

О.Д. Замашкіна

ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Навчально-методичні рекомендації



Ізмаїл – 2019

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ

Ізмаїльський державний гуманітарний університет

Кафедра соціальної роботи, соціальної педагогіки та фізичної культури

О.Д. Замашкіна

ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Навчально-методичні рекомендації

Ізмаїл 2019

Укладач: кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, соціальної педагогіки та фізичної культури Ізмаїльського державного гуманітарного університету Замашкіна О.Д.

Основи соціальної реабілітації: навчально-методичні рекомендації. ІДГУ-Ізмаїл, 2019. – 193 с.

Рецензенти:

Гуменникова Т.Р., доктор педагогічних наук, професор, директор Придунайської філії ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

Звєкова В.К., кандидат педагогічних наук, доцент кафедри загальної, дошкільної, спеціальної та початкової освіти Ізмаїльського державного гуманітарного університету

Друкується за рішенням вченої ради педагогічного факультету ІДГУ від 25.06.19 (протокол № 11)

Навчально-методичні рекомендації «Основи соціальної реабілітації» орієнтований на студентів, магістрантів педагогічного факультету спеціальності 231 Соціальна робота. Представлені історичні аспекти, теоретико-методологічні основи соціальної реабілітації як напрями комплексної реабілітації і основи соціальної інтеграції інвалідів та інших категорій осіб з обмеженням життєдіяльності; технології соціальної реабілітації різних категорій осіб, а також роль і участь в ній професійних соціальних працівників.

Видання може бути цікавим студентам педагогічних закладів, фахівцям соціономічної сфери.

Рекомендовано до друку вченою радою педагогічного факультету Ізмаїльського державного гуманітарного університету від 25.06.2019 (протокол № 11)

©Замашкіна О.Д., 2019
© ІДГУ, 2019

Укладач: кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної роботи, соціальної педагогіки та фізичної культури Ізмаїльського державного гуманітарного університету Замашкіна О.Д.

Основи соціальної реабілітації: навчальний посібник. ІДГУ- Ізмаїл, 2019. – 193 с.

Рецензенти:

Гуменникова Т.Р., доктор педагогічних наук, професор, директор Придунайської філії ПрАТ «ВНЗ «МАУП»

Звєкова В.К., кандидат педагогічних наук, доцент кафедри загальної, дошкільної, спеціальної та початкової освіти Ізмаїльського державного гуманітарного університету

Друкується за рішенням вченої ради педагогічного факультету ІДГУ від 23.06.19 (протокол №)

Навчально-методичний посібник «Основи соціальної реабілітації» орієнтований на студентів, магістрантів педагогічного факультету спеціальності 231 Соціальна робота. Представлені історичні аспекти, теоретико-методологічні основи соціальної реабілітації як напрями комплексної реабілітації і основи соціальної інтеграції інвалідів та інших категорій осіб з обмеженням життєдіяльності; технології соціальної реабілітації різних категорій осіб, а також роль і участь в ній професійних соціальних працівників.

Видання може бути цікавим студентам педагогічних закладів, фахівцям соціономічної сфери.

©Замашкіна О.Д., 2019
© ІДГУ, 2019

ЗМІСТ

Пояснювальна записка	6
Розділ I Теоретичний матеріал для аудиторного вивчення	
<i>Зміст лекційного курсу</i>	12
Тема 1. <i>Загальні технології соціальної роботи</i>	14
Тема 2. <i>Сутність технології соціальної реабілітації</i>	29
Тема 3. <i>Сутність технології соціальної реабілітації дітей з особливими потребами</i>	39
Тема 4. <i>Поняття реабілітації та адаптації дітей-інвалідів</i>	52
Тема 5. <i>Програма соціально-педагогічної реабілітації дітей з обмеженими психо-фізичними можливостями</i>	67
Тема 6. <i>Соціально-педагогічний підхід у абілітації та реабілітації людини</i>	78
Тема 7. <i>Сутність та призначення технології соціальної терапії у соціальній реабілітації різних груп клієнтів</i>	93
Тема 8. <i>Медико-соціальна реабілітація осіб обмеженими можливостями здоров'я</i>	118
Тема 9. <i>Становлення та розвиток ідеї соціальної реабілітації дітей і молоді з обмеженими можливостями в Україні і за рубежом</i>	132
Розділ II Методичне забезпечення курсу	
<i>Тематика практичних занять</i>	143
<i>Тематика та методичні рекомендації до організації самостійної роботи студентів</i>	143
<i>Тематика завдань до самостійної роботи</i>	149
<i>Тематика мікрровиступів (есе/презентацій)</i>	151
<i>Вимоги до написання і оформлення реферату</i>	153
<i>Тематика та методичні рекомендації до організації індивідуально-дослідної роботи студентів</i>	156
<i>Питання до підсумкового контролю</i>	161
Тезаурус	165

Список використаної літератури	172
Додатки	176

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

У систему фахової підготовки майбутніх фахівців соціономічної сфери внесено вивчення дисципліни «Основи соціальної реабілітації», яка є важливою умовою формування загальної і професійної компетенції, джерелом здобуття знань про можливості збереження і підтримку людини, групи у стані активного, творчого і самостійного відношення до себе, свого життя та діяльності не залежно від стану здоров'я.

Предметом вивчення основ соціальної реабілітації є історичні аспекти, теоретико-методологічні основи соціальної реабілітації як напрями комплексної реабілітації і основи соціальної інтеграції інвалідів та інших категорій осіб з обмеженнями життєдіяльності; технології соціальної реабілітації різних категорій осіб, а також роль і участь в ній професійних соціальних працівників.

Метою викладання навчальної дисципліни є: формування у студентів знань про соціальну реабілітацію як основу соціальної інтеграції осіб з обмеженнями життєдіяльності; оволодіння майбутніми професійними соціальними працівниками теоретичними знаннями і практичними навичками в організації і проведенні соціальної реабілітації інвалідів та інших категорій осіб з обмеженнями життєдіяльності, а також осіб при зміні їх соціального статусу.

У процесі навчання системно, поступово, цілеспрямовано формуються такі компетентності:

1. Загальні компетентності:

- здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу;
- здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях;
- знання і розуміння предметної сфери та розуміння професійної діяльності;
- здатність налагоджувати соціальну взаємодію, співробітництво, попереджати та розв'язувати конфлікти
- здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел;
- вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми;
- здатність ухвалювати обґрунтовані рішення;

- здатність працювати в команді;
- навички міжособистісної взаємодії;
- здатність діяти соціально відповідально та свідомо.

2. Спеціальні (фахові, предметні) компетентності:

- здатність аналізувати суспільні процеси становлення і розвитку соціальної педагогіки як інтеграційної галузі наукових знань;
- здатність планувати та здійснювати наукові комплексні дослідження з метою виявлення й аналізу соціально значимих проблем і факторів досягнення соціального благополуччя різних груп населення;
- здатність аналізувати нормативно-правову базу стосовно соціальної роботи та соціального забезпечення;
- здатність до діяльності з попередження соціальних ризиків, складних життєвих обставин, запобігання та вирішення соціальних конфліктів;
- здатність до розуміння організації та функціонування системи соціального захисту і соціальних служб;
- здатність до цінування та поваги різноманітності, унікальності й мультикультурності;
- здатність оцінювати проблеми, потреби, специфічні особливості та ресурси клієнтів, виявляти шляхи подолання проблем і знаходити ефективні методи їх вирішення;
- здатність до надання допомоги та підтримки клієнтам із врахуванням їх індивідуальних потреб, вікових відмінностей, гендерних, етнічних та інших особливостей;
- здатність дотримуватися етичних принципів та стандартів соціальної роботи;
- здатність виявляти і залучати ресурси особистості, соціальної групи та громади для виконання завдань професійної діяльності;
- здатність оцінювати процес, результати та якість професійної діяльності у сфері соціальної роботи, розробляти та впроваджувати програми забезпечення якості соціальних послуг;

- здатність до професійної рефлексії.

У процесі навчання студент повинен *знати*:

- основні принципи і норми міжнародного права в області соціального захисту і реабілітації інвалідів і інших категорій осіб;
- організацію і нормативне правове забезпечення медико-соціальної експертизи;
- принципи і порядок формування індивідуальної програми реабілітації клієнта;
- основні принципи і напрями медико-соціальної реабілітації;
- організацію соціальної реабілітації інвалідів і інших категорій клієнтів;
- структуру і вміст соціальної реабілітації різних категорій осіб з обмеженнями життєдіяльності;
- структурно-функціональні моделі установ, що здійснюють соціальну реабілітацію інвалідів і інших категорій осіб;
- принципи створення доступного (безбар'єрного) середовища життєдіяльності для різних категорій осіб з обмеженнями життєдіяльності та інших категорій клієнтів;
- місце і роль професійного соціального працівника в організації і проведенні соціальної реабілітації.

вміти:

- застосовувати основні терміни й поняття соціальної реабілітації в професійній діяльності;
- розробляти програму соціальної реабілітації для різних категорій клієнтів;
- організувати заходи в рамках соціальної реабілітації різних категорій осіб в соціальних установах та взаємодіяти з різними установами і організаціями, фахівцями, що здійснюють соціальну реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності та інших категорій клієнтів;

- співвідносити принципи і проблеми основних сучасних світових теоретичних концепцій соціальної реабілітації з загальнонауковими принципами і концепціями;
- узагальнювати основні положення, головні принципи і проблеми практики соціальної, соціально-медичної реабілітації в межах різних теоретичних підходів та науково-практичних доробків видатних діячів;
- самостійно опрацьовувати першоджерела, науково-популярну та довідкову літературу з проблематики соціальної реабілітації різних категорій клієнтів та застосовувати базові знання в соціальній галузі, для освоєння загально професійної дисципліни;
- виконувати роль координатора у вирішенні проблем організації і проведення соціальної реабілітації різних категорій населення;
- аналізувати сучасні умови організації соціальної реабілітації в Україні та світі;
- використовувати знання з дисципліни для саморозвитку та самоорганізації, підвищення свого професійного рівня як фахівця із соціальної роботи;
- використовувати кращі традиції вітчизняного та світового досвіду в організації та забезпеченні соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я та інших категорій клієнтів.

Комунікація:

- демонструвати знання основних інноваційних процесів у соціальній роботі як науки та практичної діяльності;
- здатність генерувати нові ідеї й нестандартні підходи до їх реалізації (креативність);
- налагоджувати соціальну взаємодію, співробітництво, попереджати та розв'язувати конфлікти;
- демонструвати вміння креативно вирішувати проблеми та приймати інноваційні рішення, мислити та застосовувати творчі здібності до формування принципово нових ідей;

- демонструвати толерантну поведінку, виявляти повагу до культурних, релігійних, етнічних відмінностей, розрізняти вплив стереотипів та упереджень.

Автономність та відповідальність:

- виконувати індивідуальні науково-дослідні завдання з відповідної проблематики, виявляти самостійність і соціальну відповідальність, громадянські та патріотичні чесноти при виконанні функціональних обов'язків;
- виявляти вміння аналізувати психічні властивості, стани і процеси становлення, розвитку та соціалізації особистості, різні види діяльності індивідів у групі, процеси розвитку, соціалізації, соціальної адаптації та інтеграції особистості, соціально-психологічні процеси в малих та великих групах
- створювати позитивний імідж професії, її статусу в суспільстві.

Навчальне видання розраховане на студентів напряму «Соціальна робота» і містить рекомендації щодо організації самостійної роботи для підготовки до лекційних, практичних занять та виконання індивідуальних творчих завдань тощо. Відповідно до типової навчальної програми обсяг навчальних годин окреслено 4 кредитами (120 годин)

Данні навчально-методичні рекомендації мають за мету дати студентам - майбутнім соціальним працівникам - загальну підготовку для подальшого повноцінного засвоєння професійно орієнтованих дисциплін.

Пропонована програма з дисципліни передбачає вивчення обов'язкового мінімуму знань для студентів. Так як кількість годин, які відводяться на вивчення незначна, то частина тем цього курсу рекомендується для поглибленого або самостійного вивчення студентами.

Основною інформаційною базою для самостійного опрацювання курсу є підручники, журнальні статті, робота в мережі Інтернет за даною проблематикою. Позитивні моменти – готуються і беруть активну участь в

обговоренні всі студенти; вони привчаються виділяти головне, аналізуючи практичний досвід й можливість впровадження його в сучасну практику.

Основна частина матеріалу відводиться лекціям, на яких студент отримує основну інформацію. Організуючим та поглиблюючим фактором є семінарські заняття, при підготовці до яких студенти мають можливість творчо оволодівати курсом основ соціальної реабілітації: семінарські заняття сплановані за проблемним принципом. Для поглибленого вивчення окремих історичних проблем в їх ретроспективному розгляді рекомендується проводити у більш складних формах організації навчання: наукових конференціях, диспутах, колоквиумах, бесід «за круглим столом».

Методичні вказівки, розміщені в цьому виданні, поєднують традиційні методики викладання дисциплін із практично-орієнтованою складовою, що дозволяє варіювати зміст, форми, розподіл часу на виконання завдань у ході заняття.

Контроль за видами діяльності студентів здійснюється шляхом поточного оцінювання знань, проміжним контролем засвоєння ними програмного матеріалу, за результатами якого виставляється підсумкова оцінка за національною, 100-бальною шкалами і ECTS (у разі заліку).

Форми контролю та критерії оцінювання знань:

- ✓ поточний контроль: виступи на семінарських заняттях; участь у диспутах, на конференціях; виконання індивідуальних творчих завдань, оголошення повідомлень, захист реферату;
- ✓ проміжний контроль – виконання завдань по варіантах
- ✓ підсумковий контроль – залік.

Викладач не обмежений у виборі форм, методів, інструментарію для проведення семінарських занять у межах робочої програми та орієнтується насамперед на інтереси та можливості студентів і досягнення визначених освітньою програмою результатів навчання.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДЛЯ АУДИТОРНОГО ВИВЧЕННЯ

Зміст лекційного курсу

Тема 1. Загальні технології соціальної роботи

Соціальна технологізація як процес оптимізації сучасної соціальної дійсності. Сутність соціальних технологій та технології соціальної роботи. Впровадження соціальних технологій. Багатоманітність та класифікація соціальних технологій, їх функції

Тема 2. Сутність технології соціальної реабілітації

Сутність технології соціальної реабілітації: зміст, види, принципи, рівні, методи. Розробка індивідуальної комплексної програми реабілітації. Соціальна реабілітація вихованців у закладах інтернатного типу. Соціальна реабілітація літніх людей.

Тема 3. Сутність технології соціальної реабілітації дітей з особливими потребами

Технологізація процесу соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями. Види технологій, які застосовуються у соціальній реабілітації інвалідів і дітей з обмеженими можливостями. Технологія соціально-медичної реабілітації для клієнтів з проблемами здоров'я

Тема 4. Поняття реабілітації та адаптації дітей-інвалідів

Сутність соціальної адаптації і реабілітації. Соціальна реабілітація дітей-інвалідів та молодих інвалідів. Шляхи та засоби соціальної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями.

Тема 5. Програма соціально-педагогічної реабілітації дітей з обмеженими психо-фізичними можливостями

Поняття «соціально - реабілітаційна діяльність»: сутність, зміст, цілі. Методи соціально-психологічної реабілітації дітей з обмеженими психофізичними можливостями. Труднощі соціально-психологічної реабілітації дітей з обмеженими психофізичними можливостями.

Тема 6: Соціально-педагогічний підхід у абілітації та реабілітації людини

Абілітація і реабілітація людини, їх сутність і призначення. Соціально-педагогічна абілітація дитини. Підвищення ролі батьків в соціально-педагогічній абілітації дитини. Соціокультурне середовище абілітації та реабілітації людини.

Тема 7. Сутність та призначення технології соціальної терапії у соціальній реабілітації різних груп клієнтів

Зміст технології соціальної терапії. Рівні реалізації соціальної терапії. Форми роботи у соціальній терапії. Технологія роботи з мережею соціальних контактів. Види соціальної терапії. Функції та методи соціальної терапії. Групова соціальна терапія. Методи поведінкової терапії в групі. Застосування технологій соціальної терапії

Тема 8. Медико-соціальна реабілітація

Установи, що реалізують реабілітаційні програми, їх види, структура, завдання. Хворий як об'єкт медико-соціальної реабілітації: критерії відбору, принципи, періоди реабілітації. Реабілітація інвалідів в Україні, установи, що її реалізують

Тема 9 Становлення та розвиток ідеї соціальної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями в Україні за рубежом

Історичний розвиток суспільної допомоги дітям з особливими потребами. Монастирський етап (X - середина XVIII ст.). Медичний етап (XVIII - XIX ст.). Лікувально-педагогічний етап (XX ст.). Сучасний етап – від ізоляції до інтеграції. Законодавче забезпечення соціального захисту дітей з обмеженими психофізичними можливостями в Україні

Тема 1. Загальні технології соціальної роботи

- 1. Соціальна технологізація як процес оптимізації сучасної соціальної дійсності.*
- 2. Сутність соціальних технологій та технології соціальної роботи*
- 3. Впровадження соціальних технологій.*
- 4. Багатоманітність та класифікація соціальних технологій, їх функції*

1. Соціальна технологізація як процес оптимізації сучасної соціальної дійсності

В умовах динамічних соціальних змін у світовій практиці все більше утверджується інноваційний метод освоєння соціального простору - його технологізація. Соціальна технологізація - це процес оптимізації соціуму, переборення його розбалансованості, активний вплив на розвиток соціальних систем шляхом використання соціальних технологій.

Однією з корінних причин розбалансованості світу, яка приховує в собі зростання різного роду вибухів і катастроф, є суперечність між особою та суспільством. Посилення цієї суперечності веде до деградації особистості, посилення апатії і відчаю людини, утвердження несправжніх духовних цінностей, що, як результат, породжує антисоціальну поведінку, зростання агресивності, виникнення військових конфліктів, міжнаціональної ворожнечі, тероризму і т.ін.

Необхідність технологізації в соціальній сфері зумовлена тим, що проникнення егалітарних, договірних начал у всі аспекти громадянських взаємовідносин, гуманізація свідомості і діяльності зробили актуальним питання про перегляд всіх зв'язків між людьми з раціональної точки зору, про їх переорганізацію на ґрунті ефективності, прагматизму, мінімізації витрат.

Специфіка технологічного підходу до соціальної сфери полягає в тому, що перетворенню піддається суспільство в цілому, окремі його верстви і групи, стосунки між людьми чи їх думки й почуття. Це вказує на складність технологій

соціальної роботи, бо ж у соціальні процеси залучено багато індивідів, наділених розумом і волею.

Соціальні технології – це єдиний тип технологічного процесу, який заснований на відносинах не об'єкта і суб'єкта, а значною мірою на відносинах «суб'єкт-суб'єкт». Без підтримки учасників соціального процесу, без згоди індивіда, сім'ї, групи, яким надається професійна допомога, не можна перетворити ті обставини, які стали причиною застосування соціальних технологій.

Технологізація є основою для концептуального й проектувального освоєння різноманітних галузей і аспектів соціальної діяльності, вона дозволяє:

- ◆ аналізувати і систематизувати на науковій основі практичний досвід і його використання;
- ◆ комплексно вирішувати соціальні проблеми;
- ◆ знижувати вплив несприятливих обставин;
- ◆ оптимально використовувати ресурси, що є в наявності;
- ◆ створювати сприятливі умови для розвитку людини.

Значення соціальної технологізації полягає у тому, що вона робить людську діяльність більш раціональною, включаючи в неї лише ті процеси і операції, які необхідні для вирішення поставленої мети.

2. Сутність соціальних технологій та технології соціальної роботи

Технологія (від гр. *techné* - *мистецтво, майстерність, вміння* + *logos* - *вчення*) - система знань про способи й засоби обробки і якісного перетворення об'єкта.

Технологізація соціальної сфери, поняття "соціальна технологія" утвердились не відразу. Однією з перших робіт, в якій ґрунтовно розглядалося поняття "соціальна технологія", була монографія болгарського вченого Ніколи Стефанова "Суспільні науки і соціальна технологія", яка була опублікована російською мовою в 1976 р. Починаючи з другої половини 70-х рр. і практично

до нашого часу продовжується інтенсивна наукова розробка проблем, пов'язаних з соціальними технологіями.

У науковій літературі є різні підходи до визначення сутності соціальних технологій. Зокрема стверджується, що технологія - це:

- ◆ спосіб управління, регулювання і планування соціальних процесів;
- ◆ сукупність прийомів, методів і впливів, що застосовуються для досягнення поставлених цілей;
- ◆ мистецтво, майстерність, уміння, сукупність методів обробки і якісного перетворення об'єкта;
- ◆ система знань про способи і засоби обробки і якісного перетворення об'єкта;
- ◆ переведення мови науки на конкретну мову рішень, нормативів;
- ◆ спосіб цілеспрямованого вирішення суспільних проблем у вигляді певного набору процедур і операцій;
- ◆ практична діяльність, яка характеризується раціональною послідовністю використання інструментарію для досягнення якісних результатів праці.

На думку професора В.Іванова, соціальні технології - це сукупність операцій, процедур соціального впливу для отримання оптимального соціального результату.

Соціальні технології - це система знань про оптимальні способи перетворення і регулювання соціальних відносин і процесів у життєдіяльності людей, а також сама практика алгоритмічного застосування оптимальних способів перетворення і регулювання соціальних відносин і процесів.

У сучасному понятті "технологія" виділяють *три аспекти*:

1) науковий: технологія являє собою науково розроблене рішення певної проблеми, що ґрунтується на досягненнях теорії і практики;

2) формально-описовий: технологія - це модель, опис цілей, змісту, методів і засобів, алгоритмів дій, що застосовуються для досягнення

запланованих результатів;

3) процесуально-дієвий: технологія - це сам процес реалізації діяльності, послідовність та порядок функціонування і зміни всіх його компонентів, в тому числі об'єктів і суб'єктів діяльності.

Спеціалісти в галузі соціальних технологій вказують, що *ефективність соціальних технологій* можлива за таких умов:

1. Соціальна технологія повинна мати певні властивості:

- ◆ привабливість мети;
- ◆ простоту обґрунтування мети;
- ◆ гнучкість застосування процедур і операцій;
- ◆ надійність теоретичного і методичного забезпечення;
- ◆ економічність досягнення мети відтворення (соціальної, соціально-психологічної, організаційної, економічної та ін.);
- ◆ несуперечливість між: процедурами й операціями конкретної соціальної технології, об'єктом і суб'єктом в процесі технологізації та ін.).

2. Повинні бути чітко виражені ознаки технологізації:

- ◆ розмежування;
- ◆ розділення;
- ◆ розчленування соціального процесу на пов'язані між собою етапи, фази;
- ◆ координація і етапність дій;
- ◆ однозначність виконання операцій і процедур;
- ◆ можливість багаторазового застосування вироблених стандартних алгоритмів діяльності для вирішення типових завдань соціального управління.

Можна стверджувати, що найважливішими *умовами технологізації практичної діяльності в соціальній сфері* є такі:

- ◆ об'єкт впливу має певний ступінь складності;
- ◆ необхідність виділення елементів системи об'єкта соціального впливу;
- ◆ наявність можливості формалізації реальних процесів і демонстрації їх у вигляді певних операцій, процедур, показників;
- ◆ наявність можливості відтворення і повторюваності операцій, процедур

чи показників у нових умовах.

Провідна перевага технологічного підходу до соціальних процесів полягає в науковому підборі таких методів, засобів і способів діяльності, за допомогою яких можна забезпечити її максимальну результативність.

Разом з тим слід використання технологій у соціальних процесах має свої особливості:

- ◆ очікуваний результат не може бути досконально конкретизованим, бо досить складно змінювати об'єкт, якщо цим об'єктом виступає людина, а основним параметром зміни є одна чи декілька її властивостей;

- ◆ на відміну від промислових технологій, що являють собою певну послідовність точно підібраних технологічних процесів і операцій, у соціальних процесах процедура перетворення є більш гнучкою, не так жорстко детермінованою;

- ◆ визначена послідовність навіть досить результативних процесів чи заходів не гарантує досягнення повної ефективності, бо ж людина є системою багатофакторною, на неї діє значна кількість зовнішніх впливів, сила й спрямованість яких досить різноманітні, а інколи і протилежні тому наперед визначити ефект того чи іншого впливу часто просто неможливо;

- ◆ досить значну роль відіграє зворотний зв'язок (наслідок конкретного впливу), можливим є вибіркоче повторення окремих частин процесу.

Технологія соціальної роботи - це одна із галузей соціальних технологій, що орієнтована на соціальне обслуговування, допомогу і підтримку громадян, які знаходяться у важкій життєвій ситуації.

Технологію соціальної роботи характеризують:

- ◆ динамічність - постійна зміна змісту і форм роботи з клієнтом, евристичність характеру діяльності;
- ◆ безперервність, зумовлена необхідністю постійно підтримувати безпосередній чи опосередкований зв'язок з клієнтом і здійснювати на нього вплив;
- ◆ циклічність, що виявляється в стереотипному, стійкому повторенні

етапів, стадій, процедур у роботі з клієнтом;

- ◆ дискретність технологічного процесу, яка полягає в нерівномірності впливу на клієнтів з моменту визначення мети до виконання рішення.

Важливим є визначення етапів розробки технології соціальної роботи, до яких відносять такі:

Теоретичний - пов'язаний з формулюванням цільової установки, визначенням предмета технологізації, виділенням структурних елементів та виявленням причинно-наслідкових зв'язків і відносин, в які включений об'єкт соціальної політики чи клієнт соціальної роботи.

Методичний - характеризується вирішенням завдань вибору джерел, шляхів і способів отримання інформації про стан об'єкта соціальної політики чи клієнта соціальної роботи, вивчення прийомів і засобів обробки і аналізу цієї інформації і принципів трансформації висновків у конкретні рекомендації для перетворювальної діяльності.

Процедурний - передбачає вирішення завдань, пов'язаних з організацією діяльності з апробації, усуненням недоліків рекомендацій і з виробленням алгоритму дій.

Компоненти технологічного процесу:

◆ алгоритм дій - програма вирішення завдань, яка точно вказує, як і в якій послідовності операцій отримати результат, визначений вихідними даними;

◆ операції - найпростіші дії, спрямовані на досягнення конкретної, усвідомленої мети. Сукупність операцій, об'єднаних загальною метою (підметою), складають процедуру технологічного процесу;

◆ інструментарій - арсенал засобів, що забезпечують досягнення мети впливу на особистість чи соціальну спільність.

У самому загальному вигляді в технологічному процесі можна виділити *чотири процедурні етапи:*

1. Форму давання мети впливу - передбачає виконання таких операцій, як збір і аналіз інформації, здійснення соціальної діагностики, соціально-психологічне прогнозування розвитку проблеми, вироблення програми дій.

2. Вироблення та вибір засобів впливу - передбачає вияв і аналіз проблемної ситуації, вивчення, обґрунтування й оцінку варіантів та способів дій, вибір оптимального варіанту вирішення проблеми.

3. Організація впливу включає операції з реалізації вибраного варіанту, координацію зусиль і корекцію застосовуваних способів впливу на клієнтів соціальних служб.

4. Аналіз і оцінка - супроводжуються співставленням прогнозованих і досягнутих результатів, формулюванням висновків.

Змістом технологічного процесу соціальної роботи є виявлення соціальної чи особистісної проблеми і з допомогою інструментарію й засобів, що є у розпорядженні соціальних служб, своєчасне їх вирішення.

3. Впровадження соціальних технологій.

Впровадження соціальних технологій - складний і динамічний процес переведення теоретичних концепцій з відтворення соціальних якостей, характеристик, явищ, відношень на мову практичних дій.

Впровадження складається із наступних операцій: професійної підготовки виконавців; організації їхньої роботи; координації різноманітних суб'єктів (окремих виконавців чи груп); надання науково-методичної допомоги спеціалістам; контролю за діяльністю суб'єктів впровадження соціальних технологій; аналізу процесу технологізації; коригування цілей (при необхідності); організації інформаційного обслуговування процесу впровадженню та ін.

Фактори, що впливають на ефективність впровадження соціальних технологій:

Об'єктивні: 1. Ступінь економічної, соціальної самостійності організації. 2. Рівень наукомісткості використовуваних технологій. 3. Ступінь стабільності виробничого процесу. 4. Ефективність використання потенціалів організації -

технічного, технологічного, організаційного, економічного, соціального, духовного.

Суб'єктивні: 1. Інтереси і потреби суб'єктів соціальної діяльності - їх характер, ступінь задоволення. 2. Соціальний потенціал особистості: рівень його використання в конкретних умовах життєдіяльності. 3. Ступінь включеності особистості в систему зацікавленості в кінцевих результатах.

Освоєння технологій, заснованих на новітніх досягненнях науки і техніки, вимагає високого рівня знань. Крім того, впровадження соціальних технологій вимагає дотримання ще й інших умов:

1. Будь-яка технологія має свої головні, ключові операції, реалізація яких і буде визначати успіх в цілому.

2. Активність ядра впровадження (наприклад, працівників служби соціального розвитку).

3. Вміння переборювати і вирішувати конфлікти, що виникли у ході реалізації технологічних операцій (це може бути небажання посадових осіб змінити свій стиль управління, віднайти нові підходи у роботі з персоналом, що викликані внутрішньою потребою технологізації соціальних процесів).

4. Врахування моральних засад соціальних технологій: вони не повинні перетворюватися на маніпулювання людьми.

5. Поєднання раціонального і ситуаційного підходів до процесу впровадження.

4. Багатоманітність та класифікація соціальних технологій, їх функції

Багатоманітність соціальних технологій зумовлена широким спектром соціальної діяльності. Для кожного виду соціальної діяльності створюється особлива технологія.

Будь-яка соціальна технологія використовується адресно і супроводжується тими чи іншими нюансами. Вона не може бути спроектована чи застосована без врахування як об'єктів, так і суб'єктів соціальної дійсності. Отже, багатоманітність соціальних технологій зумовлена:

- ◆ широтою соціальних відносин і видів соціальної дії;
- ◆ системним, складним характером об'єктів соціальних технологій;
- ◆ значною кількістю засобів, методів і форм, що використовуються в процесі соціальної дії;
- ◆ різним рівнем професіоналізму розробників і виконавців соціальних технологій.

Класифікація - це система підпорядкованих понять (класів, об'єктів) певної галузі знання чи діяльності людини, що використовується як засіб для встановлення зв'язків між цими поняттями чи класами об'єктів. Основою класифікації соціальних технологій можуть бути такі ознаки:

- ◆ ступінь асоційованості об'єкта впливу (особистість, суспільство, соціальні групи, трудовий колектив);
- ◆ масштаби та ієрархія впливу (глобальні, континентальні, регіональні і т.ін.);
- ◆ сфера соціалізації і життєдіяльності людей (виробнича, політична, соціальна, духовна);
- ◆ ступінь зрілості соціальних об'єктів;
- ◆ інструментарій, способи і засоби впливу, що використовуються для вирішення поставлених завдань;
- ◆ галузь суспільного життя: економіка, освіта, охорона здоров'я, наукова діяльність та ін.;
- ◆ рівень розробки соціальних технологій (теоретичний, конкретно-прикладний);
- ◆ мета, що реалізується в результаті застосування даної технології.

З так званої масштабності виділяють *глобальні соціальні технології*, мета яких - вирішення загальнолюдських проблем. Під цими технологіями розуміють такі цілі, методи, способи, які сприяють з'ясуванню не тільки внутрішньодержавних, а й світових тенденцій розвитку, зв'язку суспільства і природи. Одним із різновидів цих технологій є технологія глобального

моделювання (дослідження питань збереження миру в світі, природи, забезпечення зростаючого населення Землі продовольством, енергією).

Глобальні соціальні технології характеризуються високою науковістю, прогнозуванням кінцевого результату і набувають пріоритетного значення в період оновлення соціальних систем. Реалізація глобальних технологій модернізації передбачає виділення декількох етапів:

1. Інвентаризація, оцінка наявних соціальних ресурсів з метою їх збереження, збагачення, оптимізації, а не руйнування.
2. Визначення можливих варіантів соціального розвитку і прогнозів на майбутнє, ймовірних моделей їх реалізації.
3. Підготовка суспільної свідомості до впровадження інновацій, зміни системи ціннісних орієнтацій, висунення лідерів-новаторів, які несуть в собі елементи майбутнього.

Регіональні технології вивчають і реалізують закономірності територіального соціального життя. *Локальні* соціальні технології застосовуються для вирішення місцевих проблем, що можуть містити як типові, так і оригінальні особливості.

За ступенем новизни технології поділяють на інноваційні і рутинні. *Інноваційні соціальні технології* - методи і прийоми діяльності, спрямовані на нововведення у суспільстві. Це інноваційна діяльність, у результаті якої створюються та матеріалізуються суспільні ініціативи, котрі приводять до якісних змін в різних сферах життя, раціонального використання матеріальних, економічних і соціальних ресурсів.

Рутинні соціальні технології характеризуються такими методами впливу на соціальні процеси, що засновані на минулому досвіді, мають незначну наукоємність, не мотивують соціальний об'єкт, соціальну систему до змін.

Специфіка соціального впливу на об'єкт може визначатися також рівнем суспільних відносин. Проф. Л.Дятченко поділяє соціальні технології на 3 групи: технології *макросистем* чи *макротехнології*, що включають в себе регіональні підсистеми суспільства, класи, партії, великі соціальні групи; *мезотехнології* - технології рівня міста, населеного пункту, великого трудового колективу;

мікротехнології, які розраховані на невелике об'єднання людей, *суспільні* процеси на мікрорівні, включаючи технологічні процедури самоорганізації, що забезпечують раціональне використання особистісного потенціалу.

А. Пригожий серед соціальних технологій виділяє: *кабінетні*, отримані на основі інформаційно-логічного аналізу; *лабораторні*, створені в експериментальних, штучно створених умовах; *польові*, тобто отримані в реальному соціальному середовищі.

Досить відомі такі технології:

- ◆ інформаційні технології - являють собою оптимізацію самого інформаційного процесу, його відтворення і функціонування;
- ◆ історичні технології - передбачають осмислення історичного досвіду за законами соціальної технологізації, тобто технологізацію історичних знань як умови політичного, економічного, духовного і соціального діагностування;
- ◆ демографічні технології - вивчають та виробляють способи механізму відтворення населення, зміни його чисельності, складу і розміщення;
- ◆ політичні соціальні технології - методи вирішення політичних проблем, вироблення політики, її реалізації, здійснення політичної діяльності;
- ◆ соціальні технології згоди - методи досягнення порозуміння більшості населення стосовно вирішення найбільш актуальних питань суспільного життя (до цього типу можна віднести соціальні технології вирішення конфліктів);
- ◆ адміністративно-управлінські технології - способи безпосереднього (прямого) оперативного впливу на об'єкт;
- ◆ психологічні технології - способи впливу на психологічні процеси, властивості, явища, відносини, волю, характер особистості, міжособистісні взаємини.

Політичні технології покликані забезпечити процеси адміністративного і самоуправлінського регулювання суспільного життя. До них можна віднести:

технології законодавчого забезпечення життєдіяльності суспільства; технології судового забезпечення політичного функціонування держави; технологи функціонування виконавчих органів влади; технології діяльності органів місцевого самоуправління і технології функціонування громадських (політичних) організацій і рухів.

До технологій *інформаційного забезпечення* функціонування суспільства відносять насамперед технології друкованих і електронних ЗМІ, технології комп'ютерного виробництва, збереження і поширення інформації, технології інформаційного забезпечення соціальних процесів, рекламні технології, технології дизайну і моди.

Технології *економічного функціонування суспільства й розвитку власності* можна структурувати на макро- і мікроекономічні. До перших відносять технології забезпечення гарантій власності і дотримання зобов'язань в економічних взаєминах, антимонопольні технології, технології фіскальної і кредитно-грошової політики. Мікроекономічні ж технології діють на рівні підприємств. До їх числа відносять технології виробничої, цінової, фінансової політики підприємств.

З політичними, економічними та іншими видами соціальних технологій тісно взаємодіють технології *правового забезпечення* функціонування суспільства. До них можна віднести технології регулювання норм конституційного, адміністративного, фінансового, цивільного, трудового, сімейного, кримінального права.

Особливе місце в системі соціальних технологій займають технології *духовно-культурного розвитку* суспільства. Серед них виділяють технології освітньо-виховної діяльності, розвитку освіти і науки, розвитку літератури і мистецтва, дозвіллеорганізаційні технології.

Для розробки і реалізації соціальних технологій потрібні відповідні об'єктивні умови (в тому числі і матеріально-технічні засоби) та достатньо зрілий суб'єктивний фактор (не лише в плані можливостей пізнання механізму дії законів суспільного розвитку). Мова йде про високий рівень економічної, моральної і політичної свідомості людей: трудової й виконавської активності населення, дисципліни, наполегливості та ініціативності, творчого підходу до справи, волі,

прагнення змінити ситуацію на краще, усвідомлення необхідності переходу до технологій не руйнування, а творення.

Класифікація технологій у соціальній роботі дозволяє упорядкувати технології соціальної роботи за певними критеріями, що спрощує вибір технологій і їх практичне використання.

Технології соціальної роботи можна класифікувати залежно від розуміння соціальної роботи в широкому і вузькому значенні.

Технології в широкому значенні - це технології соціального захисту всіх верств населення, створення таких умов, які б сприяли зниженню частки населення, що потребує допомоги й підтримки. Завдання таких технологій – не лише сприяти лікуванню "соціальних хвороб", а й їх попереджувати.

Технології у вузькому значенні - це технології, спрямовані на вирішення конкретних соціальних проблем груп населення чи окремих клієнтів.

Залежно від рівня технології соціальної роботи поділяються на:

- ◆ прості (доступні неспеціалістам);
- ◆ складні (вимагають кваліфікації спеціаліста);
 - ◆ комплексні (вимагають кваліфікації групи спеціалістів, які працюють у різних галузях).

Враховуючи інтегрований, міждисциплінарний, універсальний характер соціальної роботи, можна виділити власне соціальні технології, соціально-педагогічні, соціально-психологічні, соціально-економічні, соціально-медичні та інші.

Загальні (функціональні) технології мають більш універсальний характер. Вони застосовуються у роботі не з однією конкретною категорією осіб, які потребують соціальної допомоги і підтримки, а з декількома. Система функціональних технологій включає в себе такі, найбільш значущі технологічні процедури: соціальну діагностику; соціальну профілактику; соціальну адаптацію; соціальну реабілітацію; соціальну корекцію й терапію; соціальну експертизу; прогнозування, моделювання та ін.

Конкретні технології соціальної роботи у своїй основі складають певні технологічні процедури надання допомоги конкретним категоріям і соціальним прошаркам, які потребують допомоги. До конкретних технологій можна віднести: технології соціальної роботи у сфері зайнятості населення, з безробітними громадянами; технології соціальної роботи з сім'ями; фемінологічні технології соціальної роботи; технології соціальної роботи з інвалідами, громадянами похилого віку; технології соціальної роботи з дітьми, підлітками і молоддю, які опинилися у важкій життєвій ситуації; технології соціальної роботи у вирішенні національно-етнічних проблем.

Класифікація технологій соціальної роботи

Критерій	Класифікація
Обсяг	Цілісні - орієнтовані на загальний цикл роботи від виявлення проблеми до її вирішення;
Призначення (ціль)	Цільове призначення; комплексне
Структура	Загальні (функціональні); конкретні
Суб'єкт	Лише починає працювати у соціальній сфері; має певний досвід роботи; висококваліфікований спеціаліст
Об'єкт	За соціальною ознакою - учень, студент, військовослужбовець, сім'я і т.ін.;

Місце	Освітній заклад; спеціалізований центр; територіальний центр;
Спосіб	Провідний метод (гра, психодрама, консультація та ін.);

Функції технологій соціальної роботи:

- ◆ аналітико-прогностична (виявлення і облік на підвідомчій території груп, сімей та окремих громадян, які відносяться до категорії соціального ризику, моніторинг динаміки соціальних процесів, прогноз зміни існуючих параметрів);
- ◆ діагностична (аналіз існуючих актуальних і потенційних соціальних

проблем, встановлення їх причин, дослідження соціальної ситуації індивідуальних і групових клієнтів);

- ◆ системно-моделююча (визначення характеру, обсягу, форм і методів соціальної допомоги людям і групам, які опинилися у важкій життєвій ситуації, концептуальне обґрунтування системи надання такої допомоги);
- ◆ проектно-організаторська (розробка, ресурсне обґрунтування, реалізація і оцінка соціальних проектів, спрямованих на вирішення тих чи інших соціальних труднощів, допомога певній категорії клієнтів);
- ◆ інструментально-практична (надання різних видів допомоги у важких життєвих ситуаціях, консультації й тренінги для покращання взаємовідносин між людьми, опіка і піклування стосовно дітей, які залишилися без батьків і т.ін.);
- ◆ активізаційна (сприяння активізації власних можливостей індивіда, сім'ї чи соціальної групи, спонукання клієнтів до самостійного вирішення своїх проблем, виходу із важкої життєвої ситуації, організація розвитку само-допомоги і взаємодопомоги);
- ◆ розпорядчо-управлінська (менеджмент органів соціального управління, координація діяльності державних та недержавних організацій, участь у роботі з формування соціальної політики, підбір і виховання кадрів);
- ◆ евристична (нарощування соціального знання, поглиблення розуміння проблем, поліпшення освітньої і загальнокультурної підготовки самих соціальних працівників).

