ознак, важливе значення мають індивідуальні особливості її членів. До них відносяться: соціально-демографічні, фізіологічні, психологічні, патологічні звички окремих членів сім'ї, а також особливості дитини, вік, фізичний, розумовий, мовний розвиток, інтереси, здібності, навчальний заклад, рівень освіти і спілкування, наявність аномалій поведінки, патологічних звичок, мовних і психічних відхилень.

Сукупність індивідуальних особливостей членів сім'ї з їх структурно-функціональними здібностями утворюють комплексну характеристику - сімейний стан. Для визначення статусу сім'ї використовуються такі поняття:

- соціально-економічний статус;
- соціально-психологічний статус;
- соціально-культурний статус. Індивідуальні особливості членів сім'ї фіксуються під час бесід, безпосереднього спостереження та (або) на підставі результатів обстеження інших спеціалістів (лікаря, психолога, корекційного педагога).

Структурні компоненти сім'ї визначаються переважно під час бесіди або вивчення офіційних документів (медичної соціальної карти тощо).

Відповіді експертів стосувалися, зокрема, причин матеріальних, медичних та освітніх проблем у сім'ях, які виховують дітей та молодь з функціональними обмеженнями.

З відповідей видно, що найгострішою проблемою сімей з дітьми та підлітками з обмеженими можливостями є відсутність матеріальної підтримки. Експерти припускають, що матеріальні проблеми викликані такими факторами (за частотою згадування):

- нестабільна економічна ситуація в країні;

- недосконалість законодавчої бази щодо матеріального забезпечення та соціального забезпечення сімей, які виховують дітей-інвалідів;
- значна від'ємна різниця між державними виплатами на дітей-інвалідів та реальним прожитковим мінімумом;
- у багатьох випадках скасування допомоги непрацюючим матерям, які доглядають за дітьми-інвалідами, через незначне завищення норми доходу на члена сім'ї, який жебракує та жорстокий;
- серед батьків, які виховують дітей-інвалідів, велика частка безробітних;
- дороге лікування та ліки;
- високі комунальні платежі;
- відсутність будівництва соціального житла унеможливорює покращення санітарно-побутових умов, тобто оздоровлення дітей та батьків, відповідно зростає вартість лікування;
- недостатнє безоплатне забезпечення протезами та іншими технічними засобами;
- відсутність безкоштовного санаторно-курортного лікування;
- відсутність центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, недостатні можливості залишати дитину в денний час і виходити на роботу, відсутність інших форм розвантаження батьків для праці та відпочинку;
- Відсутність центрів ранньої діагностики, збільшення кількості інвалідів тощо.;
- витрати на діагностику та консультації;
- некомпетентність медичних працівників;
- відсутність спеціалізованої допомоги в малих населених пунктах;
- екологічна обстановка в місцях проживання;
- відсутність профілактичних заходів;
- відсутність інформації про методи раннього виявлення та реабілітаційні заходи тощо. Причинами психічних розладів у дорослих членів сім'ї є:

- Усвідомлення неможливості дати своїй дитині гідне життя;
- страх за майбутнє дитини (труднощі з працевлаштуванням, створенням сім'ї тощо);
- дистанційоване ставлення оточуючих до інвалідів;
- поширеність хибних уявлень про інвалідність (наприклад, переконання, що людина з фізичними вадами є також розумово неповноцінною);
- неінформованість про виховання та характер стосунків з дітьми та молоддю з обмеженими можливостями та відповідне нерозуміння їхніх проблем з боку батьків;
- розірвання сімей з дітьми-інвалідами;
- підвищене почуття відповідальності, намагання зробити все за дитину, часто переходить у гіперопіку;
- прагнення приховати дитину від оточуючих, а також звуження кола спілкування, замкнутість тощо. На думку експертів, причини психологічних проблем у дітей і підлітків з функціональними обмеженнями криються в наступних сферах:
- почуття невибагливості та «неповноцінності» (формуванню останнього сприяє демонстрація симпатії або, навпаки, відсторонення оточуючих);
- недоступність багатьох закладів культури, відсутність спілкування взагалі, особливо з однолітками, через обмеження в пересуванні, з інших причин;
- брак інформації, замикання лише на власних проблемах;

Усвідомлення власної залежності від батьків, оточуючих тощо. Причини проблем у сфері навчання дітей та молоді з функціональними обмеженнями експерти називають такими:

- неможливість відвідувати загальноосвітню школу, деякі недоліки та недоліки інших форм навчання;
- Важкість переїзду та віддаленість від спеціальних навчальних закладів, що перешкоджають здобуттю спеціальності;

- неадаптованість освітніх програм загальноосвітніх і навіть спеціальних шкіл для дітей з певними вадами розвитку, відсутність індивідуального підходу;
- відсутність спеціальних навчальних закладів у сільській місцевості та малих містах;
- відсутність індивідуальних освітніх програм, адаптованих до особливостей різних видів інвалідності дітей, які навчаються вдома;
- Незацікавленість, мотивація вчителя навчати дитину з функціональними обмеженнями разом зі здоровими дітьми в класі загальноосвітньої школи.
- Причини обмеження кола спілкування дорослих членів сім'ї у дітей або підлітків з функціональними обмеженнями:
 - неможливість залишити дитину без нагляду;
 - небажання батьків знову піднімати проблему інвалідності дитини;
 - неготовність суспільства до спілкування з інвалідами;
 - труднощі пересування та ін.

Причини недостатнього спілкування дітей і підлітків з функціональними обмеженнями:

- Утруднене пересування, відсутність спеціального обладнання в громадських місцях, загалом обмежена мобільність інвалідів;
- психологічний бар'єр у спілкуванні, небажання людей сприймати інвалідів як рівних;
- психологічні комплекси батьків, які соромляться дитини і не намагаються розширити коло її спілкування;
- віддаленість від загальноосвітніх шкіл, недостатня кількість центрів соціальної адаптації та спеціалізованих навчальних закладів;
- відсутність або недоступність соціальних клубів;
- небажання здорових дітей спілкуватися з інвалідами тощо.

Це, звичайно, лише одна з кількох причин серед десятків інших (це питання детально обговорюється в аналітичному звіті DCSSM 2002). Однак вони змушують державні структури, різноманітні соціальні інституції та

громадські організації звернути особливу увагу на питання про те, як усунути окреслені причини та механізми впливу для досягнення певних змін у ситуації, що складається навколо дітей та молоді з функціональними обмеженнями. , а особливо – про сім'ї, які виховують таких дітей.

1.3 Сучасний стан та діагностика дитячої інвалідності

Проблема дитячої інвалідності в Україні досліджується давно. Зрештою, у світі є багато людей з обмеженою функціональністю, і ця тенденція зростає. У Всесвітній програмі дій для людей з обмеженими можливостями, прийнятій Генеральною Асамблеєю ООН у 1982 році, наводяться такі дані: у середньому принаймні кожна десята людина у світі має фізичні, розумові чи сенсорні вади, з яких близько 25% населення відчуває на собі негативні наслідки цього явища. Тому кожна країна має вирішити цілий комплекс проблем, щоб сприяти повній інтеграції людей з функціональними вадами у фізичне та соціальне середовище.

Сьогодні соціальні працівники та соціальні педагоги виявили свою причетність до соціальної політики щодо дітей з обмеженими можливостями. Свою професійну діяльність вони спрямовували не на політичні реформи, а на людей і зосереджувалися на створенні місцевих організацій, різних громад, які добре знають потреби мешканців і тому роблять усе, щоб фінансувати задоволення їхніх потреб.

На сьогоднішній день в Україні немає єдиного терміна для осіб з фізичними та психічними відхиленнями. у засобах масової інформації та спеціальній літературі паралельно вживаються різні терміни: інвалід; особа зі зниженими функціональними можливостями; обмежено дієздатна особа; людина з особливими потребами; особа з вадами розвитку; особа з обмеженими можливостями; дитина-інвалід; особа зі зниженими від народження функціональними можливостями; набута інвалідність. Інвалідність — це обмеження здатності, спричинене фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, правовими та соціальними факторами, і не є

можливістю брати участь у сімейному та державному житті на тих же умовах, що й інші члени суспільства.

Інвалід - це особа, яка має стан здоров'я зі стійкими порушеннями функцій організму, зумовленими хворобою, наслідками травми або вадами, що обмежують життєдіяльність і потребують соціального захисту. [9;58]

З метою оптимального вирішення проблем соціального захисту та підтримки дітей з порушеннями функціонування. Державним центром соціальних служб для молоді, Держкомсім'ямолодьжитлом та Державним інститутом проблем сім'ї та молоді проведено соціологічне дослідження «Соціальна адаптація дітей та підлітків з функціональними обмеженнями», яке виявило соціальні проблеми функціональних можливостей дітей з обмеженими можливостями та їхніми батьками, щоб визначити можливі шляхи покращення процесу вирішення проблем цієї групи. [10;16]

Завдяки цьому дослідженню вдалося виявити низку проблем, які постійно турбують дітей-інвалідів та їхніх батьків. Це фінансові та матеріальні проблеми, постійне психічне та нервово перевантаження батьків, нерозуміння соціального оточення, почуття покинутості, самотності, ускладнення у сфері моралі та етики через ставлення суспільства до таких дітей. А також проблеми, пов'язані з лікуванням, проведення медико-педагогічної корекції та усунення недоліків, а також отримання технічних засобів і спеціального обладнання, що відповідають вимогам щодо проведення регулярних медичних оглядів, кваліфікованих консультацій та реабілітації. Це основні проблеми, з якими інваліди стикаються щодня і вони нерозривно пов'язані з проблемами сімей, в яких вони живуть. [2;149]

Існуючі проблеми умовно розділили на кілька основних різновидів. Виявлено наступні проблеми:

1. Проблеми недостатнього нормативно-правового забезпечення та його реалізації.

2. Проблеми спеціалізованої допомоги у зв'язку зі специфікою захворювання людей з обмеженими фізичними можливостями.

3. Проблеми постійного супроводу з боку психологів, соціальних педагогів та соціальних працівників у період психічної кризи дитини та сім'ї, яка її виховує.

4. Проблеми виховання.

5. Проблеми, пов'язані з охороною здоров'я.

6. Проблеми через відсутність фінансової та матеріально-технічної підтримки.

7. Проблеми недостатнього інформаційного забезпечення.

Анкети, розроблені ДСНС, можуть бути використані з відповідною трансформацією (спільно або індивідуально) у практичній роботі соціальних педагогів та соціальних працівників з урахуванням регіональних особливостей та індивідуальних особливостей дітей з обмеженими функціональними можливостями.[18;339]

Висновки авторів дослідження за результатами опитування показали, що проблеми дітей та підлітків з порушенням життєдіяльності зосереджені в таких сферах;

□ Психологічна допомога дітям і батькам (відсутність матеріально-технічного, а також інформаційно-методичного забезпечення інноваційних методів роботи);

□ Медичне обслуговування (недостатня кількість і якість безоплатного лікування, а також профілактики, реабілітації та раннього виявлення, відсутність спеціалізованих закладів і спеціалістів, особливо в сільській місцевості, відсутність путівок на реабілітацію в санаторії для дітей-інвалідів);

□ матеріальне забезпечення (відсутність пільг, безоплатне забезпечення технічними та медичними засобами, реабілітація, компенсація за недуги та хвороби);

□ Підготовка дітей та підлітків до самостійного життя (відсутність центрів соціальної адаптації, центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та підлітків з порушеннями функціонування, створення спеціальних служб знайомств тощо).);

□ Освітньо-професійна підготовка (відсутність спеціальних груп у дитячих садках та спеціальних класів у школах, особливо в сільській місцевості, недостатня якість домашнього навчання та спеціальної підготовки вчителів);

□ Свобода пересування (відсутність транспортних пілг, невиконання вимог законодавства щодо пристосування об'єктів будівництва та транспорту до потреб людей та дітей з обмеженими можливостями) [13;16]

Проте неможливо вирішити всі ці проблеми одночасно, але можна зменшити їх тиск. Суть цього підходу полягає у залученні самих клієнтів до процесу адаптації, реабілітації та інтеграції, що за відповідних умов підтримка держави Політика, громадські організації та наявність новітніх технологій можуть створити повноцінне життя цієї категорії людей.

На пострадянському просторі система супроводу дітей з особливими освітніми потребами (ОДП) не склалася до 1917 року, а згодом, до 90-х років ХХ століття, робота з такими дітьми в спеціальних будинках-інтернатах була ізольована від суспільства. Сучасна освітня політика нашої країни докорінно змінила підхід до навчання дітей з обмеженими можливостями розвитку. Особливим досягненням гуманізації освіти є запровадження інклюзивного навчання в сучасних закладах освіти та врегулювання прав людей з інвалідністю в законодавчих текстах. Проте для розуміння проблем, розкриття особливостей та особливостей роботи з такими дітьми необхідно, перш за все, обґрунтувати та виділити категорії дітей та врахувати наукове тлумачення визначень, а саме: «діти з особливими освітніми потребами» та «інклюзивна освіта».

Згідно з Декларацією прав людей з обмеженими можливостями (1975 р.), «інвалід» означає будь-яку особу, яка через вроджену або набуту інвалідність є фізично або розумово дієздатною [36].

У законодавстві пострадянського простору існувало дещо інше поняття «інвалід»/«інвалідність», пов'язане з втратою працездатності. При такому тлумаченні діти до 16 років не могли бути визнані інвалідами. Тому потрібен був термін «дитина з особливими потребами». До цієї категорії належать діти,

які мають «різкі обмеження в життєдіяльності, що призводять до соціальної дезадаптації внаслідок порушення росту і розвитку дитини, навичок самообслуговування, пересування, орієнтування, контролю за своєю поведінкою, навчання, спілкування, поведінки». веде в майбутнє» [1, 3-10].

А «інвалідність» у дитинстві визначається як «стан стійкої соціальної дезадаптації, спричинений хронічними захворюваннями або патологічними станами, які серйозно обмежують здатність дитини брати участь у відповідних віку процесах навчання та виховання, пов'язаних із потребою в додатковому постійному догляді. для нього, допомога чи турбота» [127, 24-35].

Визнання інвалідності дітям віком до 16 років встановлювалась медико-реабілітаційною експертною комісією згідно з розділом 3 «Встановлення інвалідності у дітей» Інструкції з встановлення інвалідності. Відповідно до Закону від 1 серпня 1999 р. ступінь ураження здоров'я дитини з особливими освітніми потребами визначається залежно від ступеня функціонального порушення (з урахуванням його впливу на здатність дитини до соціальної адаптації) []. У цьому ж правовому акті зазначено чотири ступені, а саме:

1) перша втрата здоров'я визначається за наявності легкого та середнього ступеня функціональної недостатності, що, згідно з інструкцією, є показником перед встановленням інвалідності у дитини, але, як правило, не призводить до необхідності встановлення. в осіб старше 18 років;

2) друга втрата здоров'я відзначається при порушеннях функцій органів і систем життєдіяльності (відповідає III групі інвалідності у дорослих);

3) третя - втрата здоров'я відповідає другій групі інвалідності у дорослої людини і характеризується наявністю виражених порушень функцій органів і систем, які, незважаючи на лікування, обмежують можливості дитини для соціальної адаптації;

4) Четвертий - втрата здоров'я встановлюється за умови різко виражених порушень функцій органів і систем, що призводять до соціальної дезадаптації дитини, незворотних ушкоджень і неефективності лікувально-реабілітаційних заходів (відповідає I групі інвалідності у дорослого) [46,271].

Для кожного ступеня втрати здоров'я дитини з ООП визначається перелік захворювань, серед яких виділяють такі основні групи.

1. Перше – психоневрологічні захворювання.