Ці функції реалізуються цілком тільки в сукупності, у всій системі соціальної роботи. У кожному конкретному випадкові може застосовуватися той чи інший їх набір.

Література:

1. Історія, теорія і практика соціальної роботи в Україні: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів /Упорядники: С.Я. Харченко, М.С. Кратінов, Л.Ц. Ваховський, О.П. Песоцька, В.О. Кратінова, О.Л. Караман. – Луганськ: Альма-матер, 2005. – 408 с.

2. Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи : навч. посібник / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009. – 222 с.
3. Соціальна робота в Україні: Навч. посіб. / І.Д. Зверева, О.В. Безпалько, С.Я. Харченко та ін.; За заг. ред. І.Д. Зверевої, Г.М. Лактіонової. – К.: Центр навчальної літератури, 2004. 256 с.
4. Теорії і методи соціальної роботи: Підручник для студентів вищих навчальних закладів /За ред. Т.В. Семигіної, І.І. Миговича. – К.: Академвидав, 2005. – 328 с.

Тема 2. Сутність технології соціальної реабілітації

- 1. Сутність технології соціальної реабілітації: зміст, види, принципи, рівні, методи*
- 2. Розробка індивідуальної комплексної програми реабілітації*
- 3. Соціальна реабілітація вихованців у закладах інтернатного типу*
- 4. Соціальна реабілітація літніх людей*

1. Сутність технології соціальної реабілітації:

зміст, види, принципи, рівні

Реабілітація - комплекс медичних, соціально-економічних, педагогічних, професійних і юридичних заходів, спрямованих на відновлення (чи компенсацію) порушених функцій, дефекту, соціального відхилення.

Реабілітація може бути стихійною чи організованою. У першому випадку передбачається, що особистість інтуїтивно налагоджує відносини з власним організмом і оточуючим середовищем на більш чи менш прийнятному для себе рівні. Організована реабілітація ставить своєю метою скоротити терміни відновлення соціальної норми, підвищити якість самостійної роботи особистості за рахунок професійної допомоги. Процес соціальної реабілітації має тривалий характер.

Соціальна реабілітація - комплекс заходів, спрямованих на відновлення людини в правах, соціальному статусі, на покращання її здоров'я, дієздатності. Цей процес спрямований також і на зміну соціального середовища, умов життєдіяльності, порушених чи обмежених з певних причин.

В етимологічному значенні реабілітація (від пізньолатинського - відновлення). Цей термін широко використовується в медицині, психології, а з 1991 р. в соціальній роботі. Багато дослідники вкладають різний зміст у це поняття. З'явилися також поняття "комплексна реабілітація", "соціальна реабілітація", які застосовуються, як правило, у роботі з інвалідами. У теоретичному плані зміст цих понять перебуває в процесі розвитку, що дозволяє використовувати його в різних інтерпретаціях, і не дозволяє розвивати реабілітаційну практику в відношенні до інших категорій населення: особам з девіантною поведінкою, засудженим, дітям-сиротам, літнім.

Здійснення соціальної реабілітації значною мірою залежить від дотримання її основних принципів: етапності, диференційованості, комплексності, спадковості, послідовності, безперервності у проведенні реабілітаційних заходів, доступності і переважної безоплатності для тих, хто її найбільше потребує (інваліди, пенсіонери, біженці та ін.).

Виходячи з цих положень, виділяють наступні види реабілітації: медичну; соціальну; професійну; психологічну, побутову.

Соціальну реабілітацію необхідно розглядати в широкому і вузькому тлумаченні.

У широкому тлумаченні соціальна реабілітація - це створення умов у суспільстві для відновлення і розвитку здібностей і навичок індивідів самостійного соціального функціонування.

У вузькому тлумаченні соціальна реабілітація - це система форм, методів і засобів відновлення втрачених індивідом або не набутих в процесі соціалізації функцій, відносин і ролей соціального функціонування.

Соціальна реабілітація - це також процес цілеспрямованої діяльності з індивідом по відновленню втрачених або не набутих в ході соціалізації навичок і умінь виконання соціальних функцій, відносин і ролей.

Методологічною основою такого підходу є дослідження структури й функціонування індивідуальності клієнта, його соціальних ролей і соціального статусу американських дослідників Х. Перлман, С. Бріар, Р. Міллер.

Під соціальним функціонуванням розуміється здатність індивіда самостійно здійснювати взаємодію з навколишнім світом, забезпечувати свою життєдіяльність і життєдіяльність сім'ї, відповідати встановленим та загальноприйнятим у суспільстві нормам моралі і моральності.

До втрачених або не набутих у процесі соціалізації умінь і навичок будувати соціальні відносини і функції, які необхідно вчити створювати чи відновлювати, відносяться сімейні, трудові, з приводу освіти, дружби, зміцнення здоров'я, підвищення культурного рівня, життєдіяльності в побуті.

До втрачених або не набутих у процесі соціалізації соціальних ролей, які необхідно розвивати, відновлювати або вчити здійснювати, відносяться ролі: дружини, чоловіка, бабусі, дідуся, батька, матері, сина, дочки, громадянина, сусіда, покупця, робочого, друга, учня і т. д.

Рівні соціальної реабілітації:

1) федеральний, регіональний, місцевий рівень соціальної реабілітації - це система організаційних, правових, економічних, інформаційних та освітніх заходів, що вживаються органами управління по створенню умов для утворення і діяльності системи реабілітаційних соціальних служб різної відомчої підпорядкованості та різних форм власності.

Цей рівень забезпечує:

- створення законодавчої бази, що забезпечує правове поле реабілітаційної діяльності;
- визначення напрямків підготовки кадрів бакалаврів і магістрів соціальної роботи, соціальних педагогів, реабілітологів, психологів, які забезпечують діяльність реабілітаційних соціальних служб;

- створення економічних умов для підприємницької і комерційної діяльності в галузі реабілітаційної діяльності;
- розробку положень про порядок надання реабілітаційних послуг різним категоріям громадян;
- координацію діяльності системи реабілітаційних соціальних служб різної відомчої підпорядкованості та різних форм власності;
- надання приміщень для організації та діяльності реабілітаційних соціальних служб і т. д.

2) рівень індивідуальної та групової соціальної реабілітаційної роботи - це технології або система засобів, форм, методів і методик, застосовуваних соціальними службами та установами для відновлення втрачених або не набутих індивідом навичок і вмінь виконання соціальних функцій і ролей, формування необхідних соціальних відносин.

Об'єкти соціальної реабілітації:

- індивіди або групи, які потребують відновлення втрачених або не набутих в процесі соціалізації навичок і вмінь взаємодіяти в системі соціальних відносин і виконувати соціальні ролі;
- інваліди всіх віків, ступенів інвалідності і видів; колишні в'язні; випускники інтернатних установ; літні і старі самотні й самотньо проживають, асоціальні сім'ї; бездомні; бездоглядні діти.

Суб'єкти соціальної реабілітації:

- професіонали соціальної сфери - бакалаври і магістри соціальної роботи;
- соціальні педагоги;
- реабілітологи, психологи, які володіють технологіями та мають навички практичної роботи з відновлення втрачених або не набутих навичок виконання соціальних функцій, ролей.

Середовищем соціальної реабілітації виступає: середовище проживання і функціонування, соціального обслуговування, трудової діяльності, відпочинку, навчання, заняття творчістю, отримання інформації.

Інститутами соціальної реабілітації є:

- державна служба медико-соціальної експертизи, установи і служби соціального обслуговування, соціальний притулок, центр допомоги сім'ї та дітям, центр постинтернатної адаптації, соціальний готель, центр соціального обслуговування ;
- установи освіти та виховання: дитячий садок; школа; ВНЗ;
- установи додаткової освіти та виховання: центри розвитку потенціалу людини; центри професійної орієнтації і підготовки; прийомна сім'я; патронатна сім'я; трудовий колектив.

Методи соціальної реабілітації досить різноманітні, що дає можливість досягти потрібного ефекту в цій дуже важливій і необхідній діяльності. Поряд з універсальним методом інформаційно-консультативної бесіди, психологічного тренінгу, спостереження у ході соціальної реабілітації активно використовуються і такі методи соціальної терапії, як рольові ігри, танцювальна терапія та ін.

Так як технологія соціальної реабілітації передбачає відновлення втрачених або не набутих в процесі соціалізації навичок виконання соціальних відносин і ролей, то об'єктивно вона пов'язана з технологіями: соціальної діагностики, соціальної адаптації, соціалізації, опіки, піклування, усиновлення (удочеріння), корекції, профілактики, соціального обслуговування, соціальної експертизи.

2. Розробка індивідуальної комплексної програми реабілітації

Важливою є розробка індивідуальної комплексної програми реабілітації - систему, яка включає на кожному із виділених етапів ряд заходів у різних сферах реабілітації (соціально-побутовій, медико-фізіологічній, медико-психологічній, психолого-педагогічній, соціально-трудої).

1. Визначення вихідного реабілітаційного потенціалу:

- а) соціально-побутова: перевірка документів; збір інформації про рівень соціально-побутової реабілітації; оцінка потенційних можливостей розвитку соціально-побутових навичок;

б) медико-фізіологічна: первинне медичне обстеження; збір анамнестичних даних; проведення протиепідемічних заходів; планове медичне обстеження для підготовки рекомендацій;

в) медико-психологічна: вияв гострих психологічних проблем; збір психологічного анамнезу; надання психологічної підтримки за наявності кризового стану; патопсихологічне дослідження порушень психічного розвитку;

г) психолого-педагогічна: збір психологічного анамнезу; перевірка відповідності знань рівню освіти; вияв педагогічних проблем; підготовка рекомендацій з проблем навчання;

д) соціально-трудова: збір інформації про трудове спрямування та інтереси; спостереження за ставленням до праці і визначення профздібностей; підготовка рекомендацій з професійної адаптації.

2. Розробка індивідуальної комплексної програми реабілітації:

а) соціально-побутова: розробка плану формування і розвитку навичок самообслуговування; участь у розробці комплексної програми;

б) медико-фізіологічна: розробка програми медичної реабілітації; участь у розробці комплексної програми;

в) медико-психологічна: розробка програми медико-психологічної реабілітації; участь в розробці комплексної програми;

г) психолого-педагогічна: розробка плану індивідуального навчання і фізичного виховання; участь у розробці комплексної програми;

д) соціально-трудова: розробка плану професійного навчання; участь у розробці комплексної програми.

3. Реалізація розробленої програми та її періодичне коригування:

а) соціально-побутова: адаптація дитини до умов життя закладу, соціально-побутове навчання і виховання; коригування комплексної програми реабілітації;

б) медико-фізіологічна: періодичне медичне обстеження; призначення курсів медикаментозного і фізіотерапевтичного лікування; направлення на санітарно-курортне лікування за показаннями; коригування комплексної програми реабілітації;

в) медико-психологічна: психологічна діагностика; психотерапія і психологічна корекція виявлених порушень адаптації; індивідуальні психологічні консультації; коригування комплексної програми реабілітації;

г) психолого-педагогічна: розвиваюче навчання; організація виховної роботи; коригування комплексної програми реабілітації;

д) соціально-трудова: професійна орієнтація; вияв професійних здібностей; трудове навчання і виховання позитивного ставлення до праці; коригування комплексної програми реабілітації.

Слід враховувати, що ефективність соціальної реабілітації досягається всім комплексом реабілітаційних заходів (медичних, психологічних, професійних, соціальних, педагогічних). Ступінь її ефективності визначається також рівнем соціалізації клієнта, його здатністю адаптуватися в суспільстві.

3. Соціальна реабілітація вихованців у закладах інтернатного типу

Досить важливою є реабілітація вихованців у закладах інтернатного типу, що складається з кількох етапів:

I - компенсаційний, результатом якого має стати усвідомлення і відчуття дитиною захищеності, безпеки, відновлення власного статусу. З дітьми, які потерпіли від жорстокості, страждань, знущань, фізичного, сексуального насильства, на цьому етапі реабілітації слід проводити психологічну реабілітацію, індивідуальну психотерапію.

II - діагностично-прогностичний. Щоб не припуститися прикрих помилок, вихователю слід здійснити експрес-діагностування дитини за напрямками: здоров'я; рівень освіти; самоусвідомлення; досвід спілкування, зокрема негативний, з однолітками та дорослими; інтереси, здібності; відхилення у розвитку та поведінці.

III- адаптаційний. Об'єктивно на процес адаптації дітей до умов школи-інтернату впливають їхні індивідуальні особливості, на основі яких цих дітей можна віднести до адаптивного чи дезадаптивного типів особистості. Адаптивний тип характеризується довірливим ставленням до соціального

оточення, вольовим самоконтролем, екстравертністю, вираженою потребою в спілкуванні, оптимістичністю, готовністю до діяльності, співпраці, взаємодії.

Деадаптивний тип характеризується пригніченістю, з домінуванням захисно-агресивних рис, соціальною тривожністю, недостатнім рівнем вольової поведінки, труднощами в соціальних контактах, депресивністю, емоційною нестійкістю, низькою мотивацією, відсутністю готовності до діяльності й віри в її успіх.

Одна з педагогічних умов адаптації - прагнення дорослих своєчасно передбачити можливі труднощі та допомогти дітям уникнути їх, провести дитину через успіх, не розраховувати, що вона навчиться на власних помилках. Ефективним засобом успішної адаптації дітей є залучення їх до участі в позаурочній діяльності, яка демонструє, виявляє, розвиває їхні здібності, таланти. Про ступінь адаптованості дитини можна говорити відповідно до її видів, а саме: про рівень адаптації до дидактичної системи свідчить успішність, сформованість умінь навчальної діяльності; соціально-психологічної, виховної - ступінь входження в різні види діяльності, взаємини в колективі, самооцінка свого місця в колективі, задоволеність взаєминами з педагогами та учнями; психологічна - визначається станом нервової системи, рівнем розумової працездатності; про рівень фізіологічної адаптації свідчить стан здоров'я, рівень фізичної працездатності дитини.

IV- корекційний етап, полягає в здійсненні корекційних впливів з метою перевиховання, подолання небажаних проявів у поведінці, усуненні прогалин у знаннях, уміннях, навичках. Важливим завданням цього етапу є здійснення корекції взаємин вихованців, формування в них умінь конструктивної поведінки і нового досвіду спілкування та взаємодії.

Важливою психолого-педагогічною умовою успішності реабілітаційного процесу у школі-інтернаті є гуманізація взаємин, яка повинна охоплювати такі напрямки:

- гуманізація відносин у педагогічному колективі, яка полягає в гуманізації стилю управління з боку керівників школи, формуванні і розвитку

гуманістичних форм взаємин між педагогами, доброзичливої громадської думки, комфортного психологічного мікроклімату;

- гуманізація навчального процесу, що передбачає його побудову з урахуванням психолого-фізичних можливостей учнів, їх здоров'я, інтересів та потреб; індивідуалізацію і диференціацію навчального процесу, організацію його на засадах співпраці, співробітництва вчителя і учня;

- гуманізація виховного процесу, що вимагає сприяння формуванню гуманістичної спрямованості особистості, визнання її прав і свобод, задоволення потреб вихованців у вільному виборі видів діяльності, спілкуванні, самовираженні, співпраці вихователів і вихованців у вирішенні питань організації життєдіяльності дітей; усунення авторитаризму у вихованні;

- гуманізація взаємин між вихованцями, яка полягає у створенні в школі атмосфери поваги до людської особистості, виховання взаємин у дитячому колективі на засадах чуйності, співпереживання, взаємодопомоги, толерантності, поваги один до одного, розвитку культури спілкування між школярами, вирішенні конфліктів на гуманній основі.

4. Соціальна реабілітація літніх людей

Якщо розглядати соціальну реабілітацію літніх, то слід насамперед визначитися, які групи літніх її потребують, а потім розглядати технології її здійснення. Їх необхідно розділити на дві групи:

- 1) літні з відхиленнями в поведінці, асоціальними проявами;
- 2) літні, що прагнуть до активного соціального функціонування.

До I групи належать і явно потребують реабілітації: літні, що повертаються з місць позбавлення волі; відчують насильство в сім'ї; самотньо проживають; інваліди; зловживають алкоголем.

До II групи відносяться: вдови, вдівці, які вийшли на пенсію, але мріють про роботу в іншій області, і т. д.

Які проблеми необхідно вирішувати і що відновлювати, наприклад, у літніх які повернулися з місць позбавлення волі?

- навички соціального гуртожитку;
- формувати навички життя в нових економічних умовах;
- навчати навичкам етичної поведінки у побуті, у родині, з дружиною, дітьми, сусідами і т. д.

Ці питання вирішують дільничні, фахівці соціальної роботи, соціальної педагогіки, психологи соціальних установ, в яких ці літні люди знаходяться.

Методи роботи:

- *індивідуальні та групові: бесіди; рольові ігри; різна терапія; заняття в групі; консультації;*
- *реабілітаційні технології в ЦСО: психологічна; соціально-медична; дозвіллева; побутова*

Література:

1. Дементьева Н.Ф., Старовойтова Л.И. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы: Учебное пособие. – М.: Академия-центр, 2010. – 272 с.
2. Історія, теорія і практика соціальної роботи в Україні: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів /Упорядники: С.Я. Харченко, М.С. Кратінов, Л.Ц. Ваховський, О.П. Песоцька, В.О. Кратінова, О.Л. Караман. – Луганськ: Альма-матер, 2005. – 408 с.
3. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації: Навч.-метод. Комплекс / Автор.-упоряд.: О.В. Безпалько, І.Д. Зверєва, З.П. Кияниця, В.О. Кузьмінський та інш. / За заг. ред.: І.Д. Зверєвої, Ж.В. Петрочко – К.: Фенікс, 2007. – 528 с.
4. Комплексна реабілітація інвалідів: Навчальний посібник для студ. Вищ. Учеб. Закладів / Т.В. Зозуля, Є.Г. Свистунова, В.В. Чешехіна; під ред. Т.В. Зозулі. - М.: "Академія", 2005. - 304 с.
5. Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи : навч. посібник / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009. – 222 с.

Тема 3. Сутність технології соціальної реабілітації дітей з особливими потребами

- 1. Технологізація процесу соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями*
- 2. Види технологій, які застосовуються у соціальній реабілітації інвалідів і дітей з обмеженими можливостями*
- 3. Технологія соціально-медичної реабілітації для клієнтів з проблемами здоров'я*

1. Технологізація процесу соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями

Головне призначення соціальних технологій - регулювання соціальних процесів у різних областях з допомогою специфічних засобів. Різноманіття соціальних процесів, а отже, технологій їх регулювання, обумовлене широким спектром соціальної діяльності в цілому та соціального обслуговування, розрізняючи по цілях, функцій, характером і результатами.

Для кожного виду соціальної діяльності створюється особлива технологія.

Технології соціальної реабілітації включають сукупність прийомів і методів, що забезпечують прогресивний розвиток дитини, що має інвалідність.

Розрізняють такі форми реабілітації, взаємопов'язані між собою:

Медична реабілітація - спрямована на відновлення або компенсацію тієї чи іншої втраченої функції чи можливе уповільнення захворювання. У ході медичної реабілітації дитина проходить курс лікувальних заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я, відновлення і розвиток фізіологічних функцій, порушених хворобою, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей його організму з метою забезпечення надалі умови для повернення до активної самостійного життя [5]. Це такі заходи, як відновлювальне і санаторно-курортне лікування, профілактика ускладнень, протезування, фітотерапія й ін.

Психологічна реабілітація - це вплив на психічну сферу інваліда, спрямоване на розвиток і корекція індивідуально психологічних особливостей особистості.

Психологічна реабілітація осіб з обмеженими фізичними і психічними можливостями передбачає проведення комплексу психодинамічних заходів, орієнтованих на корекцію або компенсацію порушених психічних функцій і станів. Процес психічної реабілітації вимагає створення спеціальних умови, які сприяють збереженню позитивного ефекту лікування (дозвілля, спілкування, диспансеризація) [4].

Педагогічна реабілітація - комплекс заходів виховного характеру відносно дітей, направлених на те, щоб дитина опанувала необхідними вміннями і навичками з самообслуговування, отримав шкільну освіту. Крім того, в цілому процесі дитина засвоює основи наукових знань і виробляє відповідні навички та вміння, осягає досвід людських стосунків і життя в суспільстві; побутових (культура внутрішньосімейних відносин); ділових (культура професійних відносин); правових та політичних стереотипах поведінки [5].

Соціально-економічна реабілітація - комплекс заходів щодо забезпечення інваліда необхідним і зручним житлом, грошового забезпечення і т.п.

Професійна реабілітація - передбачає навчання інваліда доступних видів праці, надання необхідних індивідуальних технічних пристосувань, допомога у працевлаштуванні [14].

Під професійно-трудовою реабілітацією інвалідів розуміється система гарантованих державою заходів з професійної орієнтації, професійного навчання і працевлаштування інвалідів відповідно до їх здоров'я, кваліфікації і особистих уподобань. Заходи професійно-трудової реабілітації здійснюються у відповідних реабілітаційних закладах, організаціях і на виробництві. Працевлаштування інвалідів, які не мають роботи, здійснюють служби зайнятості, де для цього є спеціальні підрозділи.

Побутова реабілітація - забезпечує одержання необхідних протезів, особистих засобів пересування вдома і на вулиці, інших пристосувань, що дозволяють індивіду стати досить самостійним у побуті [7].

Спортивний та творча реабілітація. Дані форми активно стали розроблятися останнім часом, і слід відзначити велику ефективність. За допомогою

спортивних заходів, а також сприйняття художніх творів, активної участі в художній діяльності у дітей зміцнюється фізичне і психічне здоров'я, зникає депресія, відчуття своєї неповноцінності. Крім того, спільне з дітьми - інвалідами участь у спортивно - реабілітаційних заходах дозволяє їх здоровим одноліткам подолати психологічні бар'єри, упередження у ставленні до людей з обмеженими можливостями [8].

Соціальна реабілітація - включає в себе і заходи щодо соціальної підтримки, тобто виплати батькам допомог і пенсій, надбавок по догляду за дитиною, надання натуральної допомоги, надання пільг, забезпечення спеціальними технічними засобами, протезування [2].

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

Мета соціальної реабілітації - найбільш повний розвиток у дитини з обмеженими можливостями духовних і фізичних сил за допомогою використання його збережених функцій, які виникають потреб та інтересів, його власної активності та створення відповідних зовнішніх та внутрішніх умов, в яких вони можуть найбільш активно проявлятися.

Для реалізації завдань фахівець із соціальної реабілітації повинен володіти засобами і методами впливу на дитину.

До засобів реабілітаційного впливу відносять різні види діяльності (ігрова, навчальна, трудова і т.д.), психологічним допомоги (психолого-профілактична та просвітницька робота, психологічне консультування, психокорекція та психотерапія, спеціальної допомоги (ігротерапія, арттерапія чи терапія мистецтвом музикотерапія, бібліотерапія , танцювальна терапія, проєктивний малюнок, твір історій, казкотерапія, куклотерапія. матеріальної і духовної культури, технічні пристосування, обладнання, необхідні для дитини з

обмеженими можливостями, література, твори мистецтва, аудіовізуальні технічні засоби, засоби масової інформації тощо)

Гра - це форма діяльності в умовних ситуаціях, в якому відтворюються типові дії і взаємодії людей. Вона лікує дитину є формою реалізації активності та сферою життєдіяльності, де він отримує задоволення. Відтворювані в процесі реальні та уявні предмети, образи, іграшки допомагаю дитині пізнати навколишній світ, привчають його до цілеспрямованої діяльності, сприяють розвитку мислення, пам'яті, мови, емоцій. Особливе значення для розвитку дитини має рольова гра.

Навчання - це форма діяльності, в якій дії людини управляються свідомою метою освоєння певних знань, навичок, умінь. У ході навчальної діяльності дитина не тільки оволодіння г досвідом попередніх поколінь, а й навчається керувати своїми психічним».

Трудова діяльність - це форма діяльності, спрямована на виробництво певних суспільно-корисних продуктів (цінностей, що задовольняють матеріальні і духовні потреби людини.

Поряд з розглянутими видами допомоги в практиці соціальної реабілітації широке застосування знаходять спеціальні види допомоги: ігротерапія і арттерапія (терапія мистецтвом). Ігротерапія - метод корекційного впливу на дітей з використанням гри, психокорекційні ефект ігрових занять у дітей досягається; завдяки встановленню позитивного емоційного контакту між дітьми і дорослими.

Арттерапія - терапія мистецтвом. Основна її мета полягає в гармонізації розвитку особистості через розвиток здатності самовираження і самопізнання. З точки зору представників психоаналізу найважливішою технікою Арттерапевтичної впливу є техніка активного уяви, спрямована на те, щоб зіштовхнути лицем до лица свідоме і несвідоме і приміряти їх між собою за допомогою афективного взаємодії,

До основних видів арттерапії відносяться: малюнкова терапії, музикотерапія, бібліотерапія, танцювальна терапія, твір історії, казкотерапія, куклотерапія.

Малювання - творчий акт, що дозволяє дитині відчутти і зрозуміти самого себе, висловити вільно думки і почуття, звільнитися від конфліктів і сильних переживань, розвинути емпатію, бути самим собою, вільно висловлювати мрії і надії.

Музикотерапія представляє собою метод, що використовує музику в якості засобів корекції (прослуховування музичних творів, індивідуальне та групове музикування). Музикотерапія активно використовується і в корекції емоційних відхилень, страхів, рухових і мовних розладів, психосоматичних захворювань, відхилень у поведінці, при комунікативних труднощі і ін

Бібліотерапія спеціальне корекційне вплив на дитину за допомогою читання спеціально підбраної літератури з метою нормалізації або оптимізації його психічного стану. Корекційна вплив читання виявляється в тому, що ті чи інші образи і пов'язані з ними почуття, потяги, бажання, думки.

Танцювальна терапія застосовується при роботі з людьми, що мають емоційні розлади, порушення спілкування, міжособистісної взаємодії. Мета танцювальної терапії розвиток усвідомлення власного тіла, створення позитивного образу тіла, розвиток навичок спілкування.

Творення історій, оповідань використовується для поживлення почуттів дитини, для того, щоб втілити внутрішній неспокій в конкретний образ, знайти адекватні способи вирішення конфліктів, що викликають порушення поведінки дитини.

Казкотерапія - метод, що використовує казкову форму для інтеграції особистості, розвитку творчих здібностей, розширення свідомості, вдосконалення взаємодії з навколишнім світом. Тексти казок викликають у дітей інтенсивний емоційний резонанс, що допомагає створити в складній емоційної обстановці ефективну ситуацію спілкування [11].

Куклотерапія як метод заснований на процесах ідентифікації дитини з улюбленим героєм мультфільму, казки і з улюбленою іграшкою. Куклотерапія широко використовується для поліпшення соціальної адаптації, при корекційній роботі зі страхами, заїканням, порушеннями поведінки, а також для роботи з дітьми, мають емоційну травму [11].

2. Види технологій, які застосовуються у соціальній реабілітації інвалідів і дітей з обмеженими можливостями

1. Технічні засоби реабілітації:

- лікувальний костюм "Регент" для лікування і реабілітації з розладами руху,
- біомеханічний апаратно-програмний комплекс "Відеоаналіз рухів", призначений для оцінки біомеханічних характеристик рухових функцій людини,
- метод лікування та реабілітації захворювань опорно-рухового апарату - імерсійна ванна і т. д.

2. Методики дефектології та психокорекції: мовленнєвих порушень, когнітивних розладів, особистісної сфери, емоційних порушень, комунікативної сфери, батьківсько-дитячих відносин і т. д.

3. Соціально-побутова адаптація включає: відновлення здатності до самостійного обслуговування в побуті, формування навичок самообслуговування, підвищення особистого статусу, навчання особистої гігієни, користування побутовими предметами як з допомогою спеціального обладнання, так і без нього. Консультування та навчання клієнта та його сім'ї.

4. Професійна орієнтація включає:

- заохочення здібностей, позитивних психічних схильностей, інтересів і мотивацій клієнтів;
- формування стійких позитивних (соціально значущих) інтересів;
- формування прагнення до самопізнання, самовизначення, формулювання мети в житті;
- формування відповідального ставлення до себе та інших, до своїх проблем, своїх думкам і діям;

- набуття навичок самостійного формулювання своїх проблем і пошуку засобів їх вирішення;
- зміцнення мотивацій, установок на самоздійснення, почуття власної гідності, власної унікальності, визначення передумов для зростання духовних сил і самоактуалізації;
- складання індивідуальної програми розвитку здібностей, інтересів і мотивацій у відповідності з його психофізичними можливостями;
- стимулювання розвитку індивідуальної обдарованості.

3. Технологія соціально-медичної реабілітації для клієнтів з проблемами здоров'я

До клієнтів цієї категорії застосовується системний, комплексний підхід, надаються послуги, що використовуються технології, спрямовані на відновлення і розвиток фізіологічних функцій, виявлення їх компенсаторних можливостей, запобігання і ліквідацію негативних змін у здоров'ї, сприяння у створенні умов для психологічної адаптації до змін в результаті хвороби життєвої ситуації. В технологію входять:

- відновлювальне лікування;
- профілактика рецидивів та загострень захворювання, психотерапії;
- сприяння у придбанні реабілітаційної техніки, протезуванні;
- забезпечення лікарськими препаратами та суворий контроль за їх прийомом;
- навчання родичів прийомам догляду і спілкування з хворими, що мають проблеми здоров'я.

Медична реабілітація проводиться поетапно:

На I етапі реабілітації величезну роль грає встановлення емоційного контакту з хворим, які мають проблеми здоров'я.

На II етапі проводять аналіз інформації і планування лікувально-профілактичного процесу.

На III етапі здійснюється реабілітація клієнта. В ході роботи ведеться постійне консультування з лікарями з приводу стану здоров'я клієнтів.

Соціальна реабілітація проводиться в три етапи:

I - етап активних відновлювальних впливів (теоретичне навчання).

II - етап практичного освоєння (освоїв в безпечних умовах - спробуй в реальних обставинах), відновлення самостійності та особистої відповідальності, узагальнення відновлених навичок у всіх сферах життя з поступовим ускладненням завдань.

III - етап закріплення і підтримки повного або часткового соціального відновлення, коли повторюються і закріплюються досягнуті успіхи.

Цілі групових занять:

- орієнтація і підготовка до професійної діяльності;
- виховання почуття солідарності у клієнтів з вадами здоров'я;
- задоволення у спілкуванні, здатність розуміти міжособистісні проблеми;
- отримання можливості самореалізації, що сприяє підвищенню самооцінки клієнтів.

Індивідуальна програма реабілітації інваліда містить як реабілітаційні заходи, що надаються інваліду безкоштовно відповідно до федеральної базовою програмою реабілітації інвалідів, так і реабілітаційні заходи, в оплату яких беруть участь або сам інвалід, або інші особи або організації незалежно від організаційно-правових норм і форм власності.

Органи соціального захисту населення виконують координуючі функції з питань інтеграції осіб з обмеженими можливостями в суспільство.

Виконавцями індивідуальних програм реабілітації є установи міського, окружного та муніципального рівнів, які здійснюють заходи щодо медичної, професійної та соціальної реабілітації.

На підставі індивідуальної програми реабілітації з інвалідами здійснюється соціальна робота в установах соціального обслуговування.

Виділяються наступні завдання соціальної роботи з інвалідами:

- соціальне обслуговування вдома (включаючи соціально-медичне обслуговування);

- напівстаціонарне соціальне обслуговування у відділеннях денного (нічного) перебування установ соціального обслуговування;
- стаціонарне соціальне обслуговування в стаціонарних установах (будинках-інтернатах, пансіонатах та інших установах соціального обслуговування незалежно від їх найменування);
- термінове соціальне обслуговування;
- соціально-консультативна допомога.

Соціальне обслуговування вдома спрямоване на максимально можливе продовження перебування інвалідів звичного соціального середовища з метою підтримки їх соціального статусу, а також на захист їх прав і законних інтересів. Інвалідам комплексних центрів соціального обслуговування населення надаються соціально-побутові послуги, зокрема купівля і доставка додому продуктів харчування, гарячих обідів, промислових товарів першої необхідності, оплата послуг комунально-побутового обслуговування.

Соціально-медичне обслуговування на дому надається інвалідам, що потребують постійної або тимчасової (до 6 місяців) сторонньої допомоги, в зв'язку з частковою або повною втратою здатності до самообслуговування. Соціальні працівники надають соціально-побутові, соціально-правові, соціально-економічні послуги. У штат даного відділення введені медичні сестри, які здійснюють патронаж інвалідів на дому: спостерігають за станом здоров'я, годують ослаблених хворих, проводять санітарно-гігієнічні і медичні процедури. Медичні працівники навчають родичів інвалідів практичним навичкам загального догляду за хворими.

Напівстаціонарне соціальне обслуговування реалізується у відділеннях денного перебування комплексних центрів соціального обслуговування населення. Воно включає соціально-побутове, медичне і культурне обслуговування інвалідів, організацію їх харчування, відпочинку, забезпечення їх участі в посильній трудовій діяльності і підтримання активного способу життя.

У відділеннях денного перебування комплексних центрів соціального обслуговування населення (центрах соціального обслуговування громадян похилого віку та інвалідів) надаються соціально-психологічні, соціально-побутові, соціально-медичні, соціально-правові, соціально-педагогічні (до яких відносяться анімаційні послуги: проведення свят, ювілеїв та інших культурних заходів) послуги.

Оздоровчо-реабілітаційні заходи (масаж, лікувальна фізкультура) організовуються для клієнтів з урахуванням рекомендацій лікаря.

Соціально-психологічна робота з хворими та інвалідами. Здійснення соціально-психологічної роботи з хворими та інвалідами в практиці роботи психолога - це завдання досить складна, потребує спеціальних знань.

Традиційно виділяють три області проявів дезадаптації: сенсомоторну, соціально-психологічну, особистісну.

Сенсомоторная дезадаптація - це дезадаптація в сфері предметного світу. Характеризується недостатньою пристосованістю до активного існування в навколишньому світі, що проявляється в зниженні мобільності, недостатності навичок орієнтування в просторі і в часі, недостатності навичок самообслуговування.

Соціально-психологічна дезадаптація - це дезадаптація у стосунках з оточуючими. Виявляється в порушенні соціальних контактів з оточуючими, конфліктному або обмеженому спілкуванні, наявності негативних установок по відношенню до інвалідів або до здорових людей. Характеризується наявністю пасивної життєвої позиції, замкнутістю, відходом у свій внутрішній світ.

Особистісна дезадаптація - це дезадаптація у відношенні до самого себе. Виявляється в неадекватному сприйнятті свого дефекту, що виникає в тому випадку, коли людина емоційно не може прийняти себе як інваліда. При цьому дане емоційне переживання своєї інвалідності призводить до появи постійного негативного емоційного фону аж до виникнення афективних реакцій.

За ступенем тяжкості психологічних наслідків розрізняють непатологічний і патологічний дезадаптивний стан.

Непатологічний дезадаптивний стан характеризується наявністю дезадаптації, що виникла під впливом глибоких життєвих проблем або в результаті розвитку життєвої кризи. Сама людина, як правило, розуміє причини виникнення подібного стану, і переживання життєвих проблем у нього переважає над розвитком патологічної симптоматики.

Патологічний дезадаптивний стан характеризується зниженням розуміння причин свого стану і переважанням хворобливої симптоматики. У цьому випадку існує велика ймовірність розвитку неврозу або поступово розвивається погіршення стану психічного і фізичного здоров'я.

Виділяють три типи психічної дезадаптації: невротичний, астеничний і афективний.

Невротичний тип характеризується: внутрішньої конфліктністю, зниженням настрою, емоційним проявом депресивного кола, іноді психофізіологічними відхиленнями, не пов'язаними з наявністю хронічної хвороби.

Астеничний тип характеризується наявністю жорстких життєвих установок, зниженою самооцінкою, підвищеною самокритичністю, утрудненнями в соціальних контактах і поганий пристосовуваністю до мінливих умов.

Афективний тип характеризується зниженим самоконтролем, високим рівнем афективних проявів, емоційну невірноваженість, конфліктністю, утрудненням в соціальних контактах; завищеною, але нестійкою самооцінкою, неадекватною життєвої установкою.

Соціально-психологічна робота з даною категорією клієнтів часто проходить в тісному контакті психолога з суміжними спеціалістами: лікарями, психотерапевтами, оскільки необхідно враховувати стан здоров'я і професійно-медичні рекомендації для інвалідів. Основними програмами з підтримки і підвищення рівня зайнятості інвалідів є наступні заходи:

- 1) психологічне консультування інвалідів та їх сімей;
- 2) проведення психокорекційної роботи з інвалідами і членами їх сімей;
- 3) допомога в професійному самовизначенні, профорієнтації з подальшим навчанням і перенавчанням;

- 4) навчання навичкам психологічної саморегуляції;
- 5) соціально-психологічні тренінги з метою формування професійно важливих якостей і підвищення шансів на працевлаштування;
- 6) надання профінформації про можливості вакансій.

Інваліди за бажанням, згідно з медичними рекомендаціями можуть долучатися до посиленої трудової діяльності у спеціально обладнаних лікувально-трудовах майстернях або підсобному господарстві.

Фахівець із соціальної роботи консультує інвалідів, в результаті громадяни з обмеженими можливостями адаптуються в суспільстві, соціальна напруженість послаблюється, створюються сприятливі відносини в сім'ї, забезпечується взаємодія особистості, сім'ї, суспільства і держави.

Реабілітаційні центри використовують наступні технології:

- визначення реабілітаційного потенціалу інваліда;
- розробка і реалізація індивідуальних програм реабілітації;
- проведення медичної реабілітації інвалідів;
- проведення професійної реабілітації інвалідів, що включає професійну орієнтацію, профвідбір, трудове і професійне навчання, професійно-виробничу адаптацію;
- проведення соціальної реабілітації інвалідів, що включає соціально-середовищну і соціально-побутову адаптацію;
- матеріально-технічне забезпечення - проживають у центрі;
- організація соціального захисту інвалідів, що включає консультування інвалідів з правових питань, забезпечення інвалідів виробами спеціалізованими, що полегшують їхню працю і побут.

Стаціонарні установи: будинки-інтернати як стаціонарні установи системи соціального захисту протягом багатьох років виконують реабілітаційні функції. Їх діяльність профілірована і диференційована. У центрі реабілітаційної діяльності – здійснюється медико-соціальна реабілітація.

У будинках-інтернатах для інвалідів і літніх людей (загального типу) знаходяться особи з важкими хронічними захворюваннями, наслідками травм,

уродженими каліцтвами (інваліди з дитинства) та ін. Діяльність цих установ носить диференційований характер. В основу диференціації їх діяльності покладено такі критерії, як здатність до самообслуговування та пересування.

Так, соціально-побутова адаптація включає спеціальне навчання навичкам самообслуговування, догляду за собою, пересування і переміщення; допомога в підборі технічних засобів реабілітації і навчання користуванню ними; розробку індивідуальних рішень питань адаптації житлово-комунальних умов, робочого місця для потреб інваліда.

Творча робота команди фахівців робить можливим комплексне рішення проблеми інвалідів, допомагає поліпшити його соціальний статус, застосувавши індивідуально-особистісний підхід до реалізації програм.

Література:

1. Дементьева Н.Ф., Старовойтова Л.И. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы: Учебное пособие. – М.: Академия-центр, 2010. – 272 с.
2. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації: Навч.-метод. Комплекс / Автор.-упоряд.: О.В. Безпалько, І.Д. Зверєва, З.П. Кияниця, В.О. Кузьмінський та інш. / За заг. ред.: І.Д. Зверєвої, Ж.В. Петрочко – К.: Фенікс, 2007. – 528 с.
3. Комплексна реабілітація інвалідів: Навчальний посібник для студ. Вищ. Учеб. Закладів / Т.В. Зозуля, Є.Г. Свистунова, В.В. Чешехіна; під ред. Т.В. Зозулі. - М.: "Академія", 2005. - 304 с.
4. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р.Мисули, Л.О.Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005.- 402 с.
5. Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи : навч. посібник / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009. – 222 с.
6. Сергієні О.В. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: Методичні рекомендаціїю. - Дніпропетровськ, 2007. - 23 с.

Тема 4. Поняття реабілітації та адаптації дітей-інвалідів

- 1. Сутність соціальної адаптації і реабілітації.*
- 2. Соціальна реабілітація дітей-інвалідів та молодих інвалідів.*
- 3. Шляхи та засоби соціальної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями*

1. Сутність соціальної адаптації і реабілітації

Соціальна адаптація — пристосування індивіда до умов соціального середовища, формування адекватної системи відносин із соціальними об'єктами, рольова пластичність поведінки, інтеграція особистості у соціальні групи, діяльність щодо освоєння стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища, форм соціальної взаємодії.

Адаптація може здійснюватись у формі акомодатії (повного підпорядкування вимогам середовища без їх критичного аналізу), конформізму (вимушеного підпорядкування вимогам середовища) та асиміляції (свідомого й добровільного прийняття норм та цінностей середовища на основі особистісної солідарності з ними).

Соціальна адаптація — це взаємозумовлений процес пристосування індивіда до соціального середовища і пристосування суспільства до потреб особистості через їх задоволення. Відповідність між рівнем соціальних потреб і рівнем їх задоволення визначає рівень соціальної адаптації.

Виділяють такі компоненти соціальної адаптації: соціально-побутова, економічна, комунікативна, регулятивна і самореалізація.

Соціально-побутова адаптація — пристосування індивіда до нових умов життя, побуту, що передбачає поліпшення його становища, психологічного самопочуття, узгодженість із намірами, інтересами, уподобаннями.

Економічна адаптація здійснюється зазвичай в нових соціально-економічних умовах життя і стосується всіх цільових груп населення. У такому випадку держава законодавчо регулює її механізми на різних рівнях соціального захисту населення через надання пільг, субсидій, допомог тощо. У більш

вужькому розумінні слова соціальна адаптація здійснюється в умовах безробіття шляхом працевлаштування, перекваліфікації чи підвищення кваліфікації, а також надання допомоги з безробіття, соціально-психологічної підтримки і допомоги.

Комунікативна адаптація зумовлює пристосування індивіда до нових взаємозв'язків і взаємостосунків, розвиток соціальних навичок і умінь, соціальної компетенції. Особливо це стосується позитивної адаптації осіб з адиктивною поведінкою, клієнтів, які зазнали посттравматичного стресу, пережили екзистенційні проблеми тощо. Комунікативна адаптація виявляється ефективною тільки в умовах включення індивіда в нормальне соціальне середовище зі збереженням власної індивідуальності та унікальності.

Регулятивна адаптація пов'язана з життєвими циклами людини, переходом від одного віку до іншого, перебігом різних життєвих подій і змін, що потребують формування нових якостей характеру, рис особистості та вимог до суспільства, яке має забезпечувати гідне існування громадян.

Самореалізація — рівень задоволення духовних потреб особистості, реалізації творчого потенціалу. Соціальна адаптація до нової життєвої ситуації чи умов життя здійснюється через активізацію сильних сторін особистості, самореалізацію в трудовій діяльності чи творчості, розширення кругозору і світогляду, подолання екзистенціальних проблем.

Відповідно до умов, які її викликають, розрізняють такі види соціальної адаптації клієнтів соціальних служб: соціальна адаптація до статусу "клієнт соціальної служби"; соціальна адаптація до реабілітаційного соціального фону, який створює соціальна служба; соціальна адаптація до нових соціальних взаємозв'язків і взаємостосунків; допомога в соціальній адаптації до нових умов праці, проживання, відпочинку тощо.

Соціальна реабілітація — комплекс заходів, спрямованих на відновлення людини в правах, соціальному статусі, здоров'ї, дієздатності. Цей процес націлений не тільки на відновлення здатності людини до життєдіяльності в

соціальному середовищі, але і самого соціального середовища, що зазнало негативних змін внаслідок соціальних причин.

Принципи соціальної реабілітації: етапність, диференційованість, комплексність, наступність, послідовність, безперервність у вжитті реабілітаційних заходів, безкоштовність для найбільш нужденних (інвалідів, пенсіонерів, біженців та ін.).

У межах соціально-реабілітаційної діяльності виділяють різні види: медико-соціальний, професійно-трудоий, соціально-психологічний, соціально-рольовий, соціально-побутовий, соціально-правовий.

У практичній соціальній роботі реабілітаційна допомога надається різним категоріям населення. Залежно від цього визначаються і найважливіші напрямки реабілітаційної діяльності. До таких напрямків зараховують:

- *соціальну реабілітацію інвалідів і дітей з обмеженими фізичними можливостями; людей похилого віку;*
- *військовослужбовців, які брали участь у війнах і військових конфліктах;*
- *реабілітацію осіб, що відбули покарання в місцях позбавлення волі та ін.*

Соціальна реабілітація інвалідів — це система відновлення соціальних взаємозв'язків, соціального статусу, працездатності через комплекс соціально-медичних, соціально-психологічних і соціально-правових заходів.

Соціальна реабілітація інвалідів проводиться органами охорони здоров'я, реабілітаційними центрами, соціальними службами для молоді та іншими організаціями й установами, до компетенції яких входять завдання з соціальної реабілітації інвалідів різних груп інвалідності та вікових категорій. Соціальна реабілітація тісно пов'язана із соціальним забезпеченням і страхуванням. Зміст реабілітаційних заходів визначається специфікою організації та установи, яка його проводить.

2. Соціальна реабілітація дітей-інвалідів та молодих інвалідів

Реконструкція соціально-культурного оточення дітей і молоді означає організацію комунікації і дозвілля з ровесниками за місцем проживання.

Одна з поширених форм роботи — клуби спілкування, які відіграють важливу роль у подоланні фізичної і духовної самотності. Ці клуби компенсують однобічність функціональних зв'язків, сприяють розширенню кола спілкування, що, у свою чергу, покращує внутрішній стан людини, знімає почуття тривоги, занедбаності.

Активізація соціально-культурних і соціально-педагогічних функцій конкретної особистості у задоволенні основних соціальних потреб має на меті подолання почуття самотності, емоційної відчуженості і значною мірою досягається стимулюванням соціальної активності особистості. Вихід особистості за вузькогрупові рамки, залучення її до системи безпосередніх стосунків з широким колом інших людей сприяє збагаченню індивідуального життя особистості.

Реабілітаційні функції виконує також взаємодія особистості з природою. Тому в роботі з дітьми-інвалідами можна використовувати таку форму соціальної реабілітації, як екологізація педагогічного середовища (конструювання і виготовлення екологічних куточків у ССМ, навчально-виховних закладах і за місцем проживання; іпотерапія; соціальна реабілітація сліпих за допомогою собак-поводирів; екологічні гуртки; обладнання гнізд; екскурсії у ліс, на річку, наметові табори тощо).

Один із шляхів соціальної реабілітації інвалідів — їх профорієнтація і працевлаштування. Тому навчально-виховні заклади для дітей-інвалідів мають бути відкритими і доступними для соціальних працівників. З цією метою в інтернатах проводяться дні соціальної служби, під час яких соціальні педагоги і психологи надають дівчаткам і хлопчикам інформаційно-консультативні послуги з проблем профорієнтації й працевлаштування.

Профорієнтація передбачає попереднє дослідження функціональних можливостей молодого людини, ІЗ освітнього, професійного і соціального рівня

Завдання профорієнтації — встановити найпридатніші для інвалідів види роботи, надати їм можливість обрати роботу відповідно до їх навичок, здібностей і вмінь. Обов'язково слід враховувати особисті бажання кожного й

виходити з найретельнішого оцінювання професійних здібностей. Творчі заняття справляють психолого-педагогічний вплив на особистість, сприяють згуртуванню інвалідів, об'єднанню їх у неформальні групи. Такі форми роботи створюють умови для відновлення почуття гідності, самоповаги, соціальної придатності й самоствердження особистості.

Соціально-психологічна реабілітація сприяє формуванню творчої особистості, яка знаходить опору у власному "Я". Це є важливою передумовою самоактуалізації людини та її духовного оздоровлення. Отже, соціально-психологічна реабілітація — це складний процес реалізації своїх здібностей, безперервний процес вибору, знаходження себе і навчання нових способів комунікації. Водночас це процес соціалізації особистості, розвитку громадської відповідальності й активності.

Основними формами реабілітаційної соціальної роботи з дітьми і молоддю з обмеженими психофізичними можливостями є групова та індивідуальна.

Основними завданнями групової роботи є:

- допомога членам групи створити систему взаємодопомоги;
- урахування у процесі роботи характеру і змісту групових процесів, використання їх для досягнення цілей групи, допомога в цьому кожному члену групи;
- посилення здатності членів групи діяти незалежно;
- допомога кожній особистості усвідомити свою спільність з іншими в момент припинення діяльності групи.

У своєму розвитку група проходить декілька стадій. На I етапі ("орієнтування — включення") члени групи знайомляться, затверджується склад групи і приймаються групові цілі. II етап пов'язується із незадоволеністю і суперництвом. III стадія — етап продуктивної спільної роботи, інтеграція. Четверта стадія — припинення роботи групи, її ліквідування.

Виділяються два основні типи груп:

- ◆ групи, які створюються спеціально для роботи з їх членами для вирішення внутрішньогрупових проблем (внутрішньо спрямовані); вони в свою чергу

поділяються на два типи: 1) групи, спрямовані на соціалізацію особистості; 2) групи, мета яких — виправлення відхилень, які виникають під час попереднього розвитку (групи ресоціалізації);

- ◆ групи, які створюються для досягнення будь-яких зовнішніх щодо групи цілей. Кожен з цих типів, у свою чергу, диференціюється залежно від завдань і мети діяльності.

Групова робота проводиться для дітей підліткового віку, їхніх батьків, братів і сестер. Діяльність груп спрямована на вирішення таких завдань:

- полегшення самотності та ізоляції дітей;
- емоційна підтримка;
- забезпечення необхідною інформацією;
- реалізація рольових моделей поведінки;
- формування порівняльної бази.

За структурою виділяються такі групи:

- соціальний педагог — брати і сестри дітей-інвалідів;
- батьки — батьки;
- діти — діти (діти з обмеженими фізичними можливостями підлітково-юнацького віку) зі збереженим інтелектом

Залежно від змісту групової роботи розділяють групи з навчальним компонентом, терапевтичним компонентом та інтегровані.

Головне завдання груп з навчальним компонентом — надати батькам інформацію про певні аттитюди, що є в суспільстві, особливості поведінки дітей-інвалідів.

Терапевтична модель зумовлює обговорення медичних аспектів інвалідності в групі, роботу якої спрямовують різні спеціалісти (терапевт, психолог, реабілітолог, юрист).

Інтегрована модель побудована на припущенні, що батьки дітей-інвалідів потребують необхідних знань та емоційної підтримки у вихованні дітей.

Найбільш поширеною формою роботи, що прямо чи опосередковано сприяє адаптації дітей-інвалідів, є групи взаємодопомоги батьків. Ці групи

базуються на навчальному компоненті й тому батьки часто можуть бути більш обізнаними з проблемами інвалідності дитини, ніж професіонали.

Процес взаємодопомоги. До групи взаємодопомоги приходять батьки, яким необхідно позбутися соціальної ізоляції, фрустрації, емоційного виснаження, поділитись своїм горем, знайти надію на поліпшення свого становища. З цією метою для лідерів проводяться дводенні тренінги з формування чутливості до потреб інших, забезпечення базовою системою комунікації та специфічною інформацією щодо різнобічних станів і ресурсів обслуговування, що є в наявності.

У рамках групової роботи як окремий метод розглядається метод арттерапії, який виконує реабілітаційну функцію у межах короткотривалого спілкування, зокрема в умовах дитячого оздоровчого табору. Слід зазначити, що мистецтво і художня творчість мають велике значення у житті дитини з обмеженнями у руховій сфері. Творча діяльність стимулює бажання дитини-інваліда спілкуватися, розширювати міжособистісні стосунки.

Це один зі способів пом'якшити своє почуття відокремленості від інших і запевнити себе в приналежності до життя не тільки своєї соціальної групи, а й суспільства в цілому.

Важливою формою соціально-педагогічної роботи з дітьми-інвалідами є індивідуальна робота:

- аналіз індивідуальних біологічних функцій і функціональних можливостей (біологічний і соціальний вік, рівень функціонального обмеження, біологічні ритми, психофізичні можливості);
- виявлення специфіки соціокультурного розвитку (вплив різнорівневих соціальних факторів, соціальні потреби, ролі, статус, соціальні очікування, культурні й субкультурні цінності, норми);
- усвідомлення психологічних характеристик (сприйняття, пам'ять, здатність до вирішення проблем, характер самооцінки, рівень залежності, адекватність реакцій);

- дослідження особливостей психосоціальної адаптації, процесу взаємного впливу індивіда і його оточення;
 - залучення дитини до соціально-педагогічного процесу (соціалізації).
- Безпосередня практика соціально-педагогічної допомоги дітям-інвалідам включає конкретні методики, прийоми, засоби і техніки, які застосовуються соціальним педагогом відповідно до її мети, завдань і рівнів.

Вибір методів соціально-педагогічної допомоги залежить від ряду взаємопов'язаних і взаємообумовлених соціально-психологічних, фізіологічних та соціокультурних факторів:

- категорії функціонального обмеження і обмеження життєдіяльності дитини;
- віку дитини;
- її зовнішнього вигляду (наявності дефекту зовнішності);
- психофізичних можливостей дитини;
- реакції батьків на інвалідність дитини, динаміки інвалідності;
- реакції найближчого оточення (родичів, друзів, колег по роботі, сусідів) на інвалідність дитини;
- віку батьків, їхньої емоційної зрілості;
- віросповідання батьків;
- соціокультурного і соціоекономічного статусу сім'ї;
- наявності в сім'ї інших дітей (інвалідів чи не інвалідів);
- місця проживання та інфраструктури (місто, сільська місцевість, багатоповерховий будинок тощо);
- наявності соціальної служби для надання соціальних послуг

Соціальна допомога дітям-інвалідам, які навчаються і виховуються в інтернатному закладі, забезпечується завдяки тісній співпраці шкіл-інтернатів і соціальних служб для молоді. Завдання соціальних служб для молоді полягають у сприянні політиці "відчинених дверей" цих закладів, надання допомоги дитині безболісно перейти у доросле життя, попередити виникнення екстремальних ситуацій чи полегшити їх наданням соціально-педагогічної та правової допомоги.

З цією метою робота здійснюється у таких напрямах:

- реалізація рекреаційних проєктів з тимчасового перебування дітей у сім'ї, спільних з школами-інтернатами програм з правової освіти дітей і підготовки їх до сімейного життя;
- вжиття заходів, спрямованих на розвиток співпраці шкіл-інтернатів і загальноосвітніх шкіл;
- створення дитячих асоціацій;
- залучення спонсорських коштів для додаткової фінансової підтримки дітей.

Ефективними формами роботи є: клуби сімейного виховання; кризові центри; соціально-психологічні служби SOS; групи взаємодопомоги; спеціалізовані лінії Телефону довіри.

Сутність, зміст, напрямки соціальної реабілітації залежать від специфіки закладу, в якому вона проводиться, а також функцій, меж компетенції, повноважень цього закладу.

3. Шляхи та засоби соціальної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями

Соціальна й інформаційна політика тоталітарної держави ігнорувала проблеми інвалідів, не сприяла повному охопленню системою освіти дітей і дорослих із руховою недостатністю, створенню пристосованого до їхніх можливостей архітектурного середовища.

Інвалідність у дітей означає суттєве обмеження життєдіяльності, вона сприяє соціальній дезадаптації, яка обумовлена порушеннями у розвитку, труднощами у самообслуговуванні, спілкуванні, придбанні професійних навиків.

Аналіз соціальних проблем інвалідизації в цілому і соціальної реабілітації інвалідів здійснювався в проблемному полі двох концептуальних соціологічних підходів. Перший базувався на основі соціоцентриських теорій розвитку особистості К. Маркса, Е. Дюргейма, Г. Спенсера, Т. Парсонса – розглядалися соціальні проблеми конкретного індивіда за допомогою вивчення суспільства в цілому. Другий, на основі антропоцентриського підходу Ф. Гіддінгса, Ж. Піаже,

Г. Тарда, Е. Еріксона, Ю. Хабермаса, Л. Виготського, І. Кона, Г. Андреєвої та інших учених, розкривав психологічні аспекти повсякденної міжособистісної взаємодії. Дані підходи продовжили передові вітчизняні науковці: А. Капська, А. Суворов, Н. Шапкіна та ін.

Макросоціологічний підхід до вивчення проблем інвалідності відрізняє соціально-екологічну теорію У. Бронфенбреннера, продовжену у дослідженнях В. Шпакової. Також на сучасному етапі творення соціальної науки у рамках структурно-функціонального аналізу проблему інвалідизації досліджували Т. Добровольська, І. Каткова, Н. Морозова, Н. Шабаліна та ін.[6, с. 5-7].

Головним міжнародним документом, що забезпечує концептуальний підхід до роботи з людьми, що мають психофізичні вади, є прийняті Генеральною Асамблеєю ООН у грудні 1993 р. «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів». У цих правилах викладено таке тлумачення терміна «реабілітація»: «... процес, що має на меті допомогти інвалідам досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного та/чи соціального рівня діяльності і підтримувати його, надавши їм тим самим засоби для зміни їхнього життя та розширення рамок їх незалежності». Особливу увагу цей документ пропонує звернути на такі групи населення, як діти, жінки, люди похилого віку, бідні прошарки населення, особи з двома або кількома видами інвалідності, біженці-інваліди [4, с. 6].

Соціальна реабілітація дитини-інваліда – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв'язків та відносин. Метою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певної соціальної незалежності.

Правові засади щодо задоволення особливих потреб дітей з обмеженими фізичними та психічними можливостями у соціальному захисті, навчанні, лікуванні, соціальній опіці та громадській діяльності відображені у Законах України: «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про освіту», «Про пенсійне забезпечення», «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», «Про

фізичну культуру і спорт», «Про статус і соціальний захист громадян, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні», «Про благодійництво та благодійні організації», в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Основах законодавства України про культуру [3, с. 63-66].

Цілісний, системний підхід дозволяє сформулювати багаторівневу структуру проблем соціальної реабілітації та допомоги. Згідно з цим, необхідно вирішувати:

проблеми дитини: підтримка фізичного здоров'я, формування особистості, забезпечення емоційної підтримки, навчання, задоволення соціальних потреб;

проблеми сім'ї: забезпечення фінансової підтримки, житлові умови, навички догляду та навчання дитини, вирішення емоційних проблем, подолання соціальної ізоляції;

проблеми професіоналів: медики (профілактика та підтримка здоров'я), педагоги і психологи (розробка та впровадження спеціальних методів освіти й виховання дітей та батьків), соціальні працівники (забезпечення допомоги, інформування про ресурси, сімейна і групова робота, захист інтересів дітей та сім'ї, інтеграція зусиль професіоналів), інженери й виробники (розробка та виготовлення спеціальних засобів для підтримки ефективної життєдіяльності та навчання дітей, створення спеціальних робочих місць), юристи, представники законодавчої і виконавчої влади (створення та впровадження відповідної системи захисту прав і обов'язків інвалідів та їхніх сімей);

проблема суспільства – зміна ставлення до інвалідів та сімей з дітьми-інвалідами;

проблеми фізичного середовища: зменшення впливів, що зашкоджують здоров'ю та життєдіяльності людини, створення дружнього для інвалідів простору [7, с. 23-25].

Всі перелічені проблеми можна розділити на три рівні:

проблеми макрорівня – в межах держави;

проблеми мезорівня – наявність регіональних умов;

проблеми мікрорівня – в сім'ї та її найближчому оточенні.

Проблеми реабілітації на макрорівні – це соціальні проблеми першого порядку, які торкаються суспільства в цілому. Цей комплекс проблем вирішується зусиллями всього суспільства та державою, спрямованими на створення рівних можливостей для всіх дітей. Одна з найбільш суттєвих проблем цього рівня є ставлення суспільства і держави до людей із відхиленням у розвитку. Це відношення проявляється у різних аспектах: у створенні системи освіти, навчання, у створенні архітектурного середовища, доступної системи охорони здоров'я тощо.

Наслідком орієнтації суспільства та держави на цю модель є ізоляція дитини з обмеженими можливостями від суспільства у спеціалізованому навчальному закладі, розвиток у неї пасивно-утриманських життєвих орієнтацій засобами «оранжерейного» виховання

Проблеми реабілітації на мезорівні – це соціальні проблеми другого порядку, пов'язані з регіональними умовами, з наявністю чи відсутністю спецшкіл, спеціальних реабілітаційних центрів, спеціалістів-дефектологів на місцях мешкання сімей, де є дитина-інвалід.

Проблеми реабілітації на мікрорівні – це проблеми сімейного та родинного характеру, які мають дітей-інвалідів і потребують конкретної допомоги соціальних служб.

Інвалідність призводить до обмеження життєдіяльності людини, її соціальної дезадаптації, обмеження здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, спілкування, майбутньої трудової діяльності внаслідок відхилень у фізичному та психічному розвитку.

Таким чином, діти-інваліди дуже часто не мають соціальної та матеріальної підтримки, умов для розвитку своїх інтересів, здібностей і ще й приречені на інтелектуальну потворність.

Особливості роботи соціального педагога з інвалідами полягає у створенні таких соціально-педагогічних умов, які сприятимуть внутрішньому управлінню

індивіда, досягненню ним своїх цілей, реалізації різних типів поведінки, гнучкої адаптації, а також розробки індивідуальної програми реабілітації.. Але соціальний педагог не може вирішувати за інваліда його проблеми, він повинен допомогти особистості визначити особисту позицію, сформувані незалежність від зовнішнього впливу, навчити спиратися на себе, тобто допомогти самоактуалізуватись у подоланні перешкод.

У практиці соціальної роботи соціально-педагогічна й психологічна допомога ще й досі ототожнюється із соціальним захистом – це пояснюється відсутністю загальноприйнятої теорії співвідношення соціальної допомоги і соціального захисту. Водночас простежується деякий стійкий інваріант розуміння цих понять, а саме: «соціальна допомога» – поняття значно ширше, ніж «соціальний захист». Термін «соціальна допомога» є цілком правомірним та автономним, коли йдеться про індивідуальну допомогу окремій дитині, групі дітей чи їхнім родичам. Однак при такому розумінні понять залишається широке поле для їх взаємопроникнення. Так, відстоюючи права окремої людини, ми тим самим допомагаємо їй адаптуватися в складних умовах проживання.

Ось чому таке велике значення має соціально-педагогічна і психологічна допомога інвалідам віком від 15 до 18 років і старше – до 28 років. У 15 років закінчується сенситивний етап дитинства, для якого є характерною нестійкість психічних функцій, що може спричинити явища регресу, тобто повернення функцій на більш ранній віковий рівень. Саме цим і пояснюються особливості соціально-педагогічної реабілітації дітей-інвалідів.

Завдання соціального педагога – в тому, щоб створити такі соціально-педагогічні умови, які сприятимуть внутрішньому управлінню індивіда, досягненню ним своїх цілей, реалізації різнобічних типів поведінки, гнучкої адаптації. Завдяки творчій адаптивній поведінці вона діє продумано, прагне до самостійності, гармонійності, а коли спрямовує свої зусилля на досягнення власних цілей, то діє продумано.

Одне з важливих завдань соціального педагога у такий момент – допомогти батькам свідомо проаналізувати ситуацію та власне становище, круту зміну життя, їхню власну роль у житті дитини і своє призначення.

Тому, *перший етап соціальної реабілітації* дитини з обмеженими можливостями – допомогти батькам змінити своє життя так, щоб зберегти активність дитині у соціумі. Для цього потрібно у пологових будинках створити комісії, групи фахівців, котрі вирішуватимуть надзвичайну ситуацію: народження дитини з патологією. Завданням цієї комісії є первинна психотерапевтична і просвітницька робота з матір'ю, членами родини (особливо з батьком) і перші поради-рекомендації – до кого звернутися. Зі свого боку в центрах соціально-психологічної підтримки матерів таку жінку повинні прийняти як фахівці, так і матері, які вже виховують дітей-інвалідів.

Другий етап – входження у життя сім'ї дитини-інваліда. На жаль, далеко не кожний батько сприймає дитину-інваліда. Поки що немає загальної статистики, проте факт, що більшість сімей дітей-інвалідів без батька, безперечний.

Отже, завдання другого етапу – створення групової взаємодії та взаємодопомоги батьків та родин, що виховують осіб з обмеженими можливостями.

Згідно із положенням Комісії захисту прав дитини ООН, брати і сестри дітей-інвалідів – це діти, які потребують захисту і реабілітації. Зокрема, відомо, наскільки важко їм не відвернутися від хворого брата або сестри, котрі стали для них джерелом страждань. Брати і сестри інвалідів – особливі діти.

Залежно від взаємин у сім'ї вони можуть бути опорою і захистом не тільки своїм рідним, але й багатьом хворим людям, оскільки здатність до співчуття вихована у них із дитинства. Ось чому в своїй діяльності соціальний педагог повинен працювати не тільки з дітьми-інвалідами, а й обов'язково з їхніми братами, сестрами, друзями, однолітками. Тому підхід до реабілітації лише дитини-інваліда, незважаючи на її оточення, не може дати відповідного результату.

Тому третім етапом реабілітації є *виховання і розвиток братів і сестер дітей-інвалідів*. Але

не тільки братів і сестер. Хіба всі діти не потребують просвітницьких гуманістичних програм? У наших навчальних закладах дітей навчають багатьом наукам, проте немає програм, де йшлося б про те, що далеко не у всіх людей є однакові можливості рухатися, адаптуватися, спілкуватися.

Тому логічно формується четвертий етап соціальної реабілітації дітей-інвалідів.

Четвертий етап соціальної реабілітації – *інтегроване виховання дітей*, що передбачає не тільки навчання в інтегрованих класах. Практичний досвід такого навчання вже є у багатьох школах поза нашою країною. Виходячи з вище зазначеного, ми дійшли висновку, що в Україні існує комплекс проблем пов'язаних з інтеграцією дітей-інвалідів в суспільство. Ставлення суспільства до аномальної дитини є певним мірилом його цивілізованості. Донедавна питання дитячої аномалії, інвалідності у нас замовчувалося. Перебуваючи в умовах інтернатного закладу або на вихованні в сім'ї, діти-інваліди та їхні сім'ї деякою мірою ізольовані від суспільства і позбавлені можливості вести повноцінний спосіб життя у відкритому середовищі, яке аж ніяк не відповідає їхнім особливим потребам. Повинні бути не комісії, а постійно діючі психологічні консультації з широким доступом батьків до інформації про методи і шляхи розвитку дитини.

Побудова взаємозв'язків дитини з мікро- і макросередовищем, розвиток її збережених психофізичних можливостей здійснюється шляхом розширення сфери спілкування, організації дозвілля, творчої та ігрової діяльності, допомоги у самообслуговуванні і пересуванні, забезпеченні ліками і продуктами харчування, організації дозвілля і оздоровлення.

Література:

1. Дементьева Н.Ф., Старовойтова Л.И. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы: Учебное пособие. – М.: Академия-центр, 2010. – 272 с.

2. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації: Навч.-метод. Комплекс / Автор.-упоряд.: О.В. Безпалько, І.Д. Зверева, З.П. Кияниця, В.О. Кузьмінський та інш. / За заг. ред.: І.Д. Зверевої, Ж.В. Петрочко – К.: Фенікс, 2007. – 528 с.
3. Комплексна реабілітація інвалідів: Навчальний посібник для студ. Вищ. Учеб. Закладів / Т.В. Зозуля, Є.Г. Свистунова, В.В. Чешехіна; під ред. Т.В. Зозулі. - М.: "Академія", 2005. - 304 с.
4. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р.Мисули, Л.О.Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005.- 402 с.
5. Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи : навч. посібник / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009. – 222 с.
6. Сергієні О.В. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: Методичні рекомендації. - Дніпропетровськ, 2007. - 23 с.

Тема 5. Програма соціально-педагогічної реабілітації дітей з обмеженими психо-фізичними можливостями

1. *Поняття «соціально - реабілітаційна діяльність», сутність, зміст, цілі.*
2. *Методи соціально-психологічної реабілітації дітей з обмеженими психофізичними можливостями*
3. *Труднощі соціально-психологічної реабілітації дітей з обмеженими психофізичними можливостями*

***1. Поняття «соціально - реабілітаційна діяльність»:
сутність, зміст, цілі***

Процес соціалізації – це процес взаємодії особистості та суспільства. Людина є і об'єктом (тому що випробовує на собі вплив з боку суспільства, різних соціальних інститутів тощо), і суб'єктом (тому що вона ставить перед собою певну мету та обирає засоби для її досягнення) процесу соціалізації. Але

людина може стати і жертвою цього процесу. Види жертв несприятливих умов соціалізації численні.

Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями – це складний процес, що потребує переорієнтації, і насамперед – у напрямі розробки методології і методики соціально-педагогічної та психологічної моделі соціальної роботи. Специфіка такого підходу викликає необхідність суттєвих змін у ставленні до дітей-інвалідів, які потребують не тільки матеріальної, фінансової, гуманітарної підтримки і заходів реабілітації (медичної, професійної, соціально-побутової).

Сутність соціально-педагогічної реабілітації полягає у створенні таких умов для саморозвитку людини, в результаті яких виробляється активна життєва позиція особистості.

Поняття «соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я» можна розглядати в різних його варіантах: як процес, як кінцевий результат і як діяльність. Соціальна реабілітація як процес являє собою динамічну систему, в ході якої здійснюється послідовна реалізація постійно виникають у ході взаємодії з дитиною тактичних завдань на шляху до досягнення стратегічної мети - відновлення його соціального статусу, формування стійкої до травмуючим ситуацій особистості, здатної успішно інтегруватися в суспільство.

Соціальна реабілітація як кінцевий результат - це досягнення її кінцевих цілей, коли людина, що має обмежені можливості здоров'я, після проходження комплексної реабілітації у відповідних реабілітаційних установах, впливається у соціально - економічне життя суспільства і не відчуває своєї неповноцінності.

Соціальна реабілітація як діяльність відноситься в рівній мірі як до особистості фахівця, що є її організатором, так і особистості дитини, включеного у соціально - реабілітаційний процес, який виступає в ньому як суб'єкт діяльності та спілкування. Соціально - реабілітаційна діяльність - це цілеспрямована активність фахівця з соціальної реабілітації і дитини з обмеженими можливостями здоров'я з метою підготовки останнього до

продуктивної і повноцінного життя за допомогою спеціальним чином організованого навчання, виховання та створення для цього оптимальних умов.

Разом з тим поняття «педагогічна діяльність» і «соціально - реабілітаційна діяльність» не тотожні. Відмінність полягає в тому, що друга спрямована не на всіх дітей, а лише на тих, у яких виникають труднощі при входженні в соціальний світ. Тому й зміст, і кошти в досягненні поставлених цілей, і спрямованість впливів у соціально - реабілітаційної практиці обумовлюються, перш за все, специфікою розвитку дитини з обмеженими можливостями.

Соціально - реабілітаційна діяльність, як і будь-який інший вид діяльності, має свої якісні характеристики: цілеспрямованість, опосередкованість, суб'єктивність, інтенсивність, динамічність, ефективність.

Цілеспрямованість соціально-реабілітаційної діяльності в тому, що процес соціальної реабілітації будується з урахуванням чітко окресленої мети, усвідомлення того, якими особистісними і психічними якостями повинен володіти дитина на завершальному етапі.

Специфіка опосередкованості соціально-реабілітаційної діяльності полягає в тому, що соціально - реабілітаційні впливу впливають на дитину з обмеженими можливостями не прямо, а опосередковано - в результаті соціальної зумовленості соціально - реабілітаційної діяльності, її зв'язку зі значеннями, фіксованими в поняттях мови, нормах моралі, цінностях. Соціально - реабілітаційне вплив матиме ефект лише в тому випадку, якщо воно буде осмислено на рівні свідомості і буде прийнято індивідом як своє власне.

Суб'єктивність соціально - реабілітаційної діяльності виявляється у проявах індивідуальності як фахівця з соціальної реабілітації, так і дитини, включеного у соціально - реабілітаційний процес. Її якісні характеристики будуть визначатися активністю його учасників, наявністю минулого досвіду, установками, емоціями, цілями і мотивами, особливостями міжособистісних відносин, а також рівнем професійної компетентності фахівця з соціальної реабілітації [3].

Інтенсивність соціально - реабілітаційного процесу обумовлена наявністю у кожного фахівця з соціальної реабілітації індивідуального стилю діяльності.

Його наявність дозволяє кожному з них при наявності різних особливостей нервової системи, різної структури здібностей, характеру домагатися певної ефективності при використанні різних способів і засобів впливу [3].

Динамічність соціально-реабілітаційної діяльності визначається поступальним рухом у реалізації поточних завдань в роботі з дитиною. Для соціально - реабілітаційного процесу важливо домагатися хоча б маленьких, але позитивних зрушень у психіці.

Ефективність соціально-реабілітаційної діяльності проявляється у співвідношенні досягнутого результату до максимально досяжного або заздалегідь запланованого результату. Визначити її можна тільки в тому випадку, якщо будуть чітко виділені якісні критерії вимірювання результатів.

До числа інших важливих особливостей соціально - реабілітаційного процесу слід віднести те, що, на відміну від педагогічного процесу, його обов'язковою умовою є, по-перше, проведення діагностичного обстеження дитини, з урахуванням результатів якого і будується реабілітаційний процес, по-друге, він здійснюється у нерозривній єдності з проведенням медичних заходів (медична реабілітація), психологічної та педагогічної реабілітації та соціальної адаптацією.

Основні цілі соціально-реабілітаційної роботи:

1. Забезпечення соціального, емоційного, інтелектуального і фізичного розвитку дитини, має порушення, і спроба максимального розкриття її потенціалу для навчання.
2. Попередження вторинних дефектів у дітей з порушеннями розвитку, які виникають або після невдалої спроби купірувати прогресуючі первинні дефекти за допомогою медичного, терапевтичного або навчального впливу, або в результаті спотворення взаємин між дитиною та сім'єю, викликаного, зокрема, тим, що очікування батьків (або інших членів сім'ї) щодо дитини не виправдалися [6].
3. Проведення соціально-реабілітаційної роботи, що допомагає членам сім'ї досягти порозуміння з дитиною і набути навичок, більш ефективно адаптують їх

до особливостей дитини, націлене на запобігання додаткових зовнішніх впливів, здатних погіршити порушення дитячого розвитку.

4. Реабілітація сімей, які мають дітей з затримками розвитку, щоб максимально ефективно задовольняти потреби дитини. Соціальний працівник повинен ставитися до батьків як до партнерів, вивчати спосіб функціонування конкретної сім'ї і виробляти індивідуальну програму, що відповідає потребам і стилям життя цієї сім'ї.

Система реабілітації передбачає значний набір послуг, що надаються не тільки дітям, але і їх батькам, сім'ї у цілому і більш широкому оточенню. Всі послуги координовані таким чином, щоб надати допомогу індивідуальному і сімейному розвитку і захистити права всіх членів сім'ї.

Виховуючи дитину, батьки спілкуються з іншими дітьми і батьками, спеціалістами, педагогами, вступають в системи відносин, які поміщені в інші взаємодіючі між собою системи. Діти розвиваються в сім'ї - це теж система відносин, що має власні правила, потреби та інтереси. Для успішності соціально - реабілітаційної роботи, необхідно домагатися нормалізації всіх цих взаємин. Сукупність прийомів і методів, що забезпечують прогресивний розвиток дитини, має інвалідність, складають технології соціальної реабілітації [2].

2. Методи соціально-психологічної реабілітації дітей з обмеженими психофізичними можливостями

Індивідуальна програма реабілітації інваліда включає в себе комплекс оптимальних для його реабілітації заходів. Розробляється на основі рішення Державної служби медико-соціальної експертизи, воно містить як реабілітаційні заходи, що надаються інваліду безкоштовно відповідно до федеральної базовою програмою реабілітації інвалідів, так і такі, в оплаті яких бере участь і сам інвалід, або інші особи та організації.

Як вважають фахівці, реабілітація дітей - інвалідів має починатися на самих ранніх стадіях хвороби, здійснюватися безперервно до досягнення в мінімально можливі терміни максимального відновлення або компенсації порушених

функцій, в індивідуальних комплексних програмах реабілітації дітей - інвалідів повинні бути відображені не тільки основні аспекти реабілітації (медичний, психологічний, педагогічний, соціальний, соціально – побутовий), а й реабілітаційні заходи, їх обсяг, терміни проведення та контролю.

Програма реабілітації - це чіткий план, схема спільних дій батьків і фахівців, що сприяють розвитку здібностей дитини, її оздоровлення, соціальної адаптації (наприклад, професійної адаптації), причому в цьому плані обов'язково передбачаються заходи щодо інших членів сім'ї: Припустимо, необхідна програма, яка включатиме наступні заходи:

- Медичні (оздоровлення, профілактика);
- Спеціальні (освітні, психологічні, психотерапевтичні, соціальні), спрямовані на розвиток загальної чи точної моторики, мови та мовлення дитини, його розумових здібностей, навичок самообслуговування і спілкування.

При цьому іншим членам родини необхідно розбиратися в тонкощах дитячого розвитку, вчитися спілкуванню один з одним і з малюком, щоб не посилити первинні дефекти розвитку несприятливими впливами ззовні. Тому до програми реабілітації будуть входити організації сприятливого оточення дитини (включаючи обстановку, спеціальне обладнання, способи взаємодії, стиль спілкування в сім'ї), придбання нових знань і навичок батьками дитини і його найближчим оточенням.

Програма реабілітації передбачає, 1) наявність міждисциплінарної команди фахівців, а не ходіння сім'ї, яка має дитину - інваліда, за багатьма кабінетами чи установами, 2) участь батьків у процесі реабілітації, яке являє собою найбільш складну проблему.

Деякі батьки часом не висловлюють ніякого бажання співпрацювати, не просять допомоги або ради. На перший погляд дитина інвалід повинен бути центром уваги своїй сім'ї. Насправді ж цього може і не відбуватися в силу конкретних обставин кожної родини і певних чинників: бідність, погіршення здоров'я інших членів сім'ї, подружні конфлікти і т.д. При всьому цьому важливо пам'ятати, що більшість батьків хочуть брати участь в розвитку своєї

дитини. Взаємодія з батьками передбачає деякі складності. Потрібно бути готовим до труднощів і розчарувань. Зняття міжособистісних чи культурних бар'єрів, зменшення соціальної дистанції між батьком і соціальним працівником може вимагати певних зусиль. Працюючи з батьками, необхідно враховувати різноманітність насінневих стилів і стратегій. Навіть подружжя може дуже відрізнитися один від одного своїми установками та очікуваннями. Тому те, що виявилось вдалим у роботі з однією родиною, зовсім не обов'язково буде сприяти успішному партнерству з іншого. Крім того, не слід очікувати від сімей одних і тих же, уніформних емоційних реакцій або поведінки, однакового ставлення до проблем. Якщо дитина в змозі приймати участь в діалогах фахівців і батьків, він може стати ще одним партнером, думка якого, можливо, відрізняється від думки дорослих і який може несподівано запропонувати нове рішення проблеми своєї реабілітації.

Тому соціальному працівнику бажано консультиватися у батьків так само часто, як вони консультиються у нього. Слід заохочувати батьків обмінюватися знаннями, визнавати успіхи дитини, розуміти важливість тих чи інших занять, проявляти ініціативу. Якщо експерт зловживає своєю позицією, підкреслює свою важливість, вважає за краще односторонню передачу знань, існує ризик збільшення залежності від нього батьків, зниження їх самостійності і впевненості в собі.

У силу досвіду, освіти фахівець із соціальної реабілітації при встановленні партнерства з батьками дітей-інвалідів повинен:

- Уникати уніформності і вітати різноманітність; слухати, спостерігати і досягати домовленості;
- Питати настільки ж часто, як запитують його, проявляти щирість, щоб встановити довірчі відносини з батьками;
- Давати необхідні пояснення;
- Не приймати нічого поодиночі.

Дослідження психологів свідчать про те, що головною цінністю, діти з обмеженими можливостями, вважають силу, яка здатна їх захистити.

Виділяють три сфери, в яких відбувається процес становлення особистості: діяльність, спілкування, самосвідомість.

Включення дітей з обмеженими можливостями в соціальну діяльність - процес, в ході якого відбувається наступне:

- вироблення критеріїв, що визначають вибір діяльності;
- формування свого ставлення до діяльності та участь в ній;
- придбання досвіду діяльності.

Найбільші труднощі для дітей з обмеженими можливостями має рішення першого завдання, тому що в них обмежені можливості як вибору, так і способів його здійснення.

Соціальне самовизначення дитини залежить від реалізації двох найважливіших умов. Друга умова - самореалізація дітей в процесі соціальної взаємодії. Ці умови передбачають надання можливості дитині більш повно розкрити себе у відносинах з оточуючими.