Найпоширенішими захворюваннями цієї групи є дитячий церебральний параліч (ДЦП), пухлини нервової системи, епілепсія, шизофренія та інші ендогенні психози, розумова відсталість (ЗР) (олігофренія або розумова відсталість різного генезу відповідно до стадії ідіотії або недоумства), хвороба Дауна, аутизм (RDA).

Згадані захворювання об'єднані в одну групу, але варто відокремити людей з інтелектуальною та психологічною недостатністю, наголошують науковці, оскільки термін «психічна неповносправність» передбачає певні компоненти, які слід враховувати залежно від біологічного віку та культури. Довідка: інтелектуальна відсталість, яка проявляється легше і присутня з раннього віку; Нездатність адаптуватися до соціальних запитів суспільства [23].

У дітей з ООП цієї категорії найчастіше спостерігаються виражені порушення психічної діяльності: пам'яті, уваги, мислення, мови, рухливості, емоційної сфери та ін. Проте після спеціальної корекційної роботи психологів і педагогів вони можуть досягти хороших результатів. Проблеми таких дітей, здебільшого, вимагають втручання фахівців різних галузей педагогіки та медицини у відносини з родиною. Термін «розумова відсталість» використовується для позначення численних змін, що впливають на емоційне функціонування та поведінку дитини. Воно характеризується дисбалансом емоцій різного типу та складності, порушенням (а не відсутністю) розуміння та спілкування та неправильним, а не невідповідним адаптація [15].

Також можливе поєднання розумової відсталості із затримкою психічного розвитку та іншими ускладненнями, що призводить до певних труднощів у діагностиці захворювань та роботі з такими дітьми. Ускладнення можуть виникнути як протягом життя. Вчені виділяють такі чинники їх виникнення: поганий догляд за дітьми з вадами розумового розвитку, перевтома, стреси, неуважність вихователів тощо.

Іноді нервово-психічні розлади стають супутниками дітей з вадами розумового розвитку. Особливістю порушення психічного здоров'я у таких дітей найчастіше є уповільненість психічних процесів, повний недорозвиток вищих коркових функцій і пізнавальної діяльності з вираженим стійким дефіцитом абстрактного мислення, процесів узагальнення та відволікання [12, 20].

Особливості пізнавальної діяльності дітей з інтелектуальною недостатністю характеризуються недиференційованістю процесів сприймання та уваги, безформністю процесів мислення та рахунку, низькою механічною пам'яттю та образами пам'яті тощо. Недоліки мовленнєвого розвитку таких дітей носять комплексний і системний характер, характеризуються несформованістю мовленнєвої діяльності, вираженими труднощами формування мовленнєвої експресії тощо [12,62-70].

Особливо яскраво порушення емоційно-вольової сфери проявляються у дітей з важкою розумовою відсталістю. Для таких розладів характерні невмотивовані страхи, здатність сприймати критику, невміння аналізувати власну поведінку і, що особливо важливо, низька соціальна адаптованість. Іноді для таких дітей характерні зміни умовно рефлексивної діяльності, порушення рівноваги в перебігу процесів збудження і гальмування. Все це визначається фізіологічними причинами порушень їх психічного розвитку, включаючи не тільки пізнавальні процеси, а й емоції, волю та особистість в цілому.

Розлади у дітей з церебральним паралічем характеризуються поєднанням тріади розладів: рухових, психічних і мовних з супутніми порушеннями зорової, слухової і сенсомоторної чутливості.

Рухові розлади, як первинний клінічний синдром ДЦП, включають паралічі, парези, порушення координації, формування кісткових деформацій з множинними контрактурами. Патологія рухової системи у дітей з церебральним паралічем є одним з найважливіших факторів, що уповільнюють і спотворюють їх психічний розвиток.

Ступінь психічних розладів у дітей з церебральним паралічем різна:

- певний відсоток дітей з руховими порушеннями зберігає рівень інтелекту, близький до спостережуваного стандарту розвитку їхніх однолітків;
- деякі діти з церебральним паралічем мають інтелектуальну недостатність внаслідок раннього органічного ураження мозку;
- У деяких дітей інтелектуальний недорозвиток більш виражений.

Діагностуються й деякі інші порушення при ДЦП – це, насамперед, мовні розлади: частіше дизартрія різного характеру, рідше алалія, а також порушення письмової мови – дислексія та/або дисграфія [85, 14–18].

У дітей із синдромом аутизму (САС) формується третій тип нервово-психічних розладів. Основним симптомом у таких дітей вважається особливий дефіцит емоційно-вольової та комунікативної сфер, а саме: сенсорно-афективна гіперестезія та слабкий енергетичний потенціал, які виражаються у відсутності або значному зниженні потреби в контакті з навколишнім середовищем. комунікативної сфери дитини з РДА проявляються не тільки в порушеннях спілкування та особливостях його мови (мутизм, мовленнєві патерни, ехोलалія, аутодіалог), а й у факторах, що супроводжують мовленнєву експресію (несформованість міміки та жестів). У той же час несформованість структурних компонентів комунікативної сфери при аутизмі йде рука об руку з недостатністю мотивації спілкування у дітей. Отже, це пояснює недостатність навичок соціально-побутової орієнтації, а отже, вимагає особливої уваги у формуванні навичок самообслуговування та створення спеціальних умов для прийому їжі.

Особливості сенсорної сфери та недостатній розвиток предметної діяльності зумовлюють особливість інтелектуального розвитку дітей із синдромом аутизму: у частини з них формується часткова схильність до певних знань. Інша група дітей має інтелектуальну недостатність, деякі з них важкі.

На початку життя дитини з РДА спостерігаються особливості розвитку особистості. Уникання контактів з матір'ю та близькими, відсутність або млявість перебігу «комплексу пробудження», небажання (аж до повного уникнення) спілкування, невживання займенника «Я», стереотипність мовлення, що перешкоджає критиці, тощо. визначити особистісну унікальність

дитини з аутизмом -синдромом. Особливо негативно впливає на становлення особистості такої дитини порушення Я-концепції як «Я-системи», що виражається в порушенні самоотождолення із займенником першої особи [113, 320]. з інтелектуальною недостатністю, з вираженими розладами поведінки, є четвертим типом серед нервово-психічних розладів. У сучасній науково-методичній літературі обговорюються проблеми навчання та виховання дітей цієї категорії [148, 202-220].

Діти з ООП мають більш сприятливе майбутнє порівняно з іншими категоріями дітей з ООП. Порушення інколи можна «відмінити», якщо їх розпізнати та втрутитися на ранній стадії, тобто надати кваліфіковану допомогу зі стягнення боргів, організувати заходи, які допомагають згладити труднощі, що робить цих дітей перспективними в суспільстві. Однак іноді супутні захворювання, що виникають у дітей з психогенною та органічною затримкою, викликають у батьків специфічні проблеми соціального характеру, до яких відносяться виражені та стійкі психотичні розлади поведінки, що порушують процес розвитку дитини із затримкою розвитку.

Подібні порушення свідчать про наявність схильності до порушень розвитку за типом психічної нестійкості. Вони спостерігаються при психогенному відставанні, яке виникає внаслідок патологічного впливу соціального середовища на дитину з перших днів життя. Безсумнівно, першочергове значення має батьківське ставлення і атмосфера в сім'ї.

Психогенна затримка розвитку виникає як наслідок соціальної неблагополучності дитини, а також є причиною використання батьками неадекватних моделей виховання, які деформують особистість дитини. Результати такого впливу близьких проявляються у вигляді спотворення комунікативної взаємодії з соціальним оточенням, переважно з найближчими родичами. Тому батьків цієї групи особливо фруструють різноманітні форми поведінкових розладів у їхніх дітей, які проявляються в безглуздій упертості, невмотивованій брутальності, агресивності, у постійному прагненні бути в центрі уваги, у вираженому егоїзмі. Патологічний розвиток особистості, який проявляється в конфліктності, соціальній неадекватності та соціально

неприйнятній поведінці дітей, змушує батьків почуватися безпорадними та повністю втрачати контакт з дитиною.

Діти з порушеннями розвитку внаслідок важких тривалих соматичних захворювань (вади внутрішніх органів, онкологічні захворювання, ВІЛ-інфекція та ін.) також відносяться до групи осіб із СПФ. Близьким таких дітей важко за станом здоров'я. Соматична вада дітей вимагає особливої турботи батьків, дотримання режиму, профілактики інфекційних захворювань і т.д., все ж призводить до гіперопіки у дорослих, і в той же час затримується соціалізація та адаптація таких дітей у групі однолітків і в суспільстві в цілому.

Особливу категорію складають діти з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), які з раннього віку мають труднощі соціальної адаптації через певні розлади. Проблеми комунікативної поведінки, висока збудливість і гіперактивність дітей вимагають від батьків підвищеної уваги та зосередженості. Як зазначають науковці, особливості такої дитини «поглинають» внутрішній енергетичний потенціал батьків і виснажують її психічний стан [12, 62-70].

До п'ятої групи дітей з нервово-психічними розладами відносяться діти з вадами мовлення. Особливості розвитку дітей з алалією, афазією, дизартрією, заїканням та іншими важкими порушеннями мовлення обтяжують психіку батьків. Саме порушення мови, а інколи її повна відсутність, є передумовою виникнення комунікативного бар'єру або відчуженості та замкнутості у стосунках між батьками та дітьми. Проблеми в мовному розвитку дитини стають фактором, що знижує здатність дитини до соціального спілкування. Для фахівців, які працюють з дітьми з порушеннями мови, певне значення має взаємодія з батьками. Важливе значення має співпраця логопеда і сім'ї, сучасні дослідження описують основні форми батьківської роботи, що здійснюються в спеціалізованих і загальноосвітніх навчальних закладах, дають методичні рекомендації, яких слід дотримуватися батькам вдома тощо [127, 24-35].

2. До другої категорії належать захворювання, пов'язані з фізичними вадами:

- Захворювання внутрішніх органів - вони займають чи не перше місце в структурі дитячої інвалідності. Вони виникають внаслідок переходу захворювань у хронічну форму з вираженими функціональними розладами. Найчастіше це наслідок несвоєчасної діагностики та виявлення порушень та/або неадекватних реабілітаційних заходів.

До цієї групи захворювань відносяться патологічні стани і вади розвитку органів дихання (хронічний туберкульоз), нирок і сечовивідних органів, шлунково-кишкового тракту, печінки і жовчовивідних шляхів (цироз печінки, хронічний гепатит, рецидивуючий виразковий процес та ін.), серцево-судинна система (пороки серця і великих судин), кровотворна система (лейкемія, лімфогранулематоз та ін.), опорно-руховий апарат (поліартрит) тощо [108,230].

У більшості випадків такі діти не можуть вести активний спосіб життя, однолітки іноді уникають спілкування з ними і не залучають до своїх ігор. Виникає ситуація невідповідності між необхідністю здійснення нормальної діяльності дитини та неможливістю їх повноцінного здійснення. Соціальна неблагополуччя зростає, коли дитина тривалий час перебуває в спеціалізованих лікарнях і санаторіях, де обмежений соціальний досвід і спілкування між одними і тими ж дітьми. Наслідком такого спілкування є затримка розвитку соціальних і комунікативних навичок, формуються недостатньо адекватні уявлення про навколишній світ.

- Розлади зорової функції, що супроводжуються стійким зниженням гостроти зору до 0,08 на краще бачуче око, та інші порушення, що стають причиною втрати зору.

Психічний розвиток дітей з вадами зору в основному залежить від термінів появи патології і початку спеціальних корекційних заходів, а проблеми в розумовому розвитку можна компенсувати раннім і повноцінним використанням функцій лонжеронних аналізаторів.

Така дитина характеризується як сором'язливий і нетовариський. Тому бажано збагачувати їх сенсорний і практичний досвід. Поступове включення в коло однолітків. У роботі з цією категорією дітей також корисно визнати їх особливу чутливість до музики, тобто. Х. використовувати свій

слух.Проблемою, з якою стикаються батьки дітей з вадами зору, є утруднення просторового орієнтування дітей, що робить проблему самостійного пересування однією з найважливіших. Їх постійно хвилює питання, як дітям впоратися з цією проблемою самостійно, тому у дітей з вадами зору інколи розвиваються інфантильні й егоїстичні риси, особистісна незрілість і «емоційна глухота» до потреб близьких. Тому батьківсько-дитячі стосунки в сім'ях з дітьми з вадами зору характеризуються як недостатні [114, 320].

- онкологічні захворювання, до яких відносяться злоякісні пухлини 2-3 ступеня пухлинного процесу після комбінованого або комплексного лікування, що включає радикальне втручання - операцію; не піддаються лікуванню, злоякісні новоутворення очей, печінки та ін.

У сучасному світі онкохворі діти – поширене явище. Причини виникнення онкологічних захворювань дуже різноманітні, вчені проводять дослідження в усіх сферах життя людини, наприклад, у Королівстві Норвегія провідним чинником, за словами керівника радіологічної клініки професора С. Олснеса, є «генетична накопиченість». дефектів внаслідок багаторазового схрещування генетичного матеріалу..» [22, 8-90].

Особливості методів лікування в поєднанні з віковими та міжособистісними особливостями дитини призводять до змін спочатку у фізичному, а потім і в психічному розвитку такої дитини.

– Третю групу захворювань становлять діти з сенсорними розладами.Найбільш широко вивчені психологічні особливості дітей із сенсорними розладами [137, 65].

- Ураження та захворювання органів слуху. Залежно від ступеня втрати слуху розрізняють глухих і слабочуючих. Серед глухих виділяють дві групи залежно від наявності або відсутності мовлення. Дітей з такими захворюваннями відносно невелико, вони становлять 2% від усіх дітей ООП.

Особливості поведінки дитини з вадами слуху різноманітні. Зазвичай вони залежать від причин порушення. Наприклад, у дітей з ранніми обмеженими ураженнями головного мозку порушення слуху поєднуються з підвищеною розумовою стомлюваністю і дратівливістю. Серед глухих дітей є

замкнуті, «чужі», ті, які ніби «у своєму світі». З іншого боку, діти з більш пізньою втратою слуху демонструють імпульсивність, рухову загальмованість, іноді навіть агресивність, що також позначається на їхніх стосунках у родині та з однолітками [70,16].

Групи батьків дітей з вадами слуху діляться на дві категорії: батьки зі збереженим слухом і батьки, які теж мають порушення слуху. Друга група батьків, за дослідженнями Н. Мазурова, не відчуває особливих переживань через ототожнення травм дитини зі своїми [70, 16].

Для батьків першої групи порушення слуху у дитини є фруструючою перешкодою для розвитку природних соціальних контактів і міжособистісних стосунків. Це спотворює сімейні стосунки.

Виражені порушення сенсорних функцій іноді супроводжуються інтелектуальними розладами, які вважаються комплексним розладом батьків цих груп. У дітей із комплексним розладом можливість взаємодії з навколишнім середовищем і, таким чином, можливість розвитку послідовно ускладнюється. Найчастіше такі діти навчаються у спеціальних закладах інтернатного типу або в установах соціального захисту. Деякі сім'ї не наважуються віддавати дітей в інтернат і залишають їх вдома. Проте деякі батьки, долаючи як внутрішні, так і зовнішні перешкоди, спонукають дитину навчатися у загальноосвітньому навчальному закладі. Тому, відповідно до законодавства, у навчальному закладі створюється інклюзивне середовище для виховання такої дитини та вона отримує психолого-педагогічний супровід [9, 352].– Ендокринні захворювання також належать до груп захворювань, які відповідають тому чи іншому ступеню втрати здоров'я.

Ендокринні захворювання численні і проявляються різноманітною клінічною симптоматикою. Діагностика ендокринної патології в педіатрії ускладнюється тим, що її клініко-лабораторні ознаки мають свої особливості в різному віці. Крім того, ураження однієї залози пов'язане з порушенням роботи інших ендокринних залоз, а гормональні зміни призводять до порушення роботи нервової системи, внутрішніх органів і обміну речовин.