Важливою стороною, що забезпечує соціалізацію дитини, є спілкування.

Третья умова - соціальне реабілітаційне самопізнання особистості, яке передбачає становлення в людині «образу власного Я», що виникає у нього не відразу. Цей образ складається протягом усього життя людини під впливом численних соціальних впливів. Найбільш поширена схема самопізнання свого «Я» включає три компоненти: пізнавальні (знання себе); емоційні (оцінка себе); поведінкові (відношення до себе).

Процес соціальної реабілітації передбачає єдність змін всіх трьох означених сфер.

3. Труднощі соціально-психологічної реабілітації дітей з обмеженими психофізичними можливостями

У процесі соціальної реабілітації вирішуються три групи завдань: адаптація, автоматизація й активізація особистості. Рішення цих завдань, по суті суперечливих і в теж час діалектично єдиних, істотно залежить від багатьох зовнішніх і внутрішніх факторів.

Рішення завдань соціальної адаптації й соціальної автоматизації регулюється суперечливими мотивами "Бути з усіма" і "Залишатися самим собою". У той же час людина з високим рівнем соціалізації повинна бути активною, тобто в неї повинна бути сформована реалізована готовність до соціальних дій.

Процес соціальної реабілітації, навіть при сприятливому збігу обставин, розгортається нерівномірно й може бути сповнений рядом труднощів, кутів, що вимагають спільних зусиль дорослого й дитини.

Під труднощами соціалізації розуміється комплекс труднощів дитини при оволодінні тією або іншою соціальною роллю. Найчастіше причинами виникнення цих труднощів є невідповідність вимог до дитини в процесі її взаємин із соціумом і готовності дитини до цих відносин.

Труднощі оволодіння соціальною роллю виникають найчастіше тоді, коли дитина не інформована про цю роль, або інформація носить помилковий характер, або в дитини немає можливостей спробувати себе в даній ролі (відсутність умов для соціальних проб).

Труднощі реабілітації можуть бути пов'язані й з тим, що усередині соціуму спостерігається "розмитість" образів рольової поведінки (наприклад, стираються границі між знаннями про впевненість і агресивною поведінкою, між чоловічим і жіночим способом життя).

У зв'язку із цим у дитини періодично з необхідністю встає завдання самовизначення, як із приводу змісту самої соціальної ролі, так із приводу способів її втілення.

Умови організації життєдіяльності дітей в інтернатах створюють зовнішні труднощі для успішної соціальної реабілітації, однак, у даної групи дітей існують внутрішні труднощі, які пов'язані з особливостями їхнього психічного розвитку.

Найбільш серйозним наслідком інвалідності є втрата "базової довіри до світу", без якого стає принципово неможливим розвиток таких найважливіших

новоутворень особистості як: автономія, ініціативність, соціальна компетентність, умілість у праці, статева ідентичність і ін.

Злиття блокує, а іноді робить зовсім неможливим розвиток автономності дитини, її ініціативності й відповідальності за свою поведінку. Злиття можливо з конкретною людиною (вихователь, батько, учитель і т.д.), а також із групою людей (добре відоме «детдомовское мы»).

Труднощі соціальної реабілітації, як правило, породжують гіпертрофічну адаптованість до соціальних процесів, тобто соціальний конформізм або гіпертрофовану автономність, або повне неприйняття норм відносин, що складаються в соціумі. Причини виникнення труднощів входження дитини в систему соціальних відносин можуть бути всілякі, але, насамперед не пов'язані з неадекватним сприйняттям дітьми-інвалідами тих вимог, які пред'являє навколишній соціум.

Критеріями подолання цих труднощів:

1. Готовність до адекватного сприйняття виникаючих соціальних проблем і рішення цих проблем відповідно до норм відносин, що зклалися в соціумі (соціальна адаптованість), тобто здатність адаптуватися до існуючої системи відносин, опанувати відповідну соціально-рольову поведінку і мобілізувати не тільки свій потенціал для вирішення соціальної проблеми, але й використовувати ті умови, у яких складаються відносини дитини;

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

3. Активна позиція в рішенні соціальних проблем, реалізована готовність до соціальних дій, саморозвиток і самореалізація у виникаючих важких ситуаціях (соціальна активність), здатність до самовизначення й розширення границь просторової життєдіяльності.

Кожний з перерахованих критеріїв не свідчить про підготовку дитини до подолання труднощів соціальної реабілітації. Його успішність, ефективність залежить від безлічі факторів, але, у першу чергу, від готовності близьких людей, педагогів і ін. фахівців до надання допомоги цій категорії дітей і від

сформованості їхньої професійної позиції, іншими словами - їхнього професіоналізму.

Література:

1. Дементьева Н.Ф., Старовойтова Л.И. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы: Учебное пособие. – М.: Академия-центр, 2010. – 272 с.
2. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2006. - № 2-3. – С. 36.
3. Закон України “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю” від 21.06.2001 р. №2558-III // Відомості Верховної Ради, 2001. - № 42. – С. 213.
4. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації: Навч.-метод. Комплекс / Автор.-упоряд.: О.В. Безпалько, І.Д. Зверєва, З.П. Кияниця, В.О. Кузьмінський та інш. / За заг. ред.: І.Д. Зверєвої, Ж.В. Петрочко – К.: Фенікс, 2007. – 528 с.
5. Комплексна реабілітація інвалідів: Навчальний посібник для студ. Вищ. Учеб. Закладів / Т.В. Зозуля, Є.Г. Свистунова, В.В. Чешехіна; під ред. Т.В. Зозулі. - М.: "Академія", 2005. - 304 с.
6. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р.Мисули, Л.О.Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005.- 402 с.
7. Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи : навч. посібник / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009. – 222 с.
8. Сергієні О.В. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: Методичні рекомендаціїю. - Дніпропетровськ, 2007. - 23 с.
9. Соціально-психологічна робота з дітьми та молоддю з обмеженими можливостями. – К.: Держсоцслужба, 2005. – 108 с.
10. Технології роботи з різними категоріями клієнтів центрів соціальних служб для молоді: Методичний посібник / С.В. Толстоухова, О.О. Яременко, О.В. Вакуленко та ін. – К.: ДЦССМ, Державний ін-т проблеми сім’ї та молоді, 2003. – 88 с.

11. Шевцов А.Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я : Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського державного університету. Серія соціально-педагогічна, Вип. VI. – Кам'янець-Подільський, 2006. – С. 337- 342.

Тема 6: Соціально-педагогічний підхід у абілітації та реабілітації людини

1. Абілітація і реабілітація людини, їх сутність і призначення

2. Соціально-педагогічна абілітація дитини

3. Підвищення ролі батьків в соціально-педагогічній абілітації дитини

4. Соціокультурне середовище абілітації та реабілітації людини

1. Абілітація і реабілітація людини, їх сутність і призначення

Абілітація і реабілітація являють собою певну систему діяльності. Їх розглядають з різних позицій. Предметом особливої уваги виступає соціально-педагогічний підхід. Він визначає перспективу вирішення абілітації (реабілітаційних) завдань засобами соціальної педагогіки.

Кожна дитина схильна до розвитку, в тому числі і соціального. Вона відрізняється від інших дітей потенціалом своїх можливостей. Найбільш суттєві відмінності з однолітками спостерігаються у дітей з відхиленнями у розвитку, в залежності від їх спрямованості і глибини.

Абілітація - комплекс заходів (послуг), спрямованих на формування нових і посилення наявних ресурсів соціального, психічного і фізичного розвитку дитини. Термін найчастіше використовують по відношенню до дитини, яка має ті чи інші відхилення. Таких дітей відносять до категорії з особливими потребами, обмеженими можливостями, інвалідам. Всі ці характеристики не коректні. Т. О. Михайлова запропонувала називати їх дітьми з особливими адаптивними можливостями.

Діти з відхиленнями по-різному сприймають середу і відповідно адаптуються і проявляють себе в ній. Вони особливі в адаптації в середовищі

життєдіяльності. Кожна дитина має свої індивідуальні можливості в саморозвитку. Абілітація спрямована на вдосконалення ресурсів її саморозвитку, а також на розвиток тих здібностей, які могли б компенсувати недоліки, підвищуючи можливості в адаптації та самореалізації в прояві.

Нереалізованість можливостей дитини у саморозвитку веде до деабілітації – це зниження наявних ресурсів соціального, психічного і фізичного розвитку дитини. Для людини характерний природний прояв явищ абилітації і деабілітації в залежності

У роботі з дітьми, що мають обмежені можливості, історично склалися наступні напрямки.:

1. Медичний - складається природним шляхом. Батьки історично, при виявленні будь-яких патологій, зверталися в першу чергу до лікаря. Він визначав, що і як слід робити. Такий підхід склався і в Росії. Однак медичні працівники утвердилися в думці, що тільки медикаментозними засобами долати патологію, пов'язану з обмеженими можливостями дітей неможливо. Вони все більше і більше використовують при стаціонарній або амбулаторно-процедурній роботі з дитиною немедичні методи.

2. Педагогічний (соціально-педагогічний) – передбачає цілеспрямоване використання педагогічних (соціально-педагогічних) коштів, спрямованих на стимулювання розвитку природних функцій дитини з урахуванням її віку та індивідуальних можливостей, виховання її, сприяючи адаптації в природному середовищі життєдіяльності, найбільш повної самореалізації. Таких фахівців називають спеціальними педагогами (реабілітологами), в Угорщині - педагогами-кондукторами, в Канаді - окупаціональними терапевтами.

Соціально-педагогічний підхід не виключає і не замінює медичний. Він здійснюється при медичному супроводі та медичній діяльності. В Угорщині такий підхід отримав вираз у кондуктивній педагогіці, над методикою якої працював Інститут кондуктивної педагогіки і відновної рухової терапії імені Андраша Петі.

Її можна розглядати як «педагогіку супроводу», спрямовану на посилення індивідуального, індивідуально-корекційного розвитку та виховання дитини. Кондуктор - це педагог, який займається безпосередньо з дитиною, її супроводом, веденням по шляху розвитку, оволодіння навичками правильної поведінки, оволодіння нормальної руховою активністю.

З іншого боку це – «поведінкова педагогіка», спрямована на формування поведінки дитини і через неї рішення проблем цілеспрямованого індивідуального і індивідуально-корекційного розвитку. Значне місце в ній належить формуванню і розвитку правильної рухової поведінки через рухове виховання.

3. Комплексне раннє втручання (Німеччина) - комплекс медичної, педагогічної, психологічної та соціально-реабілітаційної допомоги, спрямованої на стимулювання розвитку дитини, що має ті чи інші відхилення в перші роки життя.

Для подолання відхилень, що сформувалися під впливом будь-яких чинників використовується реабілітація - комплекс медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних заходів, спрямованих на відновлення (компенсацію) порушених функцій організму, а також соціального статусу, соціально-педагогічних функцій і працездатності людини.

Виділяють наступні напрямки в реабілітації:

- Медична (реконструктивна хірургія, протезування та ортезування, санаторно-курортне лікування) - система заходів, спрямованих на виявлення і відновлення порушених функцій організму, подолання хвороби і тим самим стимулювання можливо раннього повернення хворих і інвалідів до активної трудової та суспільного життя. В основі медичної реабілітації - заходи лікувально-діагностичного та відновного характеру;
- Педагогічна - система заходів педагогічного характеру, спрямована на відновлення навичок навчання, самовиховання, самовдосконалення;
- Професійна - система заходів щодо відновлення втрачених людиною професійних навичок, професійно важливих якостей, необхідних для

повернення до колишньої або нової трудової діяльності в сфері найбільш доцільною для цієї людини, з урахуванням його індивідуальних можливостей. Характер професійної діяльності, до якої готувалася людина, визначається її індивідуальними можливостями;

- Психологічна - система заходів щодо максимально повного відновлення, з урахуванням психологічних проблем (відхилень), що з'явилися у людини в зв'язку з тими чи іншими факторами, її станом, настроєм на самоврядування, самореалізацію;

- Соціальна - система заходів, спрямована на відновлення у людини соціального досвіду, необхідного для входження в суспільство або культурну систему.

2. Соціально-педагогічна абілітація дитини

В роботі з дитиною, яка має відхилення у розвитку, відбувається те ж саме. Активна і цілеспрямована робота з нею призводить до значного розвитку її можливостей і підвищення індивідуального потенціалу по відношенню до подібних їй однолітків.

Дитина з відхиленнями у розвитку, перш за все, потребує доцільного догляду, направленому на зміцнення її здоров'я і стимулювання активності, що включає:

- Власне догляд за дитиною;
- Загартовування організму;
- Необхідний масаж, зміцнює м'язову систему дитини і стимулюючий прояву гнучкості;
- Доцільне харчування.

Для забезпечення дієвості абілітації необхідна певна виховна система активної життєдіяльності дитини з самого раннього віку, в якій найбільш повно проявляються її індивідуальні рухові можливості.

Управління системою соціально-педагогічної роботи здійснюється фахівцем (педагогом-кондуктором, соціальним педагогом) або батьком, особою, яка його заміщає, під керівництвом фахівця.

Медичний діагноз орієнтує фахівця на типові патологічні явища, з якими може зіткнутися в соціально-педагогічній роботі з дитиною. На його основі здійснюються:

- Раннє виявлення патології та організація цілеспрямованої соціально-педагогічної роботи з дитиною;
- Найбільш повна оцінка індивідуальних рухових можливостей дитини і, в подальшому, динаміки зміни в розвитку;
- Оцінка схильності дитини до прояву активності, подолання труднощів, хворобливого стану, наслідування, спілкуванню, емоційної заразливості, бути таким як однолітки;
- Оцінка особливості сформованості комплексів, які можуть негативно позначитися в соціально-педагогічній роботі з дитиною. Вони можуть бути, коли робота з дитиною починає здійснюватися не на самому ранньому етапі, а коли вона починає усвідомлювати себе не як інші.

Як вказував Л. С. Виготський, отримана інформація дозволяє визначити найближчі та перспективні цілі в соціально-педагогічній роботі з дитиною з урахуванням зони її найближчого і актуального розвитку.

Кожна дитина індивідуальна. Соціально-педагогічна робота з нею передбачає розробку індивідуальної програми соціально-педагогічної роботи на основі комплексності її розвитку і виховання. Вона передбачає рухове виховання, виховання самостійності, розвиток мови, слуху, зору, турботу про шкіру і внутрішньому стані.

Найближча індивідуальна програма цілей рухового виховання орієнтована на забезпечення виховання дитини у відповідності з «зоною її найближчого розвитку». У процесі її реалізації ця «зона» уточнюється і визначаються подальші перспективи.

Головне в програмі - забезпечення доцільної активності дитини з урахуванням розпорядку дня і її соціально-педагогічних можливостей в умовах будинку, спеціальної установи (спеціалізованого центру). Даний факт вимагає уважного вивчення того, що несе (може нести) в собі кожен конкретний елемент

розпорядку дня, що він може дати дитині в розвитку і вихованні, в тому числі і кожне заняття, яке включене в нього (будь то відпочинок, вільний час, прийом їжі, спеціальні вправи, процедури).

На основі проведеного аналізу продумується методика педагогізації кожного елемента розпорядку дня з урахуванням характеру дій, патології дитини, її індивідуальних можливостей. Правильно і повсякденно виконуваний розпорядок дня сприяє формуванню у дитини природного ритму життєдіяльності.

Для обліку розвиваючих можливостей розпорядку дня А. Петьо ввів таке поняття як хронотопографія - це своєрідна тимчасова і предметна карта життєдіяльності дитини. Вона може бути представлена у вигляді мережевого (тимчасового) графіка її дій (життєдіяльності), який розкриває, коли вона і в якому місці знаходиться, що і як робить за змістом, обсягом і часу, що і як використовує. Кожен компонент розпорядку розглядається з позиції комплексного використання його розвиваючих і / або виховують можливостей. Іноді індивідуальна програма педагогічної роботи диктує необхідність вирішення приватних проблем. Найбільш доцільним в цьому випадку може бути визначення комплексу спеціальних вправ, процедур з урахуванням патології і її глибини, спеціально розроблених для конкретної дитини.

Функціонування системи абілітації вимагає мотивування і стимулювання самовияву і дитини, і тих, хто з нею працює. Він передбачає з боку суб'єкта соціально-педагогічної діяльності:

- Створення ситуації успіху в самовияві для кожної дитини з урахуванням її індивідуальних особливостей. При цьому успіх визначається в порівнянні з її колишніми досягненнями, а не з результатами інших дітей. Важливо вміти бачити успіх в чому-небудь і вселяти дитині, що вона дійсно успішна, що зміцнює у неї впевненість у собі, в можливості бути успішною в самовиявленні;
- Здатність створити і максимально підтримувати емоційний підйом, настрій на самовиявлення дитини в діяльності. Необхідно активно заохочувати прояв будь-

якого успіху у дитини. Вони створюють ту гармонію, без чого не може бути ні загального, ні приватного успіху в розвитку і вихованні дітей;

- Прогнозування, бачення і обхід негативних установок і проблем дитини в доцільному самовияву. Необхідно педагогічно вміло ставити її в положення, коли вона змушена проявляти спрямовану рухову активність ураженої (обмеженої в функціональному прояві) частини нарівні зі здоровою. Така соціально-педагогічна діяльність особливо ефективна на ранніх етапах віку, коли ще не сформовані установки дій і легше долати труднощі самовиявлення.

Виключно важливою умовою в стимулюванні процесу і результату абілітації дитини - включення її в спільну діяльність, використання можливостей прояву дитини в групі. Прагнення бути таким же, наслідування, схвалення таких, як вона сама - все це стимулює найбільш повний і якісний прояв дитини. У педагогічній роботі з дитиною важливе місце належить заохоченню її дій. Засобами цього виступають схвалення, підтримка, допомога, позитивна оцінка дій і досягнень дитини.

Схвалення використовується постійно, ніж стимулюються позитивне ставлення, прагнення до дії, формується початкова впевненість в здатності виконати їх правильно. Прояв схвалення може бути найрізноманітнішим: посмішкою, кивком, словом.

Підтримка виконується диференційовано, не допускаючи надмірності. У кондуктивній педагогіці вона називається фацілітацією. На першому місці має бути самовиявлення, прагнення дитини виконати дію самостійно.

Виділяються наступні види фацілітації діяльності дитини:

- Мануальна - ручна діяльність, що застосовується на початковому етапі оволодіння руховими навичками пальців рук, коли інші види малоефективні;
- Вербальна - ритмічний словесний коментар, а також детальний опис кожного руху, як би розчленовуючи його на складові частини;
- Зорова - показ руху фахівцем або іншими дітьми;
- Спеціальні пристосування, наприклад, кружка з двома ручками, рейка, що служить для захоплення при підйомі, русі, лазінні.

Результативність в абілітації дитини необхідна і їй самій, і суб'єкту соціально-педагогічної діяльності. Перший бачить в ній, що вона, як і інші, може досягати результату. У неї формується впевненість в собі, своїх можливостях.

Впевненість того, хто працює з дитиною (одного з батьків, фахівця), в тому, що він зможе зробити правильно, передається дитині в процесі виконання нею тих чи інших дій, всієї абілітаційної роботи.

Супровід передбачає:

- Попередження залишення дитини в медичному закладі внаслідок виявлення факту патології (зберегти дитині матір);
- Роз'яснення матері перспектив подолання патології дитини;
- Переконавання в тому, що реалізація перспектив багато в чому визначаються взаємодією батьків і медичних працівників;
- Допомога матері оволодіти навичками догляду та стимулювання її абілітації;
- Попередження упущень і недоліків в соціально-педагогічної діяльності з батьків, сприянню її особистісного зростання в абілітаційній діяльності.

Кожен елемент системи соціально-педагогічної роботи (абілітації) з дитиною грає свою роль в доцільному розвитку і вихованні, подоланні нею своєї патології та інтеграції в соціум. Реалізація її потребує певних соціально-педагогічних умов.

3. Підвищення ролі батьків в соціально-педагогічній абілітації дитини

Важливою складовою соціально-педагогічного (кондуктивність) підходу в абілітації дитини є включення в активну діяльність з нею сім'ї (членів сім'ї), батьків або осіб, які їх замінюють. Особливо важливою є участь сім'ї на початковому етапі роботи з дитиною в самому ранньому віці. У цей період саме батьки можуть приділити їй більше уваги і найбільш повно використовувати її природні потреби в самоактивності, самовияві, в середовищі життєдіяльності. Поява в сім'ї дитини з відхиленнями у розвитку є значним стресовим чинником.

Згодом він частково проходить, батьки адаптуються до ситуації, що склалася. Однак це неоднорідна ситуація.

Серед батьків дітей з відхиленнями у розвитку можна виділити наступні характерні групи:

- Батьки, які ще не осмислили того, що дитина не така, як інші діти і дивляться на її своєрідність, як на тимчасове явище, яке має пройти з часом. Подібне явище найчастіше має місце по відношенню до дітей, які мають затримку психічного розвитку, початкові стадії розвитку ДЦП, інші відхилення, найбільш врівноваженим, спокійним, що не доставляє занепокоєння батькам на ранньому етапі дитинства;

- «Приречені» батьки, які звикли до того, що їх дитина з особливими потребами і, не бачать перспектив його розвитку, самовияву і адаптації в середовищі життєдіяльності. Найчастіше це ті, хто втратив будь-яку надію на досягнення позитивного результату в роботі з дитиною, пройшов певний шлях від одного фахівця до іншого, від одного «знає» до іншого та ін.;

- Батьки, які зустрічали повідомлення про недугу дитини з жахом і страхом, як рок, виходу з якого немає. У цій ситуації нерідко можна зустріти таке судження, раз «господь дав, значить це богу завгодно». Отже, в цій ситуації немає необхідності займатися дитиною - це свого роду приреченість;

- Батьки, які через своє матеріальне становище повністю віддавалися роботі, кидаючи дитину одну на цілий день. Такі діти є найбільш незахищеними і, як правило, представлені самі собі;

- Батьки, які перекладають турботи про дитину або на спеціалізовані центри, або на бабусю або дідуся, або на іншу особу, найману для занять з дитиною;

- Батьки, які вникають у суть і активно, доцільно працюють з дитиною, домагаючись результативності, долаючи будь-які труднощі, що виникають перед ними, до досягнення успіху.

Спостереження показують, що включення батьків в реабілітаційну діяльність не проходить гладко і не завжди буває ефективним. Можна виділити

наступні фактори, що найбільш часто зустрічаються, які негативно позначаються на участі батька у реабілітації дитини:

- Неправильні взаємини батько - дитина, що склалися в сім'ї. Вони не дозволяють батькам будувати правильні взаємовідносини в процесі абілітації;

- Гіперопіка по відношенню до дитини, яка не дозволила їй засвоїти елементарні навички самообслуговування, самовияву і сформувала утриманство. Колишнє ставлення до дитини як немічному не дозволяє батькові правильно ставити перед нею завдання і домагатися їх виконання;

- Примхливість, як засіб досягнення задоволення потреб дитини. Такі діти починають активно проявляти примхливість в різких формах у присутності батька, домагаючись припинення вимог до неї;

- Позиція «інвалідизації» у дитини, що позначається на її ставленні до себе і здатності самостійно вирішувати ті чи інші особисті проблеми, ставити перед собою цілі і досягати їх. Таке явище має місце при неправильному відношенні до дитини, як до не такої як інші і частому підкресленні це в її присутності. Особливо це яскраво проявляється в присутності батьків, підкреслюючи цим: «ти ж розумієш, що я не можу, навіщо ж вимагати»;

- Комплекс проблем, що обумовлюють труднощі участі батька в реабілітаційній роботі з дитиною. Реабілітаційна робота з дитиною, що виключає участь батьків нерідко формує у них утриманський підхід, що хтось щось зобов'язаний робити з їхньою дитиною і тільки в цьому випадку буде результат..

Зустрічаються факти, коли окремі батьки не просто пристосовуються до ситуації інвалідності дитини, а й починають експлуатувати становище. У таких сім'ях можна спостерігати і таке по своїй суті дике явище, як боязнь, що дитина вийде з цього стану і тоді вони будуть позбавлені пільг, встановлених державою в зв'язку з вихованням дитини-інваліда.

На початковому етапі в роботу з батьками включається фахівець, який поставив діагноз дитині. Важливе місце на цьому етапі займає діагностика сім'ї дитини, яка дозволяє:

- Зрозуміти те середовище, в якій знаходиться дитина, її місце в ній, а також її можливості в забезпеченні всім необхідним:

- Можливості сім'ї і готовність її їх реалізувати;

- Оцінити необхідну допомогу в адаптації сім'ї і оточення до неї.

Діагностика батьків дозволяє фахівцеві:

- Краще зрозуміти своєрідність батьків, їх стан, необхідність реабілітаційної роботи з ними;

- Осмислити те, що чекають від нього батьки, як фахівця;

- Виявити можливу позицію батьків у взаємодії з ним.

У відповідності з діагностикою фахівець визначає свою позицію у взаємодії з батьками дитини і ті завдання, які стоять перед ним, а також способи їх досягнення. При визначенні завдань необхідно враховувати, що вони поділяються на завдання першого порядку (безпосереднього вирішення), найближчої перспективи і перспективні.

Зняття психологічної напруги сприяє комплекс заходів, в який входить:

- Роз'яснення батькам причини виникнення патології. Це дозволяє зняти особисту провину з батьків за те, що трапилося;

- Показ перспективи розвитку їхньої дитини і можливостей її адаптації в середовищі життєдіяльності. Одночасно необхідно роз'яснити батькам, що дитина не станеться, але є можливість максимальної мінімізації наслідків недуги;

- Демонстрація на прикладах і даних науки, що перспектива абілітації залежить від системи виховної роботи з дитиною і вмілого догляду за нею, надання допомоги у формуванні такої системи;

- Показ необхідності створення і збереження тісного емоційного контакту батька з дитиною в повсякденному житті і виховної роботи з нею;

- Розкриття місця і ролі батьків в індивідуальному, індивідуально-корекційному розвитку і вихованні дитини та необхідності спрямованої виховної роботи з нею;

- Інформування про права та обов'язки батьків, які мають дитину з особливими потребами. Така інформація підсилює впевненість батьків в тому, що вони не

залишаться сам на сам з дитиною і держава готова допомагати їм протягом усього життя в залежності від ступеня вирішення проблеми.

За своїм змістом соціально-педагогічний супровід включає:

- Навчання методиці доцільного догляду за дитиною: призначення, особливості, використання можливостей догляду за дитиною для зміцнення її здоров'я, стимулювання розвитку, пом'якшення негативних факторів стану на самовиявлення (як купати, робити ванни, компреси, масаж, вправи);
- Роз'яснення рекомендацій, особливо в початковий період, що можна і що не можна допускати у взаємодії з дитиною і догляді за нею. Звернення уваги на типові помилки батьків у роботі з дитиною і їх наслідки;
- Роз'яснення призначення розпорядку дня для дитини з особливими потребами та допомога в його розробці;
- Виклад рекомендації до використання елементів розпорядку дня дитини в навчанні її самообслуговування і індивідуальному розвитку;
- Навчання методиці стимулювання розвитку навичок самообслуговування та їх використання в індивідуальному розвитку дитини;
- Навчання методиці підбору і виконання початкових (первинних) вправ, що стимулюють спрямований розвиток дитини;
- Координацію соціально-педагогічної діяльності батьків, забезпечення пропорційності виникаючих у них потреб у визначенні найближчих цілей і термінів їх досягнення з реальними можливостями абілітації, попередження ілюзорності і розчарування в досягненні їх педагогічної роботи з дитиною.

Мета супроводу - в підвищенні педагогічної підготовленості батьків до роботи з дитиною на різних етапах подолання її патології. Іноді батько відчуває виключно великі труднощі в роботі зі своєю дитиною. В цьому випадку його включають в практичну діяльність з іншими дітьми, щоб він отримав навички і зумів їх використати в роботі зі своєю.

У процесі роботи з батьками фахівець вчить їх:

- Як спостерігати за дитиною, її проявами, на що слід реагувати негайно, що може проявлятися і як краще реагувати на це;

- Розуміння істоти капризу дитини, її природи, типового прояву, можливості попередження і подолання;
- Призначенням іграшок та ігор для дитини з подібною патологією в розвитку і вихованні, підбору і методично грамотному використанню в розпорядку дня;
- Роз'яснення призначення дозвілля і його доцільне використання у виховній роботі з дитиною;
- Необхідності інтеграції дитини в середу життєдіяльності як істотної умови підготовки її до взаємодії з іншими людьми, самореалізації;
- Необхідності взаємодії дитини з іншими дітьми. Особливості використання середовища життєдіяльності дитини (домашнього, спеціального або загальноосвітнього, вуличного) у виховній роботі;
- Залучення домашніх (членів сім'ї), родичів, сусідів у виховну роботу, навчання їх навичкам взаємодії з дитиною;
- Оволодіння і накопичення досвіду доцільного використання заохочення і примусу в абілітаційній роботі батьків з дитиною;
- Взаємодії з медичними працівниками, фахівцями в процесі розвитку і виховання дитини.

4. Соціокультурне середовище абілітації та реабілітації людини

Культура середовища життєдіяльності відображає не тільки те, якою мірою вона пристосована до людини, її індивідуальних можливостей реалізувати себе в ній, але і наскільки вона відповідає життєвим потребам людини незалежно від її можливостей. Культура і характеризує щось особливе, що дозволяє їм самим досить повно проявлятися в середовищі і створювати відповідні сприятливі умови для інших, в тому числі і для тих, кого відносять до категорії дітей з особливими потребами, особливими адаптивними можливостями.

Культура середовища життєдіяльності проявляється в таких явищах як:

- Ставлення до інших, в тому числі інших за своїм виглядом, проявом, можливостям людям. У звичайних умовах відносини між людьми складаються

як раціональні, природні в даній обстановці. Людині подобається, коли з нею спілкуються на рівних, з повагою до її особистої гідності;

- Прийняття людини такою, якою вона є. Характерно, що люди, яких відносять до норми, відрізняються одна від одної багатьма своєрідностями, що виявляються в особливостях характеру, темпераменту, динаміки, звичках;

- Терпимість до оточуючих людей, їх особливостей, не залежно від того подобається вона чи ні. Кожна людина потребує цього від оточуючих. Прийняття людини має на увазі і терпимість у ставленні до інших, відмінних від неї, людей. Це також формується з раннього дитинства;

- Рівноправність взаємин різних людей незалежно від їх індивідуальних можливостей. Вона потребує не декларації, а в утвердженні в середовищі життєдіяльності як норма, природний характер буття людей. На людському - це система виховання і проявах в різних сферах і життєвих ситуаціях;

- Здатність і дітей, і дорослих спілкуватися з людьми, що мають особливі потреби, в тому числі з тими, хто має проблеми із зором, слухом. Знання мов завжди вважалось показником культури людини. Таке знання дозволить розширити середовище спілкування людей різних за своїми індивідуальними можливостями.

Інтегративні заходи позитивно позначаються на людях, формуючи у них раціональне сприйняття інших людей, розуміння їх і відповідне ставлення до них. Вони можуть цілеспрямовано організуватися в дитячих садах, школах, центрах за місцем проживання, палацах молодіжної творчості, спортивних комплексах.

За своєю суттю кожна група людей, подібна за своїми можливостями, особливостями представляє певну субкультуру. Своєрідність субкультури кожної групи обумовлено спільністю особливостей процесу формування її членів як особистостей. Культура людей, які мають особливі потреби, багато в чому визначається здатністю їх взаємодіяти як між собою, так і з іншими, розуміти їх, найбільш повно реалізовувати себе в середовищі життєдіяльності.

У процесі формування культури у людей з особливими адаптивними можливостями необхідно враховувати:

- Сприйняття людиною себе як особистості, незалежно від своєрідності, відмінності від інших. Яким би не був чоловік, він живе один раз і має право на нормальне життя і самореалізацію;
- Формування з раннього віку у дитини почуття власної гідності, жаги до життя, спрямованості в життя. Таке завдання є виняткової важливості та складності;
- Сприйняття інших людей такими, якими вони є. В практику виховання дитини, якого відносять до норми, входить терпиме ставлення до інших подібних їй людям незалежно від її характеру, звичок, індивідуальним можливостей (один проявляє високі фізичні можливості, результати в спорті, інший - високі інтелектуальні здібності). Головне, щоб з раннього віку дитина засвоювала своє індивідуальне, яке характерно йому в прояві, діяльності, спілкуванні;
- Виховання вміння будувати відносини з іншими людьми з урахуванням її особливостей і прагнення проявляти себе природно, не перекладаючи на інших то, що можеш сам. Це найважливіша умова дозволяє адаптуватися людині в середовищі життєдіяльності. Вона дозволяє людині з особливими адаптивними можливостями спілкуватися з іншими людьми, розуміти їх і бути розуміються ними;
- Виховання самоактивності в середовищі життєдіяльності, впевненості в собі, своїх можливостях у вирішенні різних проблем. Без цього людині важко в житті. Вона боїться того, що у неї не вийде, інших людей, що вони її засудять, будуть сміятися. Реальна практика життя переконливо показує, що резерви людського організму величезні і кожна людина в цьому відношенні може досягати значного рівня досконалості, для цього їй необхідно проявляти активність і домагатися результативності в самовияву.

Література:

1. Дементьева Н.Ф., Старовойтова Л.И. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы: Учебное пособие. – М.: Академия-центр, 2010. – 272 с.

2. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації: Навч.-метод. Комплекс / Автор.-упоряд.: О.В. Безпалько, І.Д. Зверева, З.П. Кияниця, В.О. Кузьмінський та інші. / За заг. ред.: І.Д. Зверевої, Ж.В. Петрочко – К.: Фенікс, 2007. – 528 с.
3. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р.Мисули, Л.О.Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005.- 402 с.
4. Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи : навч. посібник / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009. – 222 с.
5. Соціально-психологічна робота з дітьми та молоддю з обмеженими можливостями. – К.: Держсоцслужба, 2005. – 108 с.
6. Шевцов А.Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я : Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського державного університету. Серія соціально-педагогічна, Вип. VI. – Кам'янець-Подільський, 2006. – С. 337- 342.

Тема 7. Сутність та призначення технології соціальної терапії у соціальній реабілітації різних груп клієнтів

- 1. Зміст технології соціальної терапії*
- 2. Рівні реалізації соціальної терапії*
- 3. Форми роботи у соціальній терапії*
- 4. Технологія роботи з мережею соціальних контактів*
- 5. Види соціальної терапії*
- 6. Функції та методи соціальної терапії*
- 7. Групова соціальна терапія*
- 8. Методи поведінкової терапії в групі*
- 9. Застосування технологій соціальної терапії*

1. Зміст технології соціальної терапії

Слово "терапія" у перекладі з грецької означає "турбота, лікування". Передумовою технологізації соціально-терапевтичної діяльності послужила ідея К. Поппера щодо призначення соціально-інженерної діяльності. В його розумінні мета соціальних технологій полягає в систематичному позбавленні людей від стану страждання, в якому вони перебувають з причини недосконалості існуючого світу.

Іншою передумовою виступило розуміння суті соціальних технологій як системи методів виявлення і використання прихованих потенціалів соціальної системи відповідно до цілей її розвитку і соціальними нормативами, запропоноване С.Н.Івановим. Згідно з нею ми всі живемо в світі і взаємодіємо з нашим оточенням на різних рівнях - системах: мікросистема, мезосистема, екзосистема, макросистема. Аналізу підлягають не тільки самі системи, в які включений індивід, але й взаємодія, взаємовплив систем один на одного. Кожна людина являє собою міні-систему.

Добре функціонуюча мезосистема характеризується безліччю різних контактів між мікросистемами, а також відсутністю серйозних конфліктів між ними. Контакти між мікросистемами мають велике значення для стану психічного здоров'я.

Крім цього на життя людей впливають зовнішні системи (екзосистеми), прикладом цього може служити вплив на дитину місця роботи батьків як зовнішнього, побічно впливає на нього освіти. І, звичайно, певну роль відіграє суспільний устрій. Держава це макросистема, яка знаходиться нагорі системної ієрархії. Вона описує цінності, які існують у суспільстві і зачіпаються соціальною терапією.

Соціальні мережі дають три переваги: конфіденційну інформацію; доступ до різноманітних навичок і влада.

Технологічні параметри соціальної терапії виявляються в її структурній впорядкованості, об'єктивно-перетворюючої спрямованості і цілепокладанні.

Соціальна терапія ґрунтується на знаннях, методично обґрунтована, використовує ресурси, існує в полі впливу соціокультурної навколишнього середовища.

Соціальна терапія є впливом соціальних суб'єктів на деструктивні відхилення через якісні перетворення у соціальних взаємовідносинах і взаємодії носіїв цих відхилень.

Мета технологій соціальної терапії полягає в нормалізації соціальних зв'язків, взаємодій і відносин у різних сферах життєдіяльності людини, суспільного життя.

Соціальна терапія тісно пов'язана з психотерапією, в якій використовуються методи впливу на психіку. Це систематичні, цілеспрямовані заходи з надання допомоги особі чи групі осіб у питанні урегулювання почуттів, імпульсів, думок, ставлень і зняття психологічних симптомів, які викликають тривожність, дискомфорт у пацієнтів.

Відомі чотири основні моделі психотерапії:

- психотерапія як метод лікування, тобто вплив на соматичний чи психічний стан клієнта (медична модель психотерапії);
- психотерапія як метод маніпулювання, що служить цілям суспільного контролю (соціологічна модель);
- психотерапія як метод, що приводить в дію процес навчання особистості (психологічна модель);
- психотерапія як комплекс явищ, що виникає в ході взаємодії між людьми (філософська модель).

Сучасне практичне наповнення соціальної терапії характеризується наступними напрямками:

- нормалізація процесів соціалізації, праці та відпочинку;
- зміна особистісно детермінуємих характеристик діяльності (цінностей, уявлень, вірувань, переконань, мотивів, цілей, ідей);
- допомога дітям і підліткам в переживанні наслідків стресових ситуацій;
- зміна соціального і мотиваційного укладу окремих груп і спільнот.

Реалії сучасного життя такі, що клінічний підхід інколи має досить обмежені можливості і не завжди враховує широкий соціальний контекст розвитку індивіда, соціально-економічні, духовно-моральні умови його життєдіяльності, тому лікування досить часто не може дати помітних реальних результатів. Ось чому термін "терапія" все більше набуває широкого соціального смислу, і перевага медиків-психотерапевтів у застосуванні терапевтичних методів носить відносний характер: там, де у людини були чи будуть невирішені соціальні проблеми, активну роль належить відіграти спеціалістам соціальної роботи. Саме вони, оволодівши сучасною технологією терапевтичного впливу, здатні перебороти вузьке трактування причин соматичних і психічних недуг.

2. Рівні реалізації соціальної терапії

Рівні соціальної організації визначають цілі, завдання, ресурси і методи, використовувані в процесі соціально - терапевтичного впливу на конкретний соціальний об'єкт.

Соціальна терапія як комплекс процедур, заходів і дій спрямована на вирішення соціальних проблем різного рівня організації суспільства. Соціальна терапія на макрорівні орієнтована на вирішення проблем суспільства як єдиного об'єкта впливу; на мезорівні вирішуються проблеми конкретної соціальної верстви, групи, класу тощо; на мікрорівні вирішуються внутрішньоособистісні, міжособистісні проблеми індивіда малих соціальних груп і окремих колективів.

Завдання соціальної терапії на макрорівні знаходять своє відображення в концепціях, посланнях президента, рішення уряду, законах. Наприклад, в останні роки особлива увага приділяється модернізації та реформування соціальної сфери: освіти, охорони здоров'я, соціального захисту та ін.

Технологіями реалізації завдань на цьому рівні виступають інформаційні технології, технології формування громадської думки, технології соціальної реклами, технології роботи соціальних мереж, передвиборчі технології та ін.

Технології соціальної реклами формують уявлення про конкретної суспільної проблеми і певне ставлення до неї, про шляхи її вирішення, про

соціально корисному і соціально безпечну поведінку. Вона містить мотивацію до здійснення бажаної дії, тому саме вона служить ефективним інструментом самоорганізації і самокоординації суспільства для вирішення нагальних проблем.

Формою соціальної терапії на мегарівні виступає участь в акціях. Сучасні форми арт-активізму задіють мистецтво як універсальний спосіб колективної емансипації, як тактику ухилення від репресій. І ряд сучасних художнических і(або) активістських ініціатив в Росії явно цієї стратегії.

Реалізація завдань соціальної терапії на мезорівні здійснюється у територіальних об'єднаннях індивідів, літніх людей, випускників інтернатних закладів, багатодітних сімей, безпритульних, що мають однакові проблеми. Діяльність організацій некомерційного сектора, релігійних об'єднань, діяльність груп само - і взаємодопомоги, общинна робота, робота за місцем проживання забезпечують соціальну підтримку індивідам можливість брати участь у вирішенні негативних соціальних проблем.

Завдання соціальної терапії на мікрорівні розуміються як робота з випадком. Соціальна терапія у відношенні особистості здійснюється через систему її соціальних зв'язків: сім'ю і найближче оточення. Процес соціальної терапії на мікрорівні спрямований на вирішення завдань на різних рівнях організації суспільства. Їх характер і зміст визначаються конкретною проблемою або групою проблем, що стоять перед суб'єктом і потребують свого вирішення.

3. Форми роботи у соціальній терапії

У змістовному плані соціальний працівник, використовуючи терапевтичні методи, опирається на досягнення психології, психіатрії, психотерапії. Цей міждисциплінарний характер методів впливу зумовлює складність технології соціальної терапії.

У цілому методи соціальної (психологічної) терапії ґрунтуються на двох формах роботи - індивідуальній і груповій, кожна з яких передбачає певну

технологію взаємодії між соціальним працівником (психосоціальним терапевтом) і клієнтом.

Індивідуальна терапія застосовується до клієнтів, вирішення проблем яких вимагає конфіденційності (згвалтування, сімейні негаразди), хто не хоче брати участь у колективній терапії. У практичній діяльності фахівець соціальної роботи постійно стикається із соматичними та психологічними проблемами клієнтів. Володіння методами соціальної терапії допомагає виявити внутрішні фактори розвитку людини, причини і мотивацію його поведінки.

На I етапі контакт соціального працівника з клієнтом здійснюється у вигляді терапевтичного консультування, бесіди або ради. Спеціаліст сам проводить цю терапевтичну роботу та (або) організує спільно з іншими на засадах міждисциплінарного ведення випадку.

Індивідуальна терапія застосовується до тих клієнтів, вирішення проблем яких вимагає конфіденційності (згвалтування, сімейні негаразди, тощо), хто не хоче брати участь у колективній терапії або потребує вирішення таких проблем, як сексуальне життя, суспільно неodobряемое або принижуюче клієнта поведінку. Зазвичай після двох-трьох сеансів індивідуального застосування терапії клієнт перекладається на колективну терапію, яка більш дієва, як нерідко відзначають самі підопічні.

Існують різні варіанти технологічного вирішення проблем в індивідуальній соціальній роботі: Так, ще в 1928 р. на Мілфордська конференції були визначені фактори, що обумовлюють правильний вибір технологічного рішення соціальних проблем: знання типових відхилень від загальноприйнятих норм соціального життя; ознайомлення з подробицями життя конкретної людини, що опинилася в скрутному становищі; застосування загальноприйнятих методів вивчення та надання допомоги людям, які потребують соціальної підтримки; використання засобів і ресурсів місцевих органів (громадських організацій); застосування знань і накопиченого досвіду в поєднанні з вимогами індивідуального підходу; розуміння теоретичних основ, що визначають цілі, етику і особливості адресної допомоги в соціальній роботі

Групова терапія у взаємодії з індивідуальною збагачує і доповнює терапевтичний вплив, дозволяє клієнту подивитись на себе очима групи, відкоригувати поведінку. Для формування і активізації групових процесів у вирішенні соціальних проблем велике значення мають психотерапевтичні процедури.

Форми роботи з дітьми-жертвами насилля

Основна перевага індивідуальної роботи - повна увага психолога до дитини, можливість більш повного контролю над психокорекційним процесом. Індивідуальну форму роботи з дітьми доцільно використовувати як під час найперших контактів з дитиною (встановлення психологічного контакту, подолання опору), так і на етапах підготовки дітей до групових форм роботи чи після закінчення групових занять

Групова форма роботи з дітьми, які пережили насильство, є оптимальною, оскільки в процесі такої роботи у них знижується почуття ізольованості, розвиваються навички спілкування, з'являється можливість проаналізувати внутрішні конфлікти і переживання.

Основні етапи реалізації програми.

I етап - встановлення позитивних психотерапевтичних стосунків та адаптація дитини до групової взаємодії.

Налагодження довіри - найважливіший аспект у вирішенні проблеми травми на початковому етапі роботи. Це завдання досягається вправами, спрямованими на розвиток групової згуртованості (яка є необхідною умовою атмосфери довіри); встановлення неформальних взаємин між дітьми; розвиток комунікативних навичок (досить ефективними можуть бути рольові ігри); усвідомлення важливості існування меж у стосунках з ровесниками.

II етап - безпосередня робота з психологічною травмою дитини. Мета даного етапу - корекція та компенсація негативного досвіду. На даному етапі визначаються люди і місця, з якими чи в яких дитина відчуває себе небезпечно, аналізуються такі типові в даній ситуації почуття, як сором, провина, відчуття зради та потреба приховати таємницю.

III-й етап -встановлення орієнтирів на майбутнє. Мета: допомогти дитині краще орієнтуватися у життєвих проблемах, переключити її увагу з пережитої драми на нормальне життя.

Змістом даного етапу є підвищення самооцінки, формування навичок асертивної (впевненої) поведінки, розвиток умінь визначення цілей на майбутнє.

Критерії успішності програми.

Успішність проходження програми дітьми, які стали жертвами насильства, можна оцінити шляхом безпосереднього спостереження з боку спеціаліста за поведінкою дитини. Необхідно пам'ятати, що відновлення самооцінки дитини може тривати досить довго і часто продовжується після закінчення терапії. Але саме терапія закладає основу для цієї позитивної зміни.

Приклади психокорекційних вправ, спрямованих на роботу з травмою:

- 1) "Я думаю, це сталося тому, що..."
- 2) "Лист образнику".

Приклади корекційних вправ, спрямованих на підвищення самооцінки та розвиток асертивності (впевненості):

- 1). "Мені подобається в тобі..."
- 2) Рольові ігри на асертивність.

Психотерапевт пояснює дітям, як краще вчинити, коли їхні друзі роблять чи говорять щось їм неприємне. Ця вправа дає дітям можливість проявити твердість у стосунках з однолітками, не принижуючи і не ображаючи їх.

4. Технологія роботи з мережею соціальних контактів

Технологія роботи з мережею соціальних контактів індивіда (дитини, літнього, підопічного), заснована на роботі з найближчим оточенням і включає в себе: мережеву діагностику; мережний аналіз (робота з мережевою картою клієнта); мережеві зустрічі. У практиці соціальної терапії використовуються як елементи мережевої роботи, так і сама технологія. Розглянемо алгоритм мережевої роботи на прикладі роботи з дитиною, яка має дисфункції поведінки, взаємини, і його соціальним оточенням.

Алгоритм роботи з індивідом включає в себе наступні дії:

1. Попередня робота - починається з моменту надходження дитини в установу, може займати різні проміжки часу (в залежності від ситуації і особистості дитини) і бути досить непомітною зі сторони, так як головним завданням є встановлення контакту і довірчих відносин дитини з фахівцем (соціальним педагогом, психологом, фахівцем із соціальної роботи).
2. Складання карти соціальних зв'язків - відбувається спільно з дитиною за умови, якщо мотивація на цю роботу відбулася. Він отримує детальну інструкцію щодо складання мережевої карти. При цьому дуже важливо, щоб мова фахівця була адаптована до вікових і особистісних особливостей дитини, була проста і зрозуміла, і процес складання карти не ставав "викачуванням" інформації.
3. Аналіз соціальної мережі - здійснюється також разом з дитиною. Аналіз теоретично вказує на наявні можливості і обмеження при вирішенні кризової ситуації. Далі фахівець досліджує баланс секторів карти.
На основі аналізу міжособистісних зв'язків і відносин фахівець визначає важливих і значимих осіб для дитини.
4. Організація зустрічі в рамках соціальної мережі. На основі аналізу спеціаліст спільно з дитиною досліджує можливість організації зустрічі в рамках соціальної мережі, на яку можуть прийти люди, зазначені в карті соціальних зв'язків.
5. Проведення мережевий зустрічі. Робота з соціальною мережею передбачає, що фахівці центру надають свої професійні знання в розпорядження людей, які звернулися за допомогою в центр.
6. Робота після мережевий зустрічі полягає в реалізації тих позитивних та конструктивних рішень, пропозицій, знайдених в процесі зустрічі. У цю роботу включаються вже не тільки фахівці та урядовці з обов'язку служби, але й особисто зацікавлені учасники соціальної мережі: родичі, друзі, сусіди.

5. Види соціальної терапії

Підставою для виділення видів соціальної терапії є об'єкт можливого соціально-терапевтичного впливу і домінуючий метод його здійснення.

У відповідності з об'єктом впливу виділяються такі види соціальної терапії: індивідуальна і групова. Остання підрозділяється на сімейну і мережеву.

У відповідності з домінуючим методом виділяються гарденотерапія, терапія самовиховання, арттерапія та ін

Індивідуальна терапія застосовується у відношенні окремої людини, вирішення проблем якого вимагає конфіденційності (сексуальне насильство, сімейні негаразди тощо) до тих, хто не бажає або з яких-небудь причин не може брати участь у груповій терапії.

Групова терапія розуміється як вплив, спрямований на надання допомоги людям у подоланні особистісних порушень або соціального безладу з використанням груп. Підставою для формування груп виступають: вік (дитячі, дорослі групи), підлога (чоловічі, жіночі, змішані), професійні, навчальні, групи для спільної діяльності і т. п. Люди, що входять у конкретну групу, повинні бути зацікавлені у вирішенні будь-яких подібних проблем і орієнтовані на отримання яких-небудь знань або навичок. Як правило, групова терапія передбачає використання психотерапевтичних процедур і операцій.

Сімейна терапія - форма групової терапії, орієнтована на системну роботу з сім'єю. При цьому сім'я розглядається як цілісна одиниця. Прагнучи надати необхідну допомогу в гармонізації сімейних відносин, в подоланні сімейних проблем і вирішенні сімейних конфліктів, спеціаліст розкриває внутрішньогрупові ролі членів сім'ї, їх взаємні обов'язки, спонукає їх до більш гнучкого поведінки і т. п.

Мережева терапія - ефективний спосіб відновлення відносин між індивідом і його соціальним оточенням, соціумом.

Система соціальних зв'язків людини, мережа його соціальних контактів являють собою ту силу і опору, які самі по собі є ресурсом, здатним мобілізувати наявні ресурси особистості і надалі зберегти її досягнення.

Домінуючий метод надання клієнту соціально-терапевтичної допомоги дозволяє виділяти більш широкий спектр різновидів соціальної терапії: терапія словом, сміхотерапія, клоун-терапія, трудова, окупаційна, терапія самовиховання, ортобіотика та ін.

Трудова терапія ґрунтується на наданні лікувального, тонізуючого, активізуючого впливу процесу праці на індивіда. Праця виступає засобом лікування і сприяє подоланню деструктивних змін, відхилень у поведінці індивідів, груп, спільнот; досягнення оптимального рівня самостійності.

Мета трудотерапії - корекція фізичного та психічного стану індивіда за допомогою специфічної трудової діяльності, здійснюваної для надання допомоги та досягнення індивідом незалежності у всіх аспектах життя. Це підтримка і розвиток оптимальних функцій, стратегія оволодіння навичками і вміннями самостійного розв'язання проблемних ситуацій, досягнення і збереження самостійності в догляді за собою, в роботі і соціальному середовищі.

Види соціально-терапевтичної допомоги і підтримки індивіда конкретні у кожному окремому випадку: оцінка потреби і потреб клієнта, визначення цілей для подальшої роботи, рада, практична допомога, консультування, інформування, організація та створення умов для спільної діяльності, навчання навичкам, допомога у прийнятті рішення, у виборі обладнання.

Особливе значення трудова терапія набуває в установах соціального захисту населення при роботі з людьми, що мають проблеми психічного здоров'я, гострої і хронічної фізичної дисфункції, проблемами поведінки і взаємовідносини із соціумом, з людьми, соціально виключеними з життя суспільства, - засудженими, бездомними.

Окупаційна терапія (ОК) - терапія повсякденними заняттями, форма професійної соціальної роботи. Це необхідна форма допомоги людям, які мають відхилення у поведінці, взаємодії. Залежно від специфіки об'єкта впливу, цілей і завдань визначаються і методики терапевтичного впливу.

Терапія самовиховання - це власна діяльність суб'єкта, спрямована на самопізнання, самоаналіз і самооцінку. Самовиховання - це активний процес

формування людиною себе як особистості у відповідності з поставленою метою на основі соціально обумовлених уявлень про ідеал власного "Я". Метод самовиховання найбільш успішний, якщо застосовувати його на базі аутогенних треніровок.

У технологічному аспекті метод самовиховання включає такі прийоми:

- самодослідження, самооцінка; переоцінка власної особистості; самоаналіз, переоцінка минулого, виявлення індивідуальних психологічних бар'єрів";
- створення бажаного образу "Я"; формування індивідуальних формул наміри; використання прийомів самоубеждень, самопоощрення і самонавіювання;
- сюжетна сенсорна репродукція поведінки "Я-образу" в різних ситуаціях діяльності та спілкування; "накладення" стереотипів "Я-образу" на реальну поведінку в процесі повсякденного життя і діяльності.

При цьому фахівець соціальної роботи буде виконувати ролі наставника, соціального супроводжуючого, персонального асистента вчителя соціальних умінь, провідника змін, відповідального за ведення випадку.

Основним суб'єктом цього виду соціальної терапії є сам індивід. Завдання фахівців полягає в тому, щоб навчити людину вищевказаних прийомів діяльності, здійснювати функції контролю процесу самовиховання з метою недопущення небажаних або необоротних змін особистості і організувати закріплення досвіду.

Гендерна терапія. Поділ людей на чоловіків і жінок визначає сприйняття відмінностей, характерних для психіки і поведінки людини. Ідея протилежності чоловічого і жіночого почав зустрічається в традиціях всіх цивілізацій. Сьогодні багато психологи ставлять під сумнів таке жорстке поділ людства на дві групи, вважаючи, що воно призводить до виникнення багатьох психологічних проблем.

Терапія харчової поведінки. В останній чверті ХХ ст. ожиріння стало соціальною проблемою в країнах з високим рівнем економічного розвитку, в яких як мінімум 30% населення має надлишкову масу тіла. Терапія харчової поведінки застосовується в різних установах (державних і приватних клініках, лікарнях та громадських центрах здоров'я) з пацієнтами, що страждають

порушеннями харчової поведінки і аліментарним (пов'язаним з переїданням) ожирінням.

6. Функції та методи соціальної терапії

Процес соціальної терапії спрямований на виконання ряду важливих і значимих функцій:

- соціальне "лікування", що передбачає надання клієнту необхідної підтримки та допомоги у вирішенні його проблем з міждисциплінарним веденням випадку;
- соціальний захист, спрямована на відстоювання інтересів клієнта, роз'яснення його потреб і потреб тим структурам, людям або організаціям, від яких залежить його соціальне благополуччя;
- соціальний розвиток, що сприяє виявленню прихованих або нереалізованих можливостей і здібностей клієнта, з метою подальшої оптимізації його життєдіяльності.

Критерії вирішення соціальних проблем клієнта:

- максимальне наближення цілі, прагнення, потреби і очікування суб'єкта до аналогічними характеристиками інших суб'єктів. Наприклад, вирішення проблеми матеріального неблагополуччя сім'ї може полягати в тому, що члени сім'ї переглянуть власні критерії благополуччя свою систему потреб (навчаться жити "по кишені");
- досягнення суб'єктом своїх цілей, задоволення своїх бажань і потреб. У такому разі суб'єкт отримує те, до чого прагнув і чого бажав (освіта, кар'єра, робота, сім'я та ін). Можна стверджувати, що це один з найбільш ефективних підходів до розв'язання соціальних проблем індивіда і групи;
- перетворення системи ціннісних орієнтації й інтересів суб'єкта. В даному випадку йдеться про розв'язання конкретної проблеми клієнта і зміну ставлення клієнта до існуючих цінностей.

Методи соціальної терапії

Методи соціальної терапії спрямовані на усунення соціального діагнозу, поставленого в результаті діагностики. У змістовному аспекті соціальний працівник, який використовує терапевтичні методи, спирається на досягнення

психології, психіатрії, психотерапії. Цей міждисциплінарний характер методів впливу на клієнтів обумовлює складність технології соціальної терапії.

Будь-який з методів терапевтичного впливу включає два компоненти:

- інтелектуальний, пов'язаний з інформаційним впливом слова;
- емоційний - вираз обличчя, тембр і інтонації голосу, характер і особливості жестів.

Основними методами соціальної терапії є: адміністративні, економічні, психолого-педагогічні. Розглянемо особливості кожного з них.

Адміністративні методи. Система адміністративних методів соціальної терапії побудована на принципах соціальної ієрархії, панування і підпорядкування. Вона передбачає жорстке дотримання формальних норм правил, що існують у суспільстві (закони, інструкції, положення тощо).

Економічні методи. В процесі використання цієї групи методів враховуються та аналізуються економічні інтереси та економічне становище того або іншого соціального суб'єкта. Прикладами таких методів є економічні пільги, економічна підтримка (допомоги, пенсії тощо) та економічні санкції. При комплексному підході до вирішення проблеми зростає ефективність використання економічних методів соціальної терапії.

Психолого-педагогічні методи спрямовані на розв'язання проблем окремої людини чи малих соціальних груп. Характерною ознакою цієї групи методів є те, що вони мають "відкладений ефект".

Використання на практиці даних методів передбачає вплив на систему взаємовідносин в малих групах, на внутрішній світ людини, його систему ціннісних орієнтацій й ідеалів. До зазначених методів відносяться переконання, виховання, психологічна корекція тощо.

7. Групова соціальна терапія

Група - це колектив людей, які мають спільну мету, яка може бути досягнута в результаті взаємодії та спільної роботи членів групи.

Групова терапія у взаємодії з індивідуальною збагачує і доповнює терапевтичний вплив, дозволяє клієнтові поглянути на себе очима групи, скорегувати поведінку, поглибити і ретельно розробити ефективну програму індивідуальної терапії.

Функції малих груп досить різноманітні: допомога і взаємодія, розвиток самосвідомості і самооцінки, впевненості в собі і своїх силах, позбавлення від самотності, розвиток почуття приналежності, проведення дозвілля та ін

До особливостей роботи в малих групах можна віднести наступні положення: мала група сприяє виходу з ролі "тільки слухача"; у малій групі стає реальним пізнання власної точки зору, власного життєвого досвіду, особистих можливостей; в малій групі можлива зворотний зв'язок, тобто з'ясування того, як індивід впливає на інших своєю поведінкою та словом; мала група може стати інструментом накопичення особистого досвіду, спосіб управління і перевірки досягнутого.

Мета методу групової роботи - надання допомоги клієнту через передачу групового досвіду для розвитку його фізичних і духовних сил, формування соціальної поведінки.

Реалізація цієї мети може бути досягнуто або за рахунок організації групової діяльності і соціальної активності членів групи для досягнення загальнозначущих цілей, або за рахунок розширення сфери індивідуального досвіду й самосвідомості в інтенсивному спілкуванні, або за рахунок включення групи в продуктивну творчу діяльність.

Технологія роботи в групі вирішує наступні завдання: виправлення, коригування мети, коли справа стосується поведінки одного чи кількох її членів; попередження дисфункцій (у разі такої небезпеки); забезпечення нормального розвитку членів групи, особливо в критичні періоди росту; утвердження особистості; виховання почуття громадянськості.

Склад групи може бути різноманітний як за характером, так і за цілями:

- навчальні групи: крім отримання знань є можливість висловити свою думку або обговорити особистісні проблеми;

- групи спільної діяльності виступають як метод встановлення надійного контакту, розвитку здібностей до співпраці, спілкування, вирішення конфліктів і прийняття рішень. Наприклад, заняття спортом, відвідування театру з подальшим обговоренням та ін;
- батьківські групи є різновидом навчальної групи, але тільки мають більш широкі цілі;
- чоловічі та жіночі групи. Наприклад, для вирішення питань про роль жінки в сучасному суспільстві, звільнення від гніту, розвитку солідарності; кризові моменти: згвалтування, жорстоке поводження, розлучення і вікові проблеми.

Склад групи може змінюватися в залежності від поставлених цілей і розв'язуваних.

Керівництво груповою роботою. В залежності від цілей групи позиція соціального працівника може бути різною. Якщо група орієнтована на досягнення загальнозначущих в широкому правовому і цивільному контексті цілей (наприклад, відкриття спортивного майданчика в мікрорайоні), то соціальний працівник виконує роль організатора і координатора зовнішніх зв'язків групи. Якщо мета групи - розширення сфери самосвідомості та індивідуального досвіду за рахунок інтенсивного і рефлексивного спілкування (наприклад, тренінг комунікативних навичок), то в цьому випадку соціальний працівник - посередник внутрішньогрупової взаємодії.

Правила роботи з групою. При груповій роботі необхідно дотримувати правила роботи, які підвищують її ефективність і результативність: без особливої потреби не втручатися в роботу групи; піклуватися про те, щоб не було домінування одного учасника над іншими; втягувати в розмову всіх; не залишати без уваги мовчазних; сприяти взаємодії членів групи, стежити за дотриманням часових рамок.

Для ефективної роботи групи дуже важлива організація простору взаємодії. Розміщення: всі повинні бачити керівника, а він всю групу; учасники, які відчувають особливі труднощі, повинні бути розміщені відповідно. Розміщення

учасників має відповідати виробленої діяльності, а вибір приміщення - забезпечувати конфіденційність і захищеність від сторонніх перешкод.

Структура групової роботи може бути представлена у вигляді наступного алгоритму: планування діяльності групи (визначення конкретної мети); орієнтація (привітання, знайомство); вступ (мета і завдання зустрічі); підготовка (вправи на згуртування, загальний настрій, зняття внутрішніх бар'єрів, підвищення мотивації та прагнення до спілкування); робота (досягнення поставлених цілей); висновок (підведення підсумків, переключення).

У будь-якій групі є два рівня поведінки і взаємодії: обговорення основної теми і процес, що відбувається паралельно з обговоренням. При оцінці роботи групи важливо з'ясувати успішність роботи групи і кожного учасника, досягнення поставлених цілей, виявлення позитивних моментів, можливостей використання отриманого досвіду.

Форма планування роботи групи: визначення форми діяльності, кількість та імена учасників, співробітники, керівник, помічник, необхідне обладнання, місце проведення зустрічі, цілі групи.

Методика групової дискусії.

Технологічний ланцюжок групової дискусії пов'язаний з фазами розвитку групи. Перерахуємо основні змістовні моменти групової дискусії:

- знайомство членів групи;
- обговорення очікувань клієнтів, їх побоювань;
- переживання і обговорення групового напруження, пов'язаного з неузгодженістю між очікуваннями клієнтів і груповий реальністю;
- наростання опору і агресії відносно керівника групи, співвідношення цих переживань з минулим життєвим досвідом;
- розкриття справжніх почуттів до керівника, їх переробка, вироблення групових норм щодо керівника;
- розкриття проблем, пов'язаних з самостійністю, відповідальністю і активністю;
- формування адекватного ставлення до проблеми, яку необхідно вирішити, активної мотивації до участі в роботі групи, норм і традицій групи;

- аналіз групової динаміки з виходом на проблематику окремої людини - власне "робоча фаза" групової терапії, в ході якої вирішуються основні її завдання: корекція відносин, неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки, закріплення і генералізація досягнень;
- обговорення результатів терапії, підведення підсумків.

Технологія самопрезентації - це вміння ефектно і виграшно подавати себе в різних ситуаціях, це індивідуальний стиль спілкування, неповторний образ, який привабливий для навколишніх.

В рамках групової роботи особлива увага приділяється вивченню зовнішніх ознак самопрезентації: мова тіла, правильне дихання, техніки внутрішнього контролю, спокою, іміджеві та поведінкові характеристики, культура публічного виступу.

8. Методи поведінкової терапії в групі

До навчання навичкам соціального функціонування відносяться методи виконання клієнтом різних функцій в терапевтичному співтоваристві, таких як організація вільного часу, свого та інших, ініціатива у загальних заходах; терапія зайнятстю, самостійність, співпраця, ініціатива, зацікавленість; бесіди про професії, розповідь на зборах клієнтів про своєї професії, займаній посаді, своїх прагненнях, переваги роботи, публічний виступ; функції підпорядкування, наведення порядку, чергування по прибиранню; керівні функції в самоврядуванні і пов'язані з цими функціями відповідальність та вміння керувати іншими; співпраця з колективом (чергування в групі, звіт про активність групи).

Методи поведінкової терапії в профілактиці віктимності.

Сучасна віктимологія, тобто вчення про жертву (від лат. *viktima* - жертва і грец. *logos* - вчення), як спеціальна соціологічна теорія здійснює комплексний аналіз феномена жертви, виходячи з теоретичних уявлень і моделей, спочатку розроблених у сфері таких соціальних дисциплін, як кримінологія, політологія, теорія державного управління, психологія, соціальна робота, конфліктологія, соціологія відхиляється.

У групах розглядаються різні ситуації, потрапляючи в які людина стає жертвою, а саме кримінальні злочини та захоплення заручників; такі специфічні види насильства, як насильство над дітьми, сімейне насильство, сексуальне насильство (зґвалтування), шкільне насильство і мобінг (насильство на робочому місці), віктимологія адиктивної (залежної) поведінки. Використовуються як підходи до індивідуального консультування в кожному із зазначених випадків, так і групові форми роботи у вигляді тренінгів.

Дискусійна терапія регулярно використовується в соціальній роботі з різними групами. В дискусії можуть бути порушені як актуальні проблеми, так і теми, пов'язані з біографічними даними клієнтів.

Соціотерапія - вплив на соціальне оточення клієнта з допомогою державних і громадських організацій. Наприклад, застосовується у відношенні батьків з асоціальною поведінкою і т. п.

Музикотерапія - один з найстаріших методів впливу на психіку людини, який може використовуватися і в лікувальних цілях. Групові, індивідуальні музикотерапевтичні заняття з урахуванням актуальної ситуації в групі включають в себе музичну тему, яка викликає слухачів переживання, пов'язані з їх минулим, сьогоденням і майбутнім. Відзначено, що цей метод найбільш ефективний, якщо музичний твір виконує сам терапевт.

Складання музичної програми потребує певної режисури, знання потреб групи, рівня культури підопічних, які беруть участь у даному терапевтичному дії. Для деяких клієнтів метод музикотерапії є важкою формою, особливо якщо підопічний терапевта відчуває недостатність музичної освіти або не має музичного слуху.

Ритмотерапія тісно пов'язана з музикотерапією та іншими засобами мистецтва, ритмом природи, притаманними людині природними біоритмами життя. Наприклад, красива ритмічна музика сприяє гармонійному емоційному розвитку людини в праці, побуті і т. д. В цілому ритмотерапія дає можливість клієнтам виконувати різні соціальні ролі і задовольняти потреби в емоційних

зв'язках, розвиває естетичні потреби і збагачує новими засобами емоційного вираження.

Арт-терапія мистецтвом. Існує декілька варіантів цього методу: використання вже існуючих творів мистецтва через їх аналіз та інтерпретацію клієнтами; спонукання клієнтів до самостійної творчості; використання творів мистецтва і самостійна творчість клієнтів; творчість самого спеціаліста - ліплення, малювання та ін., спрямоване на взаємодію з клієнтом.

Кольоротерапія. Відомо, що у кожної людини є свій більш або менш виразне ставлення до того чи іншого кольору і їх різних поєднань, що дозволяє використовувати колірні переваги в якості діагностичних методів. У плані діагностики істотне значення має відношення до тим чи іншим кольорам самих клієнтів, інформацію про якому можна отримати не тільки шляхом тестування або розпитування, але і спостереження (колір костюма, краватки тощо). В окремих випадках "соціалізовані" (і тому купують знаковий характер) кольори можуть чинити такий же вплив, як і слова (наприклад, портрет близької людини в чорному обрамленні, колір прапора).

Ці відомості також доцільно повідомляти клієнтам і рекомендувати їм вчитися самостійно підбирати необхідний колір як в цілях стимуляції, так і корекції свого стану.

Психогімнастика - одна з форм психотерапії, при якій взаємодія ґрунтується на руховій експресії, міміці, пантомімі.

Вправи спрямовані на досягнення двох цілей: зменшення напруги і скорочення емоційної дистанції учасників групи, а також вироблення вміння виражати почуття, бажання - свої і іншої людини.

Натурпсихотерапія, або вплив природи. Іноді говорять про ландшафттерапії. Значення цього методу зростає внаслідок урбанізації соціального середовища, погіршення екологічної обстановки, зростання відчуженості людини від природи.

Логотерапія, або розмовна психотерапія. Спеціаліст розмовляє з клієнтом, вербалізує для нього його емоційний стан, з допомогою цього клієнт сам

справляється з важкою ситуацією. У його особистості відбувається перебудова, яку він самостійно виявляє конструктивні зміни в самому собі. Це приносить йому задоволення, підвищує ступінь самоповаги, сприяє становленню зрілої особистості.

Бібліотерапія. В ході самостійного читання клієнт веде щоденник, аналіз якої допомагає об'єктивно оцінити стан пацієнта. Список книг психотерапевт підбирає сам у відповідності з проблемою клієнта.

Імаготерапія - використання в цілях терапії гри образами (лат. imago - образ). Людина створює динамічний образ самого себе.

Тут застосовуються найрізноманітніші конкретні прийоми: переказ літературного твору в задалегідь заданої ситуації, переказ і драматизація народної казки, театралізація розповіді, відтворення класичної та сучасної драматургії, виконання ролі у виставі.

Каніс-терапія - терапія з собакою, виступає засобом соціальної терапії в роботі з дітьми-інвалідами, літніми, "в'язнями кімнат". Заняття будуються з урахуванням принципу комплексного підходу та корекції за допомогою спеціально підібраних ігор та вправ з собаками і передбачають індивідуальний підхід з урахуванням стану людини, його віку, характерологічних особливостей і специфічних потреб.

Заняття проводяться індивідуально або в міні-групах (три-п'ять осіб). Відповідальний за ведення випадку спостерігає динаміку розвитку індивіда, веде документацію, працює з фахівцями (лікарем, реабілітологом, психологом, дефектологом), погоджує структуру занять.

Їздова собака як адаптер для дітей з девіантною поведінкою. У заняттях з дітьми і підлітками з девіантною поведінкою задіяні собаки їздових порід (маламути, хаскі, самоїди, чинуки, чукотські їздові, метиси).

У технології соціальної роботи не можна віддавати перевагу якому-небудь терапевтичному методу або прийому і вважати його панацеєю від усіх бід. Вплив на клієнта найбільш ефективно, коли воно застосовується з урахуванням умов і ситуації, набутого досвіду, чинників, які посилюють мотивацію клієнта на

досягнення і закріплення результату. Треба зауважити, що і організаційна структура соціальної установи, професіоналізм фахівців впливають на якість і збереження соціально-терапевтичного ефекту.

В даний час виділилося кілька напрямків соціально-терапевтичної роботи, які ґрунтуються на різних функціональних підходів в організації роботи на мікрорівні.

Перший підхід, який застосовують соціальні працівники багатьох західних країн, ґрунтується на лікувальній функції.

Так, у США соціальні працівники часто працюють в клініках і центрах психічного здоров'я, де дотримуються орієнтації на індивідуальне лікування. Роль соціального працівника як фахівця полягає в наданні допомоги клієнту у вирішенні його проблем спільно з медиками.

Другий підхід у соціальній роботі - соціальний розвиток. Ця модель передбачає включення клієнта в активну групову діяльність, наприклад для вирішення соціальних проблем за місцем проживання, на роботі і т. д. Діяльність даних груп розглядається скоріше як процес "спільного розвитку, позитивно впливає на соціальне здоров'я клієнтів.

Третій підхід у соціальній роботі - це функція відстоювання інтересів. Головне завдання зводиться до того, щоб роз'яснити потреби гноблених або соціально вразливих людей суспільству, організаціям, в яких вони живуть і працюють.

В основі терапевтичного впливу лежить процедура соціальної допомоги, надання клієнту підтримки з боку оточення, ліквідація негативних наслідків взаємин. Соціальна терапія передбачає пряме втручання з метою усунення перешкод, що заважають повноцінному соціальному розвитку індивіда, соціальної групи.

Соціальна терапія як певна форма втручання (інтервенції) у світ клієнта може бути розглянута як метод лікування, що впливає на психічні і соматичні функції організму; як метод впливу, пов'язаний з навчанням і професійною орієнтацією; як інструмент соціального контролю; як засіб комунікації.

9. Застосування технологій соціальної терапії

Зупинимось на деяких найбільш важливих терапевтичних загальних і конкретних технологіях:

- Трудова терапія. Вона заснована на тонізуючій та активізуючій дії праці на психофізичну сферу людини. Робота піднімає життєвий тонус, і як метод відновлювального лікування має важливе значення для поступового повернення хворих до звичайного життєвого ритму, підвищує соціальний статус людини. Ця проблема досить гостро постає у пенсійному віці. Терапія посиленою зайнятістю повинна як обов'язковий компонент входити в комплекс соціально-терапевтичних заходів з особами літнього віку.

- Терапія самовиховання. Самовиховання - це активний процес формування людиною себе як особистості відповідно до поставленої мети на основі соціально зумовлених уявлень про ідеал власного Я. Метод самовиховання є найбільш успішним, якщо застосовувати його на базі аутогенного тренування.

У технологічному аспекті цей метод включає такі прийоми:

- 1) самооцінка;
- 2) переоцінка власної особистості;
- 3) самоаналіз, переоцінка минулого, вияв індивідуальних "психологічних бар'єрів";
- 4) створення бажаного образу Я;
- 5) формування індивідуальних формул наміру;
- 6) використання прийомів самопереконавання, самозаохочення і самонавіювання;
- 7) сюжетна сенсорна репродукція поведінки "Я - образу" в різних ситуаціях діяльності і спілкування;
- 8) "накладення" стереотипів "Я - образу" на реальну поведінку в процесі повсякденного життя і діяльності.

- Соціотерапія - вплив на соціальне оточення клієнта з допомогою державних і громадських організацій.

- Арттерапія - лікування мистецтвом. Існує декілька варіантів цього методу:

- використання уже існуючих творів мистецтва через їх аналіз і інтерпретацію клієнтами;
- спонукання клієнтів до самостійної творчості;
- використання творів мистецтва і самостійна творчість клієнтів;
- творчість самого спеціаліста - ліплення, малювання тощо, спрямовані на взаємодію з клієнтом.

Значна роль в арт-терапії належить театральному мистецтву. Театральне мистецтво здійснює вплив на всі сторони людської психіки: інтелект, почуття, моральні якості й риси характеру, життєві звички, установки, орієнтації, мотиви поведінки і оцінки.

- Епістолярна терапія дозволяє досягнути реставрації міжособистісних стосунків у випадку, коли мовний контакт порушено чи він взагалі не існує. Можливі форми роботи з епістолярної терапії: лист до уявного (реального) друга; лист самому собі; лист до улюбленого героя (літературного, історичного); лист в майбутнє.

- Натурпсихотерапія - лікування природою. Значення цього методу буде зростати внаслідок урбанізації соціального середовища.

- Ігрова терапія. Залежно від теоретичних орієнтацій існують різні форми ігрової терапії.

З дітьми, які пережили насильство, використовується клієнт-центрована ігрова терапія. Цей напрям терапії визначається дослідниками як динамічна система міжособистісних відносин між дитиною та терапевтом, який навчений процедурам ігрової терапії, забезпечує дитину ігровим матеріалом і полегшує побудову безпечних взаємин для того, щоб дитина могла найбільш повно виразити і дослідити власне Я (почуття, думки, переживання і вчинки) з допомогою гри - природного для дитини засобу комунікації. Діти повніше і безпосередніше виражають себе в спонтанній, самостійно ініційованій грі, ніж у словах. До того ж, як правило, слова ще не наповнені для дитини тим емоційним смислом, який є в словах дорослої людини, і "промовляння" може не мати сильного терапевтичного ефекту, отже, для дитини більш корисним є

"програвання" своїх почуттів чи деякої складної ситуації в присутності приятного і делікатного дорослого.

- Казкотерапія - одна з найцікавіших психокорекційних технік (аналіз відомих дитячих казок, створення казки "по слову від кожного", вигадування кінця казки чи початку нової казки та ін.). Особлива значущість казкотерапії виявляється у роботі з дітьми молодшого віку.

З допомогою казок діти набувають необхідних знань і навичок, вчать переборювати складні ситуації, використовуючи героїв творів як модель для наслідування. Використовують і так звані "персоналізовані" казки. У них герой максимально наближений до дитини, з якою передбачається працювати, але не ідентичний їй. Схожість повинна сприяти ідентифікації дитини з героєм, який в казці знаходить шляхи і способи розуміння і вирішення своїх труднощів і конфліктів. Разом з тим слід наголосити, що гарним соціальним працівником є не той, хто просто вивчає різні терапевтичні методи і методики, а той, хто через глибокі контакти з кожним клієнтом буде намагатися якнайкраще зрозуміти іншу людину й збагачувати свій власний світ переживань, бо розуміння іншої людини залежить не стільки від методу, скільки від людських якостей соціального працівника.

За всієї своєрідності профілактичного, адаптаційного, реабілітаційного і терапевтичного впливу на соціальні об'єкти у цих процесах є багато спільного. Деякі терапевтичні методи активно використовуються в адаптації, реабілітації і навіть у профілактиці. Адаптація може служити одним із засобів реабілітації і навпаки. І все це спрямовано на досягнення загальної мети - надання соціальної допомоги особистості шляхом відновлення, збереження та покращання її здатності до соціального функціонування й забезпечення соціального оздоровлення.

Література:

1. Дементьева Н.Ф., Старовойтова Л.И. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы: Учебное пособие. – М.: Академия-центр, 2010. – 272 с.

2. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації: Навч.-метод. Комплекс / Автор.-упоряд.: О.В. Безпалько, І.Д. Зверева, З.П. Кияниця, В.О. Кузьмінський та інш. / За заг. ред.: І.Д. Звереві, Ж.В. Петрочко – К.: Фенікс, 2007. – 528 с.
3. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р.Мисули, Л.О.Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005.- 402 с.
4. Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи : навч. посібник / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009. – 222 с.
5. Сергієні О.В. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: Методичні рекомендаціїю. - Дніпропетровськ, 2007. - 23 с.
6. Технології роботи з різними категоріями клієнтів центрів соціальних служб для молоді: Методичний посібник / С.В. Толстоухова, О.О. Яременко, О.В. Вакуленко та ін. – К.: ДЦССМ, Державний ін-т проблеми сім'ї та молоді, 2003. – 88 с.

Тема 8. Медико-соціальна реабілітація осіб обмеженими можливостями здоров'я

1. *Установи, що реалізують реабілітаційні програми, їх види, структура, завдання*
2. *Хворий як об'єкт медико-соціальної реабілітації: критерії відбору, принципи, періоди реабілітації*
3. *Реабілітація інвалідів в Україні, установи, що її реалізують*

1. Установи, що реалізують реабілітаційні програми, їх види, структура, завдання

Загалом до виконання програми «Здоров'я людини» залучено понад 160 органів, організацій та установ.

Основними виконавцями реабілітаційних програм є:

- *реабілітаційно-лікувальні (лікувально-профілактичні);*
- *реабілітаційно-оздоровчі;*
- *реабілітаційно-протезні.*

Тип та вид реабілітаційної установи повинні визначатися при її акредитації та ліцензуванні, що є часткою державної програми, яка надає повноваження установам охорони здоров'я на виконання певних видів медичної діяльності, реабілітаційних послуг.

Кваліфікаційна характеристика персоналу повинна підтверджуватися сертифікатом-документом, що дає право на виконання певних послуг, операцій, процедур.

Фахівці причетні до медико-соціальної реабілітації: лікарі-терапевти, травматологи, невропатологи, нейрохірурги, інші спеціалісти (залежно від характеру захворювань осіб, які підлягають реабілітації); медичні сестри, фізіотерапевти, спеціалісти з лікувальної фізкультури та спорту, психотерапевти, спеціалісти з праце терапії, експерти з праці, педагоги, психологи, соціологи, юристи, представники органів соціального забезпечення, представники підприємств, профспілкових організацій.

Реабілітаційно-лікувальні (лікувально-профілактичні) установи:

Етапи реабілітації. У державі функціонують лікувально-профілактичні установи (відновного лікування), що забезпечують проведення наступних етапів реабілітації:

- *стаціонарного;*
- *напівполіклінічного (денний стаціонар);*
- *поліклінічного*

Такі установи повинні мати достатню матеріально-технічну базу, можливості для її розширення та кращий територіальний і транспортний доступ.

За видом надання лікувальної допомоги виділяють такі реабілітаційно-лікувальні установи:

- *спеціалізовані (кардіологічні, неврологічні та ін.),*

- *поліпрофільні (загального типу).*

За адміністративно-територіальним рівнем виділяють: районні, міжрайонні, міські, обласні, відомчі реабілітаційно-лікувальні установи.