Ендокринні захворювання у дітей мають інший перебіг і прояви, ніж у дорослих. Скажімо, діабет може маскуватися під грип, «гострий шлунок», дитячі інфекційні захворювання.

Отже, детальний аналіз досліджень дає підстави стверджувати, що існує досить великий перелік захворювань, які призводять до інвалідності. Такі захворювання, безсумнівно, впливають на поведінку дитини, її стосунки з оточуючими та створюють певні «бар'єри» на шляху дітей з ООП та їх сімей до нормального життя та їх інтеграції в суспільство. Підсумовуючи та аналізуючи, можна також констатувати, що всі захворювання суттєво обмежують можливість повноцінного включення дитини з СПФ у відповідні вікові процеси навчання та виховання, і в цьому контексті виникає додаткова перманентна потреба в допомозі, яка суттєво впливає на багатьох сфери життя родичів і родичів вплив.

1.4 Законодавче забезпечення соціального захисту дітей-інвалідів в Україні

Сучасна політика країни щодо інвалідності є результатом її розвитку протягом останніх 200 років. Вона значною мірою відображає загальні умови життя та соціально-економічну політику в різні періоди часу. Протягом багатьох років політика у сфері інвалідності еволюціонувала від базового догляду в спеціалізованих закладах до навчання та реабілітації людей, які стали інвалідами у зрілому віці.

До інвалідів у нашому суспільстві ставляться по-різному: одні до них абсолютно байдужі, інші їх шкодують, треті активно їм допомагають. Крім того, існує стереотипне уявлення про інтелектуальну та психологічну неповноцінність людини з важкими фізичними вадами, що прирікає їх на повну ізоляцію.

Найважливішою передумовою успішного вирішення цих проблем є державна інвалідна політика. У зв'язку з цим важливим завданням держави є

забезпечення соціального захисту інвалідів, створення необхідних умов для їх індивідуального становлення, розвитку інтелектуального чи творчого потенціалу. Це відбувається завдяки участі людей з інвалідністю у відповідних державних програмах, розроблених на основі врахування виявлених потреб, які регулюють надання соціальної допомоги у визначених законодавством формах з метою усунення існуючих перешкод. З цією метою держава визначає додаткові гарантії для дітей з обмеженими можливостями щодо реалізації своїх прав і законних інтересів, приділяючи особливу увагу дітям. Хоча на даний момент ці діти належать до найбільш уразливих груп.[3]

За останні роки розроблено низку документів, згідно з якими державні структури, громадські об'єднання із залученням приватної ініціативи покликані здійснювати заходи, спрямовані не лише на охорону здоров'я та попередження інвалідності, а й на створення умов для Реабілітація інвалідів Задоволення їх інтересів, інтеграція в суспільство та професійна діяльність.[5;65]

Тривалий час в Україні формувалася державна система соціальної підтримки дітей-інвалідів та дітей з вадами психофізичного розвитку, яка організаційно була поділена між Міністерством освіти України, Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством охорони здоров'я України. праці та соціальної політики України, Міністерство України у справах сім'ї та молоді, Державний комітет України з питань фізичної культури та спорту. Правові засади забезпечення особливих потреб дітей з обмеженими функціональними можливостями у сферах соціального захисту, освіти, лікування, соціального захисту та громадської діяльності відображені в законах України:

- «Про освіту»;
- “Про державну допомогу сім'ям з дітьми”;
- «Про фізичну культуру і спорт»;
- “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”;
- «Про пенсійне забезпечення»;
- «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»;
- “Про милосердя та благодійність”;

□ «Про сприяння соціальному вихованню та розвитку молоді в Україні».

А також у Конституції України про культуру, в Конституції України про охорону здоров'я.[7]

Основні положення державної соціальної політики щодо дітей-інвалідів викладені в Законі України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», прийнятому в березні 1991 року.

Цей закон відповідно до міжнародних документів забезпечує медичну, соціальну та професійну реабілітацію та адаптацію інвалідів та гарантує здобуття освіти на рівні, що відповідає їхнім здібностям та здібностям. Закон також передбачає пільги при забезпеченні житлом (хоча на практиці це рідко реалізується).

Реалізація державної політики щодо вирішення проблем інвалідів в Україні здійснюється також через загальнодержавні та регіональні програми. Особливе місце серед них займає мета «Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів», затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2000 р. № 1545 відповідно до Закону України «Про основи Соціального захисту інвалідів в Україні» від 5 липня 2001 р.

У контексті цієї проблеми здійснюється низка заходів, серед яких можна виділити такі [14;160]:

1) Програмно-методичне забезпечення спеціальних (судових) навчальних закладів. (Мається на увазі розвиток змісту спеціальної освіти, соціально-трудова адаптація, психолого-педагогічна реабілітація дітей з інтелектуальною недостатністю).2) Навчання та навчання персоналу, що працює з дітьми з обмеженими можливостями. (Для фахівців і батьків підготовлено пакети науково-методичних матеріалів для групового та індивідуального навчання дітей з порушеннями емоційно-вольової сфери в процесі інтеграції в середовище здорових однолітків). 3) Створення нових та розвиток діючі реабілітаційні центри для дітей з обмеженими функціональними можливостями. (Модель психолого-педагогічного консультування з діагностичним підходом).

4) Створення нових освітніх моделей для дітей-інвалідів. (Розроблено перші кроки до розробки моделі інтегрованого виховання і навчання дітей з вадами розвитку).

Для підтримки соціальної реабілітації дітей з функціональними обмеженнями використовуються такі основоположні документи світової спільноти:

- Загальна декларація прав людини (1948 р.);
- Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (1966 р.);
- Декларація соціального прогресу та розвитку (1969 р.);
- Декларація прав людей із вадами розумового розвитку (1971 р.);
- Конвенція про права дитини (1989 р.);
- Всесвітня декларація про особливості впливу на дітей, їх захисту та розвитку (1990 р.);
- Конвенція та Рекомендації щодо професійної реабілітації та зайнятості інвалідів (1983 р.) тощо. Найважливішим із цих документів є Декларація прав людей з обмеженими можливостями, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН у грудні 1971 року, в якій зазначено:

- Держави-учасниці визначають, що дитина з розумовими чи фізичними вадами повинна вести повноцінне і гідне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють її впевненості в собі та полегшують її активну участь у житті суспільства;

- Держави-учасниці встановлюють право дитини-інваліда на особливий догляд, заохочують і забезпечують, щоб дитина, яка має на це право, і особа, відповідальна за догляд за нею, отримували необхідну та відповідну допомогу, залежно від наявності ресурсів, стан і становище батьків або інших осіб, які доглядають за дитиною;

– Держави-учасниці мають право обмінюватися інформацією, в тому числі щодо методів реабілітації, що дозволить усім державам, включно з Україною, вдосконалювати свої навички та знання, а також розширювати свій досвід у цій сфері.

Найважливішим міжнародним документом, який пропонує концептуальний підхід до роботи з людьми з психофізичними вадами, є «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей», прийняті Генеральною Асамблеєю ООН у грудні 1993 року.

II. РОЗДІЛ СПЕЦИФІКА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ОБМЕЖЕНИМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

2.1 Особливості роботи соціального педагога навчально-виховного закладу з дітьми-інвалідами

Особливістю роботи соціального педагога з дітьми з обмеженими функціональними можливостями є створення таких соціально-виховних умов, які сприяють внутрішньому розвитку такої дитини, досягненню нею цілей, реалізації різноманітних форм поведінки та гнучкої адаптації. Треба створити атмосферу безпеки там, де немає ЗНО. Але соціальний педагог не може вирішити його проблеми за дитину з обмеженими функціональними можливостями, він повинен допомогти особистості визначити особистісну позицію, сформовану незалежно від зовнішнього впливу, навчити покладатися на себе, тобто допомогти самореалізації в подоланні перешкод. Дитина з обмеженими функціональними можливостями, яка адекватно оцінює свою ситуацію і усвідомлює свою самореалізацію, набуває психічного та емоційного здоров'я, стає соціально повноцінною особистістю.

У практиці соціальної роботи соціально-педагогічну та психологічну допомогу досі ототожнюють із соціальним забезпеченням. Частково це можна пояснити відсутністю загальновизнаних теорій про співвідношення соціальної допомоги та соціального захисту. Водночас виділимо деякі стійкі інваріанти розуміння цих понять, а саме: «добробут» є набагато ширшим терміном, ніж «соціальний захист». Термін «добробут» є цілком правомірним і автономним, коли йдеться про індивідуальну допомогу окремій дитині, групі дітей чи їхнім родичам. Основною метою такої індивідуальної допомоги є формування позитивної Я-концепції, соціальне самоствердження та повноцінна участь у житті суспільства.[8;2]

Коли ми говоримо про соціальний захист, то маємо на увазі створення певної правової бази, яка захищає права тієї чи іншої соціальної групи, зокрема право на лікування, освіту, працевлаштування, пенсії, соціальні виплати тощо.

соціальний працівник виступає в ролі «перекладача» мови права. Однак при такому розумінні понять залишається широке поле для їх взаємопроникнення. Отже, відстоюючи права людини, ми допомагаємо їй адаптуватися до складних життєвих умов.

Особистість дитини з порушенням функціонування розвивається за загальними закономірностями дитячого розвитку, а дефект, стан або захворювання визначають вторинні симптоми, які виникають опосередковано в процесі аномального соціального розвитку. Перешкодою для соціально-психічного розвитку людини є захворювання, яке в першу чергу викликає порушення в біологічній сфері людини, це стосується інвалідів з дитинства з порушеннями зору, слуху, рухів, комплексом порушень психофізичного розвитку. Без своєчасної допомоги виникають відхилення від стадії вікового розвитку, тобто особливості дизонтогенезу зумовлені патологічним процесом біологічного розвитку та його наслідками. Ці фактори повинен враховувати соціальний педагог, який працює в освітньому закладі.

Кожна дитина має право на освіту та навчання. Звичайно, соціальний працівник намагається приділити увагу кожному. Дивлячись на те, до якої категорії належить дитина: важка для виховання, сирота чи інвалід, соціальний педагог виробляє певну стратегію роботи з такою дитиною. Бути сприйнятим дитиною. Провідною складовою соціально-педагогічної роботи з цією категорією дітей та підлітків у ДНЗ є формування індивідуальності, її соціалізація з урахуванням потенційних можливостей і потреб кожної дитини. При побудові взаємин молодого інваліда з мікро- та макросередовищем розвиток його збережених психофізичних здібностей відбувається шляхом розширення кола спілкування, організації дозвілля, творчої та ігрової діяльності. Завдання соціального педагога – створити такі соціально-педагогічні умови, які ведуть до внутрішнього розвитку особистості, до досягнення нею цілей, до реалізації.

Треба створити атмосферу безпеки, ситуацію, коли немає ЗНО. Лише за таких умов людина може розкритися нестандартно, по-новому, тобто творчо. Завдяки творчій адаптивній поведінці діє виважено, прагне до незалежності,

гармонії, а якщо спрямовує зусилля на досягнення власних цілей, то діє виважено. Водночас самоактуалізація не може бути реалізована без емпатійного розуміння і прийняття іншої людини, тобто взаємодії з нею. Соціально-педагогічна реабілітація молодих інвалідів сприяє досягненню та підтриманню оптимального рівня самостійності та життєдіяльності.

У звичайній школі діти з обмеженими можливостями переживають вікові кризи частіше, ніж їхні однолітки. Тому завдання соціального педагога полягає в тому, щоб при вступі дитини до школи разом з нею подолати почуття страху перед новим соціальним середовищем, підготувати дитину до нової соціальної ролі «учня». Робота з цією категорією клієнтів важлива в будь-якому віці.[19;287]

Динаміка процесу розвитку кожного учасника суспільства «людина-індивід-особистість» має велике позитивне значення для суспільства в цілому, оскільки воно стає сильнішим і багатшим, що дозволяє повністю задовольнити потреби кожного учасника. Процес соціалізації особистості торкається і дітей з порушенням функціональних можливостей. Зміна соціальної свідомості, з одного боку, та якісно прогресивна зміна впевненості людей з інвалідністю в собі і, як наслідок, підвищення їхньої соціальної активності, з іншого боку, вимагає активної участі людей з інвалідністю у прийнятті рішень щодо соціальні проблеми та соціально-політичні заходи, які мають до неї безпосереднє відношення. Громадський рух людей з обмеженими можливостями зростає. Сьогодні це потужна федерація організацій, які виконують різноманітні завдання, що випливають із спільної головної мети: реалізація рівних прав і можливостей для активної участі як дітей, так і людей похилого віку з обмеженими можливостями в усіх сферах суспільного життя. Пріоритет цієї суспільно-політичної мети з боку людей з інвалідністю надавався активній практичній діяльності громадських об'єднань, які займаються проблемами людей з інвалідністю, а не представникам державних структур, що відповідають за вирішення соціальних проблем, спеціалістам (лікарям, реабілітологам, соціологам тощо.) соціальні працівники та ін.) науковцями були поставлені нові питання, які стосувалися не лише медико-

соціальних, а й гуманістичних і філософських аспектів проблеми інвалідності. Будучи господарем своїх обставин і надій, суспільство побачило прагнення до самоутвердження особистості, покращення життя. Змінилося традиційне ставлення до проблеми інвалідності як до суто медичної. Пошуки нових, більш повних трактувань інвалідності, більш ефективних форм і методів вирішення соціальних проблем людей з інвалідністю, привели до спроб створення наукових методологій, що описують діалектику соціально-політичного розвитку в тісному зв'язку з розвитком суспільства як ціле. Таким чином, фахівці в галузі соціально-психологічних і соціально-педагогічних наук визначили основні моделі підтримки та реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

Медична модель. Медична модель розглядає інвалідність як стан, хворобу, психологічний, фізіологічний, анатомічний (хронічний або тимчасовий) дефект. Медичний підхід оцінює інвалідність дитини на основі ступеня її зниження працездатності. Інвалід групи придатний для проходження медичної та трудової експертизи. Традиційно терміни «інвалідність» і «непрацездатність» використовувалися як майже еквівалентні терміни, які використовувалися як синоніми. Термін «інвалід» підтверджує це, тому що в перекладі з англійської «інвалід» означає «хворий, неповноцінний, непрацездатний» (з лат. «некорисний»). Основним методом вирішення проблем інвалідів є реабілітація (програми реабілітаційних центрів, крім лікувальних процедур, включають також сеанси та курси ерготерапії). Організація соціально-педагогічної роботи сьогодні, в рамках медичної місії, включає догляд за дітьми з порушеннями життєдіяльності, медичне забезпечення, постачання ліків, лікування, виплату коштів та реалізацію гарантованих державою допомог [23].

Соціальна модель. Інвалідність розглядається в контексті збереження здатності дитини до соціального функціонування і визначається як обмеження в життєдіяльності (здатності самостійно допомагати собі, ступеня рухливості). Соціальна модель передбачає вирішення проблем інвалідності шляхом створення системи соціальних послуг, які допомагають дитині-інваліду в житті.

Соціальна модель, яка дуже схожа на медичну, характеризується патерналістським підходом до проблем людини з інвалідністю, тому відповідно організовані соціальні служби надають клієнтам обмежений перелік послуг, таких як покупка продуктів, транспортні послуги. на машині в поліклініку чи лікарню, прибирання будинку тощо. Спеціалізовані навчальні заклади також є пріоритетом соціальної моделі. [23, с. 29].

Політико-правова модель. Широко використовується громадськими рухами людей з інвалідністю за незалежне життя. Основні положення політичного руху були запозичені з американського руху за права негрів і за права жінок. Політична модель розглядає людей з інвалідністю як меншість, права і свободи якої нівелюються дискримінаційним законодавством, недоступністю архітектурного середовища, обмеженим доступом до участі в усіх сферах суспільного життя, до інформації та комунікацій, спорту та дозвілля. Зміст цієї заяви про місію визначається як рівна участь людини з обмеженими можливостями в усіх аспектах суспільного життя та має бути закріплена в законі, реалізована через стандартизацію положень і правил у всіх сферах людської діяльності та забезпечена створеними рівними можливостями за соціальною структурою стають [23, с. 17]. Завданням політико-правової проектної моделі соціально-виховної роботи є захист прав дітей з обмеженою дієздатністю, які мають бути законодавчо закріплені та реалізовані шляхом стандартизації положень і правил у всіх сферах життя дитини.

Культурний плюралізм. Модель ідеалістична. Входить до програми всіх громадських рухів людей з обмеженими можливостями, заснованих на принципах філософії незалежного життя. У своєму прагненні досконалості людство завжди керувалося високими ідеалами. Модель культурного плюралізму відображає щире бажання людей жити в досконалому, високоорганізованому світі, в якому гармонійно поєднуються спільні інтереси та інтереси кожної окремої людини. Усі відмінності (колір шкіри, вірування, традиції, мова, фізичні відмінності, вік, здібності та таланти тощо) розглядаються з точки зору їх позитивного впливу на суспільство. Завданням моделі культурного плюралізму є розвиток у суспільстві толерантного

ставлення до дітей з обмеженою дієздатністю [6, с.224]. Культурний плюралізм ідея рівності: усі аспекти суспільного життя будуть однаково доступними. до всіх членів суспільства, незалежно від характеристик, які їх відрізняють. Соціальна значимість члена суспільства визначається його внеском у загальну справу [23, С.13].

У соціальній політиці країни нині наголошується на медичних, соціальних і політичних аспектах реабілітації дітей з порушеннями функціонування. Наш час характеризується глобальністю інтеграційних процесів, які зачіпають усі сфери людської діяльності. Проблема дитячої інвалідності зачепила такі сфери, як реабілітація, освіта, статистика, політика, демографія, соціологія, економіка, антропологія тощо. Тому великої актуальності набуває проблема стандартизації підходів до проблеми інвалідності, від вирішення якої значною мірою залежить вироблення єдиного трактування такого соціального явища, як інвалідність. І в цьому відношенні певне значення має систематизація вже існуючих теорій щодо моделей інвалідності, соціальної політики та соціальної системи, які створюються на основі тієї чи іншої моделі, виходячи з реальних потреб та інтересів людей з обмеженими можливостями.

2.2 Труднощі соціально-психологічної реабілітації дітей-інвалідів та їх розв'язання.

У процесі соціальної реабілітації вирішуються три групи завдань: адаптація, автоматизація та особистісна активізація. Вирішення цих принципово суперечливих і водночас діалектично однорідних завдань значною мірою залежить від багатьох зовнішніх і внутрішніх факторів.

Соціальна адаптація передбачає активне пристосування індивіда до умов соціального середовища, а соціальна автоматизація - реалізацію комплексу ставлень до себе; Стабільність у поведінці та стосунках, що відповідають самооцінці та самооцінці особистості. Рішення завдань соціальної адаптації і

соціальної автоматизації регулюється протилежними мотивами «бути з усіма» і «залишатися собою». При цьому людина з високим ступенем соціалізації повинна бути активною, тобто мати усвідомлену готовність до соціальних дій.

Процес соціальної реінтеграції, навіть за сприятливих обставин, розвивається нерівномірно і може бути сповнений труднощів і кутів, які вимагають спільних зусиль дорослого і дитини. Якщо порівнювати процес соціалізації з тим шляхом, який має пройти дитина зі світу дитинства у світ дорослих, то він не всюди вимощений гладкими плитами і не завжди супроводжується чіткими дорожніми знаками, є ділянки з яри і сипучі піски, хиткі містки і розвилки. Під труднощами соціалізації розуміють сукупність труднощів освоєння дитиною тієї чи іншої соціальної ролі. Найчастіше причинами цих труднощів є неузгодженість вимог до дитини в процесі її взаємин із суспільством і готовності дитини до цих взаємин. Труднощі в освоєнні соціальної ролі найчастіше виникають, коли дитина не інформована про це роль або інформація невірна, або дитина не має можливості спробувати себе в цій ролі (відсутність умов для соціального тестування).

Труднощі в реабілітації також можуть бути пов'язані з «розмиванням» образів рольової поведінки в суспільстві (наприклад, розмивання кордонів між знаннями про самовпевненість і агресивну поведінку, між чоловічим і жіночим способом життя).

У цьому контексті перед дитиною періодично постає завдання самовизначення як щодо змісту самої соціальної ролі, так і способу її реалізації.

Умови проживання дітей в інтернатних закладах створюють зовнішні труднощі для успішної соціальної реабілітації, однак ця група дітей має внутрішні труднощі, пов'язані з особливостями інтелектуального розвитку. Найбільш серйозним наслідком інвалідності є втрата «базової довіри до світу», без якої в принципі неможливо розвивати такі важливі нові особистості, як: автономія, ініціатива, соціальні навички, працездатність, сексуальна ідентичність тощо.

Без цих новоутворень дитина не може стати об'єктом міжособистісних стосунків і розвинути в зрілу особистість. Втрата базової довіри до світу

також виражається в недовірливості, недовірливості, агресивності дитини з одного боку і розвитку невротичного механізму з іншого.

Злиття блокує, а часом і зовсім унеможлиблює розвиток самостійності, ініціативи та відповідальності дитини за свою поведінку. Злиття буває як з конкретною людиною (вихователем, батьком, учителем тощо), так і з групою людей (відома "детдомовское мое») можливо. У більш пізньому віці дія цього механізму може спровокувати формування алкогольної, наркотичної або токсикологічної залежності.

Труднощі соціальної реабілітації зазвичай призводять до гіпертрофічної адаптації до соціальних процесів, тобто. Н. Соціальний конформізм або гіпертрофована автономія, або до повної відмови від сформованих у суспільстві норм взаємин.

Наслідками аномальної соціалізації слід назвати такі явища, як соціальний аутизм (усунення від навколишнього світу), відставання в соціальному розвитку.

Критеріями подолання цих труднощів можуть бути наступні:

1. Готовність адекватно сприймати виникаючі соціальні проблеми і вирішувати їх відповідно до сформованих у суспільстві норм взаємин (соціальна адаптивність), тобто здатність пристосовуватися до існуючої системи взаємин, оволодівати відповідною соціально-рольовою поведінкою, а не просто власний потенціал для мобілізації вирішення соціальних проблем, а також використання умов, у яких формуються стосунки дитини;

2. Стійкість до несприятливих соціальних впливів (автономність), збереження власних якостей, сформованих установок і цінностей;

3. Активна позиція у вирішенні соціальних проблем, усвідомлена готовність до соціальної дії, саморозвитку та самореалізації у складних ситуаціях, що виникають (соціальна активність), здатність до самовизначення та розширення меж просторової життєдіяльності.

Не кожен із перелічених критеріїв свідчить про готовність дитини до подолання труднощів соціальної реабілітації. Їх можна переглянути лише в одному комплексі. [15;9]

Подолання труднощів соціальної адаптації, реабілітації, інтеграції в суспільство дітей-інвалідів, дітей-інвалідів – процес, що займає багато років. Його успішність і результативність залежать від багатьох факторів, але насамперед від готовності близьких людей, вчителів та інших спеціалістів допомогти цій категорії дітей та формування їхньої професійної позиції, іншими словами, професіоналізму.

2.3 Організація соціально-педагогічної роботи з дітьми з обмеженими функціональними можливостями за кордоном

Організацію допомоги дітям з обмеженими можливостями за кордоном здійснюють державні та недержавні громадські організації. Крім того, неурядові організації можуть бути міжнародними, національними асоціаціями або місцевими органами.

Наприклад, однією з популярних і авторитетних організацій є Міжнародна ліга товариств підтримки дітей-інвалідів. Їх представництва знаходяться в більш ніж 70 країнах світу. Змістом роботи цієї організації є боротьба за права дітей з обмеженими можливостями на міжнародному та національному рівнях. Члени Ліги проводять дослідження дитячої інвалідності, організовують конференції, співпрацюють між країнами та допомагають розробити національні програми боротьби з дитячою інвалідністю.

У США дитячу інвалідність визнали національною проблемою. У зв'язку з цим розроблено Національну програму протидії дитячій інвалідності, після чого поставлено завдання щодо створення центрів підготовки реабілітологів, професійного навчання, виїзного обслуговування дітей-інвалідів, розвитку навчально-виховних програм у школах.

Послуги для дітей-інвалідів у Сполучених Штатах включають профілактику, діагностику, освіту, клінічні послуги та послуги соціальної реабілітації. У службі соціальної реабілітації реабілітація дітей з обмеженою дієздатністю знаходиться в центрі загальної реабілітації. Соціальні служби в

цьому центрі займаються підбором реабілітаційних шляхів, є служба продовження працевлаштування. Всі загальні реабілітаційні послуги організовані в країнах у співпраці з державними та приватними провайдерами.

Кожна країна має свій шлях вирішення проблеми адаптації та інтеграції дітей-інвалідів у суспільство. Організація реабілітаційної допомоги людям з обмеженими можливостями в європейських країнах характеризується різноманітністю форм і підходів. Ці підходи часто визначаються концептуальними поглядами на природу людини та її розвиток, які вимагають використання відповідних виховних і тренінгових методів.

Велику роль у Бельгії у навчанні людей з обмеженими функціональними можливостями відіграють великі реабілітаційні центри, де діти, підлітки, а потім і дорослі проходять усі етапи адаптації. Прикладом є центри в Антверпені та Брюсселі.

До складу цих закладів входять дитячий садок, школи, майстерні, школа-інтернат і напівінтернат (п'ятиденного перебування) для дорослих. Одним із принципів реабілітації дітей-інвалідів є ранній початок. У цьому контексті діти починають відвідувати дитячий садок у віці 2 років. Велика увага приділяється прогнозуванню розвитку дитини, створенню індивідуальних програм, набуттю досвіду спілкування та корекції поведінки. Дорослі інваліди працюють у майстернях, а продукти їх праці продаються на благодійних базарах. Практикується працевлаштування людей з вадами психофізичного розвитку у сферу обслуговування.

У країнах Західної Європи склалися інтегровані дитячі садки, в яких поряд зі здоровими дітьми ростуть діти-інваліди, в тому числі з вадами розумового розвитку. Досвід навчання дітей з вадами розумового розвитку у звичайних школах не є поширеним. У таких школах якщо й навчаються діти з вадами розвитку, то лише з незначною розумовою відсталістю у спеціальних класах. Загалом у країнах Західної Європи існують спеціальні школи для дітей як з легкими, так і з важкими інтелектуальними порушеннями.

Малі групові будинки (гуртожитки) для проживання дітей і дорослих з обмеженими можливостями здоров'я широко поширені в країнах Європи,

особливо в Німеччині, Бельгії, Швеції. Для цього виділяють або будинки в звичайних багатоквартирних будинках, або квартири в багатоповерхівках. У таких групах проживає від 6 до 15 осіб, деякі різного віку. Персонал – вихователі та соціальні працівники, кількість яких залежить від тяжкості захворювання підопічного. Люди з обмеженими можливостями можуть проживати в таких будинках постійно або їхати додому на вихідні.

У Швеції, наприклад, така спільна квартира була відкрита в одному з районів Стокгольма в 1990 році. Будівля розташована посеред звичайних житлових будинків, де в окремих квартирах живуть дорослі люди з розумовими вадами. Він допомагає лише з проблемами, які люди з розумовими вадами не можуть вирішити самостійно.

Окрім фіксованої форми обслуговування людей з розумовими вадами, у країнах Західної Європи поширені денні центри, які здійснюють різноманітні програми догляду та навчання інвалідів.

Громади – ще один спосіб організації життя дітей з обмеженими можливостями. Вже багато років існують терапевтичні спільноти для дорослих і дітей, які базуються на принципі єдності людей з будь-якими видами порушень, у тому числі з інтелектуальною недостатністю. Ці громади, як правило, розташовані в майже безлюдних сільських районах, де сільське господарство має першочергове значення. Це не поліклініка, а відкрите селище з усіма атрибутами сільського життя. У громаді немає відмінностей між обслуговуючим персоналом і «пацієнтом». Усі люди живуть і працюють разом. Тут кожен має можливість побачити дзеркало своєї індивідуальності в іншій людині, знайти себе, відкрити шлях до самопізнання. У цих громадах організовані майстерні, пекарні, допоміжні підприємства, і кожен, хто там живе, працює там, де йому подобається, де він може реалізувати свій потенціал. Такі спільноти є в багатьох країнах Європи. У Бельгії, наприклад, живуть і діти, і дорослі. Хворі живуть «сім'ями». У кожній родині є «батьки» – вихователі. Діти відвідують спеціальні школи, дорослі працюють у майстернях, займаються сільськогосподарськими роботами. У Німеччині існують не лише сімейні, а й релігійні громади, в яких живуть люди з вадами розумового розвитку.

Цікавий досвід співіснування та діяльності психічно неповносправних людей зі здоровими людьми в кемпхлівських спільнотах. Засновником цих спільнот є психіатр Карл Кеніг (1902 - 1966), який організував свій перший медичний і освітній центр у Шотландії в 1939 році в містечку Кемпхілл.

Існує кілька форм спільнот Кемпхіл:

1. Школи для дітей з особливими потребами;
2. Коледжі для проживання та навчання молоді;
3. студентські майстерні;
4. Спільноти підтримки дорослих різного віку з психічними та фізичними захворюваннями різного ступеня тяжкості;
5. Села для дорослих.

У першому селі Кемпхілл «Боттон» у Шотландії наразі проживає близько 400 людей, які працюють разом, у тому числі 200 селян із психічними розладами. В селі шість господарств, різні ремісничі майстерні, в тому числі друкарня. У багатьох селах цехи вже перетворилися на виробництва по виготовленню конкурентоспроможної продукції, яка реалізується у спеціально організованій мережі магазинів. [18;341]

На даний момент у 20 країнах світу існує близько 100 центрів і селищ Кемпхіл. Найбільше їх в Англії, Шотландії та Німеччині.

Розглянемо організацію соціального супроводу дітей з обмеженими функціональними можливостями, звернемося до вітчизняних науковців, у працях яких цей процес аналізується.

Велику роботу в цьому напрямку зробила А. Капська, яка на основі реабілітаційного процесу розробила комплекс принципів і закономірностей соціально-педагогічної роботи з дітьми-інвалідами. Визначено дві основні мети організації такої роботи: забезпечення соціального, економічного, психічного та фізичного розвитку дитини з відхиленнями шляхом організації соціального, матеріального та медичного супроводу, а також запобігання виникненню вторинних вад у дітей-інвалідів. [19].

Оскільки більшість дослідників стверджує, що реабілітація є основою соціально-педагогічної роботи з дітьми-інвалідами, О. Безпалько запропонувала

виокремити звід правил реабілітації дітей-інвалідів, а також інструкції, покликані допомогти дитині набути вміння це робити. розвивати самообслуговування, розвивати свій творчий потенціал, тобто стати повноцінним членом суспільства [3, с. 119-124].

Вивчаючи цю думку, М. Лукашевич та І. Мигович звертають увагу на те, що реабілітація дітей з особливими потребами є схемою розвитку здібностей дитини – соціальної адаптації, і ці дії обов'язково мають залучати інших членів сім'ї [21, стор. 149-151].

О. Карякіна та Т.Зі свого боку, Карякіна зазначає, що, окрім реабілітації, соціально-педагогічна робота з цією категорією дітей повинна включати систему інтеграції дитини-інваліда в суспільство, а також систему соціального захисту та підтримки з боку держави [6]. , стор 178-190].

Соціально-виховна робота з дітьми-інвалідами протягом багатьох років розвивалася від елементарного догляду в спеціальних закладах до навчання дітей-інвалідів та реабілітації людей, які стали інвалідами в зрілому віці [12, С. 4-10].

Основним завданням організації соціальної підтримки дітей з обмеженими можливостями є створення рівних можливостей, що полягає в організації процесу, за допомогою якого такі загальні соціальні системи, як фізичне та культурне середовище, житлові умови та транспорт, соціальні та медичні послуги, доступ до освіти та Робота, культурне та соціальне життя стають доступними для всіх. Іншу, але не менш важливу групу завдань можна побачити тут у навчанні дітей-інвалідів та їхніх батьків умінь і навичок самостійного життя. Тому, враховуючи завдання створення рівних можливостей та освіти, необхідно наголосити на керівних принципах організації соціально-педагогічної підтримки дітей з обмеженими функціональними можливостями [19]:

- діти-інваліди повинні продовжувати жити у своїх громадах і вести нормальний спосіб життя за необхідної підтримки;

- діти-інваліди повинні брати активну участь у всіх сферах життя суспільства;

□ Діти-інваліди повинні отримувати необхідну підтримку в рамках звичайних систем освіти, охорони здоров'я, соціальних служб тощо;

□ Люди з обмеженими можливостями повинні брати участь у загальному соціальному та економічному розвитку суспільства, і їхні потреби мають бути враховані в національному плані розвитку, тобто. Х. Створення рівних можливостей означає, що державна політика повинна використовувати всі засоби для забезпечення того, щоб кожна дитина мала рівні можливості для особистого розвитку, щоб вона могла повною мірою виконувати свої обов'язки як члена суспільства. Особливість організації соціально-педагогічної роботи з дітьми-інвалідами полягає в тому, що допомога їм неможлива без одночасної організації соціально-педагогічного виховання. Соціально-педагогічний аспект роботи спрямований на виховання, навчання та розвиток дитини з метою підготовки її до життя в суспільстві та можливості одержання всіляких видів правової допомоги [6, с. 223-245].

Тому організація соціального супроводу дітей-інвалідів є одним із важливих і складних завдань держави. Неухильне зростання кількості дітей-інвалідів, по-перше, посилення уваги до кожного з них – незалежно від фізичних, розумових та інтелектуальних здібностей, по-друге, ідея підвищення цінності особистості та захисту прав була характерною для демократичного громадянського суспільства. суспільство, - все це По-третє, визначає те, наскільки актуальною сьогодні є організація та вдосконалення соціально-виховної роботи з дітьми-інвалідами.

Напрямок може показати держава, відповідно до якої організовується соціальна опіка дітей-інвалідів [21, С. 149-151].

Перший напрямок – поглиблення свідомості. Держави повинні вжити заходів для підвищення обізнаності суспільства про людей з обмеженими можливостями, їхні права, потреби, можливості та внесок.

Другий напрямок – медичне обслуговування. Держава повинна забезпечити людям з інвалідністю ефективну медичну допомогу.

Третій напрямок – реабілітація. Держава повинна надавати реабілітаційні послуги інвалідам, щоб вони могли досягти і підтримувати оптимальний рівень незалежності та активності в житті.

Четвертий напрямок – допоміжні послуги. Держава має забезпечити розвиток та надання послуг підтримки, особливо з інструментами для дітей з обмеженими можливостями, щоб сприяти зростанню їхньої незалежності у повсякденному житті та реалізації прав. П'яте – це доступність. Держава має визнати першорядне значення доступності в процесі рівних можливостей у всіх сферах життя суспільства.

Шостий – утримання та соціальний захист. Держава відповідає за соціальний захист та підтримку дітей-інвалідів.

Сьоме – сімейне життя та особисті права. Держава повинна сприяти повній участі дітей-інвалідів у сімейному житті та їхньому праву на приватність, а також гарантувати, що закони не дискримінують дітей-інвалідів у статевих стосунках, шлюбі та батьківстві.

Восьмий – культура. Держава повинна забезпечити участь дітей з інвалідністю в культурних заходах і можливість рівноправної участі в них та вживати заходів для забезпечення рівних можливостей для дітей з інвалідністю у дозвіллі та спорті, здійснювати заходи щодо рівноправної участі в релігійному житті своїх громад, взяти на себе повну відповідальність за збір і розповсюдження інформації про умови життя цих дітей та сприяння широким дослідженням з виявлення перешкод, які впливають на якість життя дітей з обмеженими можливостями [39, с. 21-28]. Отже, напрями організації соціального супроводу дітей з порушеннями життєдіяльності являють собою динамічну систему, в ході якої послідовно реалізуються тактичні завдання, що постійно виникають при роботі з дитиною-інвалідом, для досягнення мети інклюзії соціального життя. . Сьогодні на законодавчому рівні сформовано керівні напрями організації соціально-педагогічної роботи з цією категорією дітей, хоча вони не виключають інших напрямків, які виникають на регіональному та місцевому рівнях з метою сприяння дітям-інвалідам стати повноправними членами суспільства .

Соціальна реабілітація дитини-інваліда - це комплекс заходів, спрямованих на відновлення розірваних або втрачених соціальних зв'язків і відносин. Метою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціальної адаптації в суспільстві, досягнення певного рівня соціальної незалежності.

Неодмінною передумовою соціальної реабілітації є культурна самореалізація особистості, її активна діяльність щодо свого соціального вдосконалення. Якими б сприятливими не були умови реабілітації, її результати залежать від активності самої особистості.

Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями є складним процесом, який потребує переорієнтації спочатку на розробку методології та методики соціально-педагогічної та психологічної моделі соціальної роботи. Специфіка такого підходу вимагає суттєвих змін у ставленні до дітей-інвалідів, які потребують не лише матеріальної, фінансової, гуманітарної допомоги та заходів реабілітації (медичної, професійної, соціально-побутової), а й належних умов для реалізації своїх здібностей, розвитку особистісних якостей та потреби в соціальному, моральному та духовному самовдосконаленні [1, 93]. Суть соціально-педагогічної реабілітації полягає у створенні таких умов для саморозвитку особистості, тим самим розвиваючи активну життєву позицію особистості.

Реабілітація дітей-інвалідів має свої особливості, оскільки, враховуючи те, що мова йде про зростаючий організм, вона повинна забезпечувати розвиток усіх систем і функцій, не допускати затримки росту і розвитку. Тому організація Процес соціальної реабілітації повинен будуватися на основі комплексу принципів. В організації реабілітаційної практики принципи відображають основні вимоги до реабілітаційної діяльності та визначають її організацію, зміст, форми і методи реабілітаційної дії. Можна виділити такі основні принципи соціально-реабілітаційної діяльності [2, 55-57]:

По-перше, принцип гуманістичної спрямованості процесу соціальної реабілітації, що передбачає необхідність зв'язку цілей суспільства та особистості. Реалізація цього принципу вимагає, щоб весь процес соціальної

реабілітації був підпорядкований розвитку особистості дитини-інваліда, спрямованому на її гідність.

По-друге, принцип опору лідерській діяльності. В її основу покладено уявлення про те, що процес соціальної реабілітації дитини в різному віці повинен відповідати характерним для кожного віку управлінській діяльності (гра, навчання, спілкування) і психологічним можливостям і обмеженням, пов'язаним з віковими особливостями (самооцінка, самосвідомість тощо).

По-третє, принцип навчальної діяльності, у свою чергу, передбачає активізацію дітей з обмеженими можливостями розвитку в оволодінні різними видами діяльності, починаючи від найпростішої предметної діяльності до складних дій у пізнавальній сфері. Іншими словами, діти-інваліди повинні володіти навичками контролю і самоконтролю, оцінки і самооцінки.

По-четверте, принцип опори на позитивні та сильні сторони особистості дитини. У кожної дитини, навіть якщо він має значні проблеми в розвитку, є потяг до морального самовдосконалення. Коли дитина-інвалід досягає позитивних результатів в оволодінні новими формами поведінки та діяльності, вона відчуває радість, що підвищує впевненість у власних силах, прагнення до подальшого зростання. Принцип психологічної комфортності також передбачає створення довірливої, стимулюючої атмосфери для діяльності дитини-інваліда в процесі соціальної реабілітації, яка базується на внутрішніх мотивах і мотивації успіху.

На основі цих принципів були встановлені правила реабілітаційного процесу :

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

2. На основі конкретних рекомендацій, порад і методик поступово і цілеспрямовано:

- навчити дитину альтернативним способам спілкування;
- Навчання основним правилам поведінки;
- навчати навичок самообслуговування;

- розвивати зорове, слухове і тактильне сприйняття;
- розкривати та розвивати творчі здібності дитини.

С. Щоб створити середовище фізичної та емоційної безпеки:

- позбутися небезпечних речей і предметів;
- прибрати предмети, які викликають у дитини страх та інші негативні емоційні реакції;
- не з'ясовувати стосунків у присутності дитини, особливо з огляду на її інвалідність та пов'язані з нею проблеми.

4. Родичам та особам, які безпосередньо контактують з дитиною-інвалідом, необхідно:

- сприймати як є;
- підтримувати та заохочувати їх до вивчення нового;
- Стимулювати дії через гру;
- Більше розмовляйте з дитиною, слухайте
- надавати дитині вибір: у їжі, одязі, іграшках, засобах масової інформації тощо;
- не піддаватися всім примхам і вимогам дитини;
- не вимагайте від неї того, чого вона не може;
- не боятися кожної хвилини життя дитини.

Головним завданням кожного, хто працює з дитиною-інвалідом, є забезпечення позитивних змін у розвитку її особистості. Основою організації та проведення соціальної реабілітації є програма реабілітації дітей-інвалідів. Програма реабілітації дітей-інвалідів - це система заходів, що сприяють розвитку здібностей дитини та сім'ї в цілому. Її розробляє команда спеціалістів (лікарі, соціальні працівники, педагоги, психологи) спільно з батьками.

Програму можна розробити на півроку, на рік все залежить від віку та умов розвитку дитини. Спеціаліст-куратор регулярно обговорює з батьками досягнуті результати, успіхи та невдачі, разом аналізують усі незаплановані події, що відбулися під час реалізації програми. Тільки після цього команда фахівців розробляє програму реабілітації на наступний період.

Програма реабілітації включає не тільки сприяння розвитку дитини, але й отримання батьками спеціальних знань, психологічний супровід сім'ї, допомогу сім'ї щодо можливостей відпочинку, відновлення сил і т.д. Під час реалізації програми здійснюється регулярний моніторинг, систематично відслідковується хід Заходів, куратор за потреби допомагає батькам подолати труднощі, проводить переговори з необхідними спеціалістами, представниками установ, роз'яснює права дитини та сім'ї. Однією з найважливіших особливостей реабілітаційної програми має бути: 1) наявність міждисциплінарної команди спеціалістів, а не розходження батьків по різних закладах; 2) участь батьків у реабілітаційному процесі, що є найскладнішим питанням; 3) увага спеціалістів спрямована як на дітей, так і на батьків; 4) Налагодження партнерства в реабілітації дітей з порушеннями життєдіяльності [10, 204-205]. Тому соціальна реабілітація організовується з метою найбільш повного розвитку дитини з порушеннями психофізичних здібностей з урахуванням її збережених функцій, що виникають. потреби та інтереси, активність особистості та створюються відповідні внутрішні та зовнішні умови, в яких вони можуть найкращим чином проявитися та відкритися. Така організація соціальної роботи ґрунтується на низці вищезазначених принципів, якими повинні керуватися всі суб'єкти соціальної роботи з дітьми-інвалідами, і на їх основі формувати державну підтримку таких дітей та їх сімей.

ВИСНОВОК

В силу традиції, що склалася, термін «інвалід» несе в собі дискримінаційну думку, виражає суспільне ставлення до інвалідів як до соціально непотрібної категорії. Термін «людина з обмеженими можливостями» в традиційному підході яскраво виражає відсутність бачення соціального буття дитини. Проблема інвалідності не обмежується медичним аспектом, це соціальна проблема нерівності можливостей.

Така парадигма принципово змінює трактування тріади «дитина – суспільство – держава». Суть цієї зміни полягає в наступному:

Основною проблемою дитини з обмеженими можливостями є її зв'язок із навколишнім світом, обмежена мобільність, поганий контакт з однолітками та дорослими, обмежене спілкування з природою, доступ до культурних цінностей, а іноді й базової освіти. Ця проблема є не лише суб'єктивним чинником, який є соціальним, фізичним і психічним здоров'ям, але й результатом соціальної політики та освіченої громадської обізнаності, які санкціонують існування недоступності для людей з обмеженими можливостями архітектурного середовища, громадського транспорту та відсутність спеціальних соціальних послуг.

Дитина з інвалідністю є частиною суспільства, вона хоче, повинна і може брати участь у різноманітному житті. Дитина з інвалідністю може бути такою ж здібною та талановитою, як і її однолітки без проблем зі здоров'ям, але нерівність можливостей заважає їй розкрити свій талант, розвинути його та використати для служіння суспільству. Дитина не є пасивним об'єктом соціальної допомоги, а розвивається особистість, яка має право задовольняти різноманітні соціальні потреби в знаннях, спілкуванні та творчості.

Держава покликана не тільки надавати певні пільги та привілеї дитині з інвалідністю, вона повинна задовольнити її соціальні потреби та створити систему соціальних послуг, яка дозволить зняти обмеження, які перешкоджають процесу її соціальної реабілітації та індивідуального розвитку.

Виходячи з цієї парадигми, метою роботи є сприяння покращенню якості життя дитини з інвалідністю, захист її інтересів у різних колах, створення умов для рівних можливостей для дітей та молоді, що відзначатиме та створити свою інтеграцію в суспільство вимоги до самовизначеного життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія / Н.В. Вітенко. – К., 1996.
2. Зайгарнік Б.В. Нариси з психології аномального розвитку особистості / Б.В. Зайгарнік, Б.С. Братусь. – М., 1990. – 157 с.
3. Лебедева С.С. Актуальні проблеми освіти інвалідів як засобу їх соціальної адаптації / С.С. Лебедева // Освіта як засіб соціальної адаптації інвалідів: досвід і перспективи / Упоряд. С.С. Лебедева – СПб., 1998. – С.5.
4. Місяк С.А. Організація освіти осіб з фізичними вадами в Україні / С.А. Місяк // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2005. – С. 284-285.
5. Поляк О.В. Проблеми соціальної реабілітації осіб з обмеженою дієздатністю – «духовна реабілітація» / О.В. Поляк // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. – К.: Університет «Україна», 2004. – С. 466-473.
6. Спеціальна психологія: Учеб. посібник для студ. вищ. пед. навч. закладів / В.І. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.І. Солнцева та ін.; Під ред. В.І. Лубовського. – 2-е изд., Испр. – М.: Изд. центр «Академія», 2005. – 464 с.
7. Беспалько О., Едель С. Підготовка волонтерів до роботи з дітьми з обмеженими функціональними можливостями/методичні рекомендації// За ред. А.Й. Капської. – К. НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2001.
8. Горностаї П. Психологічні основи рольової реабілітації. Реабілітаційна підготовка на рубежі ХХІ ст. Науково-методичний збірник у двох частинах. – 4.1 – К., 1998. – ст. 149-154.
9. Дитинство в Україні: права, гарантії, захист. У двох частинах. – К., 1998.
10. Дитинство в Україні: права, гарантії, захист. (Збірник документів): ч. 2, К., АТ Видавництво «Столиця», 1998. – с. 63-66.
11. Діяльність центрів соціальних служб для молоді України. Сучасний стан і перспективи розвитку. К., 1999, - с. 52-55.
12. Закон України «Про освіту»//Голос України 1996, 25 квітня.

13. Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю»//Голос України, 2001, 25 червня.
14. Іванова І. Діти з особливими потребами: проблема термінологічного визначення// Дефектологія. – 1999. - №1 ст. 2-7.
15. Іванова І.Б. Соціальні проблеми дітей і батьків у контексті їхнього ставлення до ситуації // Іванова І.Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів. – К.: Логос, 2000. – ст. 58-74.
16. Іванова І.Б. Соціальна допомога інвалідам у клубах за місцем проживання (методичні рекомендації для спеціалістів соціальних служб для молоді) // Соціальна допомога інвалідам: Інформаційний методичний бюлетень «Довіра і надія», 1995. - №5 – ст. 15-20.
17. Лабайчук Г. Навчання дітей з обмеженими можливостями здоров'я // радість дитинства – вільні рухи. – 2007 - №4. - ст. 4-5.
18. Ляшенко В. Рання соціальна реабілітація дітей-інвалідів // Соціальний захист. – 1999. - №5 – ст. 34-41.
19. Мостіпан О. Державна політика щодо інвалідів, її перспектива та пріоритети // Соціальний захист. – 2002. - №11. – ст. 15-18.
20. Про становлення інвалідів України та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами: Державна доповідь. – К.: Соцінформ, 2002. – ст.160.
21. Родименко І.М. Сучасний погляд на навчання дітей з особливими потребами // Нива знань. – 2004. - №2. – 8-12.
22. Сорочинський В.Є. Організація роботи соціального педагога. – К.: Центр навчальної літератури, 2005. – 265 с.
23. Соціальна робота з інвалідами. Настольная книга для родителей / Под ред. Е.И. Холостовой. – М.: Институт социальной работы, 1998. – 215 с.
24. Томчук С.М. Теоретичний аналіз проблем адаптації дітей з особливими потребами до навчання у школі // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. – К.: Кондор., 2005. – ст. 339-342.

25. Безпалько О. В. Організація соціально-педагогічної роботи з дітьми та молоддю у територіальній громаді : теоретико-методичні основи / О. В. Безпалько. – Монографія. – К. : Наук. світ, 2006. – 363 с.
26. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка : схеми, таблиці, коментарі : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. В. Безпалько. – К. : Центр учбової літератури, 2009. – 208 с.
27. Безпалько О., Едель С. Підготовка волонтерів до роботи з дітьми з обмеженими функціональними можливостями : методичні рекомендації / А. Й. Капська. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2001. – 226 с.
28. Богинская Ю. В. Анализ понятия «социально-педагогическая поддержка» в научной литературе / Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах: зб. наук. пр. / редкол. : Т. І. Сущенко (голов. ред.) та ін. – Запоріжжя. – 2009. – Вип. 3 (56). – С.68–75.
29. Бойко М. Д. Право соціального забезпечення : навч. посіб. / М. Д. Бойко. – К. : Атака, 2006. – 380 с.
30. Горностай П. Психологічні основи рольової реабілітації / П. Горностай // Реабілітаційна підготовка на рубежі ХХІ ст. : науково-методичний збірник у двох частинах. – К., 1998. – ст. 149–154.
31. Долинська Л. Загальна психологія / Л. Долинська, О. Скрипченко – К. , 1997. – 464 с.
32. Євтух М. Б. Соціальна педагогіка : підручник / М. Б. Євтух, О. П. Сердюк. – 2-ге вид., стереотип. – К. : МАУП, 2003. – 232 с.
33. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
34. Зверєва І. Д. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями / І. Д. Зверєва, І. Б. Іванова // Інвалід і суспільство : проблеми інтеграції. – К. , 1995. – С. 4–10.
35. Зверєва І. Д. Соціальна педагогіка : мала енциклопедія / І. Д. Зверєва – К. : Центр учбової літератури, 2008. – С. 18.

36. Зверєва І. Д. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю в Україні : теорія і практика / І. Д. Зверєва. – Монографія. – К. : Правда Ярославичів, 1998. – 393 с.
37. Іванова І. Б. Діти з особливими потребами : проблема термінологічного визначення / І. Б. Іванова // Дефектологія. – 1999. – №1 – С. 2–7.
38. Іванова І. Б. Соціальна допомога інвалідам у клубах за місцем проживання : методичні рекомендації для спеціалістів соціальних служб для молоді / І. Б. Іванова // Соціальна допомога інвалідам : Інформаційний методичний бюлетень «Довіра і надія», 1995. – №5 – С. 15–20.
39. Іванова І. Б. Соціальні проблеми дітей і батьків у контексті їхнього ставлення до ситуації / І. Б. Іванова // Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів. – К. : Логос, 2000. – С. 58–74.
40. Інтеграція молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство : громадсько-правові, соціально-психологічні та інформаційно-технологічні аспекти : метод. посіб. / [Є. А. Клопота, В. Г. Бондаренко, О. А. Клопота, С. А. Бондаренко]. – Запоріжжя : ЗНУ, 2008. – 114 с.
41. Капська А. Й. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з обмеженими функціональними можливостями / А. Й. Капська – К. : ДЦССМ, 2003. – 146 с.
42. Капська А. Й. Технології соціально-педагогічної роботи : навч. посіб. / А. Й. Капська. – К. : УДЦССМ, 2000. – 372 с.
43. Лабайчук Г. Навчання дітей з обмеженими можливостями здоров'я / Г. Лабайчук // Радість дитинства – вільні рухи. – 2007 – №4. – С. 4–5.
44. Лукашевич М. П. Теорія і методи соціальної роботи : навч. посіб. / М. П. Лукашевич, І. І. Мигович – К. : МАУП, 2003. – 168 с.
45. Ляшенко В. Рання соціальна реабілітація дітей-інвалідів / В. Ляшенко // Соціальний захист. – 1999. – №5 – С. 34–41.
46. Маслова В. В. Соціальна педагогіка. Термінологічний словник-довідник : для студентів соціально-гуманітарних спеціальностей / В. В. Маслова, – Маріуполь, 2004. – 39 с.

47. Мостіпан О. Державна політика щодо інвалідів, її перспектива та пріоритети / О. Мостіпан // Соціальний захист. – 2002. – №11. – С. 15–18.
48. Пальчевський С. С. Соціальна педагогіка : навчальний посібник / С. С. Пальчевський – К. : Кондор, 2005. – 560 с.
49. Полякова О. М. Стан та проблеми інтеграції молоді з особливими потребами в сучасне українське суспільство / О. М. Полякова, Ю. В. Сапарай // Соціальна робота в Україні : теорія і практика : науково-метод. журнал. – 2008. – № 4. – С. 16–30.
50. Пономаренко О. В. Соціально-правовий захист дітей та молоді з особливими потребами в Україні / О. В. Пономаренко, А. Д. Носов // Вісник Запорізького національного університету. – 2010. – №2 (13). – С. 113–120.
51. Про становлення інвалідів України та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами : Державна доповідь. – К. : Соцінформ, 2002. – 160 с.
52. Родименко І. М. Сучасний погляд на навчання дітей з особливими потребами / І. М. Родименко // Нива знань. – 2004. – № 2. – С. 8–12.
53. Сорочинський В. Є. Організація роботи соціального педагога / В. Є. Сорочинський. – К. : Центр навчальної літератури, 2005. – 265 с.
54. Соціальна педагогіка : категорії і поняття : Словник / [авт. – уклад. Сейко Н. А., Коляденко С. М.] – Житомир, 2005. – 71 с.
55. Соціальний захист населення України : навч. посіб. / [І. Ф. Гнибіденко, М. В. Кравченко, О. М. Коваль, О. Ф. Новікова та ін.] ; за ред. В. М. Вакуленка, М. К. Орлатого. – К. : Вид-во «Фенікс», 2010. – 212 с.
56. Тесленко В. В. Сутність феномена соціально-педагогічної підтримки дітей з обмеженими можливостями / В. В. Тесленко // Освіта Донбасу. – 2007. – № 4 (123). – С. 94–98.
57. Томчук С. М. Теоретичний аналіз проблем адаптації дітей з особливими потребами до навчання у школі / С. М. Томчук // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. – К. : Кондор, 2005. – С. 339–342.

58. Штокало О. А. Дитяча інвалідність. Соціалізаційний контекст / О. А. Штокало. – Одеса, 2008, – с. 106–112.
59. Шумна Л. П. Правові основи реабілітації інвалідів в Україні: автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.05 / Л. П. Шумна / Нац. ун-т внутр. справ. – Х. , 2003. – 19 с.
60. Юрків Я. І. Сутність та специфіка соціально-педагогічної роботи з дітьми з обмеженими можливостями. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю / Я. І. Юрків // Соціальна педагогіка : теорія та практика. – 2012. – № 1. – С. 21–28.
61. Закон України «Про дошкільну освіту». Освіта України. Нормативно- правові документи. Київ : Міленіум. 2001. С.63–86.
62. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21.03.1991 № 875-ХІІ. Права інвалідів в Україні: Зб. прав. док. БК.: Сфера, 1998.
63. Золотоверх В.М. Ігротерапія як засіб подолання порушень у дітей з особливостями психофізичного розвитку. Дефектологія. Київ : Педагогічна преса, 2004. С. 18–22.
64. Ілляшенко Т. Д., Обухівська А. Г., Романенко О. В., Скрипка Н. С. Корекція психо-соціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі. Навчально-методичний посібник. Київ, 2003. 156 с.
65. Ілляшенко Т. Д., Обухівська А. Г., Стадненко Н. М. Підготовка дітей шестилітнього віку до школи. Початкова школа. 2002. №7. С. 12–125.
66. Інклюзивна школа: Особливості організації та управління: Навч.-метод. посібник. Київ : ФО-П Придатченко П. М., 2007.
67. Калошин В. Ф., Козинчук Н. А. Як ефективно провести бесіду з батьками «важких» учнів (практичні поради молодому вчителю). Педагогіка толерантності. 2002. № 3 (21). С. 45–50.
68. Колупаєєва А.А. Інклюзивні тенденції сучасної спеціальної освіти. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корективної роботи у спецшколах: Наук.- метод. збірник / За ред. В.І. Бондаря, В.В. Засенка. Київ : Актуальна освіта, 2007. Вип. 9. 237 с.

69. Концепція державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами [Прийнята Колегією Міністерства освіти України 23.06.1999 р.].URL : shosta.at.ua/zakonbaza/13_.doc. (Дата звернення 08.08.2018)

70. Кот Т. Педагогічна допомога родині у вихованні дітей з особливими потребами. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник / Ред. кол. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. Київ : Контекст, 2000. С. 266–267.

71. Малихіна О. Особливості мотивації вміння дітей молодшого шкільного віку. Початкова школа. 2002. № 7. С. 12–17.

72. Мамічева О. П. Корекція пізнавальних психічних процесів у дітей із ДЦП засобами фізичного виховання. Мамічева О. П. Дефектологія. Київ : Педагогічна преса, 2008. С. 23–27.

73. Марченко І. В. Передумови навчання творчого зв'язного мовлення у дошкільників із ДЦП. Дефектологія. Київ : Педагогічна преса, 2001. 48 с.

74. Марчук Т. Батькам про розвиток дітей, які потребують особливої уваги. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник / Ред. кол. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. Київ : Контекст, 2000. С. 260–262.

75. Машовець М. А. Підготовка студентів до співпраці з батьками дітей дошкільного віку. Київ: НПУ, 2000. 128 с.

76. Миронова С. П. Особливості професійної діяльності корекційного педагога у роботі з сім'ями, що виховують дітей з порушеннями у розвитку. Дефектологія. Київ : Педагогічна преса, 2005. С. 27–30

77. Поліщук М. Корекція пізнавальної діяльності дітей з ЗПР. Психолог. 2004. № 46. С. 19–28.

78. Поніманська Т. І. Дошкільна педагогіка: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Академвидав, 2004. 456 с. (Альма-матер).

79. Програми корекційно-розвивальної роботи для дітей з обмеженими можливостями для реабілітаційних центрів та інтернатних закладів. Херсон, 2006. 172 с.

80. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Практичне керівництво. Львів, 2008.
81. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / А.Й. Капська, О.В. Безпалько, Р.Х. Вайнола; Заг, ред. А.Й. Папської. — К., 2002. — 164 с.
82. Айшперуд ММ. Полноценная жизнь инвалидов. — М., 1991.
83. Вернер Д. Реабилитация детей-инвалидов. — М., 1995.
84. Виховання дітей з особливими потребами в сім'ї. — К., 1998.
85. Гонеев АД., Лифинцева В А. Основы коррекционной педагогики. — М., 1999.
86. Іванова І.В. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів. - К., 2000.
87. Матвеев В.Ф. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха. — М., 1987.
88. Мудрик А.В. Социальная педагогика. — М., 1999.
89. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами / Л.В. Борщевська, А.В. Зіброва, І.Б. Іванова. -К., 1999.
90. Слепоглухонемота: исторические и методологические аспекты. — М., 1989.
91. Социальная педагогика / Под ред. М.А. Галагузовой. - М., 2000. й
92. Соціальна педагогіка: Навч. посіб. / За ред. А.И. Папської. — К., 2000.
93. Лавриченко Н.М. Педагогіка соціалізації: європейські абрисы. — К., 2000.
94. Толстоухова СВ. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієдатністю. — К., 2000.
95. Семигіна Т.В. та ін. Введення у соціальну роботу. — К., 2001.
96. Шеляг Т.В. и др. Технологии социальной работы. — М., 2001.
97. Азарський І.М., Азарська О.О. ДЦП. Нові лікувально-педагогічні та психологічні програмні можливості для практичних лікарів і педагогів. — Хмельницький, 2001.

98. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях: Навчальний посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2003. – 134 с.
100. Бойко М.Д. Право соціального забезпечення України: Навчальний посібник. Вид. 3-тє, доп. та переробл. – К.: Атіка, 2006. – 380 с.
102. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=1&nreg=875-12>
103. Закон України «Про охорону дитинства» // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2001.- № 30. - С. 142
104. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2006. – № 2-3. – С. 36
105. Зверева І.Д., Іванова І.Б. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями.// Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції.- К., 1995, С. 4-10.
106. Капська А.Й. Соціальна робота: Навчальний посібник. – Київ: Центр навчальної літератури, 2005. – 328 с.
107. Соколян М. Внутрішній комунікаційний аудит. Діагноз: людський чинник // "Києво-Могилянська Бізнес Студія", 2004. - №9. – С. 5-8
108. Соціальна робота в Україні: навч. посібник за ред.. І.Д. Зверевої, Г.М. Лактіонова. – Київ, 2003. – 254 с.
109. і методи соціальної роботи: Підручник для студентів вищих навчальних закладів / За ред. Т.В. Семігіної, І.І. Миговича. – К.: Академвидав, 2005. – 328 с.
110. Тюття Л.Т., Іванова І.Б. Соціальна робота (теорія і практика). Навч. посіб. для студентів вищих навчальних закладів. – К.: ВМУРОЛ «Україна», 2004. – 408 с.
111. Положення про медико-соціальну експертизу, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 року № 83// <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?user=a#Find>

112. Державної типової програми реабілітації інвалідів, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 08 грудня 2006 року № 1686 // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?user=a#Find>

113. Порядку надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 року № 80 // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?user=a#Find>

114. Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 року № 757 // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?user=a#Find>

115. Право соціального забезпечення: Навч. посіб. для студентів юридичних спеціальностей вищих навчальних закладів./П.Д.Пилипенко, В.Я.Бурак, С.М.Симчук та інші/ За ред. П.Д. Пилипенка.-К.: Видавничий Дім «Ін юре», 2006.

116. Сирота І.М. Право соціального забезпечення в Україні. – Харків, 2001.