На рівні області відновне лікування здійснюють реабілітаційні лікарні. В лікарні реабілітації збільшена (порівняно з лікарнями загального профілю) кількість медичних сестер з масажу, працетерапії, методистів з лікувальної фізкультури тощо.

Загальні протипоказання до направлення хворих на реабілітаційне стаціонарне лікування:

- *всі хвороби у період загострення;*
- *всі хронічні захворювання, що потребують спеціального лікування;*
- *перенесені інфекційні хвороби дітей до закінчення терміну ізоляції⁴*
- *бацилоносійство;*
- *сі заразні захворювання очей, шкіри, злоякісні новоутворення, активні форми туберкульозу легень та інших органів;*
- *хворі із захворюванням серцево-судинної системи при недостатності кровообігу;*
- *хворі на епілепсію, з психоневрозом, психопатією, розумовою відсталістю, що потребують індивідуального догляду і лікування;*
- *наявність супутніх захворювань, протипоказаних для санаторно-курортного лікування.*

В обласних центрах та містах обласного підпорядкування при лікувально-профілактичних установах та стаціонарах діють профільні відділення (центри) реабілітації, які працюють у тісному контакті із спеціалізованими відділеннями за своїм профілем. Залежно від того, при якому закладі організовані (це можуть бути стаціонарні, поліклінічні, санаторні реабілітаційні центри), вони повинні мати у штаті кваліфікованих лікарів і медичних сестер, які пройшли спеціальну підготовку з основ реабілітації та особливостей реабілітації хворих різних профілів захворювань.

Структура центрів (відділень) реабілітації:

- діагностичне відділення: клініко-діагностична лабораторія, кабінет функціональної діагностики, рентгенологічний кабінет тощо;
- фізіотерапевтичне відділення: світлолікування, електролікування, водолікування, грязелікування, інгаляційне лікування, масаж;
- відділення лікувальної фізкультури: спеціалізовані зали, кабінети механотерапії, басейн, спортивні майданчики на відкритому повітрі;
- відділення соціально-трудової реабілітації: кімнати побутової реабілітації, трудові майстерні;
- відділення соціально-психологічної реабілітації: кабінети психотерапевта, соціолога, юриста, логопед.

Стаціонарозамінююча медична допомога. В умовах впровадження економічного методу управління в охороні здоров'я створені нові організаційні форми стаціонарозамінюючої медичної допомоги: денні стаціонари в поліклініках, лікарняні стаціонари (відділення, палати) денного перебування, домашні стаціонари.

Робота денних стаціонарів в поліклініках та стаціонарів денного перебування спрямована на своєчасне лікування та оздоровлення хворих, поліпшення якості медичної допомоги, забезпечення її доступності, підвищення економічної ефективності, скорочення термінів тимчасової непрацездатності, проведення окремих діагностичних обстежень тощо.

Домашній стаціонар організовується для хворих із гострими та хронічними захворюваннями, які за станом здоров'я не потребують госпіталізації або якщо вона неможлива. На великих промислових підприємствах відновне лікування проводять в медико-санітарних частинах, які можуть бути стаціонарними чи амбулаторними відділеннями промислової реабілітації при медико-санітарних частинах великих підприємств.

Мета:

- збереження професії хворим чи інвалідам;
- оволодіння новою професією при втраті попередньої.

Засоби, що використовуються для лікувально-тренувального впливу:

- спеціальне промислове обладнання та інструменти;
- спеціальні пристосування до верстатів та інструментів;
- спеціальне обладнання робочого місця.

Реабілітаційні комісії лікувально-профілактичних установ

У лікувально-профілактичних (реабілітаційно-лікувальних) установах повинні бути створені реабілітаційні комісії (ради).

Склад реабілітаційної комісії:

- постійні члени комісії: завідувач відділенням, лікар-спеціаліст з профілю хворого, фізіотерапевт, лікар з лікувальної фізкультури, лікар з функціональної діагностики, інструктор з трудотерапії, юрист;
- непостійні члени комісії: при потребі запрошуються інші спеціалісти (суміжних спеціальностей, психотерапевт та ін.).

Функціональні обов'язки реабілітаційної комісії:

- відбір хворих, які потребують реабілітації, розробка плану реабілітаційних заходів відповідно до функціонального діагнозу, індивідуальних особливостей організму хворого, перебігу захворювання та забезпечення їх реалізації;
- розробка технології реалізації "Індивідуальної програми реабілітації" (ІПР) та передача у визначеній послідовності програми реабілітації відновним структурно-функціональним підрозділам для виконання;
- уточнення функціонального діагнозу під час відновного лікування та прогнозування реабілітації;
- корекція при необхідності методів виконання ІПР;
- управління виконанням ІПР за допомогою регулювання взаємодії і спадкоємства у роботі реабілітаційних структурно-функціональних підрозділів;
- облік ефективності лікування: порівняння одержаних результатів лікування із запрограмованими;
- аналіз результатів реабілітаційної діяльності, якості та ефективності окремих програм і визначення заходів з їх оптимізації;

- вирішення питань працездатності (працездатний без обмежень, працездатний з обмеженнями в об'ємі, часі чи характері виробничої діяльності, тимчасово непрацездатний, потребує направлення на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) для продовження листка тимчасової непрацездатності);

- при реабілітації інвалідів - інформація МСЕК про проведене відновне лікування, зворотний зв'язок;

- при тривалій втраті працездатності - оформлення документів на МСЕК;

- оформлення документів у Фонд соціального захисту інвалідів на придбання медикаментів, необхідних для проведення курсу консервативного або оперативного лікування;

- забезпечення реабілітаційних лікувально-профілактичних відділень та лікувально-профілактичних закладів необхідним обладнанням, ліками, кадрами;

- розробка основних напрямків розвитку та удосконалення служби медичної реабілітації у своєму лікувально-профілактичному закладі.

Реабілітаційно-оздоровчі установи

Після закінчення реабілітації в лікувально-профілактичних установах хворий чи інвалід переводиться на реабілітацію в реабілітаційно-оздоровчі установи, які здійснюють санаторний етап реабілітації. До них належать:

- санаторії (профспілкові, відомчі, регіонального підпорядкування);
- санаторії-профілакторії.

Курорт — місцевість з наявністю лікувальних природних факторів (мінеральні джерела, лікувальні грязі, сприятливі кліматичні умови), а також бальнеологічних, гідротехнічних та лікувально-профілактичних закладів.

Залежно від переваги того чи іншого цілющого природного фізичного фактора, виділяють курорти: кліматичні, бальнеологічні, грязьові, змішані. Використовують клімат пустинь, степу, лісостепу, гірський, приморський, клімат сольових шахт.

Для використання лікувальних факторів на курорті створюються спеціальні лікувальні заклади - санаторії, будинки відпочинку, курортні поліклініки.

Санаторій - спеціалізований стаціонарний заклад у системі санаторно-курортного лікування, в якому використовуються лікувальні комплекси кліматотерапії, бальнеотерапії, грязелікування. Санаторії забезпечують комфортне розміщення хворих для проведення лікування: лікувальні корпуси, пляжі, солярії, бювети мінеральних вод, інгаляторії, сауни, кабінети фізіотерапії, водо-, болотолікування, спортивні споруди, кабінети лікувальної фізкультури, масажу, рефлексотерапії, психотерапії.

Профілі санаторіїв для лікування пацієнтів:

- із захворюваннями серцево-судинної системи;
- із захворюваннями органів травлення;
- із захворюваннями органів дихання;
- із захворюваннями жіночих статевих органів;
- із захворюваннями опорно-рухового апарату;
- із захворюваннями шкіри;
- із захворюваннями нирок і сечовивідних шляхів;
- із порушеннями обміну речовин.

Показання для направлення на курортне лікування. Направленню на курорти з врахуванням їх спеціалізації підлягають хворі на різні хронічні захворювання в стадії стійкої ремісії без виражених порушень функції відповідних органів (наприклад, без значної коронарної, дихальної, легенево-серцевої недостатності тощо), без явної активності запального процесу.

Протипоказання до санаторно-курортного лікування:

- гострий період захворювання;
- хвороби внутрішніх органів за наявності вираженої органної та системної недостатності;
- інфекційні захворювання, в тому числі венеричні;
- психічні розлади, алкоголізм, наркоманія;
- друга половина вагітності, весь період патологічної вагітності, стан після абортів, період лактації;
- схильність до кровотеч;

- онкологічні захворювання;
- гостро прогресуючі форми туберкульозу легенів та хронічний туберкульоз у період дисемінації і зі схильністю до кровотеч;
- відсутність у хворого здатності до самообслуговування.

2. Хворий як об'єкт медико-соціальної реабілітації: критерії відбору, принципи, періоди реабілітації

Критерії відбору хворих для медико-соціальної реабілітації: медичні, біологічні, психологічні, соціальні.

Медичні - розподіл хворих по групах захворювань: захворювання периферійної нервової системи, хвороби кістково-м'язової системи, хвороби системи кровообігу, хвороби сечостатевої системи та ін.

Соціальні: трудовий стаж, професія, житлові умови, сімейний стан, освіта.

Біологічні: вік, стать, , особливості конституції та ін.

Психологічні: тип нервової діяльності, оцінка хворим свого стану, взаємостосунки в сім'ї, на виробництві, психологічна готовність працювати.

Принципи реабілітації:

- *ранній початок реабілітаційних заходів;*
- *етапність лікування: початку виникнення захворювання до кінцевого його наслідку;*
- *послідовність та безперервність лікування на всіх етапах;*
- *комплексний характер реабілітаційних заходів;*
- *індивідуальність реабілітаційних заходів;*
- *доступність;*
- *повернення до активної праці;*
- *продовження лікування після повернення до суспільно корисної праці;*
- *необхідність реабілітації у колективі разом з іншими хворими.*

Періоди реабілітації.

У медичній реабілітації, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ розрізняють два періоди: лікарняний та післялікарняний. Всі інші види реабілітації підпорядковані періодам медичної реабілітації. В цих періодах виділяють наступні етапи:

- лікарняний період включає I етап реабілітації - лікарняний (стаціонарний, госпітальний),
- післялікарняний період включає II етап - поліклінічний або реабілітаційний, санаторний період III етап – диспансерний.

I етап реабілітації - лікарняний (стаціонарний) розпочинається у лікарні, де після встановлення діагнозу лікар складає хворому програму реабілітації.

Завдання реабілітації:

- ліквідація чи зменшення активності патологічного процесу, прискорення відновних процесів;
- попередження ускладнень, загострення супутніх захворювань;
- розвиток постійних або тимчасових компенсацій;
- відновлення функцій органів та систем, уражених хворобою;
- поступове збільшення фізичної активності хворого та адаптація організму до зростаючих навантажень побутового характеру.

Засоби реабілітації. Вона включає переважно медикаментозні або хірургічні

методи лікування. Одночасно з ними використовують охоронний режим, відповідний режим рухової активності, психотерапію та психо-профілактику, дієтотерапію, лікувальну фізкультуру, масаж, працетерапію, фізіотерапевтичні засоби. В кінці періоду оцінюють стан хворого, його резервні можливості і розробляють подальшу програму реабілітації.

II етап реабілітації — поліклінічний або реабілітаційний, санаторний. Призначається після виписки хворого з стаціонару. Проводиться у поліклініці, реабілітаційному центрі чи санаторії.

Завдання реабілітації:

- зменшення чи ліквідація наслідків захворювання;
- попередження ускладнень основного захворювання та загострення супутніх захворювань;
- виявлення резервних можливостей організму, виявлення та розвиток компенсаторних можливостей;
- підвищення функціональної здатності організму до рівня, необхідного для повсякденної побутової та трудової діяльності;
- підготовка хворого до трудової діяльності (працетерапія, оволодіння інвалідами пристроями для самообслуговування і засобами пересування).

Засоби реабілітації. На цьому етапі, крім медикаментозної терапії, важливе значення належить фізичній реабілітації, яка поєднується з дієтичним харчуванням, психо-та працетерапією.

Наприкінці етапу хворого детально обстежують з метою вивчення функціональних можливостей, терміну відновлення трудової діяльності, її обсягів. Залежно від отриманих результатів пацієнту можуть рекомендувати:

- у разі відновлення функціональної та професійної здатності — повернення на попереднє місце роботи;
- у разі зниження функціональних можливостей - робота з меншим фізичним та психологічним навантаженням;
- при значних залишкових функціональних порушеннях та анатомічних дефектах - перекваліфікацію, роботу вдома;
- при глибоких, тяжких і незворотних змінах - подальше розширення зони самообслуговування та побутових навичок.

III етап - диспансерний. Під контролем перебувають дві групи людей: перша - здорові та особи з факторами ризику, друга - хворі.

Вибір осіб для диспансерного спостереження проводиться як за медичними, так і за соціальними показаннями. До контингентів дорослого населення, що підлягають диспансерному спостереженню за медичними показаннями, належать особи, що мають фактори ризику, які часто та тривало хворіють і хворі з окремими хронічними захворюваннями.

За соціальними показаннями диспансерному спостереженню підлягають особи, які працюють в шкідливих і небезпечних умовах праці, працівники харчових, комунальних і дитячих закладів, вчителі загальноосвітніх шкіл, особи з факторами ризику соціального характеру.

Диспансерний метод обслуговування полягає у наступному:

- встановлення точного детального діагнозу;
- поділ осіб на диспансерні групи, направлення при необхідності на стаціонарне, напівстаціонарне лікування;
- нагляд за реабілітованим, лікування залишкових явищ перенесених захворювань чи подальший розвиток компенсації;
- поліпшення та відновлення фізичного стану і фізичної працездатності;
- обґрунтування рекомендації щодо адекватності виконуваної роботи;
- контроль робочого місця з метою виявлення негативних факторів, які можуть вплинути на стан здоров'я чи спричинити травматизм;
- у разі необхідності - сприяння зміні умов праці, способу життя, перекваліфікації, адаптації до умов життя;
- вирішення особистих та соціальних проблем, які можуть бути причиною рецидивів захворювання чи сповільнювати відновні процеси і сприяти поверненню хворого в суспільство;
- роз'яснювальна робота лікаря та медичної сестри з хворим, контроль активності хворого у процесі лікування, виконання ним всіх рекомендацій;
- сприяння у наданні інвалідам технічних засобів, вступу до товариств та об'єднань, у тому числі і спортивних, залучення людей молодого віку до занять адекватними видами спорту.

Засоби. Для вирішення цих завдань використовуються всі існуючі види і засоби реабілітації. Залучаються психологи, педагоги, соціологи, юристи, профспілкові організації, трудові колективи.

Реабілітація в домашніх умовах. Особливою формою реабілітаційної допомоги хворим, стан здоров'я яких не дозволяє відвідувати реабілітаційні відділення поліклінік, є домашній етап реабілітації.

При потребі на дому з хворим займається методист ЛФК, масажист. Для родичів таких хворих організовується спеціальна підготовка при реабілітаційних відділеннях лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання, де під керівництвом лікарів, масажистів, методистів з лікувальної фізкультури, спеціалістів з працетерапії, дієтотерапії тощо вони вчаться навичкам догляду за хворим і елементам відновного лікування на дому. Відвідування на дому таких хворих лікарем реабілітаційного відділення проводиться не рідше 1 разу на місяць, медичної сестри - за призначенням лікаря.

3. Реабілітація інвалідів в Україні, установи, що її реалізують

Реабілітація інвалідів передбачає медичну, соціальну, професійну реабілітацію та спеціальну реабілітаційну підготовку дітей. Інфраструктуру регіональної моделі системи медичної реабілітації інвалідів включають установи:

- *реабілітаційно-експертні:* медико-соціальні експертні комісії (МСЕК) (обласні, районні, міські, міжрайонні);
- *реабілітаційно-лікувальні:* стаціонарні, напівстаціонарні, поліклінічні, окремі лікарні відновного лікування загального профілю та спеціалізовані: відділення відновного лікування у лікарнях загального профілю; спеціалізовані та загального профілю відділення промислової реабілітації, цехи здоров'я у структурі великих підприємств; самостійні регіональні фізіотерапевтичні та бальнеологічні лікарні, які можуть використовуватись як лікувальні та оздоровчі;
- *реабілітаційно-оздоровчі:* санаторії регіонального підпорядкування; санаторії та профілакторії регіонального та відомчого підпорядкування; лікувально-оздоровчі центри (обласний центр здоров'я, лікувально-фізкультурний диспансер, санаторії-профілакторії навчальних закладів) ;

- *реабілітаційно-протезні*: заводи, майстерні, кооперативні підприємства протезно-ортопедичних виробів.

Медико-соціальна експертна комісія (МСЕК). У МСЕК з метою виявлення компенсаторно-адаптивних можливостей проводять огляд громадян, які частково або повністю втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм, вроджених дефектів, що обмежують їх життєдіяльність, а також ті, що за чинним законодавством мають право на соціальну допомогу. Заходи з формування програми реабілітації інваліда розпочинаються з лікувально-профілактичної установи (ЛПУ), у якій хворий підлягає догляду і лікується до направлення на МСЕК. За профілем МСЕК бувають загальні і спеціалізовані. До складу МСЕК загального профілю входять: терапевт, хірург, невропатолог; до складу спеціалізованої – два лікарі відповідного профілю та терапевт або невропатолог.

Функції МСЕК:

1. експертна – визначення ступеня обмеження життєдіяльності людини, причини, час настання, група інвалідності.
2. реабілітаційна - включає наступні види діяльності:
 - реабілітаційно-діагностичну: визначення реабілітаційного потенціалу, компенсаторно –адаптаційних можливостей особи, реалізація яких сприяє функціональній, психологічній, соціальній, професійній реабілітації та адаптації інваліда;
 - реабілітаційно-організаційну: вибір необхідних засобів і методів реабілітації, організація реалізації процесу реабілітації з контролем та їх корекцією (за необхідності);
 - реабілітаційно-аналітичну – аналіз роботи з реабілітації інвалідів за підсумком діяльності за півріччя та рік, який закінчується підготовкою інформації про підсумки, обсяг, ефективність медичної реабілітації інвалідів за минулий рік та розробкою регіональних комплексних заходів з профілактики погіршення стану інвалідів та їх реабілітації;
 - формування лікувально-діагностичної бази регіону.

Механізм реалізації індивідуальної програми реабілітації інвалідів:

I Медична реабілітація

1. Відновна терапія проводиться у: відділення відновного лікування лікувально-профілактичних закладів, лікарнях реабілітації, санаторіях-профілакторіях місцевого значення, лікувально-оздоровчих центрах.
2. Реконструктивна хірургія проводиться в: лікувальних закладах обласного рівня, інститутах експертизи України, науково-дослідних інститутах України.

II Соціально-побутова реабілітація. Забезпечення спеціальними технічними засобами (крісло-коляска, автомобіль з ручним керуванням, мотоколяска), протезування, надання матеріальної допомоги (натуральної та фінансової) здійснюють відповідно до рекомендації ЛКК, МСЕК: управління та відділи соцзахисту населення, Фонд соціального захисту інвалідів, Товариство Червоного Хреста, Фонд Милосердя, протезно-ортопедичні підприємства, обласна та місцеві рай народних депутатів.

III Професійна реабілітація. Включає профорієнтацію, профнавчання, перенавчання та раціональне працевлаштування хворих та інвалідів у звичайних умовах виробництва з наданням відповідних умов праці. В спеціально створених умовах праці чи вдома відповідно до рекомендації ЛКК та МСЕК і здійснюється: Фондом соцзахисту населення, центрами зайнятості, Адміністрацією підприємства.

IV Профнавчання і перенавчання проводять на виробництві, у спеціальних навчальних закладах, інтернатах Міністерства праці і соцполітики України для непрацюючих інвалідів III групи за рахунок коштів державного Фонду сприйняття зайнятості населення, а інвалідів I і II групи – за рахунок коштів Фонду соцзахисту інвалідів.

Література:

1. Дементьева Н.Ф., Старовойтова Л.И. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы: Учебное пособие. – М.: Академия-центр, 2010. – 272 с.

2. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина/ За ред. В.В. Клапчука та Г.В.Дзяка. – К.: Здоров'я, - 2005.- 297 с.
3. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р.Мисули, Л.О.Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005.- 402 с.
4. Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи : навч. посібник / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009. – 222 с.

Тема 9. Становлення та розвиток ідеї соціальної реабілітації дітей дітей і молоді з обмеженими можливостями в Україні і за рубежом

1. *Історичний розвиток суспільної допомоги дітям з особливими потребами.*
2. *Монастирський етап (X - середина XVIII ст.).*
3. *Медичний етап (XVIII - XIX ст.).*
4. *Лікувально-педагогічний етап (XX ст.).*
5. *Сучасний етап – від ізоляції до інтеграції.*
6. *Законодавче забезпечення соціального захисту дітей з обмеженими психофізичними можливостями в Україні*

1. Історичний розвиток суспільної допомоги дітям з особливими потребами

На теперішній час процес соціалізації є предметом дослідження фахівців багатьох галузей наукового знання. Психологи, філософи, соціологи, педагоги, соціальні психологи розкривають різні аспекти цього процесу, досліджують механізми, етапи та стадії, фактори соціалізації.

Сьогодні у літературі ми зустрічаємо таке визначення інвалідності: “Інвалід – це особа, яка має порушення здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, обумовлене захворюванням внаслідок травм чи дефектів, що призводять до обмеженої життєдіяльності та викликають необхідність його соціального захисту”.

За даними ООН, у світі числиться приблизно 450 мільйонів людей з порушеннями психічного та фізичного розвитку. Це становить 1/10 частину населення нашої планети. Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) свідчать, що кількість таких людей у світі досягає 13% (3% дітей народжуються з вадами інтелекту та 10% дітей з іншими психічними та фізичними вадами). Всього в світі близько 200 мільйонів дітей з обмеженими можливостями.

Більше того, у нашій країні, як і в усьому світі, простежується тенденція зростання кількості дітей-інвалідів. За даними Міністерства охорони здоров'я України збільшився рівень чисельності дітей-інвалідів з 146930 у 1997 році до 152210 чоловік у 1998 році, що становить 3.6% приросту за рік.

Найпоширенішими причинами інвалідності є захворювання нервової системи та органів чуття, дитячий церебральний параліч, психічні розлади, вроджені вади розвитку. Третина дітей інвалідів – сільські мешканці, дві третини – міські жителі. Майже 20 відсотків дітей-інвалідів перебувають в державних установах, тобто виховуються поза сім'єю.

Сьогоднішня політика по відношенню до інвалідів – результат її розвитку протягом останніх 200 років. Значною мірою вона відображає загальні умови життя, а також соціальну та економічну політику у різні періоди часу. Однак у відношенні до інвалідів склалося багато специфічних факторів, які впливають на умови їх життя. Неосвіченість, зневага оточуючих, зневага і жах – ці соціальні фактори ізолювали інвалідів та затримали їх розвиток, про це свідчить історія.

Протягом багатьох років політика у відношенні до інвалідів розвивалася від елементарного догляду у спеціальних закладах до навчання дітей-інвалідів та до реабілітації людей, які стали інвалідами у дорослому віці.

Інвалідів у нашому суспільстві сприймають по-різному: одні до них абсолютно байдужі, інші жалісливі, треті, їх менше, активно допомагають їм. Крім того, існуюче стереотипне уявлення про інтелектуальну і психічну неповноцінність людини із серйозними фізичними вадами прирікає інвалідів на повну ізоляцію: їх не побачиш на підприємствах, у культурних закладах,

інформації про них дуже мало на сторінках періодики. Значною мірою це обумовлено нашим минулим.

Інвалідність у дітей означає суттєве обмеження життєдіяльності, вона сприяє соціальній дезадаптації, яка обумовлена порушеннями у розвитку, труднощами у самообслуговуванні, спілкуванні, придбанні професійних навиків. Засвоєння дітьми-інвалідами соціального досвіду, включення їх в існуючу систему суспільних відношень потребує від суспільства певних додаткових заходів, засобів та зусиль (це можуть бути спеціальні програми, центри по реабілітації, учбові заклади тощо).

Дослідження історичного аспекту соціальної реабілітації дає змогу правильно оцінити значення кожного етапу для подальшого розвитку теорії соціальної реабілітації, узагальнити сучасну практику і виявити причини сучасного стану цієї галузі педагогічної науки. Таке дослідження сприяє попередженню спроб поспішного, науково необґрунтованого розв'язання складних соціально-педагогічних проблем в умовах будівництва демократичного суспільства.

Упродовж розвитку людського суспільства так чи інакше поставало питання про вироблення форм громадської опіки, лікування, а пізніше й навчання дітей з обмеженими психофізичними можливостями. Обсяг такої допомоги залежав від багатьох факторів, передусім стану розвитку економіки, виробничих сил суспільства і характеру виробничих відносин, визначався політичним, моральним, релігійним світоглядом, станом розвитку науки, охорони здоров'я культури, освіти.

2. Монастирський етап (X - середина XVIII ст.)

Історія опікунства дітей з вадами психічного чи фізичного розвитку в Україні сягає давніх часів. Перші офіційні документи про опіку датуються X ст., коли князь Київський Володимир Святославович указом від 996 р. зобов'язав церкву дбати про таких осіб. Є докази, що в Києво-Печерській лаврі вже в першій половині XI ст. відкрився притулок для дітей, у якому окрім сиріт,

хворих та убогих, перебували й так звані калічні діти (глухі, сліпі, недоумкуваті). На утримання закладів громадської опіки передбачалася частина коштів від княжих прибутків, яка передавалася монастирям. В історії дефектології (О. Д'ячков, М. Ярмаченко, Х. Замський) наводяться факти про те, що в X-XII ст. у Київській Русі організовувалися заклади, де не лише опікали неповноцінних дітей, але й навчали їх елементам грамоти, живопису, співу та різних ремесел.

З прийняттям християнства в Київській Русі було запроваджено закони з Візантії, які увійшли до складу громадських Кормчих книг. Стосувалися вони становища “сліпих, глухонімих, божевільних та нестямних” у сім'ї, охорони їхнього майна та інших громадських прав, відповідальності перед кримінальним законом.

Таким чином, вже за часів Київської Русі виявлялися милосердя й гуманізм щодо убогих та калічних і мали певне відображення в офіційних законах. На основі нормативних актів і системи суспільного піклування, здійснюваного головним чином монастирями, формувалося суспільне ставлення до осіб з вадами психофізичного розвитку.

В епоху XV-XVII ст. в Україні значного поширення набували “богадільні-шпитали”, які визнавалися за специфічні форми допомоги хворим та інвалідам. Призначення богаділен не було чітко вираженим. До них приймалися каліки, безумні дорослі й діти, непрацездатні та інші особи, котрі внаслідок певних обставин жили за рахунок суспільства. Проте вже існуючі форми опіки дітей і підлітків були недостатніми. Їхня діяльність обмежувалася лише тим, що до цих осіб ставилися досить терпимо.

3. Медичний етап (XVIII - XIX ст.)

У XVIII ст. відбулися окремі позитивні зміни в економічному та культурному перетворенні Росії, розвитку науки і освіти. Швидкими темпами розвивалися педагогіка, медицина, зокрема психіатрія. Активізувалася й діяльність держави в питаннях виховання бездоленних та калічних дітей. У цей

період розроблялися заходи приватного порядку щодо влаштування богаділень, відкриття спеціальних виховних будинків для безумних. Вироблялися форми їх опіки, вживалися заходи загального характеру. Це можна вважати першими серйозними кроками у створенні системи громадської опіки.

Медичний етап характеризувався активізацією діяльності земських лікарів-психіатрів; організацією для розумово відсталих осіб при психіатричних лікарнях спеціальних дитячих відділень. На цьому етапі було зроблено перші кроки до вивчення потреби у спеціальному навчанні й вихованні осіб з вадами у розумовому розвитку. Допомога недоумкуватим стає не лише виявом милосердя, гуманності, але й соціальною потребою, засобом полегшення долі батьків.

4. Лікувально-педагогічний етап (XX ст.)

На цьому етапі було властиве прагнення до вивчення причин природи дефективного розвитку з метою раціональної організації лікувально-виховної роботи з такими дітьми.

Під впливом енергійної діяльності педагогів-ентузіастів, лікарів і громадських діячів освіти П.О. Бутковського, І.О. Сікорського, М.Д. Аленич, Ф.І. Ширяєва та ін. формується думка про можливість і необхідність спеціального виховання та навчання розумово відсталих дітей. На початку XX ст. для таких дітей почали відкривати лікувально-виховні школи і допоміжні класи. Проте через пасивність і байдужість чиновників із Міністерства освіти ця форма педагогічної допомоги дітям з вадами інтелекту не набула свого подальшого розвитку.

У радянський період в Україні, як і в Росії, здійснюється диференціація системи фахової освіти, її структурне удосконалення, перехід від трьох до восьми типів спецшкіл. Вважалося, що в галузі освіти і виховання дітям-інвалідам у СРСР надані усі можливості. Дотепер вони в основному одержують середню освіту лише в інтернатах. Практично ж система шкільної освіти не вважає потрібним враховувати той факт, що перебування у спеціалізованому інтернаті збільшує ізоляцію дитини від суспільства, що в значній мірі гальмує його

психічний розвиток. Програма освіти у спеціалізованих навчальних закладах недостатньо готує вихованця до самостійного життя в суспільстві.

5. Сучасний етап – від ізоляції до інтеграції

Інтеграція інвалідів у суспільство в Західній Європі є головною тенденцією сучасного періоду, що базується на їх повній громадянській рівноправності. Цей етап характеризується в західноєвропейських країнах перебудовою в 80-90-ті роки організаційних основ спеціальної освіти, скороченням кількості спеціальних шкіл і різкого збільшення кількості спеціальних класів у загальноосвітніх школах, перебудовою взаємовідносин масової і спеціальної освіти.

Соціально-педагогічна реабілітація дітей, що мають вади психофізичного розвитку, у повній мірі можлива лише за умов розв'язання проблем на всіх рівнях. Однією з важливих соціально-педагогічних проблем є розвиток та удосконалення системи спеціальної освіти. Існуюча в Україні система спеціальної освіти на сучасному етапі не повною мірою забезпечує рівність прав на освіту тих осіб, можливості яких одержати її обмежені їхніми вадами, станом здоров'я або конкретними соціальними умовами, не завжди відповідає їхнім запитам, особистим і суспільним інтересам.

Такий підхід несе в собі дискримінаційну ідею, виявляє відношення суспільства до інвалідів як соціально непотрібній категорії. Традиційний підхід не вичерпує усю повноту проблем тої категорії дітей, про яку йде мова. У ньому яскраво відображений дефіцит бачення соціальної сутності дитини. Проблема інвалідності не обмежується медичним аспектом, вона в найбільшій мірі є соціальною проблемою нерівних можливостей.

Така думка змінює підхід до триади “дитина – суспільство – держава”. Сутність цієї зміни полягає у наступному: головна проблема дитини з обмеженими можливостями полягає у порушенні її зв'язку зі світом, в обмеженій мобільності, недостатності контактів з однолітками та дорослими, в обмеженому спілкуванні з природою, недоступності низки культурних

цінностей, а іноді і елементарної освіти. Ця проблема є слідством не тільки суб'єктивного чинника, яким є стан фізичного і психічного здоров'я дитини, але і наслідком соціальної політики та сталої суспільної свідомості, які санкціонують існування недоступного для інваліда архітектурного середовища, громадського транспорту, соціальних служб; дитина, яка має інвалідність, може бути такою ж здібною та талановитою, як і її одноліток, який не має проблем зі здоров'ям, але виявити свій талант, розвинути його, приносити за допомогою його користь суспільству їй заважає нерівність можливостей; дитина – не пасивний об'єкт соціальної допомоги, а людина, яка розвивається, яка має право на задоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні, творчості; держава повинна не тільки надати дитині, яка має інвалідність, певні пільги та привілеї, вона повинна піти назустріч її соціальним потребам і створити систему соціальних служб, що дозволяють б згладжувати обмеження, які заважають процесам її соціалізації та індивідуального розвитку.

Україна зараз знаходиться на етапі лише переходу від третього до четвертого періоду, у той час як Західна Європа вже більше двох десятиліть переживає цей період і розташовується на його просунутій стадії. Змістом цього періоду є реорганізація взаємодії структур масової і спеціальної освіти й орієнтація останньої на підготовку дітей із відхиленнями в розвитку до життя як повноправних громадян суспільства, якому вони належать.

6. Законодавче забезпечення соціального захисту дітей з обмеженими психофізичними можливостями в Україні

Сучасна політика держави щодо людей з обмеженими функціональними можливостями – це результат її розвитку протягом останніх 200 років. Значною мірою вона відображає загальні умови життя, а також соціальну та економічну політику в різні періоди часу. Протягом багатьох років політика стосовно інвалідів розвивалася від елементарного догляду у спеціальних закладах до навчання та до реабілітації людей, які стали інвалідами у дорослому віці.

До інвалідів у нашому суспільстві відносяться по-різному: одні – абсолютно байдужі до них, другі – жаліють їх, треті – активно допомагають їм. Крім того,

існує стереотипне уявлення про інтелектуальну і психічну неповноцінність людини із серйозними фізичними вадами і прирікає її на повну ізоляцію.

Основною передумовою успішного вирішення даних проблем є державна політика щодо інвалідів. У зв'язку з цим важливим завданням держави є забезпечення соціальної захищеності інвалідів, створення ними необхідних умов для індивідуального розвитку, реалізації інтелектуального чи творчого потенціалу. Це здійснюється завдяки участі інвалідів у відповідних державних програмах, розроблених на основі врахування виявлених потреб і регулювання надання соціальної допомоги у передбачених законодавством видах для усунення наявних перешкод. З цією метою держава визначає для дітей з обмеженими функціональними можливостями додаткові гарантії для реалізації їхніх прав і законних інтересів, проявляючи при цьому особливу турботу про дітей. Хоча на даний момент ці діти відносяться до найбільш незахищеної категорії населення.

Протягом останніх років було розроблено низку документів, згідно з якими державні структури, громадські об'єднання, залучаючи до цього приватні ініціативи, покликані здійснювати заходи, спрямовані не лише на охорону здоров'я і профілактику інвалідності, але й на створення умов для реабілітації інвалідів, задоволення їх інтересів, інтеграцій у суспільство і професійну діяльність.

В Україні протягом тривалого часу сформовано державну систему соціальної підтримки дітей з обмеженими психофізичними можливостями, дітей з вадами психічного та фізичного розвитку, яка організаційно розподілилася між Міністерством освіти України, Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством праці та соціальної політики України, Міністерством у справах сім'ї та молоді України, Державним комітетом України з фізичної культури та спорту.

Правові засади щодо задоволення особливих потреб дітей з обмеженими функціональними можливостями у соціальному захисті, навчанні, лікуванні, соціальній опіці та громадській діяльності відображені у 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, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»;
- «Про благодійництво та благодійні організації»;
- «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні».

А також в Основних законодавствах України про культуру, в Основних законодавствах України про охорону здоров'я.

Основні положення соціальної політики держави щодо дітей з обмеженими психофізичними можливостями визначені у законі України «Про основи соціальної захищеності інвалідів України», який був прийнятий у березні 1991 року.

Даний закон відповідає міжнародним документам та передбачає медичну, соціально-трудова реабілітацію та адаптацію інвалідів, гарантує здобуття освіти на рівні, що відповідає їх здібностям і можливостям. Законом також передбачаються пільги у наданні житла (хоч на практиці це дуже рідко виконується).

Реалізація державної політики у вирішенні проблем інвалідів в Україні здійснюється також загальнодержавними і регіональними програмами. Особливе місце серед яких посідає цільова «Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів», схвалена постановою Кабінетом Міністрів України від 12 жовтня 2000 року №1545 за Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 5 липня 2001 року.

У межах даної проблеми виконується низка заходів, серед яких можна виділити такі:

- Програмно-методичне забезпечення спеціальних (корекційних) освітніх установ. (Мається на увазі розробка змісту спеціальної освіти, соціально-

трудової адаптації, психолого-педагогічної реабілітації дітей з порушенням інтелекту).

- Підготовка і підвищення кваліфікації кадрів, котрі працюють з дітьми з обмеженими функціональними можливостями. (Створюються пакети науково-методичних навчальних матеріалів для спеціалістів і батьків для групового та індивідуального навчання дітей з порушеннями емоційно-вольової сфери у ході інтеграції в середовище здорових ровесників).

- Створення нових і розвиток діючих Центрів реабілітації дітей з обмеженими функціональними можливостями. (Модель психолого-педагогічної консультації з діагностичним підходом).

- Створення нових освітніх моделей для дітей-інвалідів. (Розроблені перші кроки у розробці моделі інтегрованого виховання і навчання дітей з відхиленнями у розвитку).

На допомогу соціальних реабілітацій дітей з обмеженими функціональними можливостями використовуються такі базові документи світового співтовариства:

- Всесвітня декларація прав людини (1948 рік);
- Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (1966 рік);
- Декларація соціального прогресу і розвитку (1969 р.);
- Декларація про права розумово відсталих осіб (1971 р.);
- Конвенція про права дитини (1989 р.);
- Всесвітня декларація про особливості впливу, захисту і розвитку дітей (1990 р.);
- Конвенція і Рекомендації про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів (1983 р.).

Головним серед цих документів є Декларація про права інвалідів, прийнята Генеральною асамблеєю ООН у грудні 1971 року, в якій говориться, що:

- Держави-учасниці визначають, що неповноцінна в розумовому чи фізичному плані дитина має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які

забезпечують її гідність, сприяють її впевненості в собі і полегшують її активну участь у житті суспільства;

- Держави-учасниці визначають право неповноцінної дитини на особливу турботу, заохочують і забезпечують надання, за умови наявності ресурсів, дитині, яка має на це право, і відповідальному за турботу про неї, допомогу, про яку подано прохання і яка відповідає стану дитини та становищу її батьків чи інших осіб, що забезпечують турботу про дитину;

- Держави-учасниці мають право на обмін інформацією, включаючи й інформації про методи реабілітації, що дозволяють всім державам, і Україні в тому числі, поліпшити свої можливості і знання, а також розширити свій досвід у цій галузі.

Головним міжнародним документом, що забезпечує концептуальний підхід до роботи з людьми, що мають психофізичні вади є прийняті Генеральною Асамблеєю ООН у грудні 1993 року «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів». В цьому документі особлива увага приділяється таким групам населення, як діти, жінки, люди похилого віку, бідні прошарки населення, особи з кількома видами інвалідності, біженці-інваліди.

Література:

1. Благодійні інституції України: сучасний стан та перспективи розвитку (за результатами соціологічного дослідження) / Автори: О.В. Безпалько, Ю.М. Галустьян, А.В. Гулевська-Черниш – К.:Книга плюс, 2008. – 120 с.
2. Історія, теорія і практика соціальної роботи в Україні: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів /Упорядники: С.Я. Харченко, М.С. Кратінов, Л.Ц. Ваховський, О.П. Песоцька, В.О. Кратінова, О.Л. Караман. – Луганськ: Альма-матер, 2005. – 408 с.
3. Соціальна робота в Україні: Навч. посіб. / І.Д. Зверева, О.В. Безпалько, С.Я. Харченко та ін.; За заг. ред. І.Д. Зверєвої, Г.М. Лактіонової. – К.: Центр навчальної літератури, 2004. - 256 с.

РОЗДІЛ II

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КУРСУ

Тематика практичних занять:

- Тема 1. Сутнісна характеристика технологізації соціальної роботи*
- Тема 2. Сутність технології соціальної реабілітації*
- Тема 3. Технологізація процесу соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями*
- Тема 4. Сутність соціальної адаптації і реабілітації осіб з проблемами здоров'я*
- Тема 5. Програма соціально-педагогічної реабілітації дітей та молоді з обмеженими психо-фізичними можливостями*
- Тема 6. Соціально-педагогічний підхід у реабілітації та реабілітації людини*
- Тема 7. Сутність та призначення технології соціальної терапії у соціальній реабілітації різних груп клієнтів*
- Тема 8. Система надання медико-соціальної реабілітації осіб з вадами здоров'я*
- Тема 9. Становлення та розвиток ідеї соціальної реабілітації осіб з вадами здоров'я*

Тематика та методичні рекомендації до організації

самостійної роботи студентів

№ з/п	Вид роботи	Кількість годин		Форми звітності
		денна	заочна	
1.	Підготовка до лекційних та семінарських занять	20	20	Конспект
2.	Підготовка до проміжного контролю	4	4	Модульна контрольна робота
3.	Виконання індивідуальних завдань: опрацювання наукових статей;	24	24	Анотації наукових

підготовка реферату; підготовка до презентації результатів дослідження.	10 30	24 40	статей Реферат Презентація
Разом	88	112	

Самостійна робота набуває все більшого значення й актуальності сьогодні, оскільки обсяг навчального матеріалу з правознавства досить значний, і не все можна встигнути розглянути під час аудиторних занять. Отже, правильна організація власної самостійної роботи з боку студента є важливою запорукою успішного навчання і ефективного засвоєння ним знань.

Метою самостійної роботи є вироблення навичок опрацювання нормативно-правових актів, спеціальної літератури та інших матеріалів, необхідних для належного засвоєння предмета навчальної дисципліни, а також для розвитку сталих умінь до самостійного вивчення і викладання одержаної інформації.

Самостійна робота є основним засобом засвоєння студентом навчального матеріалу в час, вільний від обов'язкових навчальних занять, без участі викладача. Лише у ході самостійної роботи студент має можливість розвинути пізнавальні та виконавчі здібності, пам'ять, самостійне мислення, наполегливість, виробити вміння самостійного здобуття знань.

Під час самостійної роботи краще за все проявляються індивідуальні особливості студента, його здібності та нахили.

Самостійна робота студента забезпечується системою навчально-методичних засобів, необхідних для вивчення навчальної дисципліни чи окремої теми: підручниками, навчальними та методичними посібниками, конспектами лекцій викладача тощо. Серед них значне місце посідає саме методичні матеріали, завдання та вказівки викладача, а також рекомендована спеціальна література та нормативно-правові акти.

Самостійна робота студента над засвоєнням навчального матеріалу може виконуватися у бібліотеці, навчальному кабінеті або комп'ютерному класі університету, а також у домашніх умовах.

Головне в правильній *організації самостійної роботи* - її планування, яке, в принципі, вже задане робочою програмою навчальної дисципліни. Приступаючи до самостійного вивчення матеріалу, перш за все треба уважно ознайомитись з джерелами, що стосуються певної теми, розподілити питання на більш та менш складні. Виконуючи самостійну роботу студент повинен законспектувати основний зміст теми, при цьому уникаючи механічного переписування джерел. Окремо слід виділяти основні теоретичні положення, ключові слова, спеціальні терміни і поняття.

Самостійна робота студента повинна розпочинатися ще до початку лекційних занять, тобто слід активно використовувати систему упереджувального читання підручників та навчальних посібників. Це дозволяє закласти теоретичну базу для більш глибокого сприйняття інформації під час лекції.

Під час *самостійної роботи* студенту пропонуються наступні види завдань для опанування матеріалу з конкретної теми курсу:

- ✓ вивчити матеріали теми;
- ✓ скласти термінологічний словник;
- ✓ продумати відповіді на питання для самоконтролю;
- ✓ підготувати тези виступу під час аудиторного заняття і підготувати реферат з рекомендованих тем;
- ✓ виконати завдання, передбачені робочою програмою навчальної дисципліни.

Самостійна робота носить індивідуальний характер, однак можливе й колективне осмислення та вивчення навчального матеріалу. Однією з таких форм є проведення самостійної роботи студентів під керівництвом викладача, яке проводиться відповідно до розкладу навчальних занять, з метою підвищення рівня підготовки студентів, ознайомлення їх з нормативно-правовими актами та

отримання необхідної допомоги з боку викладача щодо теоретичних положень окремих галузей законодавства чи аспектів їх практичного застосування.

Перевірка виконання самостійної роботи проводиться викладачем на семінарських заняттях, а також може виноситися на підсумковий модульний контроль поряд з навчальним матеріалом, який опрацьовувався при проведенні аудиторних навчальних занять.

При підготовці до *письмової контрольної роботи* кожному студенту необхідно в першу чергу ознайомитись з переліком запитань, що виносяться на модульний контроль.

Практична спрямованість дисципліни «*Основи соціальної реабілітації*» визначається його змістом і співвідношенням видів занять: поєднання лекцій, практичних занять, семінарських, обговорення результатів педагогічної практики. Таким чином активізуються аналіз конкретного досвіду, самостійна навчальна і практична робота студентів.

Самостійна робота з вивчення курсу є окремою формою організації навчальних занять поряд з лекцією, практичним заняттям та ін. При цьому її суттєвими ознаками вважають обов'язковість заняття у відведений розпорядком дня ЗВО час, роботу без безпосередньої участі викладача, але за обов'язкового його контролю. Самостійна робота сприяє формуванню у студентів інтелектуальних якостей, необхідних майбутньому спеціалістові, виховує у студентів стійкі навички постійного поповнення своїх знань, самоосвіти, сприяє розвитку працелюбності, організованості й ініціативи, випробовує його сили, перевіряє волю, дисциплінованість тощо.

Самостійна робота – навчальна діяльність студента, спрямована на вивчення та оволодіння матеріалом навчального предмета без безпосередньої участі викладача, за його інструкцією і під його контролем.

Під час *самостійної роботи* студенти мають змогу краще використати свої індивідуальні здібності. Все це сприяє глибокому осмисленню навчального матеріалу, виробляє в студентів цілеспрямованість у здобутті знань,

самостійність мислення. Самостійна робота здійснює і виховний вплив на студентів, сприяє формуванню і розвитку необхідних моральних якостей.

Студенту під час самостійної роботи доводиться вивчати різні види літературних джерел, наукової літератури, періодичної літератури, державних документів, нормативних, методичних джерел, оскільки це дозволяє їм сформуванню об'єктивного уявлення про суперечливі процеси становлення і розвитку соціальної роботи, виробити власне ставлення до педагогічних ідей і поглядів провідних українських та зарубіжних учених, практиків.

Види узагальнення роботи з науковою, навчальною, навчально-методичною літературою з курсу «Основи соціальної реабілітації».

Конспектування - це систематичний, логічно пов'язаний запис, що відображає суть тексту. Конспект – універсальний документ, що повинен бути зрозумілим не тільки його авторові, але й іншим людям, що ознайомлюються з ним. З цієї ж причини до конспектів можна з успіхом звертатися через кілька (або багато) років після їх написання.

Під час *самостійної роботи* з підручниками, навчальними посібниками, науковою літературою можна скласти різні види конспектів.

План-конспект з вивчення курсу «Основи соціальної реабілітації» готується за допомогою попередньо зробленого плану всієї наукової праці, окремого розділу чи статті, що розробляється спеціально для написання конспекту. Кожному питанню плану в такому записі відповідає певна частина конспекту. Однак якщо пункт плану не вимагає доповнень і роз'яснень, він не супроводжується текстом.

Зміст праці закріплюється в пам'яті вже при написанні конспекту. Він учить послідовно і чітко викладати свої думки, працювати над книгою, узагальнюючи її зміст у формулюваннях плану.

За наявності навички складання конспекту не вимагає багато часу. Завдяки своїм перевагам - стислості, простоті і ясності формулювань - він стає незамінним посібником, якщо необхідно швидко підготувати доповідь, виступ. Однак через тривалий час з моменту написання конспекту працювати з ним важко, тому що не завжди легко відновити в пам'яті зміст джерела.

Питально-відповідний конспект з вивчення курсу «Основи соціальної реабілітації» – один із найпростіших видів плану-конспекту. На пункти плану, виражені в питальній формі, даються точні відповіді.

Тезовий конспект з вивчення курсу – це стислий, у формі коротких тез, переказ прочитаного або почутого. Такий конспект швидко складається і запам'ятовується. Студенти вчаться вибирати головне, чітко і логічно викладати думки, що дає можливість засвоїти матеріал ще в процесі його вивчення. Цей вид конспекту можна використовувати під час підготовки доповіді, виступу. Проте працювати з тезовим конспектом через певний час важко, тому що зміст матеріалу погано відновлюється в пам'яті.

Цитатний конспект з вивчення курсу «Основи соціальної реабілітації» створюється з уривків оригіналу – цитат, які повинні бути зв'язані одна з одною ланцюгом логічних переходів. Цей вид конспекту є найбільш ефективним у процесі вивчення й аналізу праць класиків педагогічної думки.

Недолік такого виду конспекту полягає в тому, що він не активізує увагу і пам'ять (якщо, звичайно, він заздалегідь не був покликаний стати посібником для порівняння різних точок зору).

Швидкісний конспект з вивчення курсу «Основи соціальної реабілітації» є ефективним під час слухання й конспектування лекцій, вимагає застосування певних прийомів швидкісного конспектування: ранжування (виділення абзаців, спеціальна система відступів тощо), рубрикації (виділення кольором), скорочень, гіпераббревіатур тощо. Розглянемо окремі прийоми докладніше.

Тематичний конспект з вивчення курсу передбачає компонування відповіді на поставлене питання або конспект навчального матеріалу теми. Складання тематичного конспекту учить працювати над темою, всебічно обмірковуючи її, аналізуючи різні точки зору на те саме питання. Створюючи тематичний конспект, студент активізує особистий досвід, спостережливість, пам'ять. Так автор конспекту поступово привчає себе мобілізувати свої знання.

Під час *роботи з додатковою літературою* з курсу «Основи соціальної реабілітації» доцільно складати оглядовий тематичний конспекти. У

хронологічному конспекті запис підпорядковується побудові в порядку послідовності подій.

Теза – це доказуване або спростовуване положення, що чітко визначає суть значної частини тексту і підводить до логічних висновків з вивчення курсу «Основи соціальної реабілітації». Тези завжди підтверджуються доказовими міркуваннями. Тези цінні, а часто зовсім необхідні для критичного аналізу книги, статті або доповіді. Суть питання ними особливо акцентується, загострюється. Тези полегшують можливість протиставити свої погляди думкам і переконанням інших. Мета дослідника – виявити помилкові судження і зробити потрібні висновки, якщо навіть вони явно не були сформульовані автором.

Процес складання тез дозволяє глибоко розібратися в питанні, всебічно продумати його, акумулюючи за допомогою тез зміст декількох книг, статей. Уміння правильно складати тези до матеріалу дозволяє судити про рівень підготовленості студента з вивчення курсу «Основи соціальної реабілітації» розуміння ним теми, ступінь оволодіння матеріалом і методами самостійної роботи над книгою. Хоча тези і є досить складним видом запису, вони часто доцільніше конспектів, створених з простих, а тим більше цитатних виписок.

Основні тези з вивчення курсу «Основи соціальної реабілітації» – це принципово важливі положення, що узагальнюють зміст джерела і у своїй сукупності носять характер головних висновків. З основних тез складають окремий самостійний запис, що відображає зміст усього матеріалу, іноді, щоправда, під тим або іншим кутом зору (тематичний запис). Заключні основні тези повинні узагальнювати зміст попередніх, забезпечуючи логіку розумового процесу.

Прості тези з вивчення курсу «Основи соціальної реабілітації» – це головні думки, що іноді є складовою частиною конспекту, реферату і не мають багатьох специфічних особливостей основних тез.

Тематика завдань для самостійної роботи:

Обрати тему та підготувати реферат:

1. Соціальна реабілітація: поняття, об'єкти, організація, нормативне правове забезпечення.

2. Роль і місце соціальної реабілітації в індивідуальній програмі реабілітації інваліда.
3. Напрями, методи і форми соціальної реабілітації інвалідів.
4. Роль соціального працівника в розробці і реалізації програми соціальної реабілітації інваліда.
5. Особливості професійної творчості соціального працівника
6. Особливості використання соціально-психологічних методів у розв'язанні завдань соціальної роботи
7. Особливості використання рольових ігор у соціальній роботі та різних її технологіях
8. Особливості методу рольових ігор: її види, підготовка та технологія проведення.
9. Тренінг як метод і форма соціальної роботи
10. Особливості соціально-психологічних тренінгів, їх види.
11. Методика підготовки та проведення тренінгу у соціальній роботі
12. Інноваційні підходи у вирішенні проблем клієнтів соціальної роботи
13. Терапевтичні спільноти як метод реабілітації людей із залежністю.
14. Групи само– та взаємодопомоги як суб'єкт соціальної роботи.
15. Безбар'єрне середовище для інвалідів і інших маломобільних груп населення: поняття, вміст, формування.
16. Порядок забезпечення інвалідів технічними засобами реабілітації.
17. Порядок забезпечення інвалідів санаторно-курортним лікуванням.
18. Фізкультура і спорт як технологія реабілітації інвалідів
19. Особливості соціальної реабілітації осіб без певного місця проживання.
20. Організація соціальної реабілітації військовослужбовців, що звільнюються в запас.
21. Організація соціальної реабілітації осіб, звільнених з місць позбавлення волі.
22. Організація соціальної реабілітації осіб, пострадавших в результаті надзвичайних ситуацій.

23. Державні програми у сфері соціальної реабілітації інвалідів і інших категорій осіб з обмеженнями життєдіяльності.
24. Форми взаємодії професійних соціальних працівників з фахівцями інших профілів в процесі соціальної реабілітації інвалідів.
25. Роль громадських організацій в організації соціальної реабілітації інвалідів.

Тематика мікрровиступів (есе/презентації):

- Характеристика класифікацій соціальних технологій
- Специфіка застосування і впровадження соціальних технологій у практичній соціальній діяльності
- Специфіка застосування і впровадження соціальних технологій у практичній соціально-педагогічній діяльності з соціальної реабілітації вихованців закладів інтернатного типу
- Специфіка застосування і впровадження соціальних технологій у практичній соціальній діяльності з соціальної реабілітації літніх та похилих людей
- Специфіка застосування і впровадження інноваційних соціальних технологій у практичній соціально-педагогічній діяльності з соціальної реабілітації інвалідів і дітей з обмеженими можливостями
- Специфіка застосування і впровадження соціальних технологій у практичній соціальній діяльності з соціальної реабілітації літніх та похилих людей з проблемами здоров'я
- Характеристика інноваційної технології «Філософія незалежного життя»
- Характеристика інноваційної технології служби «Персональний асистент»
- Характеристика інноваційної технології служби «Виїзний ліцей»
- Світові тенденції формування соціально політики щодо інвалідів
- Проаналізуйте технології медико-психологічного соціального обслуговування і реабілітації інвалідів Канади
- Охарактеризуйте технології соціального обслуговування інвалідів Японії
- Охарактеризуйте технології соціального обслуговування інвалідів Німеччини

- Проаналізуйте надання соціальної допомоги інвалідам у Великобританії
- Організація діяльності по соціальному захисту і реабілітації інвалідів у Франції
- Охарактеризуйте технології соціального обслуговування інвалідів США
- Охарактеризуйте державну систему соціального обслуговування інвалідів у Італії
- Світові тенденції формування соціальної політики щодо інвалідів
- Проаналізуйте технології медико-психологічного соціального обслуговування і реабілітації інвалідів Канади
- Охарактеризуйте технології соціального обслуговування інвалідів Японії
- Охарактеризуйте технології соціального обслуговування інвалідів Німеччини
- Проаналізуйте надання соціальної допомоги інвалідам у Великобританії
- Організація діяльності по соціальному захисту і реабілітації інвалідів у Франції
- Охарактеризуйте технології соціального обслуговування інвалідів США
- Охарактеризуйте державну систему соціального обслуговування інвалідів у Італії
- Характеристика технології арт-терапії в рамках професійної діяльності соціального працівника
- Застосування методів арттерапії у роботі соціального працівника з різними групами клієнтів
- Державні програми із забезпечення прав інвалідів на доступні ліки та їх забезпечення
- Санаторно-курортні установи та їх роль у здійсненні медичної реабілітації інвалідів
- Діяльність перших реабілітаційних установ для інвалідів
- Організація соціальної і медичної реабілітації постраждалих запорозьких козаків
- Організація соціальної і медичної реабілітації постраждалих в АТО

Результати власного індивідуального дослідження студенти презентують на семінарському занятті (обсяг презентації – не менше 18-20 слайдів).

Вимоги до написання і оформлення реферату

Рефератом з вивчення курсу «Основи соціальної реабілітації» називають короткий і стислий виклад основних положень наукового дослідження, наукової праці; виклад суті будь-якого питання на основі аналізу літературних або інших джерел.

Вимоги до написання реферату:

1. Зміст реферату повинен відповідати темі, зазначеній у заголовку. Обсяг реферату може становити від 10 до 15 аркушів формату А 4 друкованого тексту.

Сторінки роботи повинні мати поля: ліве – 30 мм, верхнє та нижнє – 20 мм, праве – 10 мм. Кількість опрацьованої літератури – не менш ніж 5 джерел (крім підручників). У залежності від теми реферату список літератури може складати від 5 до 25 джерел.

2. Зміст реферату складається зі вступу, 2-3 розділів (можливі підрозділи), висновків та списку використаної літератури. У вступі зазначається актуальність теми, визначаються об'єкт, предмет, мета та завдання дослідження, подається короткий огляд-аналіз опрацьованої літератури з посиланнями на неї.

В огляді літератури потрібно вказати на значущість, новизну, переваги та недоліки розглядуваних робіт, які доцільно згрупувати таким чином: роботи, що висвітлюють історію розвитку проблеми; роботи, які повністю присвячені темі; ті, що розкривають тему частково. Закінчити огляд треба коротким висновком про ступінь висвітленості в літературі основних аспектів теми.

У кінці кожного розділу повинні бути короткі висновки. Загальні висновки до реферату повинні відповідати темі та завданням, вказаним у вступі. Список літератури повинен бути побудований за такою схемою: підручники (за абеткою), монографічна література (за абеткою), періодика (за абеткою), довідникова література (за абеткою). Нумерація джерел та літератури наскрізна.

3. Посилання на літературу вміщуються у тексті у квадратних дужках, де вказується порядковий номер джерела у списку літератури, через кому – сторінка (з маленької літери), на яку посилаєтесь. Наприклад, [5, с. 15].

4. Реквізити реферату:

а) 1-й аркуш – титульний (не нумерується). Титульна сторінка (назва закладу, в якому навчається автор; назва кафедри (циклової комісії), на якій виконано роботу; тема реферату; прізвище, ім'я, по батькові, посада, науковий ступінь керівника роботи; прізвище, ім'я, по батькові, група, курс автора реферату; місце й рік написання)

б) 2-й аркуш – зміст реферату із зазначенням сторінки, з якої розділ (підрозділ) починається (аркуш зі змістом також не нумерується),

Зразок оформлення реферату:

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. Назва	5
1.1. Назва	5
Розділ II Назва	10
2.1. Назва	10
ВИСНОВКИ	14
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	15
ДОДАТКИ (якщо вони є).	16

в) вступ, список літератури, висновки та додатки не мають порядкового номера у змісті реферату.

г) нумерація сторінок починається з третього аркуша (на ньому ставиться цифра 3, проставляється посередині верхнього поля;

д) кожний розділ пишеться з нової сторінки, в тексті обов'язково подаються назви розділів та підрозділів;

е) на останньому аркуші вміщується список джерел та використаної літератури;

є) у висновках даються узагальнення проблеми, яка розкривалася у змісті реферату.

ж) після списку літератури вміщуються додатки (якщо вони є), які нумеруються літерами алфавіту. У тексті обов'язково повинно йти посилання на кожен додаток, наприклад, (див. дод. А), та короткий аналіз його змісту.

5. Зразок оформлення списку літератури:

а) монографії: Хорунжий Ю. Українські меценати: Добročинність – наша риса. – К.: Видавничий дім «КМ Академія», 2011. – 137 с.

б) підручники, навчальні посібники: Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи : навч. посібник / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009. – 222 с.

в) Інтернет-ресурси: Данилова Т.В. Організація і проведення соціально-психологічної реабілітації та професійного навчання дітей-інвалідів [Електронне джерело]. – Режим доступу:

scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2009/10_2009/8.pdf.pdf

г) журнал: Хаустова О.О. Психосоціальна реабілітація: проблеми і шляхи вирішення // НейроNEWS. — 2016. — № 2. — С. 25-29

Зверніть увагу: Якщо у списку літератури ініціали автора ставляться після прізвища (Кравченко І.), то у тексті – перед ним (І.Кравченко стверджує, що...).

6. Зразок оформлення таблиць. Якщо в тексті є таблиці, то вони оформлюються таким чином. Справа ставиться слово Таблиця 1 (якщо таблиць кілька; якщо вона одна, то просто слово Таблиця), потім подається назва таблиці з посиланням на джерело, далі наводиться сама таблиця, після неї – обов'язковий аналіз даних, наведених у ній.

Наприклад, про масштаби допомог, які надавалися безробітним, дає уявлення нижченаведена таблиця. Як бачимо з таблиці, ... Аналогічним чином оформлюються схеми, діаграми.

7. Реферат оцінюється від 0 до 15 балів. При нарахуванні балів беруться до уваги:

а) відповідність змісту реферату зазначеній темі та плану;

б) кількість опрацьованої літератури та якість її опрацювання;

- в) наявність аналізу літератури, співставлення різних точок зору авторів, узагальнень та обґрунтованих власних висновків;
- г) кількість та якість зазначених посилань;
- д) логічний, ясний та правильний виклад матеріалу; грамотна, літературна українська мова;
- е) відповідність оформлення реферату до поданих вимог.

***Тематика та методичні рекомендації до організації
індивідуально-дослідної роботи студентів
Тематика індивідуальних завдань***

Обрати тему та виконати завдання:

1. Тема: *Розвиток фізкультури і спорту для інвалідів та інших категорій осіб з обмеженими можливостями як напрями соціальної реабілітації*

Зміст:

- Фізкультурно-оздоровчі заходи і спорт як одно з основних напрямів реабілітації інвалідів.
- Фізична культура і спорт як один механізмів соціальної реабілітації і шляхів залучення інвалідів в активне соціальне життя і професійну діяльність
- Основні завдання та форми фізичного виховання інвалідів: самостійне зайняття фізичними вправами; організоване групове і секційне заняття фізичною культурою і спортом.
- Інваспорт: історія розвитку, сучасні параолімпійські ігри.
- Лікувальна фізкультура як одна з основних форм організації зайняття вправами для інвалідів. Основні принципи лікувальної фізкультури.
- Спортивно-оздоровчі ігри як одна з форм спортивної реабілітації

Завдання:

- На основі аналізу статей журналу “Практична психологія та соціальна робота”, “Соціальна робота в Україні: теорія та практика”, «Фізична культура і спорт», збірників наукових праць визначити коло проблем, актуальних для теорії і практики соціальної реабілітації.

- Скласти список першоджерел (монографії, статті у періодичних виданнях, статті у наукових збірниках) до обраної студентом проблеми дослідження згідно з вимогами до їх оформлення.

- Підібрати матеріали до обраної студентом проблеми дослідження з Інтернет.

- Скласти список філософських, психологічних, педагогічних, соціологічних теорій, які можуть бути методологічною основою дослідження студента.

2. Тема: *Практичне застосування теоретичних і емпіричних методів соціальної терапії*

Завдання:

- Скласти таблиці, де зробити порівняльний аналіз теорій та практичних підходів для вирішення соціальних проблем з метою відпрацювання вмінь застосовувати теоретичні методи аналізу, синтезу, класифікації, порівняння, узагальнення для підготовки теоретичного обґрунтування методів соціальної терапії.

Проблеми, що пропонуються для аналізу: насильство у сім'ї, реабілітація дітей з обмеженими можливостями, людей похилого та старого віку, колишніх в'язнів, військовополонених та (таблиця)

- Сформулювати об'єкт, предмет, мету, завдання та гіпотезу до теми дослідження.

- Обґрунтувати пакет методів для вирішення поставлених задач.

- Зробити письмовий порівняльний аналіз тлумачення базових понять теми дослідження

Проблема, що існує та її стисла характеристика (у чому проявляється, які наслідки)	Хто вирішує дану проблему (соц. служби, заклади соціального спрямування, органи державної влади, громадські організації)	Завдання, що вирішуються	Методи та форми соціальної реабілітації

Тема 3. Особливості використання технології арт-терапії у соціальній реабілітації інвалідів

Зміст: Особливості методу казкотерапії

Корольотерапія та умови її застосування

Іпотерапія як метод роботи соціального працівника.

Завдання:

- Підібрати 1–2 види арттерапії. Запропонувати та обґрунтувати можливості їх використання у соціальній реабілітації інвалідів

Індивідуальне науково-дослідне завдання (ІНДЗ) є додатковою частиною самостійної роботи студента над навчальною дисципліною. Творча (евристична), наближена до наукового осмислення і узагальнення робота можлива лише як результат організації самостійного навчання з обов'язковою присутністю в ній цілей дослідження та їх досягнення за допомогою ефективних технологічних схем самоосвіти.

Крім того, така робота повинна бути індивідуалізованою, з врахуванням рівня творчих можливостей студента, його навчальних здобутків, інтересів, навчальної активності тощо. Практична реалізація такого принципу навчання пов'язана із використанням в навчальному процесі індивідуальних навчально-дослідних завдань.

Індивідуальне навчально-дослідне завдання є видом позааудиторної самостійної роботи студента навчального, навчально-дослідницького характеру, яке використовується в процесі вивчення програмного матеріалу навчальної дисципліни і завершується разом із складанням підсумкового заліку із даної навчальної дисципліни.

Метою ІНДЗ є самостійне вивчення частини програмного матеріалу, систематизація, поглиблення, узагальнення, закріплення та практичне застосування знань студента з навчальної дисципліни «Історія соціальної роботи» та розвиток навичок самостійної роботи.

Зміст ІНДЗ. ІНДЗ – це завершена теоретична або практична робота в межах програми навчальної дисципліни, яка виконується на основі знань, умінь і

навичок, отриманих у процесі лекційних, семінарських занять, охоплює одну тему (декілька тем) або зміст навчальної дисципліни в цілому. Індивідуальні завдання виконують студенти самостійно під керівництвом викладача. Як правило, індивідуальні завдання виконуються окремо кожним студентом. Завдання можуть мати комплексний характер і тоді до їх виконання можуть залучатися кілька студентів. ІНДЗ виконується студентом після самостійного вивчення програмного матеріалу. У НДР необхідно розкрити основний зміст як теоретичних питань (номер питання обирається за погодженням з лектором) за допомогою рекомендованої літератури та інтернет-джерел.

ІНДЗ може виконуватися у формі есе або презентації.

Від традиційного реферату есе перейняло краще: визначення мети, завдання роботи, формулювання об'єкта, предмета самостійного дослідження, структурованість, послідовність викладення теоретичного обґрунтування та практичних аргументів, критерії оцінки роботи (певні шаблони-орієнтири) тощо. Зазначене не дозволяє спокуситися до рівня бачення, що есе - альтернатива традиційній роботі студента.

Есе (фр. *essai* «спроба, проба, нарис», від лат. *exagium* «зважування») — літературний жанр прозового твору невеликого обсягу й вільної композиції.

Есе виражає індивідуальні враження й міркування автора з конкретного приводу або предмета й не претендує на вичерпне трактування. Відносно обсягу й функції межує, з одного боку, з науковою статтею й літературним нарисом (з яким есе нерідко плутають), з іншого боку — з філософським трактатом.

Есе (трансформований, адаптований, змінений жанр літератури) набуває все більшої популярності як вид письмової самостійної роботи українського студента, а саме: як твір-міркування невеликого обсягу з вільною композицією, що виражає індивідуальні враження, міркування з конкретного питання, проблеми й свідомо не претендує на повноту й вичерпне трактування теми.

Мета есе – це самостійне бачення студентом проблеми, питання, теми на підставі опрацьованого матеріалу та аргументів, у відповідності до обраного підходу, стилю.

Структура есе - це відповідь на питання або розкриття теми, що засновано на класичній системі доказів.

Титульний аркуш (заповнюється за рекомендованим зразком);

Вступ: місія студента щодо розгляду теми есе, його авторське бачення або сутність та обґрунтування вибору цієї теми. Мета та завдання роботи — очікуваний результат роботи в цілому та конкретні результати, які будуть отримуватися в ході розкриття теми.

Основна частина: теоретичні основи обраної проблеми й виклад основного питання. Ця частина припускає розвиток аргументації й аналізу, а також обґрунтування їх, виходячи з наявних даних, інших аргументів і позицій щодо питання

Висновок: узагальнення й аргументовані висновки до теми й т.д.

Підсумовує есе або ще раз вносить пояснення, підкріплює зміст і значення викладеного в основній частині.

Комп'ютерна презентація – це пов'язаний набір послідовних слайдів (кадрів) спеціального формату з лаконічною інформацією на певну тему, тобто зручний інструмент, за допомогою якого можна наочно і в доступній формі донести до глядача певну інформацію. Всі слайди зберігаються в одному файлі. Презентації можуть містити текст, графічні об'єкти (рисунок, діаграми, автофігури тощо), засоби управління, звук, відео та анімовані зображення (три останні компоненти відносяться до мультимедіа).

Слайд – це окремий кадр презентації, тобто сторінка з матеріалами, незалежно від того, буде вона використовуватись в роздрукованому або електронному вигляді. Слайд може містити в собі заголовок, текст, графічні об'єкти, діаграми звукові фрагменти, відеокліпи. Готові слайди можна роздрукувати на прозорих плівках для звичайного проектора або на папері для використання в якості роздавального матеріалу.

Демонстрація презентацій – це процес показу слайдів у деякому порядку. Порядок може бути будь-який, який обирає доповідач. При цьому показ може

управлятися як вручну, так і автоматично. Крім слайдів презентація включає роздавальний матеріал, структуру презентації, замітки.

Роздатковий матеріал – це роздруковані в компактному вигляді слайди презентації: по два, чотири або шість слайдів на одній сторінці.

Структура презентації – це документ, що містить тільки заголовки слайдів та основний текст без графічних зображень і спеціального оформлення.

Через комп'ютерні презентації студенти можуть представляти різні навчальні проекти, науково-дослідницькі роботи, розкривати теми з будь-яких навчальних предметів, досліджень, реклами, створювати й демонструвати навчальні та довідкові слайд-фільми тощо. Останнім часом презентації ефективно використовуються в освіті для представлення результатів навчальної та наукової діяльності студентами.

Метою створення навчальної презентації є формування в студентів навичок представлення результатів навчальної та наукової діяльності засобами інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ), розвиток у них навичок творчої самостійної роботи, оволодіння новітніми інформаційними технологіями представлення даних, наукових досліджень, закріплення знань, набутих у процесі навчання дисциплін інформаційно-комунікаційного циклу.

Питання до підсумкового контролю

1. Сучасне уявлення про інвалідність. Моделі інвалідності.
2. Інвалід: визначення поняття, причини інвалідності.
3. Критерії визначення інвалідності. Класифікація порушень основних функцій організму і основних категорій життєдіяльності.
4. Реабілітація інвалідів: визначення поняття, мета, принципи.
5. Медико-соціальна експертиза: визначення, мета, нормативна правова база.
6. Організація нормативна правова база діяльності державних федеральних установ
7. Нормативна правова база діяльності державних установ медико-соціальної експертизи.
8. Державні установи медико-соціальної експертизи: структура, рівні, основні завдання.

9. Права інвалідів на медико-соціальну експертизу і реабілітацію.
10. Правове забезпечення медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів.
11. Порядок наряду громадян на медико-соціальну експертизу.
12. Індивідуальна програма реабілітації інваліда: визначення, принципи формування, структура, етапи розробки і реалізації.
13. Особливості розробки і реалізації індивідуальної програми реабілітації дитяти-інваліда.
14. Соціальні заходи реабілітації інвалідів: суть і зміст.
15. Особливості і організація соціальної реабілітації дитини-інваліда.
16. Соціальне обслуговування інвалідів: визначення, основні принципи, форми, установи.
17. Термінове соціальне обслуговування інвалідів: визначення; зміст.
18. Роль термінового соціального обслуговування в здійсненні соціальної реабілітації інваліда.
19. Роль матеріального забезпечення інвалідів в соціальній реабілітації: характеристика, установи, нормативне правове забезпечення.
20. Соціальні проблеми сімей, що мають дітей-інвалідів.
21. Особливості соціальної реабілітації дітей-інвалідів.
22. Особливості використання соціально-психологічних методів у розв'язанні завдань соціальної роботи
23. Особливості використання рольових ігор у соціальній роботі та різних її технологіях
24. Особливості методу рольових ігор: її види, підготовка та технологія проведення.
25. Тренінг як метод і форма соціальної роботи
26. Особливості соціально-психологічних тренінгів, їх види.
27. Методика підготовки та проведення тренінгу у соціальній роботі
28. Навчальні тренінги для працівників соціальної служби.
29. Методика підготовки та проведення тренінгу у соціальній роботі.
30. Технологізація процесу соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями
31. Види технологій, які застосовуються у соціальній реабілітації інвалідів і дітей з обмеженими можливостями
32. Технологія соціально-медичної реабілітації для клієнтів з проблемами здоров'я
33. Характеристика основних видів арт-терапії
34. Характеристика діяльності органів соціального захисту населення: завдання, функції
35. Зміст соціальної роботи в установах соціального обслуговування.

36. Сутність соціальної адаптації і реабілітації.
37. Соціальна реабілітація дітей-інвалідів та молодих інвалідів.
38. Шляхи та засоби соціальної реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями
39. Характеристика групової форми реабілітаційної соціальної роботи з дітьми і молоддю з обмеженими психофізичними можливостями
40. Характеристика індивідуальної форми реабілітаційної соціальної роботи з дітьми і молоддю з обмеженими психофізичними можливостями
41. Поняття «соціально - реабілітаційна діяльність», сутність, зміст, цілі.
42. Методи соціально-психологічної реабілітації дітей з обмеженими психофізичними можливостями
43. Труднощі соціально-психологічної реабілітації дітей з обмеженими психофізичними можливостями
44. Абілітація і реабілітація людини, їх сутність і призначення
45. Соціально-педагогічна абілітація дитини
46. Підвищення ролі батьків в соціально-педагогічній абілітації дитини
47. Соціокультурне середовище абілітації та реабілітації людини
48. Медичний діагноз як основа соціально-педагогічної роботи з дитиною
49. Зміст технології соціальної терапії: форми, види
50. Рівні реалізації соціальної терапії
51. Технологія роботи з мережею соціальних контактів
52. Функції та методи соціальної терапії
53. Характеристика групової соціальної терапії
54. Методи поведінкової терапії в групі
55. Застосування технологій соціальної терапії
56. Установи, що реалізують реабілітаційні програми, їх види, структура, завдання
57. Хворий як об'єкт медико-соціальної реабілітації: критерії відбору, принципи, періоди реабілітації
58. Реабілітація інвалідів в Україні, медичні установи, що її реалізують
59. Характеристика діяльності реабілітаційно-лікувальних (лікувально-профілактичних) установ
60. Характеристика діяльності реабілітаційно-оздоровчих (лікувально-профілактичних) установ
61. Характеристика діяльності реабілітаційно-протезних установ
62. Функції діяльності Медико-соціальної експертної комісії (МСЕК).
63. Історичний розвиток суспільної допомоги дітям з особливими потребами.
64. Характеристика монастирського етапу суспільної допомоги інвалідам (X – сер. XVIII ст.).

65. Характеристика медичного етапу суспільної допомоги інвалідам (XVIII - XIX ст.).
66. Лікувально-педагогічний етап суспільної допомоги інвалідам (XX ст.).
67. Сучасний етап – від ізоляції до інтеграції.
68. Законодавче забезпечення соціального захисту дітей з обмеженими психофізичними можливостями в Україні
69. Організація соціальної і медичної реабілітації постраждалих в АТО
70. Організація соціально-культурної реабілітації похилих та літніх осіб в Україні.

ТЕЗАУРУС

Абілітація - комплекс заходів (послуг), спрямованих на формування нових і посилення наявних ресурсів соціального, психічного і фізичного розвитку дитини.

Адаптація економічна здійснюється зазвичай в нових соціально-економічних умовах життя і стосується всіх цільових груп населення

Адаптація комунікативна зумовлює пристосування індивіда до нових взаємозв'язків і взаємостосунків, розвиток соціальних навичок і умінь, соціальної компетенції

Адаптація регулятивна пов'язана з життєвими циклами людини, переходом від одного віку до іншого, перебігом різних життєвих подій і змін, що потребують формування нових якостей характеру, рис особистості та вимог до суспільства, яке має забезпечувати гідне існування громадян

Адаптація соціальна— пристосування індивіда до умов соціального середовища, формування адекватної системи відносин із соціальними об'єктами, рольова пластичність поведінки, інтеграція особистості у соціальні групи, діяльність щодо освоєння стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища, форм соціальної взаємодії.

Адаптація соціально-побутова — пристосування індивіда до нових умов життя, побуту, що передбачає поліпшення його становища, психологічного самопочуття, узгодженість із намірами, інтересами, уподобаннями.

Арттерапія - терапія мистецтвом, основна мета якої полягає в гармонізації розвитку особистості через розвиток здатності самовираження і самопізнання

Бібліотерапія спеціальне корекційне вплив на дитину за допомогою читання спеціально підібраної літератури з метою нормалізації або оптимізації його психічного стану

Віктимологія - вчення про жертву (від лат. *viktima* - жертва і грец. *logos* - вчення), як спеціальна соціологічна теорія здійснює комплексний аналіз феномена жертви, виходячи з теоретичних уявлень і моделей, спочатку

розроблених у сфері таких соціальних дисциплін, як кримінологія, політологія, теорія державного управління, психологія, соціальна робота, конфліктологія, соціологія відхиляється.

Впровадження соціальних технологій - складний і динамічний процес переведення теоретичних концепцій з відтворення соціальних якостей, характеристик, явищ, відношень на мову практичних дій.

Група - це колектив людей, які мають спільну мету, яка може бути досягнута в результаті взаємодії та спільної роботи членів групи.

Деадаптація особистісна - це деадаптація у відношенні до самого себе. Виявляється в неадекватному сприйнятті свого дефекту, що виникає в тому випадку, коли людина емоційно не може прийняти себе як інваліда

Деадаптація сенсомоторна - це деадаптація в сфері предметного світу, характеризується недостатньою пристосованістю до активного існування в навколишньому світі, що проявляється в зниженні мобільності, недостатності навичок орієнтування в просторі і в часі, недостатності навичок самообслуговування.

Казкотерапія - метод, що використовує казкову форму для інтеграції особистості, розвитку творчих здібностей, розширення свідомості, вдосконалення взаємодії з навколишнім світом.

Класифікація - це система підпорядкованих понять (класів, об'єктів) певної галузі знання чи діяльності людини, що використовується як засіб для встановлення зв'язків між цими поняттями чи класами об'єктів.

Куклотерапія як метод заснований на процесах ідентифікації дитини з улюбленим героєм мультфільму, казки і з улюбленою іграшкою

Курорт — місцевість з наявністю лікувальних природних факторів (мінеральні джерела, лікувальні грязі, сприятливі кліматичні умови), а також бальнеологічних, гідротехнічних та лікувально-профілактичних закладів.

Музикотерапія представляє собою метод, що використовує музику в якості засобів корекції (прослуховування музичних творів, індивідуальне та групове музикування).

Проблеми реабілітації на макрорівні – це соціальні проблеми першого порядку, які торкаються суспільства в цілому.

Проблеми реабілітації на мезорівні – це соціальні проблеми другого порядку, пов'язані з регіональними умовами, з наявністю чи відсутністю спецшкіл, спеціальних реабілітаційних центрів, спеціалістів-дефектологів на місцях мешкання сімей, де є дитина-інвалід.

Проблеми реабілітації на мікрорівні – це проблеми сімейного та родинного характеру, які мають дітей-інвалідів і потребують конкретної допомоги соціальних служб

Програма реабілітації - це чіткий план, схема спільних дій батьків і фахівців, що сприяють розвитку здібностей дитини, її оздоровлення, соціальної адаптації (наприклад, професійної адаптації), причому в цьому плані обов'язково передбачаються заходи щодо інших членів сім'ї

Психогімнастика - одна з форм психотерапії, при якій взаємодія ґрунтується на руховій експресії, міміці, пантомімі.

Реабілітація - комплекс медичних, соціально-економічних, педагогічних, професійних і юридичних заходів, спрямованих на відновлення (чи компенсацію) порушених функцій, дефекту, соціального відхилення.

Реабілітація медична - спрямована на відновлення або компенсацію тієї чи іншої втраченої функції чи можливе уповільнення захворювання

Реабілітація педагогічна - комплекс заходів виховного характеру відносно дітей, направлених на те, щоб дитина опанувала необхідними вміннями і навичками з самообслуговування, отримав шкільну освіту.

Реабілітація побутова - забезпечує одержання необхідних протезів, особистих засобів пересування вдома і на вулиці, інших пристосувань, що дозволяють індивіду стати досить самостійним у побуті

Реабілітація професійна - передбачає навчання інваліда доступних видів праці, надання необхідних індивідуальних технічних пристосувань, допомога у працевлаштуванні

Реабілітація професійно-трудова інвалідів - система гарантованих державою заходів з професійної орієнтації, професійного навчання і працевлаштування інвалідів відповідно до їх здоров'я, кваліфікації і особистих уподобань

Реабілітація психологічна - це вплив на психічну сферу інваліда, спрямоване на розвиток і корекція індивідуально психологічних особливостей особистості

Реабілітація соціальна - комплекс заходів, спрямованих на відновлення людини в правах, соціальному статусі, на покращання її здоров'я, дієздатності

Реабілітація соціальна дітей з функціональними обмеженнями – це складний процес, що потребує переорієнтації, і насамперед – у напрямі розробки методології і методики соціально-педагогічної та психологічної моделі соціальної роботи

Реабілітація соціальна інвалідів — це система відновлення соціальних взаємозв'язків, соціального статусу, працездатності через комплекс соціально-медичних, соціально-психологічних і соціально-правових заходів.