117. Сташків Б. Право соціального забезпечення як наука // Право України, № 9, 2002, с.18.

118. Сличинський Б. Право соціального забезпечення: проблеми становлення і розвитку // Право України, № 6, 2002, с. 85.

119. Дитинство в Україні: права, гарантії, захист. У двох частинах. – К., 1998.

120. Дитинство в Україні: права, гарантії, захист. (Збірник документів): ч. 2, К., АТ Видавництво «Столиця», 1998. – с. 63-66.

121. Діяльність центрів соціальних служб для молоді України. Сучасний стан і перспективи розвитку. К., 1999, - с. 52-55.

122. Іванова І. Діти з особливими потребами: проблема термінологічного визначення// Дефектологія. – 1999. - №1 ст. 2-7.

123. Іванова І.Б. Соціальна допомога інвалідам у клубах за місцем проживання (методичні рекомендації для спеціалістів соціальних служб для молоді) // Соціальна допомога інвалідам: Інформаційний методичний бюлетень «Довіра і надія», 1995. - №5 – ст. 15-20.

124.Ляшенко В. Рання соціальна реабілітація дітей-інвалідів // Соціальний захист. – 1999. - №5 – ст. 34-41.

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

ДОДАТКИ

(Витяг)

Цей Закон визначає основи соціальної захищеності людей з інвалідністю в Україні та гарантує їм такі самі, як і всім іншим громадянам, можливості брати участь в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства та створює необхідні умови, які дозволяють людям з інвалідністю це робити. вести повноцінний спосіб життя відповідно до індивідуальних можливостей та інтересів.

I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Інваліди в Україні мають усі соціально-економічні, політичні та особисті права і свободи, закріплені Конституцією України та іншими правовими актами.

Центральні та місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи та організації (незалежно від форми власності та господарювання, виду діяльності та галузевої належності), їх філії, відділення, представництва, які ведуть окремий облік результатів фінансово - господарської діяльності, банки та інші фінансові установи, фізичні особи, які використовують найманих працівників, а також представництва іноземних юридичних осіб (у тому числі міжнародних організацій), які використовують найманих працівників - громадян України, якщо інше не передбачено міжнародними договорами України, , обов'язковість якого Верховна Рада України дала згоду на залучення представників громадських організацій інвалідів до підготовки рішень в інтересах інвалідів. Дискримінація людей з інвалідністю заборонена законом і буде переслідуватися.

Стаття 2. Інвалід - особа зі стійким розладом функцій організму внаслідок хвороби, травми або вродженої вади, що призводить до обмеження життєдіяльності, потреби в соціальній допомозі та захисті.

Стаття 3. Інвалідність як міра втрати здоров'я встановлюється шляхом експертизи в центрах медико-соціальної експертизи МОЗ України.

Положення про медико-соціальну експертизу затверджується Кабінетом Міністрів України з урахуванням висновків громадських організацій інвалідів в особі їх республіканських органів.

Стаття 4. Діяльність держави щодо інвалідів виявляється у створенні правових, економічних, політичних, соціальних і соціально-психологічних умов для задоволення їх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, примусовій праці та громадській діяльності.

Соціальний захист інвалідів з боку держави полягає у наданні матеріальної допомоги, транспортування, протезування, орієнтації та сприйняття інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки чи стороннього піклування, а також у налагодженні розвитку населених пунктів, громадського транспорту, засоби зв'язку та Зв'язок про особливості інвалідів

Стаття 5. Порядок і умови оцінки потреб, пов'язаних з інвалідністю, визначаються на підставі результатів медико-соціальної експертизи та з урахуванням здібностей інваліда до професійної та побутової діяльності. Види та обсяг необхідного соціального захисту інвалідів забезпечуються у формі індивідуальної програми медико-соціальної та трудової реабілітації та адаптації. Індивідуальна програма реабілітації є обов'язковою для виконання державними органами, підприємствами (об'єднаннями), установами та організаціями. .

Стаття 6. Захист прав, свобод і законних інтересів осіб з інвалідністю забезпечується судом або в іншому порядку, встановленому законом.

Громадянин має право оскаржити в суді рішення органів медико-соціальної експертизи про визнання або невизнання інвалідом.

Посадові особи та інші громадяни, винні в порушенні прав людей з інвалідністю, визначених цим Законом, несуть передбачену законом матеріальну, дисциплінарну, адміністративну чи кримінальну відповідальність.

Стаття 7. Законодавство про соціальне забезпечення інвалідів в Україні складається з цього Закону та виданих відповідно до нього інших законів.

Органи місцевого самоврядування зобов'язані інформувати інвалідів про зміни та доповнення до законодавства про соціальне забезпечення інвалідів.

За участю громадських організацій інвалідів розробляються нормативно-правові акти щодо матеріально-побутового та медичного забезпечення інвалідів.

II. ОРГАНИ ДЕРЖАВИ УКРАЇНИ, ЩО ЗДІЙСНЮЮТЬ ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ІНВАЛІДІВ

Стаття 8. Державне управління у сфері соціального забезпечення інвалідів здійснюють Центральний орган виконавчої влади з питань праці та соціальної політики, Міністерство охорони здоров'я України та органи місцевого самоврядування.

Представники республіканських громадських організацій інвалідів входять до складу колегій Центрального органу виконавчої влади з питань праці та соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я України.

Стаття 9. Центральный орган виконавчої влади з питань праці та соціальної політики разом з іншими міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями інвалідів розробляє та погоджує довгострокові та короткострокові програми реалізації державної політики щодо осіб з інвалідністю. інвалідності та контролює їх виконання.

Центральний орган виконавчої влади з питань праці та соціальної політики з урахуванням думки громадських організацій інвалідів може вносити до Кабінету Міністрів України пропозиції щодо вдосконалення законодавства з питань інвалідів та сприяє розвитку співробітництва між державними та громадськими організаціями з іноземними державами у сфері соціального захисту інвалідів.

Стаття 10. Фінансування заходів соціального захисту інвалідів та дітей-інвалідів здійснюється за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів та органів місцевого самоврядування в рамках місцевих програм соціального захисту окремих верств населення. міського бюджету.

Постанова про Фонд соціального захисту інвалідів затверджується Кабінетом Міністрів України з урахуванням пропозицій всеукраїнських громадських організацій інвалідів.

Стаття 11. Бюджет Фонду соціального захисту інвалідів формується за рахунок коштів державного бюджету, благодійних внесків, добровільних пожертвувань та інших надходжень. Органи місцевого самоврядування мають право створювати спеціальні фонди соціальної допомоги інвалідам, які входять до складу спеціального фонду відповідного місцевого бюджету, порядок і умови використання коштів з яких визначаються місцевим самоврядуванням. державних органів з урахуванням пропозицій громадських організацій інвалідів.

III. ГРОМАДСЬКІ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

Стаття 12. Громадські організації інвалідів та профспілки громадських організацій інвалідів (далі - громадські організації інвалідів) створюються з метою здійснення заходів соціального захисту, реабілітації інвалідів та залучення до суспільно корисної діяльності, фізкультури і спорту, а також мають право на пільги та пільги, передбачені законодавством.

Стаття 13. Центральні та місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування сприяють громадським організаціям інвалідів та підтримують їх діяльність.

Стаття 14. Громадські організації інвалідів надають соціальні послуги, здійснюють громадський контроль за додержанням прав інвалідів, представляють інтереси і захищають права інвалідів, створюють підприємства, які провадять комерційну і некомерційну господарську та іншу діяльність. заборонено законом.

Продукція підприємств та організацій громадських організацій інвалідів включається до державного замовлення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Об'єкти капітального будівництва, споруджені за рахунок коштів громадських організацій інвалідів, включаються до державного замовлення в зазначеному обсязі. Держава бере участь у забезпеченні матеріально-технічними та іншими ресурсами для виконання державних замовлень, зазначених у частинах 2 і 3 цієї статті.

Стаття 14-1. Підприємства та організації громадських організацій інвалідів мають право на пільги зі сплати податків і зборів (обов'язкових платежів) згідно з податковим законодавством України, які мають право застосовувати зазначені пільги за наявності дозволу на право користування податковою пільгою, яка видається на квартал, півріччя, три квартали, рік міжвідомчою комісією з питань діяльності господарських організацій громадських організацій інвалідів (далі - комісія).

Комісія є спеціально уповноваженим державним органом, утвореним з метою визначення доцільності надання державної допомоги підприємствам і організаціям громадських організацій інвалідів у вигляді податкових пільг, поворотної та безповоротної фінансової дотації (далі - фінансова дотація), позик, сприяння черговості державних призначень, працевлаштування інвалідів та інших форм, облік і контроль за використанням цієї допомоги.

Фінансове та матеріально-технічне забезпечення Комісії здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України. Кабінет Міністрів України затверджує положення про Міжвідомчу комісію з питань діяльності підприємств та організацій громадських формувань інвалідів, Типове положення про регіональні комісії з питань діяльності підприємств та організацій громадських формувань інвалідів. входять представники Міністерства праці та соціальної політики України (у тому числі Фонду соціального захисту інвалідів), Державної податкової адміністрації України, Державної митної служби України, Міністерства транспорту та зв'язку України, Міністерства Фінанси України (у тому числі Головне контрольно-ревізійне управління України), Міністерство економіки України, Державний комітет України із земельних ресурсів, народний депутат України - представник Технічного комітету Верховної Ради України з питань соціального захисту населення, представник, делегований усіма громадськими організаціями інвалідів України.

Співголовами комісії за посадою є Міністр праці та соціальної політики України та голова Спеціалізованої комісії Верховної Ради України з питань соціального захисту інвалідів або уповноважені ними особи.

Комісія має регіональні (територіальні) органи - комісії з питань діяльності підприємств і громадської організації.

До складу регіональних комісій входять представники профільних відомств Автономної Республіки Крим, обласних адміністрацій Київської та Севастопольської міських держав, Міністерства праці та соціальної політики України (у тому числі Фонду соціального захисту інвалідів) та ДПС. Адміністрація України, Державна митна служба України, Мінтранс України, Міністерство фінансів України (включаючи Головне контрольно-ревізійне управління України), Міністерство економіки України, Державний комітет України із земельних ресурсів, представник комітету (комісії) з питань соціального захисту інвалідів або Верховної Ради Автономної Республіки Крим, обласної, Київської та Севастопольської міських рад та по одному представнику, направленому громадськими організаціями інвалідів.

Співголовами регіональних комісій є відповідно заступник голови Ради міністрів Автономної Республіки Крим, заступники голів обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій та голови профільних комісій із соціального захисту прав інвалідів Верховної Ради Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських рад або уповноважених ними осіб.

Стаття 14-2. Рішення про видачу підприємствам та організаціям громадських організацій інвалідів дозволів на право користування податковими пільгами, кредитами, фінансовою підтримкою та субсидіями приймаються комісією та регіональними комісіями відповідно до положення, яке затверджується Кабінетом Міністрів України, виходячи з техніко-економічного та соціального обґрунтування дій, для реалізації яких використовуються ці кошти.

Рішення Комісії та регіональних комісій про надання або відмову підприємствам та організаціям громадських організацій інвалідів у сплаті податкових пільг мають бути обґрунтованими та ґрунтуватися на аналізі соціальної значимості кожного підприємства, організації громадської організації інвалідів та можливість працевлаштування інвалідів.

Комісія приймає рішення про:

Надання дозволу підприємствам та організаціям громадських організацій інвалідів на податкові пільги; доцільність надання кредитів та фінансової підтримки підприємствам та організаціям громадських формувань інвалідів (за винятком фінансової підтримки на здійснення фізкультурно-спортивної реабілітаційної діяльності, яка надається за поданням НКРЕКП) . України), дотації з урахуванням фінансових можливостей Фонду соціального захисту інвалідів. Питання, зазначені у частині третій цієї статті, щодо підприємств та організацій громадських організацій інвалідів, які за попередній податковий рік одержали сукупний дохід менше 8400 розмірів мінімальної заробітної плати, вирішують регіональні комісії. Комісія контролює діяльність регіональних комісій. і вирішує суперечки.

Визначаються порядок і критерії надання дозволу на користування податковими пільгами, підстави для відмови у наданні такого дозволу та його скасування, а також порядок і умови надання кредитів, дотацій, субсидій підприємствам та організаціям громадських організацій інвалідів. Кабінетом Міністрів України з урахуванням пропозицій Всеукраїнських громадських організацій інвалідів.

Стаття 14-3. Комісія приймає рішення про анулювання дозволу на право застосування податкових пільг підприємства, організації, громадської організації інвалідів, якщо:

Отримання заяви від громадської організації інвалідів про анулювання зазначеної путівки; подання до компетентних органів державної податкової служби та інших державних органів про порушення підприємством, організацією громадської організації інвалідів законодавства України; Нефективність виробничої діяльності та відсутність соціальної значущості.

Стаття 15. Місцеві органи громадських організацій інвалідів, а також трудові колективи їх підприємств (об'єднань), установ і організацій мають право вносити до органів місцевого самоврядування пропозиції з питань соціального захисту інвалідів.

Стаття 16. Порядок створення, діяльності та ліквідації громадських організацій інвалідів регулюється законодавством України про громадські організації, статутами цих організацій, зареєстрованими в установленому порядку.

IV. ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ, ОСВІТА ТА ПРОФЕСІЙНЕ НАВЧАННЯ ІНВАЛІДІВ

Стаття 17. З метою реалізації творчих і продуктивних здібностей інваліди з урахуванням індивідуальних програм реабілітації мають право працювати на підприємствах, в установах і організаціях, а також займатися підприємницькою та іншою трудовою діяльністю. заборонено законом.

Підприємства, установи та організації за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів або за рішенням міської ради за рахунок власних коштів у разі потреби створюють спеціальні робочі місця для працевлаштування інвалідів та здійснюють коригування через основного та додаткового обладнання, технічного обладнання та пристосувань тощо з урахуванням обмежених можливостей інвалідів.

Відмова в укладенні трудового договору або просуванні по службі, звільнення з ініціативи адміністрації, переведення інваліда на іншу роботу без його згоди у зв'язку з інвалідністю не допускається, крім випадків, коли після проходження медико-соціальної експертизи буде встановлено стан здоров'я перешкоджає виконанню професійних обов'язків, загрожує здоров'ю та безпеці праці інших людей чи продовженню оплачуваної діяльності або зміна її характеру та ступеня загрожує погіршенням здоров'я інваліда.

Стаття 18. Забезпечення прав інвалідів на працевлаштування та оплачувану працю, в тому числі за умови роботи вдома, здійснюється шляхом їх безпосереднього звернення до підприємств, установ, організацій або державної служби зайнятості. Підбір роботи здійснюється переважно в підприємства, на якому настала інвалідність, з урахуванням побажань інваліда, його професійних умінь і знань та рекомендацій медико-соціальної експертизи.

Підприємства, установи, організації та фізичні особи, які використовують тимчасових працівників, зобов'язані виділяти та створювати робочі місця для

працевлаштування інвалідів, у тому числі спеціальні, створювати умови для їх праці з урахуванням індивідуальних програм реабілітації, а також забезпечувати інші соціально-економічні гарантії, надані відповідно до чинного законодавства, надавати Держпраці інформацію, необхідну для організації працевлаштування інвалідів, та звітувати до Фонду соціального захисту інвалідів про працевлаштування та працевлаштування інвалідів відповідно до у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Державна служба зайнятості підтримує людей з інвалідністю, які не можуть працювати на підприємствах, в установах та організаціях, у пошуку роботи за умови, що вони працюють вдома. Інваліди можуть залучатися до оплачуваних громадських робіт за їх згодою.

Стаття 18-1. Інвалід, який ще не досяг пенсійного віку і не працює, але хотів би працювати, має право стати на облік у державній службі зайнятості як безробітний.

Рішення про визнання інваліда безробітним та реєстрацію його для працевлаштування приймається службою зайнятості за місцем проживання інваліда на підставі поданих ним рекомендацій МСЕК та інших передбачених законодавством документів. Агентство шукає рекомендації МСЕК, підходящу роботу на основі наявної кваліфікації та знань інваліда та з урахуванням його побажань.

Держпраці за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів може надавати роботодавцям дотації на створення спеціальних робочих місць для інвалідів, які перебувають на обліку в Держпраці, а також проводити професійне навчання та перепідготовку цієї категорії інвалідів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Стаття 19. Для підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств, організацій громадських організацій інвалідів, осіб, які використовують найману працю, норматив робочих місць для працевлаштування інвалідів встановлюється у розмірі чотирьох відсотків середньооблікової чисельності штатних працівників бухгалтерії на рік та в разі прийняття на роботу від 8 до 25 осіб у кількості одного робочого місця.

Підприємства, установи, організації, у тому числі підприємства, організації громадських організацій інвалідів, фізичні особи, які наймають тимчасових працівників, самостійно розраховують кількість робочих місць для працевлаштування інвалідів відповідно до нормативу, встановленого частиною першою цієї статті, та забезпечують працевлаштування інвалідів. При розрахунку кількість робочих місць округлюється до цілого. Підприємства, установи, організації, у тому числі підприємства, організації громадських організацій інвалідів, фізичні особи, які наймають тимчасових працівників, самостійно працевлаштовують інвалідів за рахунок нормативів робочих місць відповідно до вимог статті 18 цього Закону. Закону України «Про психіатричну допомогу», працевлаштування осіб з інвалідністю внаслідок психічних розладів також здійснюється в межах встановлених норм.

Прийняття на роботу підприємством, установою, організацією, у тому числі підприємством, організацією громадських організацій інвалідів, особою, яка використовує найману працю, інвалідів, для яких це робоче місце є основним місцем роботи, вважається відповідністю стандарту робочих місць у кількості, визначеній згідно з ч. 1 цієї статті. Забезпечення роботою інвалідів на підприємствах, в організаціях громадських організацій інвалідів шляхом створення підприємствами господарських товариств може бути включене до виконання підприємствами, установами, організаціями та фізичними особами, які використовують тимчасових працівників, нормативів робіт, визначених відповідно до частини першої цієї статті установи, організації, особи, які наймають тимчасових працівників та підприємства, організації громадських організацій інвалідів з метою координації виробничої, наукової та іншої діяльності, спрямованої на вирішення спільних економічних і соціальних завдань. Порядок взяття на облік у Фонді соціального захисту інвалідів, його відділеннях, строки подання звітності про зайнятість та працевлаштування інвалідів, облік кількості робочих місць для працевлаштування інвалідів, контроль за виконанням нормативних актів про робочі місця та Перевірки підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств, громадських організацій, організацій інвалідів, осіб, які наймають тимчасових працівників,

щодо взяття їх на облік у Фонді соціального захисту інвалідів, його відділеннях, подання річного звіту та сплати адміністративно-госп. санкції на них, а також надання інформації, необхідної для організації працевлаштування інвалідів, державній службі зайнятості визначаються Кабінетом Міністрів України.

Відділи Фонду соціального захисту інвалідів з метою контролю за виконанням нормативно-правових актів, передбачених частиною першою цієї статті, мають право в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, проводити перевірки підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств, організацій громадських організацій інвалідів та осіб, які використовують найману працю.

Підприємства, установи, організації, у тому числі підприємства, організації громадських інвалідних організацій, фізичні особи, в яких за основним місцем роботи працює 8 і більше осіб, звітують у відповідних відділеннях Фонду соціального захисту інвалідів за своїм місцезнаходженням і подають звіт про зайнятість до цих відділень щороку та працевлаштування людей з інвалідністю.

Керівники підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств, організацій громадських організацій інвалідів, фізичні особи, які наймають тимчасових працівників, у разі невиконання норм робочого місця для працевлаштування інвалідів, неподання звіту про працевлаштування та працевлаштування осіб з інвалідністю до Фонду соціального захисту інвалідів, несуть відповідальність у встановленому законодавством порядку.

Виключно цим законом визначаються норми робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідів, а також порядок їх створення. Якщо норми робочих місць, призначених для працевлаштування осіб з інвалідністю, або порядок їх створення іншими законами відрізняються від зазначених у цьому Законі, застосовуються положення цього Закону.

Стаття 20. Підприємства, установи, організації, у тому числі підприємства, організації громадських організацій інвалідів, фізичні особи, які наймають тимчасових працівників, у разі якщо середньооблікова чисельність працюючих інвалідів менша від нормативу, передбаченого статтею 19 цього Закону,

щорічно виплачують до відповідного відділення Фонду соціального захисту інвалідів адміністративно-господарські санкції, розмір яких визначається у розмірі середньої річної заробітної плати на відповідному підприємстві, в установі, організації, у тому числі підприємстві, організації громадських формувань інвалідів, особа, яка наймає найманих працівників, за кожне робоче місце, призначене для працевлаштування інваліда і не зайняте інвалідом. Для підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств, організацій громадських інвалідних організацій, фізичних осіб, у яких працює від 8 до 15 осіб, розмір адміністративно-господарських санкцій за роботу, призначену для працевлаштування інваліда і не зайняту інвалідом, визначається у розмірі половини середньої річної заробітної плати на відповідному підприємстві, в установі, організації, у тому числі на підприємстві, організації громадських організацій інвалідів, особі, яка використовує найману працю. Положення цієї частини не поширюється на підприємства, установи та організації, які повністю утримуються за рахунок коштів державного або місцевого бюджету.

Порушення строків сплати адміністративно-господарських санкцій тягне за собою нарахування пені у розмірі 120 відсотків річної облікової ставки Національного банку України, що діє на момент сплати, розрахованої на повну суму заборгованість за весь термін.

Сплата адміністративно-господарських санкцій і штрафів підприємствами, установами, організаціями, у тому числі акціонерними товариствами, організаціями громадських організацій інвалідів, фізичними особами, які використовують тимчасових працівників, здійснюється відповідно до законодавства за рахунок залишку прибутку в їх розпорядженні після виплати всіх податків і зборів (обов'язкові платежі). Адміністративно-господарські санкції нараховуються і сплачуються самостійно підприємствами, установами, організаціями, у тому числі акціонерними товариствами, організаціями громадських організацій інвалідів, особами, зазначеними у частині першій цієї статті, до 15 квітня року, що настає за роком, у якому накладено адміністративні санкції. норма стосується частини першої статті 19

цього закону. При цьому застосовуються положення статті 250 Господарського кодексу.

У разі несплати адміністративно-господарських санкцій чи штрафів або неможливості їх сплати за рішенням господарського суду їх конфіскація може бути звернена на майно підприємства, установи, організації, у тому числі підприємств, організацій державним шляхом. організації інвалідів, фізичні особи, які наймають тимчасових працівників, у порядку, встановленому законодавством.

Нараховані до державного бюджету суми адміністративно-господарських санкцій та пені використовуються Фондом соціального захисту інвалідів на:

Фінансування за рахунок цього фонду заходів, що здійснюються центральними органами виконавчої влади та підпорядкованими їм установами, у тому числі професійними та корпоративними організаціями, організаціями громадських організацій інвалідів, у сферах соціального забезпечення, праці, фізичної культури та спорту (за поданням Національного комітету спорту інвалідів України) та професійної реабілітації інвалідів;

Надання цільової позики (на поворотній основі зі строком повернення до трьох років) підприємствам, установам, організаціям, у тому числі підприємствам, організаціям громадських організацій інвалідів, особам, які наймають тимчасових працівників, для створення робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідам у межах коштів, передбачених на встановлені потреби у відповідному році. Цільові кредити підприємствам та організаціям громадських організацій інвалідів надаватимуться лише за наявності відповідного рішення Комісії;

Фінансування витрат на професійне навчання непрацюючих інвалідів, у тому числі за направленням державної служби зайнятості, для професійного навчання інвалідів із числа випускників спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів), загальноосвітніх санаторних шкіл (шкіл-інтернатів), загальноосвітніх шкіл , навчальні заклади на спеціалізованих підприємствах, організаціях інвалідів;

Надання матеріальної підтримки для здійснення соціально-трудових, фізкультурно-спортивних заходів (за поданням Національного комітету спорту інвалідів України) та для професійної реабілітації інвалідів (відновлення працездатності шляхом забезпечення технічної реабілітації інвалідів), обладнання, створення умов для занять фізичною культурою і спортом, оплати підготовки та перепідготовки, створення належних санітарно-гігієнічних, виробничо-технічних умов на робочому місці інваліда згідно з індивідуальною програмою реабілітації інваліда, видачу спеціальної літератури та аудіозаписів. для інвалідів для їх професійного навчання), працевлаштування інвалідів шляхом створення робочих місць, у тому числі спеціальних, а також фінансової підтримки технічного оснащення діючих робочих місць для працевлаштування інвалідів та технічного переоснащення виробництва. підприємств, організацій громадських організацій інвалідів з метою створення додаткових робочих місць та створення робочих місць для людей з інвалідністю покладаються на це. Фінансова допомога надаватиметься лише за умови прийняття відповідного рішення Комісією;

Надання підприємствам, установам, організаціям, у тому числі підприємствам, організаціям громадських організацій інвалідів, осіб, які наймають тимчасових працівників, дотації на створення спеціальних робочих місць для працевлаштування інвалідів, які зареєстровані в державній службі зайнятості як безробітні або шукають роботу. . Субсидії надаються лише за умови прийняття відповідного рішення Комісією. У разі нецільового використання підприємствами, установами, організаціями, у тому числі підприємствами, організаціями громадських організацій інвалідів, фізичними особами тимчасових працівників, або створення робочих місць для працевлаштування таких осіб у разі нецільового використання дотацій, позик або їх частин менше, ніж передбачено умовами надання кредиту чи поворотної фінансової допомоги.

Порядок сплати адміністративно-господарських санкцій та пені до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, їх накопичення, розрахунків, а

також врахування пропозицій Всеукраїнських громадських організацій інвалідів - використання коштів затверджується Кабінетом Міністрів України.

Спори, що виникають із правовідносин, передбачених статтями 19 і 20 цього Закону, вирішуються Фондом соціального захисту інвалідів або в судовому порядку.

Фонд соціального захисту інвалідів та його відділення мають право на захист своїх прав і законних інтересів, у тому числі в суді.

Стаття 21. Держава забезпечує дошкільне виховання і навчання на рівні, що відповідає їх здібностям і можливостям.

Дошкільне навчання і виховання інвалідів здійснюється в загальноосвітніх або спеціальних дошкільних і навчальних закладах.

Професійна підготовка або перепідготовка інвалідів здійснюється з урахуванням медичних показань і протипоказань для подальшої роботи. Вибір форм і методів професійного навчання здійснюється за результатами медико-соціальної експертизи.

Під час навчання, професійної підготовки чи перепідготовки інвалідів, крім загальної, можуть застосовуватися альтернативні форми навчання.

Обдаровані діти-інваліди мають право на безкоштовне навчання музиці, образотворчому мистецтву, художньо-прикладному мистецтву в загальноосвітніх навчальних закладах або спеціальних позашкільних навчальних закладах.

Стаття 22. За інших рівних умов переважне право на вступ до вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та професійно-технічних навчальних закладів мають інваліди та діти з малозабезпечених сімей, у яких:

обоє батьків - інваліди;

один з батьків є інвалідом, а другий помер;

одинокі мати з числа інвалідів;

батько – інвалід, який виховує дитину без матері.

Під час навчання зазначеним категоріям громадян стипендія та призначена пенсія (державна соціальна допомога інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам) виплачуються в повному обсязі.

Стаття 23. Держава визнає жестову мову Дактило засобом міжособистісного спілкування, а також засобом навчання людей з вадами слуху.

Правовий статус та сфера застосування жестової мови Дактило визначаються законодавством України.

Особам з вадами слуху забезпечується доступ до засобів масової інформації шляхом субтитрування та сурдоперекладу глухих інформаційних і тематичних телевізійних програм, кіно- та відеофільмів у порядку та на умовах, встановлених Кабінетом Міністрів України.

Стаття 24. Інваліди після закінчення навчального закладу мають право на вибір роботи з наявних варіантів або за їх бажанням надається право на безоплатну роботу. У разі відмови у прийнятті на роботу або непризначення роботи за спеціальністю інваліда, направлено за розподілом після закінчення навчального закладу, або у разі невиконання інших умов трудового договору та законодавства про працю, які Адміністрація підприємства (об'єднання), установи та організації відшкодовує вартість його проїзду до місця роботи і назад до місця постійного проживання, а в разі необхідності - витрати на проїзд супроводжуючої особи.

Стаття 25. Адміністрація підприємств (об'єднань), установ і організацій (незалежно від форм власності та господарювання) зобов'язана створювати безпечні і здорові умови праці, вживати заходів щодо запобігання інвалідності та відновлення працездатності інвалідів. .

Інвалідам внаслідок інвалідності або професійного захворювання, які проходять професійну реабілітацію, у тому числі професійну підготовку та перепідготовку за індивідуальною програмою реабілітації, якщо з моменту встановлення інвалідності минуло не більше одного року, середній заробіток за попереднім робота включно з пенсією по інвалідності протягом часу, передбаченого програмою.

V. СТВОРЕННЯ УМОВ ДОСТУПУ ІНВАЛІДІВ ДО СОЦІАЛЬНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ

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

Стаття 27. Планування і забудова населених пунктів, формування житлових районів, розробка проектних рішень, будівництво і реконструкція будівель, споруд та їх комплексів без пристосування для інвалідів не допускаються.

У випадках, коли з матеріальних причин неможливо пристосувати існуючі приміщення для інвалідів, за рішенням органів місцевого самоврядування за участю відповідних підприємств (об'єднань) створюються інші сприятливі умови для життєдіяльності інвалідів. , установ та організацій, зокрема будівництво об'єктів спеціального призначення

Фінансування зазначених заходів здійснюється за рахунок міського бюджету та підприємств (об'єднань), установ та організацій, які не можуть пристосувати свої приміщення для розміщення інвалідів.

Стаття 28. Підприємства та організації, що надають послуги громадського транспорту, зобов'язані обладнати транспортні засоби, вокзали, аеропорти та інші об'єкти спеціальним обладнанням, що дозволяє інвалідам вільно користуватися їх послугами.

У випадках, коли існуючі транспортні засоби не можуть бути пристосовані для інвалідів, органи місцевого самоврядування створюють інші шляхи для їх пересування. При плануванні та створенні нових транспортних засобів реконструкція та будівництво аеропортів, залізничних та автовокзалів, морських та річкових портів, стає неминуча припускала можливість їх використання інвалідами.

Стаття 29. Інваліди забезпечуються житловими приміщеннями в порядку та на умовах, встановлених чинним законодавством, з урахуванням положень цього Закону.

Інваліди та сім'ї з дітьми-інвалідами мають переважне право на поліпшення житлових умов у порядку, передбаченому чинним законодавством.

Стаття 30. Житлові приміщення, в яких проживають інваліди або сім'ї, до яких вони належать, під'їзди, сходові клітини будинків, в яких проживають інваліди, повинні бути обладнані спеціальними засобами та пристроями згідно з індивідуальною програмою реабілітації, а також мовами телефонного зв'язку.

Облаштування цих житлових будинків здійснюється органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями, у веденні яких перебуває житловий фонд.

Обладнання індивідуальних жилих будинків, в яких проживають інваліди, здійснюється підприємствами, установами та організаціями, що спричинили інвалідність, а в інших випадках - відповідними органами місцевого самоврядування.