Реабілітація соціальна дитини-інваліда – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв'язків та відносин.

Реабілітація соціально-економічна - комплекс заходів щодо забезпечення інваліда необхідним і зручним житлом, грошового забезпечення і т.п.

Реабілітація соціально-середовищна - це комплекс заходів, спрямованих на створення оптимального середовища життєдіяльності інвалідів, забезпечення умов для відновлення соціального статусу і втрачених суспільних зв'язків.

Санаторій - спеціалізований стаціонарний заклад у системі санаторно-курортного лікування, в якому використовуються лікувальні комплекси кліматотерапії, бальнеотерапії, грязелікування

Самореалізація — рівень задоволення духовних потреб особистості, реалізації творчого потенціалу.

Середовище соціальної реабілітації - середовище проживання і функціонування, соціального обслуговування, трудової діяльності, відпочинку, навчання, заняття творчістю, отримання інформації

Система реабілітації передбачає значний набір послуг, що надаються не тільки дітям, але і їх батькам, сім'ї у цілому і більш широкому оточенню

Соціально-медичне обслуговування на дому надається інвалідам, що потребують постійної або тимчасової (до 6 місяців) сторонньої допомоги, в зв'язку з частковою або повною втратою здатності до самообслуговування.

Соціальне обслуговування вдома спрямоване на максимально можливе продовження перебування інвалідів звичного соціального середовища з метою підтримки їх соціального статусу, а також на захист їх прав і законних інтересів

Соціально-психологічна дезадаптація - це дезадаптація у стосунках з оточуючими. Виявляється в порушенні соціальних контактів з оточуючими, конфліктному або обмеженому спілкуванні, наявності негативних установок по відношенню до інвалідів або до здорових людей

Соціальна реабілітація у вузькому тлумаченні - це система форм, методів і засобів відновлення втрачених індивідом або не набутих в процесі соціалізації функцій, відносин і ролей соціального функціонування.

Соціальна реабілітація у широкому тлумаченні - це створення умов у суспільстві для відновлення і розвитку здібностей і навичок індивідів самостійного соціального функціонування.

Соціальні технології - це система знань про оптимальні способи перетворення і регулювання соціальних відносин і процесів у життєдіяльності людей, а також сама практика алгоритмічного застосування оптимальних способів перетворення і регулювання соціальних відносин і процесів.

Соціальне функціонування - здатність індивіда самостійно здійснювати взаємодію з навколишнім світом, забезпечувати свою життєдіяльність і життєдіяльність сім'ї, відповідати встановленим та загальноприйнятим у суспільстві нормам моралі і моральності.

Терапія групова розуміється як вплив, спрямований на надання допомоги людям у подоланні особистісних порушень або соціального безладу з використанням груп; у взаємодії з індивідуальною збагачує і доповнює терапевтичний вплив,

дозволяє клієнтові поглянути на себе очима групи, скорегувати поведінку, поглибити і ретельно розробити ефективну програму індивідуальної терапії.

Терапія індивідуальна застосовується у відношенні окремої людини, вирішення проблем якого вимагає конфіденційності (сексуальне насильство, сімейні негаразди тощо) до тих, хто не бажає або з яких-небудь причин не може брати участь у груповій терапії.

Терапія-каніс - терапія з собакою, виступає засобом соціальної терапії в роботі з дітьми-інвалідами, літніми, "в'язнями кімнат".

Терапія малюванням (ізотерапія)- творчий акт, що дозволяє дитині відчувати і зрозуміти самого себе, висловити вільно думки і почуття, звільнитися від конфліктів і сильних переживань, розвинути емпатію, бути самим собою, вільно висловлювати мрії і надії.

Терапія мережева - ефективний спосіб відновлення відносин між індивідом і його соціальним оточенням, соціумом.

Терапія окупаційна - терапія повсякденними заняттями, форма професійної соціальної роботи; необхідна форма допомоги людям, які мають відхилення у поведінці, взаємодії.

Терапія-ритмо тісно пов'язана з музикотерапією та іншими засобами мистецтва, ритмом природи, притаманними людині природними біоритмами життя.

Терапія самовиховання - це власна діяльність суб'єкта, спрямована на самопізнання, самоаналіз і самооцінку

Терапія сімейна - форма групової терапії, орієнтована на системну роботу з сім'єю, при цьому сім'я розглядається як цілісна одиниця

Терапія соціальна є впливом соціальних суб'єктів на деструктивні відхилення через якісні перетворення у соціальних взаємовідносинах і взаємодії носіїв цих відхилень; комплекс процедур, заходів і дій спрямована на вирішення соціальних проблем різного рівня організації суспільства

Терапія танцювальна застосовується при роботі з людьми, що мають емоційні розлади, порушення спілкування, міжособистісної взаємодії

Терапія трудова ґрунтується на наданні лікувальний, тонізуючий, активізирующего впливу процесу праці на індивіда

Технологія (від гр. techne - мистецтво, майстерність, вміння + logos - вчення) - система знань про способи й засоби обробки і якісного перетворення об'єкта.

Технологія соціальної роботи - це одна із галузей соціальних технологій, що орієнтована на соціальне обслуговування, допомогу і підтримку громадян, які знаходяться у важкій життєвій ситуації

Технології у вузькому значенні - це технології, спрямовані на вирішення конкретних соціальних проблем груп населення чи окремих клієнтів.

Технології у широкому значенні - це технології соціального захисту всіх верств населення, створення таких умов, які б сприяли зниженню частки населення, що потребує допомоги й підтримки. Завдання таких технологій – не лише сприяти лікуванню "соціальних хвороб", а й їх попереджувати.

Список використаної літератури

Основні джерела:

1. Акмалова Л.А., Капицын В.М. Социальная работа с мигрантами и беженцами: Учебное пособие. – М.: Инфра-М, 2012. – 220 с.
2. Дементьева Н.Ф., Старовойтова Л.И. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы: Учебное пособие. – М.: Академия-центр, 2010. – 272 с.
3. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2006. - № 2-3. – С. 36.
4. Закон України “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю” від 21.06.2001 р. №2558-III // Відомості Верховної Ради, 2001. - № 42. – С. 213.
5. Історія, теорія і практика соціальної роботи в Україні: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів /Упорядники: С.Я. Харченко, М.С. Кратінов, Л.Ц. Ваховський, О.П. Песоцька, В.О. Кратінова, О.Л. Караман. – Луганськ: Альма-матер, 2005. – 408 с.
6. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації: Навч.-метод. Комплекс / Автор.-упоряд.: О.В. Безпалько, І.Д. Зверєва, З.П. Кияниця, В.О. Кузьмінський та інші. / За заг. ред.: І.Д. Зверєвої, Ж.В. Петрочко – К.: Фенікс, 2007. – 528 с.
7. Комплексна реабілітація інвалідів: Навчальний посібник для студ. Вищ. Учеб. Закладів / Т.В. Зозуля, Є.Г. Свистунова, В.В. Чешехіна; під ред. Т.В. Зозулі. - М.: "Академія", 2005. - 304 с.
8. Нестерова Г.Ф. Социальная работа с пожилыми и инвалидами: учебник для студ. сред. проф. образования / Г.Ф. Нестерова, С.С. Лебедева, С.В.Васильев. – М.: Издательский центр «Академия», 2009. – 288 с.
9. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина/ За ред. В.В. Клапчука та Г.В.Дзяка. – К.: Здоров'я, - 2005.- 297 с.
10. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р.Мисули, Л.О.Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005.- 402 с.

11. Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи : навч. посібник / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009. – 222 с.
12. Сергієні О.В. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: Методичні рекомендації. - Дніпропетровськ, 2007. - 23 с.
13. Соціальна робота в Україні: Навч. посіб. / І.Д. Зверева, О.В. Безпалько, С.Я. Харченко та ін.; За заг. ред. І.Д. Зверєвої, Г.М. Лактіонової. – К.: Центр навчальної літератури, 2004. - 256 с.
14. Соціально-психологічна робота з дітьми та молоддю з обмеженими можливостями. – К.: Держсоцслужба, 2005. – 108 с.
15. Технології роботи з різними категоріями клієнтів центрів соціальних служб для молоді: Методичний посібник / С.В. Толстоухова, О.О. Яременко, О.В. Вакуленко та ін. – К.: ДЦССМ, Державний ін-т проблеми сім'ї та молоді, 2003. – 88 с.
16. Холостова Е.И. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие – 3-е изд. перераб. и доп. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2009. – 240 с.
217. Шевцов А.Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я : Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського державного університету. Серія соціально-педагогічна, Вип. VI. – Кам'янець-Подільський, 2006. – С. 337- 342.

Допоміжні джерела:

1. Пономаренко В.І. Реабілітація — складова здоров'я нації // Сучасні медичні технології. — 2015. — № 2/3. — С. 136-138.
2. Реабілітація осіб з інвалідністю: українські перспективи. — К., 2010. — 40 с. — (Національна платформа з питань реабілітації осіб з інвалідністю).
3. Слабкий Г.О. Інвалідність як проблема громадського здоров'я: профілактика та забезпечення ефективної реабілітації // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2016. — N 3. — С. 4-9.

4. Соціальна геронтологія у схемах, таблицях і опорних конспектах: Навчальний посібник / сост. Т.П. Ларіонова, Н.М. Максимова, Т.В. Нікітіна. - М.: "Дашков і К", 2009. - 80 с.
5. Усманов Б. Ф. Социальная инноватика : учебное пособие. Изд.3-е, перераб. и дополн. / Б. Ф. Усманов – М. : Социум, 2009
6. Хаустова О.О. Психосоціальна реабілітація: проблеми і шляхи вирішення // НейроNEWS. — 2016. — № 2. — С. 25-29.
7. Чорна Н.О. Мистецтво догляду [реабілітація інвалідів] // Міжнародний журнал Реабілітація та паліативна медицина. — 2015. — N 2. — С. 137-138.

Інтернет-ресурси:

1. Данилова Т.В. Організація і проведення соціально-психологічної реабілітації та професійного навчання дітей-інвалідів [Електронне джерело]. – Режим доступу: scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2009/10_2009/8.pdf.pdf
2. Досвід США у процедурі встановлення інвалідності, розроблення програми реабілітації, та існування подібних комісій [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.pilga.in.ua/node/6213>.
3. Закон «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» [Електронне джерело]. - Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>
4. Інноваційні соціальні технології [Електронне джерело]. – Режим доступу: https://studopedia.com.ua/1_16183_Innovatsiyeni-sotsialni-tehnologii.html
5. Інновації в соціальній сфері організації: сутність, види, відмінні характеристики [Електронне джерело]. – Режим доступу: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=3312>
6. Капанадзе Б. П. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів [Електронний ресурс] / Б. П. Капанадзе. – Режим доступу : http://www.pravoisuspilstvo.org.ua/archive/2015/4_2015/21.pdf.
7. Корнюшина Р. В. Зарубежный опыт социальной работы / Р. В. Корнюшина [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://window.edu.ru/resource/960/40960/files/dvgu081.pdf>.

8. Кравченко М. В. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів / М. В. Кравченко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.nbu.gov.ua/ejournals/pdf>.
9. Медико-соціальна реабілітація інвалідів [Електронне джерело]. – Режим доступу: <http://ronmb.org.ua/articles/mediko-sotsialna-reabilitatsiya-invalidiv.html>
10. Овод Ю. Інноваційні технології у соціальній роботі / Ю. Овод [Електронне джерело]. – Режим доступу: https://www.google.com.ua/search?hl=ru&source=hp&ei=MNGjW7mmD4W8swGTrJiABA&q=інноваційні+технології+соціальної+роботи&oq=інноваційні+технології+у+соц&gs_l=psy-ab.1.0.0i22i30k1110.1471.31604.0.37930.28.20.0.8.8.0.197.2579.0j20.20.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.28.2721...0j0i131k1j0i13k1.0.WdbsFJBQ8Mg
11. Про становище осіб з інвалідністю в Україні [Електронний ресурс] : національна доповідь. – Режим доступу: <mlsp.kmu.gov.ua/document/174635/1.doc>.
12. Типи інновацій в соціальній роботі [Електронне джерело]. – Режим доступу: https://pidruchniki.com/73040/sotsiologiya/tipi_innovatsiy_sotsialniy_roboti
13. Соціальна адаптація і реабілітація [Електронне джерело]. – Режим доступу: <http://politics.ellib.org.ua/pages-12109.html>
14. Типове положення про центр соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями <http://www.rada.gov.ua>
15. Соціальна робота: Теорія і практика [Електронне джерело]. – Режим доступу: <http://politics.ellib.org.ua/pages-12103.html>

Додатки

Додаток А

Індивідуальна програма реабілітації хворого

Прізвище, імя, по батькові _____

Вік _____ Освіта _____ Професія _____

Місце роботи _____

Місце проживання _____

Діагностика

Клініко-функціональний діагноз _____

Соціально-середовищна характеристика _____

Професійний статус _____

Висновок

Втрата здатності (повна/часткова) _____

- до самообслуговування _____
- до пересування _____
- до орієнтації _____
- до спілкування _____
- до контролю над своєю поведенкою _____
- до трудової діяльності _____

Медична реабілітація _____

- відновна терапія _____
- реконструктивна хірургія _____
- протезування _____
- де і коли лікувався протягом останнього часу _____

Причини виходу на інвалідність _____

- тяжкість захворювання _____
- дефекти діагностики _____
- хворий не звертався за допомогою _____
- звертався, але захворювання не діагностовано _____
- дефекти лікування _____
- несвоєчасне _____
- не в повному об'ємі _____

Голова ЛКК

Зав. відділом

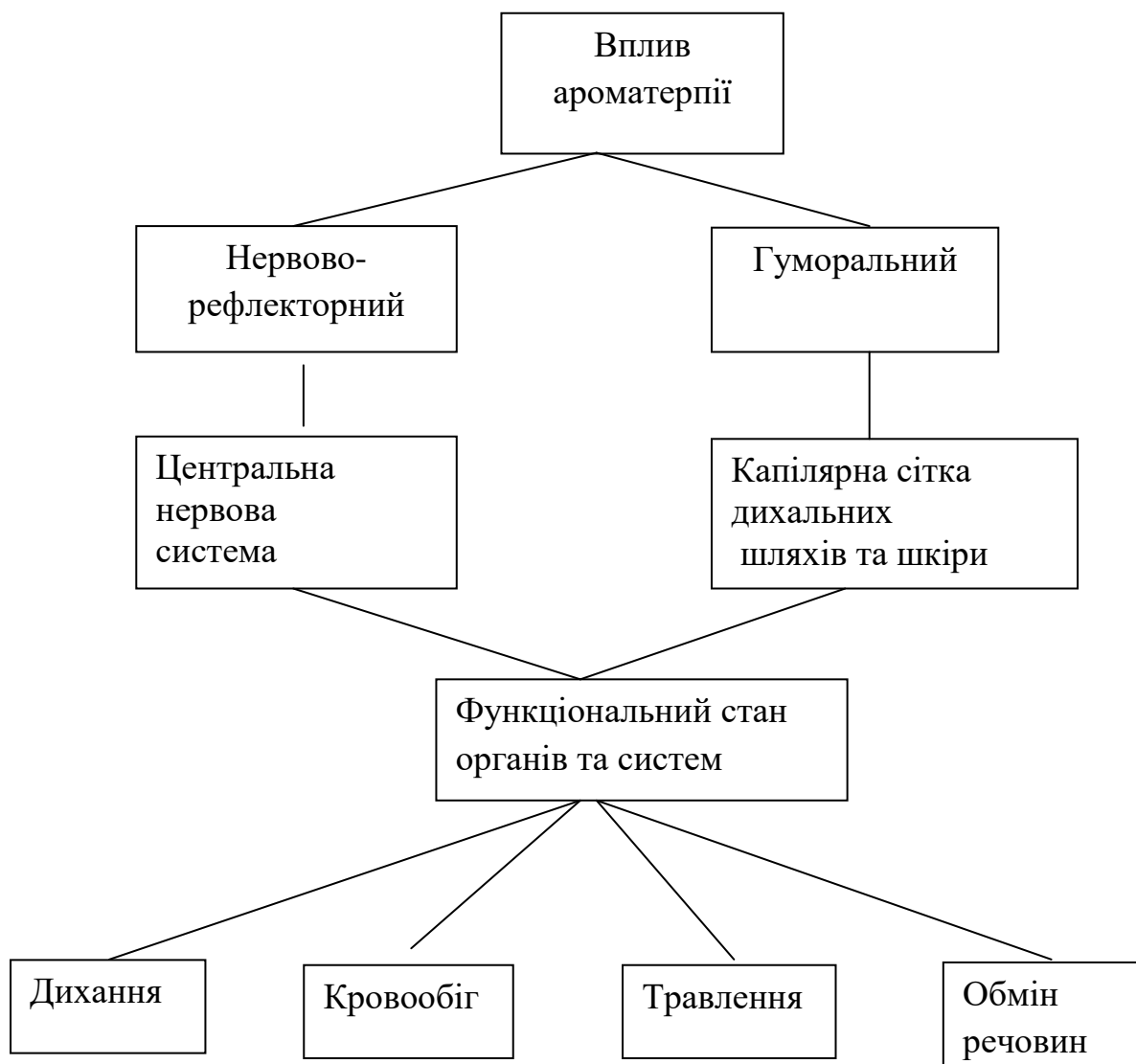
Лікуючий лікар

Лікар-реабілітолог

Медичні і економічні критерії працездатності

Вид працездатності	Медична реабілітація Види трудової діяльності
Працездатний	Диспансерне спостереження Профілактичний нагляд Трудова діяльність необмежена
Умовно-працездатний: - тимчасове обмеження праці (вагітність, після захворювання); - з постійним і тривалим тимчасовим обмеженням праці (діабет, туберкульоз, захворювання серцево-судинної системи)	Диспансерне спостереження Полегшена робота Диспансерне спостереження Адекватне робоче місце
Обмежено-працездатний: - інваліди, обмеженість яких дозволяє виконувати певні види трудової діяльності в межах встановленого законодавством часу; - інваліди, залишки працездатності яких дають можливість виконувати обмежену за часом роботу, яка залежить від виду відновлення працездатності хворого та інваліда (робота до декількох годин); - інваліди, які непрацездатні в звичайних виробничих умовах, але в окремих випадках можлива часткова трудова реабілітація (порушення зору, слуху, травматичні пошкодження спинного мозку)	Диспансерне спостереження Адекватне робоче місце Диспансерне спостереження Адекватне робоче місце Скорочена тривалість робочого дня Диспансерне спостереження В окремих випадках можливе працевлаштування на дому чи в спеціально створених умовах
Інвалідність пов'язана з суттєвим обмеженням працездатності, при якій робота є недопустимою	Диспансерне спостереження Побутова реабілітація

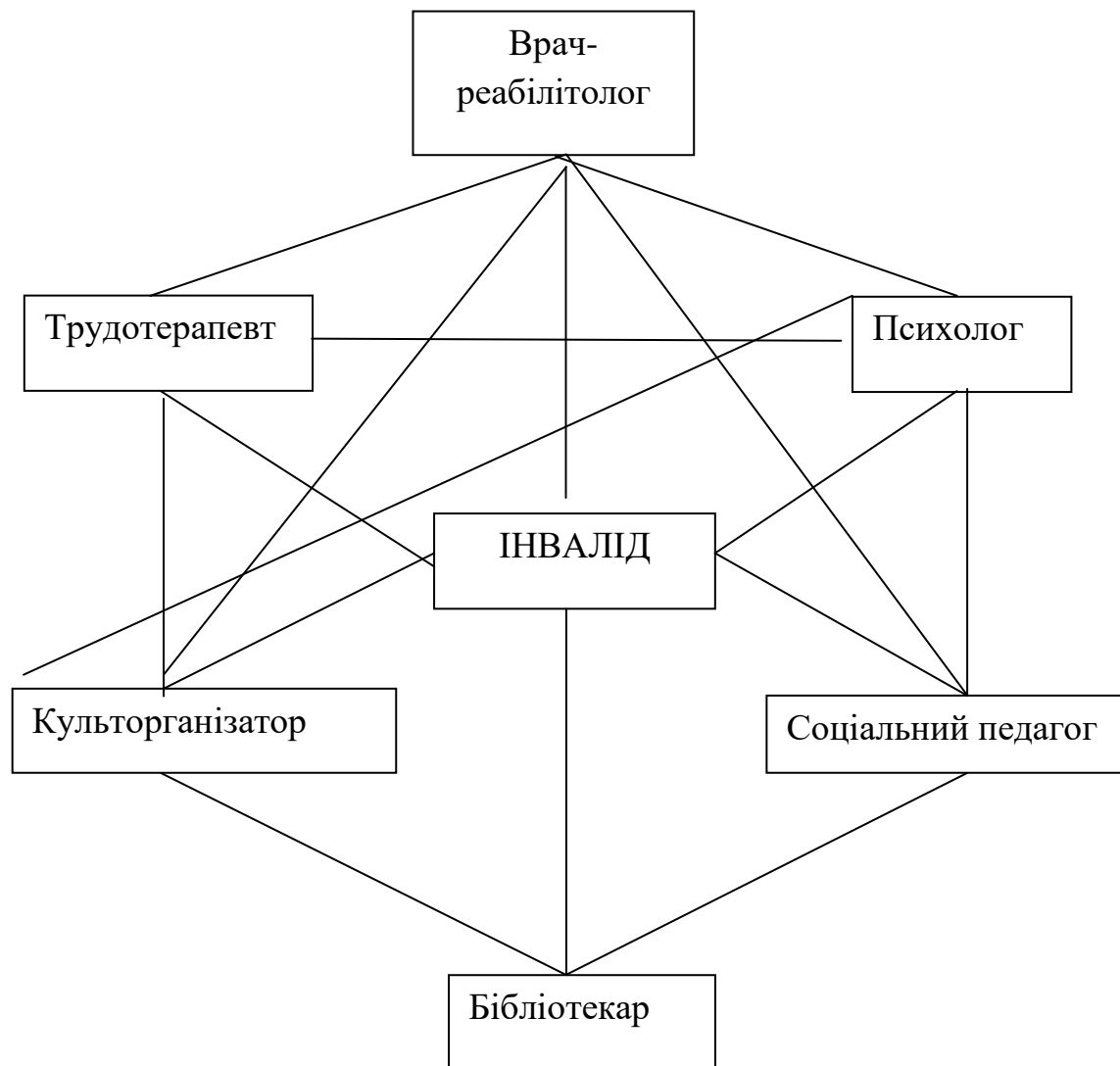
Вплив ароматерапевтичних засобів на організм людини



Засоби лікувальної фізкультури

Фізичні вправи	Вихідні положення	Режим рухової активності	Загортуючі процедури	Прийоми масажу
Гімнастичні Спортивно-прикладні Ігрові Трудові	Лежачі Стоячі Сидячі На четереньках	1. Стаціонарний: Ліжковий: суворий, розширений Напівліжковий Вільний 2. Після стаціонарний: Щадний Щадно- тренуючий Тренуючий	Фізичні чинники: 1. Природні: сонце, повітря, вода 2. Преформовані	Погладжування Розтирання Розминання Вібрація

**Технологія взаємодії фахівців у здійсненні соціальної реабілітації
інвалідів у реабілітаційному центрі**



**Еволюція ставлення суспільства та держави до осіб обмеженими
можливостями здоров'я та становлення системи спеціальної освіти**

Період еволюції	Етапи становлення системи спеціальної освіти	Хронологічні межі
I. Від агресії та зневаги до усвідомлення необхідності піклування про дітей з особливостями розвитку	Формування передумов виникнення національної системи спеціальної освіти	966-1715 р.
II. Від усвідомлення необхідності піклування про осіб з відхиленнями розвитку до усвідомлення необхідності навчання частини з них	Формування передумов виникнення національної системи спеціальної освіти	1715-1806 р.
III. Від усвідомлення можливостей до усвідомлення доцільності навчання трьох категорій дітей: з порушеннями слуху, зору та розумово відсталих.	Розгортання мережі спеціальних навчальних закладів та оформлення паралельних систем спеціальної освіти	1806-1927 р.
IV. Від усвідомлення необхідності навчання певної частини дітей з порушеннями до розуміння необхідності навчання всіх дітей з відхиленнями в розвитку.	Удосконалення вертикальної та горизонтальної структур системи спеціальної освіти, її диференціація	1927-1991 р.
V. Від сегрегативного навчання дітей з особливими освітніми потребами до інклюзивного навчання	Розвиток національної системи спеціальної освіти з провідною тенденцією інклюзії	1991-донині

Типологія дитячої інвалідності

Класифікаційна ознака	Фактори	
	Зовнішні (екзогенні)	Внутрішні (ендогенні)
Причини інвалідності	<ul style="list-style-type: none"> -механічні - поранення, удар; -фізичні – дія електроструму, тепла, холоду; -хімічні – дія отруйних речовин; -біологічні – хвороботворні мікроби, віруси; -психічні – переляк, стрес, психотравмуючі фактори; -порушення харчування – голодування, нестача вітамінів, переїдання 	<ul style="list-style-type: none"> -спонтанні зміни у генетичному матеріалі; -внутрішньоклітинні метаболіти; -хвороби, що передаються спадковим шляхом; -врожені вади
Обмеження дитячої життєдіяльності	<ul style="list-style-type: none"> -діти з порушенням слуху і мови (глухі, слабочуючі, логопати); -порушенням зору (сліпі, слабозорі); -порушенням інтелектуального розвитку (розумово відсталі, із затримкою психічного розвитку); -порушенням опорно-рухового апарату; -комплексними порушеннями психофізіологічного розвитку (сліпоглухонімі, ДЦП з розумовою відсталістю); -хронічними соматичними захворюваннями; -психоневрологічними захворюваннями. 	

Загальна типологія інвалідності

Класифікаційна ознака	Групи інвалідності	Види порушення здоров'я
Причини інвалідності	Інваліди з дитинства	ДЦП, сліпота, глухота, розумова відсталість, вроджені вади серця
	Інваліди за хворобою	Ураження вегето-судинної, ендокринної, шлункової та ін. систем організму
	Інваліди праці	Обмеження життєдіяльності внаслідок професійних захворювань чи травм на роботі
Ступінь мобільності	Мобільні	Захворювання вегетосудинної, ендокринної, видільної, нервової та ін. систем організму
	Маломобільні	Хворі на церебральний параліч, сліпоглухонімі, особи з ураженням кінцівок
	Нерухомі	Особи з пошкодженням спинного мозку, кістково-м'язової системи

**Індивідуальна соціально-педагогічна та
медико-психологічна карта
супроводу учня з особливими потребами**

П.І.Б. _____

(номер особової справи)

Фото 1-2 клас

Фото 5-9 клас

1. Загальні відомості про учня

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Рік, число, місяць народження _____

Навчальний заклад, де вчиться _____

Область _____

Район _____

Село (селище) _____

Відомості про перехід до іншого закладу освіти _____

Область _____

Район _____

Село (селище) _____

Причини переходу до іншого закладу _____

Домашня адреса учня _____

1.1. Стан здоров'я (заповнюється із даних медичної картки; вказується діагноз хвороби, наявність хронічних захворювань; зміни та доповнення вносяться щорічно на підставі медичних оглядів) _____

Анамнез. Генетичний анамнез (спадкові захворювання психічні і соматичні).

Анамнестичні дані вагітності. Пологи, період новонародженості, захворювання раннього періоду розвитку (до I року). З якого віку дитина перебуває на обліку у лікаря-психіатра, невропатолога _____

ВИСНОВОК _____

ДОПМПК _____

Соматичні захворювання

Зір _____

Слух _____

Опорно-рухова система _____

Вади мовлення _____

Кризові та психотравмуючі ситуації в житті дитини _____

1.2. Дані про сім'ю та особливості сімейного виховання

Батько (П.І.Б., рік народження, освіта, місце роботи) _____

Мати (П.І.Б., рік народження, освіта, місце роботи) _____

Опікуни та інші члени сім'ї (П.І.Б., рік народження) _____

Матеріальні умови: незадовільні, задовільні, хороші (підкреслити)

2. Психолого-педагогічна готовність до школи (заповнюється при обстеженні учнів 1 класу та учнів, які вперше прибули до школи в інші класи (вересень та упродовж року))

2.1. Психологічне обстеження

Мотиваційна готовність	Інтелектуальна готовність	Емоційно-вольова готовність

Рекомендації психолога щодо підвищення рівня психологічної готовності до школи _____

2.2. Педагогічне обстеження

Читання букв, складів, слів, речень, текстів (підкреслити) _____

Рівень розуміння прочитаного. Переказ тексту _____

Письмо.

Рівень сформованості координації рухів в системі «око-рука»: високий, середній, низький (підкреслити) _____

Письмо букв, списування букв, складів, текстів (підкреслити) _____

Списування друкованого тексту, прописного тексту (підкреслити) _____

Математика.

Рівень сформованості сенсорних еталонів: високий, середній, низький (підкреслити) _____

Лічба:

пряма, зворотна _____

від 1 до 10; до 20; до 100 і далі (підкреслити) _____

поняття про число _____
 склад чисел в межах 10 _____
 диференціація суміжних множин _____
 порівняння одним-двома способами: усно, на конкретному матеріалі, при спрощенні інструкцій (підкреслити) _____
 арифметичні дії: + - в межах 10, 20, 100 і далі (підкреслити) _____
 перехід через десяток _____
 розв'язання задач: простих, комбінованих (підкреслити) _____
 Труднощі у виконанні математичних розрахунків і проблеми з розумінням головних математичних понять _____
 Проблеми аргументації (труднощі у формуванні і класифікації думок) _____
 Проблеми з організацією роботи (труднощі в організації всіх або деяких етапів навчального процесу) _____
 Здатність сприймати і аналізувати сенсорну інформацію _____
 Рекомендації ШМПК вчителям і вихователям _____

3. Особливості адаптації у шкільному середовищі

3.1. Рівень адаптації учня до навчальної діяльності у школі, характерний для 1 класу

Високий, середній, низький (підкреслити і конкретизувати) _____

3.2. Рівень адаптації учня до навчальної діяльності у школі, характерний для 5 класу

Повна адаптація, виражений рівень адаптації, помірний рівень адаптації, початковий рівень адаптації, відсутність адаптації (підкреслити і конкретизувати) _____

3.3. Рівень адаптації учня до навчальної діяльності у школі, характерний для 9 класу

Повна адаптація, виражений рівень адаптації, помірний рівень адаптації, початковий рівень адаптації, відсутність адаптації (підкреслити і конкретизувати) _____

4. Особливості когнітивної (пізнавальної) сфери, моторики та мовлення

Пізнавальна сфера	1 кл.	3 кл.	5 кл.	9 кл.
Загальний рівень розумового розвитку				
Пам'ять				
Увага				
Мислення				

Сприйняття				
Моторика малих та великих рухів				
Мовні навички (розуміння Мови і висловлювання)				

5. Особистісний розвиток

5.1. Особливості емоційно-вольової сфери та поведінки

Негативізм, невмотивована впертість, роздратованість, гіперактивність, загальмованість, агресивність, вміння поводитись в колективі (підкреслити)

5.2. Особливості характеру учня

Риси характеру, в яких виявляється ставлення особистості до інших

Риси характеру	Рівні								
	високий			середній			низький		
	1 кл.	5 кл.	9 кл.	1 кл.	5 кл.	9 кл.	1 кл.	5 кл.	9 кл.
Дбайливість									
Щирість									
Невимушеність									
Стриманість									
Емпатія (співпереживання)									
Толерантність (терпимість)									

Риси характеру, що виражають ставлення до праці

Риси характеру	Рівні								
	високий			середній			низький		
	1 кл.	5 кл.	9 кл.	1 кл.	5 кл.	9 кл.	1 кл.	5 кл.	9 кл.
Акуратність									
Старанність									
Ощадливість									
Сумлінність									
Ініціативність									
Відповідальність									

5.3. Інтереси та спеціальні здібності (заповнюється до 1 квітня)

Клас / Інтереси та здібності	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Навчальні									
Трудові									
Ігрові									

Спортивні									
Математичні									
Організаційні									
Економічні									
Мовні									
Образотворчі									
Вокальні									
Музичні									
Хореографічні									

6. Соціальний статус в класному колективі (заповнюється до 1 квітня)

Клас / Статус	Лідер	Популярний	Малопопулярний	Ізольований
1 кл.				
2 кл.				
3 кл.				
4 кл.				
5 кл.				
6 кл.				
7 кл.				
8 кл.				
9 кл.				

7. Соціальна адаптація і реабілітація через участь у загальношкільних, районних та регіональних заходах

Клас / Захід	Конкурси дитячої творчості	Фестивалі	Спортивні змагання	Секції	Гуртки	Інше
1 кл.						
2 кл.						
3 кл.						
4 кл.						
5 кл.						
6 кл.						
7 кл.						
8 кл.						
9 кл.						

8. Особливі освітні потреби

8.1. Робота за індивідуальним планом/програмою (підкреслити)

8.2. Стиль навчання

Багатосенсорний, переважно слуховий, переважно кінестетичний, переважно візуальний, переважно тактильний (підкреслити)

9. Професійна спрямованість учня

9.1. Визначення рішення ШМПК профілю професійно-трудового навчання учня з урахуванням його психофізичних та типологічних особливостей

Навчальні роки / Класи	20 н.р. / 20	20 н.р. / 20	20 н.р. / 20	20 н.р. / 20	200 н.р. / 20	20 н.р. / 20
4 кл.						
5 кл.						
6 кл.						
7 кл.						
8 кл.						
9 кл.						

9.2. Інформація про працевлаштування за отриманою спеціальністю та професійна адаптація на робочому місці після закінчення школи _____

10. Навчальні досягнення учня (заповнюється на основі особової справи учня)

Освітня галузь / класи навчальні роки	1 кл.	2 кл.	3 кл.	4 кл.	5 кл.	6 кл.	7 кл.	8 кл.	9 кл.
	20 н.р. / 20	20 н.р. / 20	20 н.р. / 20	20 н.р. / 20	20 н.р. / 20	20 н.р. / 20	20 н.р. / 20	20 н.р. / 20	20 н.р. / 20
Українська мова									
Читання									
Математика									
Історія України									
Природа і людина									
Географія									
Географія України									
Рідний край									
Природознавство									
Фізика									
Хімія									
Образотворче									

мистецтво									
Технології									
Музика									
Здоров'я і фізична культура									
Трудове і професійне навчання									
Охорона життя і здоров'я									
Соціально-побутове орієнтування									
Ритміка									
ЛФК									

11. Додаткова інформація (заповнюється за потреби)

1 кл.	
2 кл.	
3 кл.	
4 кл.	
5 кл.	
6 кл.	
7 кл.	
8 кл.	
9 кл.	

12. Результати проведення лікувальної та корекційно-реабілітаційної роботи (в динаміці)

1 кл.	
2 кл.	
3 кл.	
4 кл.	
5 кл.	
6 кл.	
7 кл.	
8 кл.	
9 кл.	

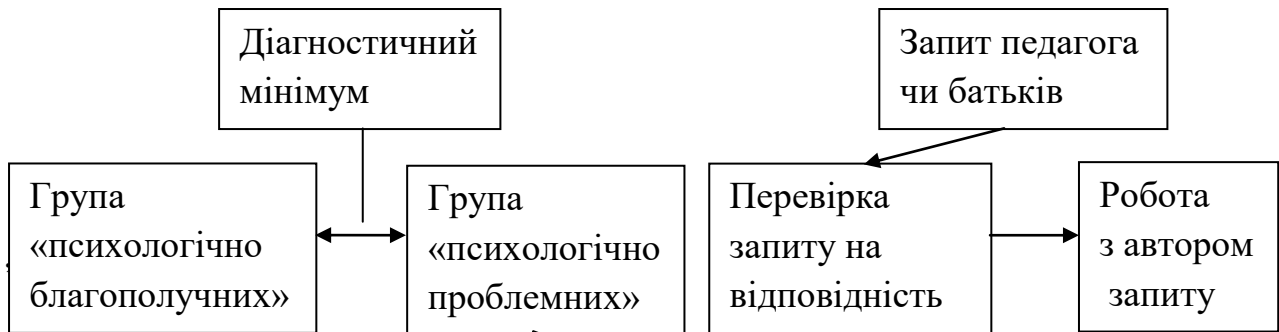
13. Інформація про здобуття освіти та працевлаштування:

а) через 2 роки після закінчення спеціальної загальноосвітньої школи _____

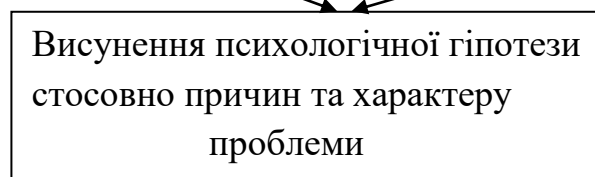
б) через 7 років після закінчення спеціальної загальноосвітньої школи _____

Алгоритм роботи практичного психолога в рамках психолого-медико-педагогічного консиліуму (ПМПк):

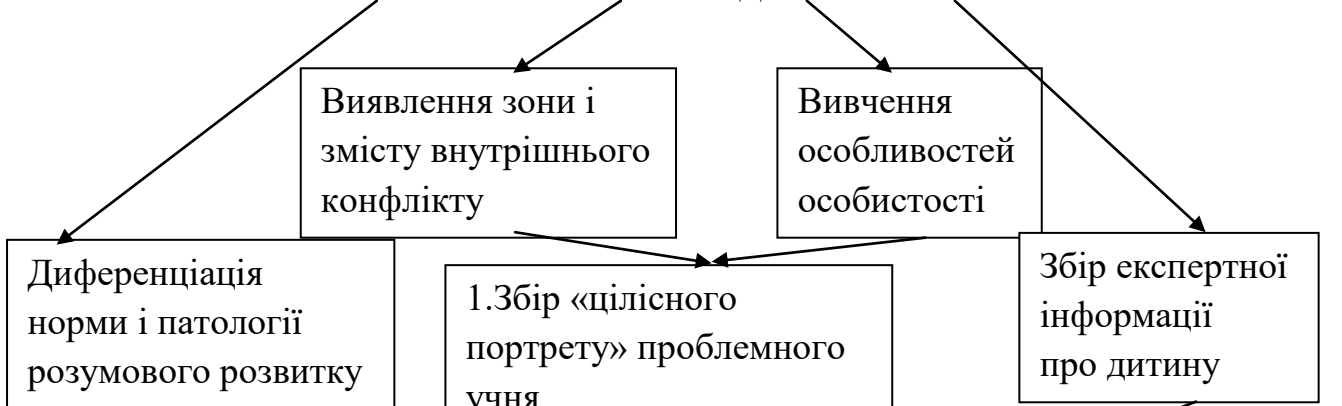
I етап



II етап



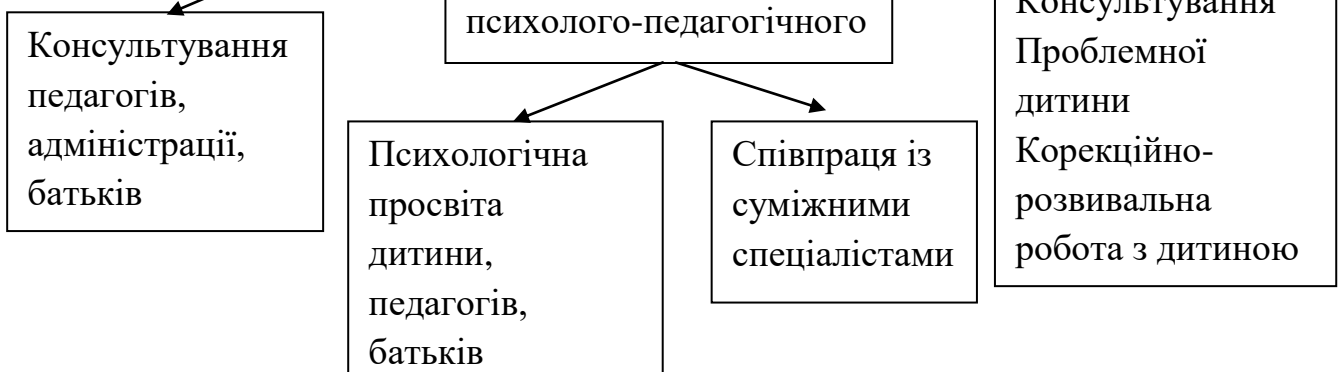
ПОГЛИБЛЕНА ПСИХОДІАГНОСТИКА



П М П К

II. Розробка стратегії психолого-педагогічного

III етап



Інструктивно-методичні рекомендації щодо діяльності працівників психологічної служби:

