

На шляху до інклюзії:  
соціальна робота з дітьми  
з інвалідністю та їхніми сім'ями

Житомир  
ТОВ «505»  
2024

УДК 364-78[-056.24+316/362](075.8)

**Н12** Рекомендовано Вченою радою Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка.  
Протокол № 4 від 26 листопада 2024 р.

**Автори:**

Гладишук А. М. – директор Теофіпольського інклюзивно-ресурсного центру (підрозділ 4.6); Горішна Н. М. – кандидат педагогічних наук, доцент (підрозділи 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5); Криницька І. П. – кандидат соціологічних наук, доцент (підрозділи 2.3, 4.1); Мороз О. М. – керівниця тренінгових програм «Надія і житло для дітей» та експертка проекту «Спільно» (підрозділ 4.4, співавторка підрозділу 4.5); Семигіна Т. В. – доктор політичних наук, професор (підрозділи 5.1, 5.2, 5.3, 5.4); Скочко М. О. – доктор філософії із соціальної роботи, доцент (підрозділи 1.6, 4.7); Слозанська Г. І. – доктор педагогічних наук, професор (підрозділи 4.2., 4.3.); Столярик О. Ю. – доктор філософії із соціальної роботи, доцент (підрозділи 3.1, 3.2, 3.3, 3.4); Петрочко Ж. В. – доктор педагогічних наук, професор (підрозділи 2.1, 2.2, 3.5, співавторка підрозділу 4.5).

**Рецензенти:**

Вайнола Р. Х., доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальної освіти та соціальної роботи Національного педагогічного університету імені Михайла Драгоманова; Чернета С. Ю., доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальної роботи та педагогіки вищої школи Волинського національного університету імені Лесі Українки; Клос Л. Є., доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціології та соціальної роботи Національного університету «Львівська політехніка».

Посібник підготовлено в рамках проекту Національного Фонду Досліджень України «Дослідження розвитку соціально-реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю та їх сімей на рівні територіальних громад у воєнний та повоєнний періоди» (Конкурс «Наука для відбудови України у воєнний та повоєнний періоди»; номер проекту 2022.01/0166).

**Н12** **На шляху до інклюзії: соціальна робота з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями:** посібник/ А. М. Гладишук, Н. М. Горішна, І. П. Криницька, О. М. Мороз, Т. В. Семигіна, М. О. Скочко, Г. І. Слозанська, О. Ю. Столярик, Ж. В. Петрочко. – Житомир: ТОВ «505», 2024. – 380 с.

ISBN 978-617-7892-25-9

У посібнику розкрито особливості роботи з дітьми з інвалідністю та їх сім'ями у контексті здійснення соціальної підтримки та надання соціально-реабілітаційних послуг задля їх інклюзії у середовище громади.

Посібник рекомендовано до практичних занять та самостійної роботи, для здобувачів першого (бакалаврського) та другого (магістерського) рівнів вищої освіти спеціальності 231 Соціальна робота, 016 Спеціальна освіта та для підвищення кваліфікації фахівців з соціальної роботи, фахівців спеціальної та інклюзивної освіти.

**УДК 364-78[-056.24+316/362](075.8)**

ISBN 978-617-7892-25-9

© Колектив авторів, текст, 2024

© ТОВ «Видавничий дім «Бук-Друк», видання, 2024

# Зміст

ПЕРЕДМОВА . . . . .	6
---------------------	---

## **РОЗДІЛ 1 КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ДИТЯЧОЇ ІНВАЛІДНОСТІ**

1.1. Інвалідність як соціальний феномен. . . . .	9
1.2. Трансформація моделей інвалідності: . . . . .	17
від минулого до сучасності . . . . .	17
1.3. Стигматизація і дискримінація дітей з інвалідністю . . . . .	23
1.4. Спілкування з людьми з інвалідністю . . . . .	32
1.5. Моделі інклюзії та їх реалізація в освітньому середовищі. . . . .	40
1.6. Інтеграція дітей з особливими освітніми . . . . .	46
потребами у заклади освіти . . . . .	46

## **РОЗДІЛ 2 СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВИЙ ЗАХИСТ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ**

2.1. Права та інтереси дітей з інвалідністю: міжнародні стандарти . . . . .	68
2.2. Нормативно-правове регулювання соціального захисту дітей з інвалідністю та їхніх сімей в Україні . . . . .	77
2.3. Інституційне забезпечення соціального захисту дітей з інвалід- ністю та їхніх сімей. . . . .	93

## **РОЗДІЛ 3 СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ДІТЬМИ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ЇХНІМИ СІМ'ЯМИ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД**

3.1. Концепція соціальної роботи та соціальні послуги для дітей з інвалідністю і їхніх сімей . . . . .	109
---	-----

3.2. Реабілітація як стратегія соціальної роботи із дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями за кордоном . . . . .	121
3.3. Соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю та їхніх сімей у країнах Балтії . . . . .	138
3.4. Соціальна робота (послуги) з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями: досвід Хорватії . . . . .	158
3.5. Соціальна підтримка дітей з інвалідністю та їхніх сімей у Франції . . . . .	168

**РОЗДІЛ 4**  
**СОЦІАЛЬНІ ПІДТРИМКА ТА ПОСЛУГИ**  
**ДЛЯ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ**  
**ТА ЇХНІХ СІМЕЙ В УКРАЇНІ**

4.1. Інтегрований та сімейно-орієнтований підходи у роботі з дітьми з інвалідністю та їх сім'ями . . . . .	181
4.2. Соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю та їх сімей . . . . .	191
4.3. Технологія раннього втручання у роботі з дітьми з інвалідністю . . . . .	222
4.4. Соціальна підтримка дітей з інвалідністю у малому груповому будинку . . . . .	263
4.5. Проблеми догляду та виховання дітей з інвалідністю в сім'ях опікунів/піклувальників, прийомних батьків та батьків-вихователів . . . . .	273
4.6. Соціально-побутове орієнтування у роботі з дітьми з порушеннями психофізіологічного розвитку . . . . .	285
4.7. Супровід під час інклюзивного навчання як соціальна послуга для дітей з порушеннями розвитку та інвалідністю . . . . .	319

**РОЗДІЛ 5**  
**ЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ**  
**З ДІТЬМИ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ЇХНІМИ СІМ'ЯМИ**

5.1. Глобальні та національні етичні стандарти соціальної роботи . . . . .	334
--	-----

5.2. «Нічого для нас без нас»: залучення дітей з інвалідністю та їхніх сімей до ухвалення рішень . . . . . 345

5.3. Етичні дилеми у соціальній роботі з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями . . . . . 353

5.4. Оцінка етичності поведінки соціальних працівників. . . . . 360

**ПОСЛУГИ ТА ПІЛЬГИ ДЛЯ ОСІБ, У Т. Ч. ДІТЕЙ,  
З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ**

Додаток . . . . . 368

# ПЕРЕДМОВА

*«Ми не соціальні працівники,  
ми споглядальники в самому центрі світу»*

Марія Тереза

Соціальна робота сьогодні актуальна в Україні як ніколи. Щоденні травми, біди, лихо, спричинені російсько-українською війною, примушують страждати, зумовлюють значні руйнування не тільки інфраструктури, але й доль людей. Підтримки, допомоги, соціальних послуг в Україні потребує значна кількість насечення, майже чи не всі громадяни країни. Військові, ветерани, ветеранки та їхні сім'ї, внутрішньо переміщені особи – це нові категорії отримувачів соціальних послуг, соціальної допомоги від держави. Кількість тих, хто потребує соціальних послуг, соціальної допомоги, зростає щодня. Відтак зростає і потреба у фахівцях із соціальної роботи, які б кваліфіковано допомагали закривати потреби людей у місцях їх проживання або тимчасового перебування.

Внаслідок російсько-української війни зростає частка і людей з інвалідністю. За даними Державної служби статистики в Україні станом на 1 січня 2022 року налічувалося 2 725 826 людей з інвалідністю (в тому числі 162 214 дітей з інвалідністю), або 6,6 % від усього населення України. Питома вага чоловіків з інвалідністю складає 53 %, а жінок – 47 %. Загальна кількість осіб з інвалідністю працездатного віку станом на 01.01.2022 року складає 2 563 612 осіб. Більшість з них, а саме 87,7 % (2 247 190 осіб), отримують від держави за різними законодавчими актами соціальну допомогу (пенсії). В тому числі 71,7 % – I група інвалідності, 89,8 % – II група і 88,0 % – III група. Не отримують допомогу від держави 316 422 особи з інвалідністю (12,34 % всіх ОЗІ), в тому числі 58 710 – I група, 90 657 – II група і 167 055 – III група інвалідності. За даними Пенсійного фонду України, кількість офіційно працюючих людей з інвалідністю станом на 01.07.2023 року склала 428 785 осіб.

Цілком зрозуміло, що з 01.01.2022 року ситуація суттєво змінилася в бік зростання людей з інвалідністю всіх трьох груп і більш раннього

віку. За два роки (з 2022 по 2024 рік) кількість людей з інвалідністю, за даними Міністерства соціальної політики, зросла на 300 тисяч, десь на 10 %. Тому перед Україною зараз стоїть нелегке завдання – продовжити будувати інклюзивне суспільство, враховуючи контекст війни.

Одним із важливих аспектів розбудови інклюзивного суспільства є сприяння у розвитку індивідуальних можливостей особи з інвалідністю шляхом реалізації її прав та гарантій і забезпечення доступу до якісних послуг, у тому числі і через розвиток соціальних послуг. Останні важливі в контексті життєдіяльності особи з інвалідністю та її сім'ї задля покращення їх благополуччя та підтримки належного рівня життя. Тому соціальні послуги повинні мати клієнтоцентрований характер та надаватися з моменту народження до того часу, доки вони особі з інвалідністю та її сім'ї потрібні. Важливо отримувати їх за місцем проживання або перебування, або на відстані, яка є територіально доступною для самого отримувача.

У контексті роботи з особою з інвалідністю важливо сприяти розвитку саме послуг соціально-реабілітаційного характеру, спрямованих не тільки на мінімізацію дії негативних чинників на повноцінне функціонування отримувача, але і на превенцію появи чи подолання дії таких чинників. Особливо актуальними зараз є послуги соціально-реабілітаційного характеру у процесі роботи з дітьми з інвалідністю та їх сім'ями на рівні територіальної громади. Якісні послуги визначеного змісту дозволять мінімізувати складність порушень психофізичного розвитку, а також превентувати інституціалізацію означеної категорії дітей, забезпечити їх належну інклюзію в суспільство.

Посібник «На шляху до інклюзії: соціальна робота з дітьми з інвалідністю та їх сім'ями» є теоретико-методологічним та практичним ресурсом для здобувачів освіти за спеціальностями «Соціальна робота», «Соціальна педагогіка», «Спеціальна освіта» та для фахівців, які працюють у сфері соціальної роботи з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями. Він охоплює широкий спектр тем, починаючи від базових концепцій інвалідності до етичних аспектів роботи в цій галузі, що робить його важливим інструментом як для майбутніх фахівців, практикуючих соціальних працівників, так і для науковців і дослідників у галузі соціальної роботи.

Кожен розділ посібника має унікальну структуру, яка дозволяє глибше зрозуміти проблеми, пов'язані з інклюзією, правовим захистом і соціальною підтримкою дітей з інвалідністю. Посібник є надзвичайно корисним і глибоким джерелом інформації для всіх, хто працює з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями. Він не тільки пояснює теоретичні концепції, але й надає практичні поради, що робить його незамінним інструментом для професіоналів, які прагнуть зробити свій внесок у створення інклюзивного суспільства. Він пропонує комплексний погляд на соціальні послуги та підтримку в Україні, надаючи чіткі рекомендації щодо впровадження інтегрованих та індивідуалізованих підходів до роботи з дітьми та їхніми сім'ями. Посібник збагачений питаннями для обміркування та дискусії наприкінці кожного розділу та підрозділу, а також практичними завданнями, які містять кейси життєвих прикладів та потребують від здобувачів освіти та соціальних працівників знань, умінь та навичок для їх рішення.



# РОЗДІЛ 1

## КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ

### ДИТЯЧОЇ ІНВАЛІДНОСТІ

#### 1.1. Інвалідність як соціальний феномен

Щонайменше 15 % населення світу, тобто понад один мільярд людей, живуть з інвалідністю – вродженою чи набутою. З них майже 240 мільйонів – це діти, тобто кожна десята дитина в світі має інвалідність (Social and Behavior Change, n.d.). Станом на 1 січня 2020 року в Україні налічувалося 2,7 мільйона осіб з інвалідністю, серед яких 163,9 тисячі – діти (Міністерство соціальної політики України, 2024).

Інвалідність є складним феноменом, якому важко дати визначення через його багатовимірність і динамічність. Складність його концептуалізації зумовлена тим, що він включає широкий спектр фізичних і психічних станів, які можуть варіюватися під впливом навколишнього середовища. Деякі види інвалідності виникають внаслідок станів, які безпосередньо впливають на функціонування людини, таких як церебральний параліч чи артрит. Проте не усі стани здоров'я обов'язково спричиняють інвалідність. Наприклад, астму чи гіпертонію можна контролювати за допомогою медикаментів. Інші аспекти навколишнього середовища, такі як доступність технологій, соціальна підтримка, адаптована інфраструктура та ставлення суспільства, можуть як полегшувати, так і посилювати вплив станів здоров'я на повсякденне функціонування людини. Інвалідність може бути як вродженою, так і набутою внаслідок захворювань або травм у різні періоди життя. Вона може бути видимою або непомітною для інших. Окрім цього, сприйняття інвалідності багато в чому визначається суб'єктивними відчуттями людини щодо її функціонування та залученості у суспільне життя. Інвалідність є результатом взаємодії багатьох факторів, які відображають її складну та динамічну природу, що ускладнює вироблення універсального підходу до її визначення.

Водночас важливість концептуалізації інвалідності зумовлена тим, що сенс, яке вкладається в це поняття, визначає як індивідуальні, так і суспільні уявлення про людей з інвалідністю, впливає на ставлення до них, рівень і характер підтримки, яку вони можуть отримати від інших осіб, громади чи держави, а також на їхню участь у соціальному житті. На різних історичних етапах розуміння інвалідності змінювалося, відображаючи розвиток наукових знань та суспільних уявлень, що призвело до виникнення різних моделей інвалідності, які будуть розглянуті далі.

Визначення інвалідності відрізняються залежно від контексту, в якому вони використовуються. Наприклад, визначення інвалідності у медичній сфері використовуються для клінічного оцінювання стану пацієнта, встановлення необхідної медичної допомоги чи реабілітаційних заходів. Основна увага у них приділяється фізіологічним, психофізіологічним та іншим показникам, які дають можливість визначити ступінь порушення функцій організму та визначити підходи до лікування або підтримки здоров'я пацієнта. Більш того, у різних галузях медицини можуть використовуватися власні підходи до визначення інвалідності залежно від її специфіки та характеру порушень. Подане далі визначення ілюструє, як інвалідність трактується у неврології.

Інвалідність у неврології розглядається, як порушення або обмеження моторних, сенсорних, вегетативних, когнітивних та/або комунікативних функцій, що виникають внаслідок неврологічних станів або розладів. Такі порушення можуть бути непомітними, тимчасовими, постійними або такими, що прогресують (Wijeratne et al., 2023).

Визначення інвалідності, що містяться у соціальному законодавстві, передбачають критерії для регулювання прав на отримання статусів та пов'язаних з ними соціальних пільг, допомог та інших форм підтримки. Водночас вони можуть не враховувати ширших соціальних або культурних аспектів інвалідності, що ускладнює їх застосування в інших сферах. Як зазначає Degener (2006), такі

визначення інвалідності можуть відрізнятись не тільки між різними країнами, але й у межах однієї країни, коли різні адміністративні одиниці у її складі мають власні практики розробки та реалізації політик у сфері зайнятості та соціального захисту осіб з інвалідністю. Так, «Соціальний кодекс» Німеччини, прийнятий у 2001 році, визначає наступні підстави для надання допомоги особам з інвалідністю, спрямованої на їх реабілітацію, соціальну інтеграцію та забезпечення рівноправної участі в суспільному житті:

Особа вважається такою, що має інвалідність, якщо її фізичні функції, розумові здібності або психічний стан мають суттєві відхилення від типових для її віку понад шість місяців і це обмежує її участь у суспільному житті (Degener, 2006).

Антидискримінаційні визначення є більш інклюзивними, оскільки вони спрямовані на усунення дискримінаційних бар'єрів та забезпечення рівних прав і можливостей у сферах зайнятості, освіти, доступу до послуг тощо для усіх, незалежно від наявності інвалідності. Прикладом такого підходу є визначення, що міститься у «Акті про американців з інвалідністю» (ADA) 1990 року, який став першим нормативно-правовим документом, що заклав основу для всебічного захисту осіб з інвалідністю.

Інвалідність стосовно особи означає:

- (а) фізичне або психічне порушення, яке суттєво обмежує одну або більше основних життєвих функцій цієї особи;
- (б) наявність запису про таке порушення, наприклад, рак у стадії ремісії; або
- (с) сприйняття цієї особи як такої, що має таке порушення. наприклад, людина, яка має шрами від сильного опіку (U.S. Department of Justice, n.d.).

Таке інклюзивне визначення дозволяє захистити ширше коло осіб від дискримінації, розширюючи межі розуміння інвалідності та сприяючи забезпеченню рівноправності в суспільстві.

Визначення, запропоноване Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), поєднує медичні та соціальні аспекти інвалідності.

Інвалідність – це загальний термін для позначення порушень, обмежень активності та участі, що стосуються негативних аспектів взаємодії між людьми, які мають порушення здоров'я, та особистими факторами і факторами навколишнього середовища (World Health Organization, n.d.).

Це визначення підкреслює, що інвалідність трактується не лише як стан здоров'я, але як обмеження здатності людини функціонувати та брати повноцінну участь у суспільному житті через взаємодію з різноманітними контекстуальними факторами. Такі фактори можуть бути соціальними, екологічними, економічними, технологічними або світоглядними. Отже, інвалідність виступає соціальним конструктом, який потребує активних дій з боку суспільства для вирішення проблем, пов'язаних із забезпеченням рівних можливостей для всіх його членів (UNESCO & University of the West Indies, 2021, с.13).

Натомість розуміння інвалідності, запропоноване Конвенцією про права осіб з інвалідністю Організації Об'єднаних Націй (далі – Конвенція), ґрунтується на підході, що фокусується на правах людини. Документ не містить чіткого визначення інвалідності, проте визначає, кого можна вважати особами з інвалідністю: до них «належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими» (Організація Об'єднаних Націй, 2006).

Визначені у Конвенції порушення, що зумовлюють інвалідність, мають різну природу і впливають на мобільність, сприйняття реальності та когнітивні можливості людини:

- **фізичні** – пов'язані із втратою кінцівок або порушенням функцій руху, що впливає на мобільність людини та її здатність виконувати повсякденні завдання без допомоги;

- **сенсорні** – включають втрату або значне зниження функцій зору чи слуху, що зумовлює труднощі зі сприйняттям навколишньої реальності;
- **психічні** – впливають на сприйняття реальності і соціальну взаємодію та призводять до серйозних труднощів в адаптації до суспільного життя і виконання соціальних ролей;
- **інтелектуальні** – характеризуються нижчим рівнем когнітивних здібностей та інтелектуального розвитку. Такі порушення можуть варіюватися від легких до важких форм та впливати на здатність людини засвоювати нові знання, виконувати завдання самостійно, адаптуватися до змін у навколишньому середовищі та інтегруватися у суспільство.

Згідно з Конвенцією, розуміння інвалідності виходить за межі зазначених типів порушень і зосереджується на бар'єрах, що перешкоджають повноцінній участі осіб з інвалідністю у суспільному житті. Конвенція наголошує на тому, що категоризація людей за типом порушень може стати першим кроком до виключення їх із суспільного життя та порушення їхньої гідності. Важливим є те, щоб національні політики і закони не зосереджувалися лише на дефіцитах, а враховували бар'єри в середовищі, які створюють обмеження для участі людини у суспільстві.

ВООЗ визначає бар'єри як фактори середовища, які через їх наявність або відсутність обмежують функціонування та життєдіяльність людини (World Health Organization, n.d.). До основних видів бар'єрів належать:

- **бар'єри ставлення** – упередження та стереотипи, що впливають на ставлення суспільства до осіб з інвалідністю. Вони є фундаментальними, оскільки формують суспільну думку та можуть посилювати інші бар'єри. Наприклад, стереотипи про якість життя осіб з інвалідністю або сприйняття інвалідності як особистої трагедії спричиняють дискримінацію та стигму;
- **комунікаційні бар'єри** пов'язані з перешкодами у передачі та сприйнятті інформації. Недоступність інформаційних матеріалів для людей із порушеннями зору або слуху, відсутність альтернативних способів комунікації, таких як шрифт

Брайля або субтитри у відеоматеріалах, значно обмежують їхню участь у житті суспільства;

- **фізичні бар'єри** включають структурні перешкоди у середовищі, які обмежують доступність для осіб з інвалідністю. До них належать недоступність будівель, транспортних засобів або громадських просторів тощо;
- **політичні бар'єри** пов'язані з недостатньою реалізацією законодавчих норм і політик, що забезпечують рівний доступ осіб з інвалідністю до працевлаштування, соціальних, освітніх, медичних та інших послуг;
- **організаційні бар'єри** — це перешкоди, які виникають у процесі надання послуг або реалізації програм, спрямованих на забезпечення потреб осіб з інвалідністю. Зокрема, незручний графік роботи, відсутність необхідного обладнання чи недостатня обізнаність або підготовка персоналу у питаннях інвалідності суттєво знижують ефективність діяльності організації або програми і заважають особам з інвалідністю отримувати повноцінну підтримку;
- **транспортні бар'єри** обмежують мобільність людей з інвалідністю через відсутність доступного громадського транспорту або інфраструктури, що робить пересування залежним від спеціалізованих послуг або обмежує їхню участь у житті громади.

Розуміння інвалідності, як результату взаємодії між порушеннями здоров'я та бар'єрами середовища, відповідає соціальній моделі інвалідності. Втім, для повнішого розуміння цього феномену слід звернути увагу на інші концептуальні підходи, що розвивалися впродовж історії, кожен з яких пропонує різні способи трактування і пояснення інвалідності.

## Питання для самоперевірки

1. Як трактують поняття інвалідності? Які аспекти підкреслюються у цих визначеннях?
2. Чому інвалідність вважається багатовимірним і динамічним явищем? Які виклики це створює для її визначення та розуміння?

3. Які чинники навколишнього середовища можуть посилювати або зменшувати вплив інвалідності на функціонування людини?
4. Які бар'єри перешкоджають особам з інвалідністю брати участь у житті суспільства на рівні з іншими? Як ці бар'єри можна подолати?
5. Які види порушень можуть спричинити інвалідність?
6. Як різні види порушень впливають на функціонування людини та її здатність брати участь у соціальному житті?

## Література

1. Міністерство соціальної політики України. Інвалідність. <https://www.msp.gov.ua/timeline/invalidnist.html> (дата звернення: 05.10.2024).
2. Організація Об'єднаних Націй. (2006). *Конвенція про права осіб з інвалідністю* (995\_g71). [https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/995\\_g71](https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/995_g71)
3. Social and Behavior Change. (n.d.). Addressing stigma and discrimination toward children and youth with disabilities through SBC. SBC Guidance. <https://www.sbcguidance.org/do/addressing-stigma-and-discrimination-toward-children-and-youth-disabilities-through-sbc>
4. Wijeratne, T., Dodick, D. W., Lewis, S. L., Guekht, A., Pochigaeva, K., & Grisold, W. (2023). World Brain Day 2023-Brain Health and Disability:»Leave no one behind«. *Journal of the Neurological Sciences*, 120720.
5. Degener, T. (2006). *The definition of disability in German and foreign discrimination law*. *Disability Studies Quarterly*, 26(2). <https://dsq-sds.org/index.php/dsq/article/view/696/873>
6. Degener, T. (2006). *The definition of disability in German and foreign discrimination law*. *Disability Studies Quarterly*, 26(2). <https://dsq-sds.org/index.php/dsq/article/view/696/873>
7. U.S. Department of Justice. (n.d.). *Introduction to the ADA*. ADA.gov. <https://www.ada.gov/topics/intro-to-ada/>
8. World Health Organization. (n.d.). *International classification of functioning, disability and health (ICF): A practical manual*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/drafticf\\_practical\\_manual2.pdf?sfvrsn=8a214b01\\_4&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/drafticf_practical_manual2.pdf?sfvrsn=8a214b01_4&download=true)

9. UNESCO & University of the West Indies. (2021). *Training manual for the meaningful inclusion of persons with disabilities*. UNESCO Cluster Office for the Caribbean. <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/igo/>

10. World Health Organization. (n.d.). *International classification of functioning, disability, and health (ICF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>



## 1. 2. Трансформація моделей інвалідності: від минулого до сучасності

Погляди на природу інвалідності еволюціонували з часом, що призвело до формування різних теоретичних моделей, кожна з яких відображає певне розуміння цього явища. Одні з них набули більшого поширення в одних соціальних реаліях, тоді як в інших домінують альтернативні погляди, відображаючи різноманіття уявлень про інвалідність. Важливо враховувати, що такі уявлення можуть мати значний вплив на рішення, що ухвалюються у різних контекстах – від медичної допомоги до соціальних політик, що підтримують інтеграцію осіб з інвалідністю у суспільство.

**Релігійна, або моральна, модель** (the moral model) розглядає інвалідність як покарання за провину, скоєну індивідом, членом його родини чи кимось з предків. У такій моделі інвалідність також може сприйматися як випробування її віри або як вища воля, яку слід прийняти. У сучасних суспільствах такі погляди не є поширеними, проте у минулому вона мала значний вплив на суспільне ставлення до інвалідності (McCraney, 2023).

**Благодійна модель** (the charity model) розглядає осіб з інвалідністю як жертв обставин, що потребують співчуття і допомоги. Вони часто сприймаються, як неспроможні самостійно забезпечувати свої потреби та залежні від добродійності суспільства або спеціальних установ. Такий підхід позбавляє їх активної участі в житті суспільства, зводячи їхню роль до пасивних отримувачів допомоги. Відсутність акценту на правах і можливостях осіб з інвалідністю посилює їхню ізоляцію, що перешкоджає рівності та інклюзії (Masters, 2022).

**Медична модель** (the medical model) базується на підході, що інвалідність є результатом патології або хвороби. Вона розглядає інвалідність як особисту проблему, акцентуючи увагу на діагнозі, лікуванні та пошуку способів компенсації або відновлення втрачених функцій. Основний акцент робиться на усуненні симптомів і покращенні фізичних можливостей, що є позитивним з точки зору медичних досягнень. Однак цей підхід нехтує соціальними аспектами інвалідності та факторами навколишнього середовища,

які також є важливими у процесі реабілітації. Його основна критика полягає у тому, що він недооцінює роль суспільства у створенні бар'єрів для повноцінного життя осіб з інвалідністю (Koop, 2022; Zaks, 2023).

**Економічна модель** (the economic model) є логічним продовженням медичної моделі, акцентуючи увагу на економічних аспектах соціальної підтримки осіб з інвалідністю. Вона розглядає інвалідність через призму витрат і компенсацій: люди з інвалідністю вимагають економічної підтримки через непрацездатність або обмеження у виконанні певних видів трудової діяльності. Соціальні політики, побудовані на цій моделі, включають обмеження на зайнятість, натомість пропонуючи пенсії по інвалідності, соціальну допомогу чи пільги (Retief & Letšosa, 2018).

**Соціальна модель** (the social model) розглядає інвалідність не як індивідуальну проблему, а як наслідок бар'єрів, створених суспільством. Вона наголошує, що фізичні, структурні та соціальні перешкоди, включаючи ставлення та цінності суспільства, є основними чинниками, що обмежують участь людей з інвалідністю у соціальному житті. Ця модель спрямована на усунення таких бар'єрів шляхом підвищення обізнаності суспільства з проблемами осіб з інвалідністю, забезпечення доступності, захисту та забезпечення рівних прав і можливостей через правові механізми (Retief & Letšosa, 2018; McCrane, 2023).

**Культурна модель** (the cultural model) розглядає інвалідність як соціально-культурний феномен, у якому індивідуальні порушення та обмеження не є ключовими. Відмінною особливістю цієї моделі є акцент на культурних факторах, які впливають на сприйняття та розуміння інвалідності у конкретному суспільстві. На відміну від медичної та соціальної моделей, культурна модель не намагається визначити інвалідність через конкретні фактори, а натомість аналізує, як різні уявлення про інвалідність формуються в культурному контексті (Retief & Letšosa, 2018, с. 6).

**Функціональна модель** (the functional model), яку також називають реабілітаційною моделлю, зосереджується на соціальних наслідках, спричинених порушенням функціональних можливостей

людини. Вона набула поширення після Другої світової війни, коли багато ветеранів потребували реабілітації для повернення до цивільного життя. Ця модель розглядає інвалідність через призму взаємодії функціональних можливостей особи та соціальних або професійних вимог. Наприклад, втрата пальця може спричинити інвалідність у хірурга, але не заважатиме виконувати свою професійну діяльність викладачу. Модель акцентує увагу на необхідності адаптації та реабілітаційних послуг, які допомагають компенсувати втрачені функції (Lorens et al., 2023).

**Правозахисна модель** (the human rights model) акцентує увагу на питанні дотримання прав людини. Вона стверджує, що інвалідність є невід’ємною частиною людського розмаїття, а не відхиленням від норми. Ця модель стверджує, що дискримінація виникає через недоліки в соціальних структурах та політиці, які не враховують потреб людей з інвалідністю. Основний обов’язок держави – забезпечити рівні права та можливості для людей з інвалідністю, їх участь у всіх сферах життя: політичній, економічній, соціальній та культурній. У рамках цієї моделі інвалідність не є причиною для жалю чи співчуття, а питанням забезпечення гідності, свободи та рівності для всіх громадян. Основним гарантом реалізації цієї моделі є держава, яка забезпечує законодавче регулювання і створює умови для реального включення людей з інвалідністю у всі сфери життя суспільства (Retief & Letšosa, 2018, с. 5).

**Біопсихосоціальна модель** (the bio-psycho-social model of disability) розглядає інвалідність як явище, що виникає внаслідок взаємодії медичних, психологічних і соціальних факторів. На відміну від традиційного медичного підходу, де акцент робиться на фізичних або психічних порушеннях, ця модель враховує, як зовнішні фактори (середовище, соціальні установки) впливають на можливість людини повноцінно функціонувати в суспільстві. ВООЗ інтегрувала цю модель у Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я (МКФ) – інструмент, який дозволяє здійснювати комплексну оцінку функціонування людини у різних вимірах: структур та функцій організму, активності та участі, особистих факторів та факторів навколишнього середовища (Miličević, 2019).

**Модель різноманітності** (diversity model) підкреслює унікальні варіації досвіду людей з порушеннями та визнає, що їхня ідентичність формується не лише навколишнім середовищем, але й їхніми тілесними особливостями. Цей підхід відрізняється від соціальної та біопсихосоціальної моделей тим, що він розглядає людей з інвалідністю як окрему культурну групу через їхній досвід, незалежно від середовища, у якому він набутий. Він розглядає інвалідність як частину людського різноманіття, яка збагачує суспільство, а не як недолік. Ідентичність інвалідності розглядається як важливий елемент самосприйняття, що розвивається з часом, а підтримка та ресурси, необхідні для участі у житті суспільства, змінюються на різних етапах життя. Ця модель також акцентує увагу на необхідності подолання внутрішньої стигми, що впливає на самооцінку (Dunn & Burcaw, 2013, p. 148; Forber-Pratt, et al., 2020).

**Модель позитивного самоствердження** (positive affirmation model) доповнює модель ідентичності, акцентуючи на необхідності прийняття своєї інвалідності як складової особистої цінності та джерела сили для самовираження. Багато осіб з інвалідністю свідомо використовують термін «інвалідність», підкреслюючи його як важливу частину своєї ідентичності, що сприяє зміцненню відчуття приналежності до спільноти та соціальної значущості. Ця модель підкреслює важливість активної участі людей з інвалідністю у захисті своїх прав, створення умов для їхньої самореалізації та суспільного визнання (Andrews, 2020).

**Модель обмежень** (limits model) пропонує підхід до розуміння інвалідності як одного з багатьох обмежень, що є частиною людського життя. Вона наголошує на тому, що кожна людина стикається з певними обмеженнями на різних етапах життя, і ці обмеження не повинні сприйматися виключно негативно. Йдеться про те, що деякі обмеження, як, наприклад, нездатність літати, сприймаються як нормальні, тоді як інші, такі, як нездатність ходити, стають підставою для стигматизації. Ця модель наголошує на важливості прийняття інвалідності та врахування різноманітності тілесних досвідів людей (Retief & Letšosa, 2018 с. 6–7).

Розвиток уявлень про інвалідність та їх розмаїття відображають складний процес її концептуалізації. Він засвідчує необхідність її

глибокого розуміння через призму різних факторів, що впливають на повсякденне функціонування людини, забезпечення її потреб і дотримання прав.

### Питання для самоперевірки

1. Як моральна модель інвалідності пояснює її причини? Які суспільні наслідки це мало у минулому?
2. У чому полягає різниця між благодійною та правозахисною моделями інвалідності з точки зору участі осіб з інвалідністю у суспільстві?
3. У чому полягають основні недоліки медичної та соціальної моделей?
4. Як економічна модель інвалідності впливає на соціальну політику та зайнятість осіб з інвалідністю?
5. Як культурна модель інвалідності відрізняється від медичної та соціальної щодо сприйняття інвалідності?
6. У чому переваги біопсихосоціальної моделі інвалідності у порівнянні з іншими підходами?
7. У чому полягає унікальність моделі різноманіття у трактуванні інвалідності?
8. Як модель позитивного самоствердження впливає на сприйняття інвалідності?

### Література

1. Andrews, E. E. (2020). *Disability as diversity: Developing cultural competence*. Oxford University Press.
2. Dunn, D. S., & Burcaw, S. (2013). Disability identity: exploring narrative accounts of disability. *Rehabilitation psychology*, 58(2), 148–157. <https://doi.org/10.1037/a0031691>
3. Forber-Pratt, A. J., Merrin, G. J., Mueller, C. O., Price, L. R., & Kettrey, H. H. (2020). Initial factor exploration of disability identity. *Rehabilitation Psychology*. Advance online publication. [dx.doi.org/10.1037/rep0000308](https://doi.org/10.1037/rep0000308)
4. Koon, J. (2022). The medical model, with a human face. *Philosophical Studies*, 179(12), 3747–3770.

5. Lorens, A., Mertens, G., Kurz, A., & Anderson, I. (2023). Holistic rehabilitation of cochlear implant users: using the international classification of functioning, disability, and health. *Journal of Hearing Science*, 13(1).
6. Masters, A. (2022). Considering a case for rights and charity. *International Journal for the Study of the Christian Church*, 22(1), 58–74.
7. McCraney, M. C. (2023). *God's Lordship over Disabilities: An Examination of the Social Model of Disability*. Southwestern Baptist Theological Seminary.
8. Milićević, M. (2019). Protection of Children with Disabilities as Viewed from the Aspects of Different Models of Disability.
9. Retief, M., & Letšosa, R. (2018). Models of disability: A brief overview. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies*, 74(1).
10. Zaks, Z. (2023). Changing the medical model of disability to the normalization model of disability: Clarifying the past to create a new future direction. *Disability & Society*, 1–28.

### 1.3. Стигматизація і дискримінація дітей з інвалідністю

Діти з інвалідністю є однією з найбільш вразливих груп населення щодо вчинення насильства – фізичного, психологічного, сексуального, нехтування їхніми потребами та експлуатації. Ці явища є наслідками дискримінаційних практик та стигматизації – бар'єрів, що обмежують повноцінну участь осіб з інвалідністю у житті соціуму.

Стигматизація – це процес, за допомогою якого реакція інших людей руйнує нормальну ідентичність особи (Goffman, 1963).

Цей процес тісно пов'язаний з поняттям стигми, що лежить в основі негативного сприйняття індивіда чи групи.

Стигма – це набір негативних і часто несправедливих переконань, які суспільство або група людей має щодо чогось (Merriam Webster, n.d.).

Стигматизація має місце, якщо одночасно присутні такі ознаки:

- *маркування* – виділення певних рис або характеристик, які підкреслюють відмінності між людьми, встановлюючи межі між «нормальними» та «відмінними»;
- *негативна стереотипізація* – приписування негативних ознак до виділених відмінностей, яке ґрунтується на упереджених судженнях і відносить людину до певної групи;
- *лінгвістичне відокремлення* – використання імен або понять, які підкреслюють відокремленість та належність людей до носіїв певного стану чи хвороби. Це створює додаткове відчуття їхньої іншості, а також спричинює закріплення їхньої окремішності у суспільній свідомості;
- *асиметрія влади* – це нерівність між тими, хто стигматизує, і тими, кого стигматизують, у доступі до соціальних, економічних або політичних ресурсів. Більш впливові групи використовують ці ресурси для зміцнення свого домінування і нав'язування стереотипів, що обмежує можливості менш захищених груп, у тому числі для протистояння упередженням і дискримінації. (Andersen, Varga, & Folker, 2022).

Стигматизація часто стає підґрунтям для дискримінації, коли негативні упередження трансформуються у конкретні дії, що призводять до несправедливого ставлення та порушення прав людини. ВООЗ, зокрема, зазначає, що стигма є клеймом ганьби, приниження або несхвалення, що призводить до відторгнення, дискримінації та виключення особи з участі в різних сферах суспільного життя» (World Health Organization, 2001, с. 17).

Дискримінація – це несправедливе або упереджене ставлення до людей і груп на основі таких характеристик, як раса, стать, вік або сексуальна орієнтація (American Psychological Association, n.d.).

Визначення дискримінації щодо осіб з інвалідністю закріплено в Конвенції про права осіб з інвалідністю.

Дискримінація осіб з інвалідністю – це будь-яке розмежування, виключення або обмеження на основі інвалідності, яке має на меті або призводить до порушення чи скасування визнання, користування або здійснення на рівних умовах з іншими всіх прав людини та основоположних свобод у політичній, економічній, соціальній, культурній, громадянській чи будь-якій іншій сфері (Генеральна Асамблея ООН, 2007).

Ключову роль у формуванні упереджень, які є підґрунтям для стигматизації та дискримінації, відіграють стереотипи.

Стереотип – це заздалегідь визначена, спрощена та часто упереджена думка про групу людей. Стереотипи зазвичай є ірраціональними припущеннями, які не мають підґрунтя, що заважає сприймати інших такими, якими вони є насправді (Kalita & Baishya, 2023).

Стереотипи не тільки закріплюють хибні уявлення про людей з інвалідністю, але й слугують інструментом виправдання несправедливого ставлення до них. Суспільне сприйняття осіб з інвалідністю



та їхніх сімей часто ґрунтується на багатьох стереотипах, основні з яких заслуговують на окремий аналіз.

**Сприйняття осіб з інвалідністю як «особливих».** Таке сприйняття відображається у відповідній термінології: «діти з особливими потребами», «спеціальні школи», «спеціальні послуги», «спеціальні заклади». Однак така «особливість» у контексті інвалідності часто призводить до маргіналізації. Наприклад, спеціальні школи обмежують соціальне середовище дітей з інвалідністю, відокремлюють їх від решти суспільства та позбавляють можливостей для повноцінної соціалізації.

Інституціоналізація осіб з інвалідністю, особливо з психічними та інтелектуальними порушеннями, була поширеною практикою в минулому, яка базувалася на стереотипах про їхню «особливість» та неспроможність жити самостійно. З появою правозахисної моделі ці уявлення були відкинуті. Примусова інституціоналізація тепер визнана порушенням прав людини, а право на незалежне життя, самовизначення та вибір місця проживання стали одними з основоположних принципів сучасної правозахисної парадигми. Ці права передбачають, що особи з інвалідністю мають рівні можливості приймати рішення щодо свого життя, зокрема вибору місця проживання, а також отримувати необхідну підтримку для реалізації цих прав без примусу чи ізоляції від суспільства (United Nations, 2014, с.12).

**Сприйняття осіб з інвалідністю як небезпечних.** Осіб із психічними та інтелектуальними порушеннями тривалий час сприймали як небезпечних, що призводило до примусової ізоляції та жорстоких методів лікування. Попри досягнення правозахисних ініціатив, ці стереотипи залишаються поширеними. Вони підкріплюються уявленнями про непередбачуваність і агресивність таких осіб. ЗМІ, висвітлюючи злочини, скоєні людьми з психічними розладами із застосуванням насильства, часто зміцнюють ці міфи. Водночас наукові дані свідчать, що рівень насилля серед осіб з психічними порушеннями не перевищує аналогічних показників серед людей без таких порушень (United Nations, 2014, с.12–13).

У випадку дітей стереотипи щодо їхньої поведінки можуть спричиняти обережне ставлення або навіть уникнення взаємодії, що обмежує їхню участь в освітньому процесі, соціальному житті, створюючи перешкоди для інтеграції і всебічного розвитку.

**Сприйняття осіб з інвалідністю як «надлюдей».** Уявлення про осіб з інвалідністю як про «супергероїв» часто формується під впливом медіа, що зображають їх як винятково мужніх і здатних долати надзвичайні труднощі. У цьому контексті інвалідність подається як майже непереборна перешкода, а ті, хто зміг її подолати, стають героями, що підсилює уявлення про життя більшості осіб з інвалідністю як важке та нещасливе. Хоча такі зусилля спрямовані на створення позитивного образу осіб з інвалідністю, результатом може бути їх одномірне сприйняття в суспільстві. Формування позитивного образу осіб з інвалідністю в суспільстві, зокрема через медіа, є важливим аспектом, передбаченим статтею 8 Конвенції про права осіб з інвалідністю, яка зобов'язує підвищувати обізнаність і боротися зі стереотипами щодо інвалідності. Водночас подолання інвалідності не повинно бути єдиним критерієм успіху. Як і всі інші, вони стикаються з викликами в здобутті освіти, конкуренцією на ринку праці тощо (United Nations, 2014, с.13).

Окрім того, фокусування на індивідуальних досягненнях відволікає увагу від створення умов для рівного доступу до освіти та соціальних можливостей. Для дітей з інвалідністю така репрезентація може стати додатковим тягарем, оскільки вона не відображає їхніх потреб у підтримці та адаптації, а навпаки – спричинює формування стереотипів про те, що успіх полягає виключно у здатності подолати власні обмеження, а не створені суспільством.

**Сприйняття осіб з інвалідністю як тягаря.** Переконавання, що особи з інвалідністю є «тягарем» для їхніх сімей і суспільства, є протилежним уявленню про них, як про «надлюдей», і відображає благодійницький підхід до інвалідності. Таке уявлення часто підкріплюється ЗМІ, які акцентують увагу на труднощах батьків, які виховують та доглядають за дітьми з інвалідністю, а їх самих зображають як пасивних отримувачів допомоги, що ускладнює їхню суб'єктність і здатність до самостійного життя. Подібне сприйняття формує стереотипи про

нездатність осіб з інвалідністю до самостійного життя, знижуючи рівень їхніх власних амбіцій та суспільних вимог і, як наслідок, підтримує дискримінаційні тенденції (United Nations, 2014, с.14).

**Сприйняття людей з інвалідністю як непрацездатних і не здатних ефективно працювати.** Один із поширених стереотипів стосовно осіб з інвалідністю полягає в тому, що вони є нездатними до продуктивної праці або потребують постійної допомоги на робочому місці. Цей стереотип зумовлює упереджене ставлення з боку роботодавців, які часто вважають, що працевлаштування таких працівників знизить загальну ефективність колективу або спричинить додаткові витрати на адаптацію умов праці. Однак наукові дослідження не підтверджують ці хибні уявлення. В реальності працівники з інвалідністю можуть бути так само продуктивними, як і їхні колеги без інвалідності, і часто володіють унікальними навичками, що є надзвичайно корисними для організацій. Досвід, набутий у подоланні власних викликів, допомагає їм розвивати такі якості, як адаптивність, креативність та стійкість. Ці риси роблять їх важливими учасниками робочого процесу, здатними ефективно вирішувати проблеми та адаптуватися до змін (Schur et al., 2014; Simpl4all, n.d.). Дослідження також показують, що стереотипи не лише формуються у роботодавців, але й можуть впливати на самих осіб з інвалідністю. У той час як деякі з них очікують на патерналістське ставлення та допомогу, більшість все ж прагне до професійного саморозвитку та активної участі в суспільному житті. Цей аспект підкреслює, що, незважаючи на наявність стереотипів, люди з інвалідністю готові інтегруватися у робоче середовище та бути конкурентоспроможними (Iezzoni et al., 2021).

Стереотипне сприйняття людей з інвалідністю як неефективних негативно впливає і на дітей, оскільки воно формує занижені очікування щодо їхніх майбутніх можливостей. Це може обмежувати доступ до освітніх послуг, знижувати мотивацію до розвитку та зменшувати шанси на повноцінну участь у професійному житті в майбутньому.

Результати дослідження, проведеного Інститутом соціальних досліджень та аналізу (2016), демонструють, що стигма породжує

такі *типи ставлення до дітей з інвалідністю* у суспільстві, як: *негативне сприйняття та відчуження*, яке часто виявляється через агресивні дії; *жалість*, яка виникає через розуміння специфічних потреб дитини або емоційну реакцію на її стан; і *позитивну дискримінацію*, яка проявляється у надмірній турботі і може обмежувати їхні можливості та самостійність.

Діти з інвалідністю зазнають стигматизації в освітніх та медичних закладах, у сімейному колі, а також у публічному просторі. Причому, найбільшій стигми в закладах освіти зазнають діти з інтелектуальними порушеннями. У школах також часто зустрічається й позитивна дискримінація: їм можуть ставити вищі оцінки, надавати привілеї щодо відвідування занять тощо. Батьки дітей з інвалідністю іноді не сприймають це як дискримінацію, а навпаки, як підтримку, що, втім, може поглиблювати залежність дітей від зовнішньої допомоги і обмежувати їхні досягнення. У медичних закладах наслідки стигматизації проявляються в страху перед лікуванням пацієнтів з інвалідністю, уникненні надання їм послуг тощо. Щодо родинного середовища, то батьки можуть мати занижені очікування щодо досягнень дітей з інвалідності, вважати, що через порушення діти не зможуть отримати належну освіту або реалізуватися в професійній діяльності. Часто ізоляція дітей з інвалідністю від соціуму є наслідком пережитого батьками стресу внаслідок негативного ставлення оточення до себе або своїх дітей, що ще більше поглиблює процес стигматизації.

Стигматизація та дискримінація дітей з інвалідністю у різних сферах життя є наслідком комплексної взаємодії низки факторів, які можна класифікувати на три основні категорії: *інституційні, культурні та соціальні*.

*Інституційні чинники* спричиняють стигматизацію через недостатньо розвинену систему підтримки дітей з інвалідністю. Це включає неналежну підготовку фахівців (учителів, лікарів, соціальних працівників тощо), відсутність належної інфраструктури, нестачу ресурсів, відсутність необхідних соціальних, реабілітаційних, освітніх та інших послуг. У таких умовах діти з інвалідністю та їхні сім'ї залишаються виключеними з основних соціальних процесів, що посилює їх маргіналізацію.

*Культурні чинники* спричиняють стигматизацію через поширені у суспільстві дискримінаційні норми і переконання. Зокрема, стереотипні уявлення про дітей з інвалідністю, як про нездатних до самостійного життя, формують середовище, в якому вони стикаються з бар'єрами для їхнього розвитку і самореалізації.

*Соціальні чинники* тісно пов'язані з низьким рівнем обізнаності громадян про проблеми та потреби дітей з інвалідністю та їхніх сімей. Це спричинює поширення упереджень, їхню нездатність до активної участі у суспільному житті, що поглиблює процеси стигматизації та дискримінації.

Однією з ключових причин існування стигматизації та дискримінації дітей з інвалідністю є *недостатня ефективність державної політики* у сфері їх соціального захисту. Відсутність дієвих законодавчих механізмів, спрямованих на дестигматизацію та соціальну адаптацію цієї вразливої категорії, сприяє поглибленню проблеми.

Отже, стигматизація та дискримінація дітей з інвалідністю є серйозними проблемами, що проявляються на різних рівнях суспільного життя і створюють бар'єри на шляху до рівноправності. але й з їхніми глибинними причинами, змінюючи стереотипи та упередження, через підвищення рівня обізнаності та формування толерантного й інклюзивного ставлення в суспільстві. Важлива роль у цьому процесі відводиться коректній і чутливій комунікації, яка ґрунтується на повазі, розумінні та визнанні прав осіб з інвалідністю. Саме завдяки коректним підходам до взаємодії можна змінювати ставлення до людей з інвалідністю, сприяючи їхньому включенню в освітні та соціальні процеси, створюючи більш інклюзивне та справедливе середовище.

## Питання для самоперевірки

1. *Які фактори спричиняють формування стигми щодо дітей з інвалідністю і як ці фактори закріплюються у суспільстві?*
2. *Як процес стигматизації впливає на ідентичність та участь дітей з інвалідністю у соціальному житті?*
3. *Які основні ознаки стигматизації виділяють? Як вони проявляються у випадку дітей з інвалідністю?*

4. Як стереотипи щодо осіб з інвалідністю, такі як їх «особливість» або «небезпечність», формують суспільне сприйняття цих людей?

5. У чому полягають небезпеки стереотипного сприйняття осіб з інвалідністю як «надлюдей» або «тягаря» для їхніх родин і суспільства?

6. Яким чином медіа можуть впливати на формування стереотипів про дітей з інвалідністю і які наслідки це має для їх інклюзії?

7. Які заходи, на вашу думку, є ефективними для зменшення стигматизації та дискримінації дітей з інвалідністю в суспільстві?

## Література

1. American Psychological Association. (n.d.). *Discrimination: What it is, and how to cope*. <https://www.apa.org/topics/racism-bias-discrimination/types-stress>

2. Andersen, M. M., Varga, S., & Folker, A. P. (2022). On the definition of stigma. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(5), 847-853. <https://doi.org/10.1111/jep.13684>

3. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.

4. Iezzoni, L. I., Rao, S. R., Ressler, J., Bolcic-Jankovic, D., Agaronnik, N. D., Donelan, K., Lagu, T., & Campbell, E. G. (2021). Physicians' perceptions of people with disability and their health care. *Health Affairs*, 40(2), 297-306. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01452>

5. Institute of Social Studies and Analysis. (2016). *Study on stigmatization of children with disabilities*. <https://www.unicef.org/georgia/media/1181/file/stigmatization.pdf>

6. Kalita, H., & Baishya, U. (2023). Stereotype And Prejudice And Their Impact On Economic Development. *Journal of Namibian Studies: History Politics Culture*, 35, 1950–1966.

7. Merriam-Webster. (n.d.). *Stigma*. In Merriam-Webster.com dictionary. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/stigma>

8. Schur, L., Nishii, L., Adya, M., Kruse, D., Bruyère, S., & Blanck, P. (2014). Accommodating employees with and without disabilities. *Human Resource Management*, 53(4), 593-621. <https://doi.org/10.1002/hrm.21607>

9. Simpl4all. (n.d.). *Embracing diversity: Challenging stereotypes of people with disabilities and learning difficulties*. <https://simpl4all.eu/news/embracing-diversity-challenging-stereotypes-of-people-with-disabilities-and-learning-difficulties/>

10. United Nations General Assembly. (2007). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. <https://www.refworld.org/docid/45f973632.html>

11. United Nations. (2014). *The Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Training Guide*. United Nations. <https://doi.org/10.18356/9789210564953>

12. World Health Organization (WHO) (2001). *World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.

## 1.4. Спілкування з людьми з інвалідністю

Взаємодія з особами з інвалідністю не вимагає спеціальних навичок, якщо вона відбувається на засадах рівності та поваги до прав кожної людини. Основний акцент має бути на особистості, а не на її інвалідності. Особи з інвалідністю не є «особливими» у контексті взаємодії. Вони можуть відчувати себе такими, а радше дискримінованими, якщо не створено необхідних умов для повноцінної участі в соціальному житті. Очевидно, середовище може потребувати адаптації чи модифікації за допомогою доступу до необхідних пристосувань, щоб полегшити комунікацію та забезпечити участь осіб з інвалідністю. Окрім мови, це може включати використання таких засобів спілкування, як текстів, абетки Брайля, тактильного спілкування, великого шрифту, доступних мультимедійних засобів, так само, як і друкованих матеріалів, аудіозасобів, простої мови, читців, а також підсилювальних і альтернативних методів, способів та форматів спілкування, зокрема доступної інформаційно-комунікаційної технології (Організація Об'єднаних Націй, 2006). Проте такі заходи не є «спеціальними», а мають сприйматися як частина універсальних стандартів, що забезпечують рівноправний доступ для всіх.

У повсякденному житті взаємодія з особами з інвалідністю потребує лише здорового глузду та поваги. У професійному контексті ключову роль відіграє професіоналізм, і ті ж правила мають застосовуватися до всіх, незалежно від наявності інвалідності. Важливо переконатися, що усунуті не лише фізичні та мовні бар'єри, а й психологічні перешкоди, які можуть впливати на якість комунікації. Такий підхід повинен бути невід'ємною частиною професійної практики незалежно від формату зустрічі. Замість фокусування на «особливому» підході до осіб з інвалідністю, варто забезпечувати рівні умови, що сприяють вільній та відкритій комунікації. Проте існують деякі нюанси, які слід враховувати для уникнення типових помилок і забезпечення більшої впевненості та ефективності під час спілкування.

Поняття, які використовуються щодо осіб з інвалідністю, мають важливе значення. Деякі слова та фрази можуть ображати, принижувати гідність людини чи створювати стереотипні уявлення. Використання



неправильної термінології не лише формує хибне сприйняття інвалідності, але й може підкріплювати дискримінацію. Водночас належна термінологія сприяє повазі до осіб з інвалідністю, формуванню позитивно-го ставлення та створенню інклюзивного середовища.

Існує два основні підходи до використання понять, що позначають інвалідність: *людиноцентричний* (person-first language) та *фокусований на ідентичності* (identity-first language).

Термінологія, яка ґрунтується на використанні людиноцентричного підходу, підкреслює, що індивід насамперед є людиною, а лише потім розглядається його інвалідність. Відповідно до нього, коректно говорити «людина з інвалідністю», «жінка з синдромом Дауна», «учасник з аутизмом» тощо. Саме цей підхід зазвичай використовується, якщо інша форма не є більш прийнятною для самої особи або спільноти.

При використанні підходу, що фокусується на ідентичності, акцент робиться на інвалідності як на невід’ємній частині особистості людини. Інвалідність розглядається як нейтральний або навіть позитивний маркер, що вказує на приналежність до певної культурної або соціальної спільноти. Приклади формулювань, що відображають цей підхід: «інвалід», «глуха людина», «я – аутист» тощо. Деякі люди з інвалідністю чи їх спільноти можуть надавати перевагу саме цьому підходу (Commonwealth of Australia, 2023, с.18–19).

Формулювання, що використовується для позначення інвалідності, можуть відрізнятися залежно від вибору людини. Важливо визнавати і поважати право особи самостійно визначати, як вона хоче описувати свій досвід життя з інвалідністю і використовувати ті терміни, яким вона надає перевагу.

Щоб уникнути непорозумінь, корисно дотримуватися таких простих правил:

- завжди ретельно обмірковуюйте свої слова перед тим, як висловитися;
- у разі сумнівів зверніться до особи з інвалідністю за роз’ясненнями щодо правильного формулювання;
- якщо людина надає перевагу певному терміну, використовуйте саме його;

- слід уникати вживання слів, які мають негативні конотації, таких наприклад, як «інвалід», «прикутий до інвалідного візка», «дефект», «вада», «аномалія», «неповносправний», «жертва», «страждає від ...», «кульгавий» тощо;
- замість терміну «нормальний» для позначення людей без інвалідності доцільніше використовувати вирази «люди без інвалідності» або «типові», якщо потрібно провести порівняння;
- не бійтеся використовувати загальноживані вирази, такі наприклад, як «Я бачу, що вас цікавить це питання», «Мушу бігти» у розмові з незрячими людьми. Не вибачайтеся за їх вживання, оскільки вони часто використовуються у мовленні, і вибачення може бути більш образливим, ніж сам вираз.

Ефективна взаємодія з людьми з інвалідністю вимагає не лише використання відповідної термінології, але й розуміння основних принципів спілкування, які допоможуть створити комфортне інклюзивне середовище для всіх учасників комунікації (University of Pittsburgh, n.d.):

- **запитуйте перед тим, як допомогти.** Ставтеся до людини з інвалідністю, у першу чергу, як до особистості. Не слід автоматично припускати, що людина з інвалідністю потребує допомоги. Пропонуйте свою підтримку лише тоді, коли це є необхідним, і обов'язково уточніть, як саме можна допомогти, перш ніж діяти;
- **не робіть передчасних висновків.** Люди з інвалідністю краще за інших знають, на що вони здатні. Не приймайте рішень за них щодо участі в будь-якій діяльності;
- **не торкайтесь їх без потреби.** Уникайте того, щоб гладити людину по голові чи торкатися її інвалідного візка або тростини. Люди з інвалідністю часто вважають своє обладнання частиною особистого простору.

Окрім загальних принципів спілкування, слід враховувати потреби людей з різними типами інвалідності. Подані нижче рекомендації, розроблені Східною асоціацією ветеранів з паралічем (Eastern Paralyzed Veterans Association, 2005), дозволяють адаптувати взаємодію з урахованням потреб осіб з різними порушеннями.

***Рекомендації щодо взаємодії з людьми, які використовують крісло колісне або мають порушення мобільності:***

- запропонуйте потиснути руку при вітанні;
- не нахиляйтеся і не торкайтеся до крісла колісного чи іншого допоміжного засобу – пам'ятайте, що особистий простір людини включає також милиці, ходунки, тростину чи інші засоби пересування;
- для зручності спілкування розміщуйтеся так, щоб ваші очі були на одному рівні з очима співрозмовника – сядьте поруч на стілець або відійдіть трохи назад;
- люди, які використовують палиці, милиці або інші допоміжні пристрої, використовують руки для підтримки рівноваги, тому не торкайтеся їх або не переміщайте несподівано предмети навколо;
- перед тим, як зробити щось замість людини, наприклад перемістити крісло колісне чи відчинити двері, запитайте у неї, чи потрібна їй допомога, оскільки вона може впоратися з цим самостійно;
- уникайте доторків до голови чи плеча людини, адже це може бути сприйняте як жалість або непотрібна опіка.

***Рекомендації щодо взаємодії з людьми з порушеннями зору:***

- представтеся і дозвольте іншим учасникам зустрічі зробити те ж саме;
- якщо людина потребує допомоги, запропонуйте свій лікоть, але не беріть її за руку;
- йдучи поряд, тримайтеся з протилежного боку від собаки-поводиря або тростини;
- не використовуйте інструкції, що містять візуальні орієнтири;
- описуючи розташування об'єктів, орієнтуйте, використовуючи уявний циферблат годинника. Наприклад, замість вказівки «ліворуч» або «праворуч» скажіть, що об'єкт розташований на «3 годині» або «9 годині», щоб точніше описати його місцезнаходження;
- пропонуючи допомогу, не кажіть «Я вас проведу», «Я вас переведу через дорогу», «Я вас посаджу», а краще використовуйте такі формулювання, як «Я піду з вами», «Я перейду з

вами через дорогу», «Чи потрібно супроводити вас до виходу?» тощо;

- якщо на шляху трапляються сходи, важливо попередити людину фразою на кшталт: «Попереду сходи, ми будемо підійматися/спускатися». Щоб допомогти безпечно подолати сходи, наблизьтесь до них під прямим кутом, запропонуйте взяти вас під руку, а іншу руку допоможіть розмістити на поручні. Потім разом обережно підіймайтесь або спускайтесь у комфортному для людини темпі;
- якщо потрібно пройти через двері, переконайтеся, що людина з порушенням зору перебуває на стороні, де двері відчиняються, зліва або справа від вас. Це допоможе їй безпечно пройти, а вам – зручно відчинити двері;
- попереджайте про можливі перешкоди, такі як сходи, пороги або низькі дверні рами тощо;
- коли супроводжуєте людину в приміщенні, коротко поясніть її місцезонашування: наприклад, «Ми зараз у центрі кімнати, за три кроки попереду стоїть диван»;
- діставшись потрібного місця, обов'язково сповістіть людину про це;
- якщо пропонуєте людині сісти, допоможіть їй зорієнтуватися, скажіть, де стоїть стілець; замість того, щоб самостійно саджати людину, спрямуйте її руку до спинки чи підлокітника, щоб вона могла зробити це самостійно;
- якщо вам потрібно відійти або залишити людину, обов'язково повідомте їй про це, щоб вона не продовжувала говорити без вашої присутності;
- кожен крок або інструкцію пояснюйте так, щоб людині було легко слідувати та розуміти подальші дії;
- під час розмови з людиною з порушенням зору уникайте згадок про кольори. Замість висловів на зразок «помацайте», краще використовуйте «подивіться», адже для незрячих людей «очима» є їхні руки, паличка або поводир;
- якщо людину з інвалідністю супроводжує особа чи собака-поводир, не слід торкатися їх, гладити, годувати чи відволікати собаку, оскільки вона виконує свою роботу;

- якщо людині з порушенням зору необхідно підписати документ, прочитайте його текст, не пропускаючи нічого, якщо вас про це не просять. При читанні зберігайте нейтральний тон і звичайний темп. Зберігайте інформацію у конфіденційності.

***Рекомендації щодо взаємодії з людьми, які мають порушення слуху:***

- перед тим як почати розмову з людиною з порушенням слуху, приверніть її увагу легким помахом або дотиком до руки чи плеча;
- запитайте, яким засобом спілкування людина віддає перевагу: жестах, жестовій мові, письмовому або усному мовленню;
- зменште або повністю усуньте фоновий шум і будь-які відволікальні фактори;
- під час спілкування дивіться прямо в очі, не затуляйте обличчя й рота, говоріть виразно та чітко;
- не відвертайтеся і не рухайтесь під час розмови, враховуйте, що яскраве сонячне світло або тінь можуть ускладнювати читання по губах;
- говоріть чітко і звичним тоном голосу, якщо співрозмовник не попросить вас розмовляти голосніше або повільніше;
- при спілкуванні використовуйте міміку, мову тіла та жести;
- якщо людині важко зрозуміти вас, повторіть або перефразуйте речення;
- якщо присутній перекладач жестової мови, говоріть безпосередньо до людини, а не до перекладача; робіть паузи, щоб ваші слова могли передати точно й повністю;
- якщо вас не зрозуміли, запропонуйте скористатися ручкою і папером або телефоном чи планшетом;
- якщо ви не зрозуміли сказане, попросіть людину повторити або написати – не варто робити вигляд, що ви все зрозуміли, якщо це не так.

***Рекомендації щодо взаємодії з людьми з порушеннями мовлення:***

- уважно слухайте людину і будьте терплячими;
- не перебивайте та не закінчуйте речення за людину;
- якщо не впевнені, чи правильно зрозуміли, можна повторити почуте для перевірки;

- якщо вам не вдається зрозуміти сказане, попросіть написати або запропонувати інший спосіб спілкування.

**Рекомендації щодо взаємодії з людьми з порушеннями інтелекту:**

- говоріть чітко, використовуючи прості слова та конкретні поняття;
- перефразуйте питання або коментарі для кращого розуміння;
- зосереджуйте увагу на людині під час її відповіді та проявляйте терпіння;
- ставтеся до людей з повагою, не робіть поспішних висновків щодо їхніх можливостей розуміти інформацію та приймати рішення;
- забезпечуйте комфортне середовище для спілкування, намагайтеся усунути шум і те, що може відволікати під час розмови;
- проявляйте терпіння, використовуйте різні способи надання інформації;
- не давайте багато інформації одночасно – робіть це поступово та зрозуміло;
- не розмовляйте про людину з порушеннями інтелекту у її присутності.

Комунікація є частиною процесу формування інклюзивного середовища, у якому кожна людина може брати повноцінну участь. Успішна комунікація допомагає створити простір для рівноправного діалогу, де враховуються потреби кожного, і де інвалідність не стає перешкодою для особистісного розвитку та соціальної інтеграції.

### Питання для самоперевірки

1. Як використання некоректної термінології може впливати на сприйняття людей з інвалідністю та їхню інтеграцію в суспільство?
2. Які існують підходи до використання термінології, що стосується інвалідності?
3. Чому важливо акцентувати увагу на особистості, а не на інвалідності під час взаємодії з людьми з інвалідністю?

4. Які засоби комунікації можуть бути використані для забезпечення ефективного спілкування з людьми з різними порушеннями?

5. Які особливості взаємодії з людьми, що використовують крісла колісні, слід враховувати для забезпечення комфортного спілкування?

6. Яких ключових принципів потрібно дотримуватися при спілкуванні з людьми з порушеннями слуху? Як можна адаптувати комунікацію до їхніх потреб?

7. Як можна адаптувати своє мовлення при спілкуванні з людьми з порушеннями мовлення?

8. Якими порадами слід послуговуватися при взаємодії з людьми з порушеннями інтелекту?

## Література

1. Commonwealth of Australia (Department of Social Services). (2023). *Good practice guidelines for engaging with people with disability*. Australian Government. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

2. Eastern Paralyzed Veterans Association. (2005). *Disability etiquette: Tips on interacting with people with disabilities*. <https://ds.gmu.edu/wp-content/uploads/2020/08/disability-etiquette-epva.pdf>

3. University of Pittsburgh, Office of Diversity & Inclusion. (n.d.). *Disability etiquette guide*. Available at [https://www.diversity.pitt.edu/sites/default/files/disability\\_etiquette\\_guide.pdf](https://www.diversity.pitt.edu/sites/default/files/disability_etiquette_guide.pdf)

4. Організація Об'єднаних Націй. (2006). *Конвенція ООН про права інвалідів*. Отримано з [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text)

## 1.5. Моделі інклюзії та їх реалізація в освітньому середовищі

У сучасному світі питання забезпечення рівних можливостей для участі всіх членів суспільства стають все більш актуальними. Відповіддю на виклики, пов'язані з дискримінацією, нерівністю та соціальним виключенням, стала концепція соціальної інклюзії, що спрямована на створення умов, у яких усі люди, незалежно від їх віку, статі, раси та інших відмінностей, мають рівний доступ до можливостей та ресурсів. Соціальна інклюзія передбачає створення умов у різних сферах життя, зокрема в освіті, економіці та соціальних відносинах, які сприяють подоланню бар'єрів для забезпечення рівноправної участі кожного члена суспільства. З огляду на це, соціальна інклюзія є ключовим інструментом для досягнення стійкого розвитку та соціальної справедливості, сприяючи не лише економічному зростанню, але й зміцненню демократичних процесів і соціальної єдності.

Важливим механізмом соціальної інклюзії є інклюзивна освіта, що спрямована на забезпечення рівноправного доступу до якісних освітніх можливостей для дітей з інвалідністю та особливими освітніми потребами. Вона є важливою складовою сучасних освітніх та соціально-політичних реформ, спрямованих на забезпечення рівних можливостей для усіх дітей. У процесі цих реформ сформувалося кілька моделей інклюзії, які відображають різні підходи до включення дітей з інвалідністю та особливими освітніми потребами в загальноосвітні заклади.

Реформування сучасних освітніх та суспільно-політичних систем спрямоване на створення інклюзивного освітнього середовища, яке гарантує рівний доступ до якісної освіти для всіх дітей, незалежно від їхніх особливостей чи потреб. У процесі цих реформ сформувалося кілька моделей інклюзії, які відображають різні підходи до включення дітей з інвалідністю та особливими освітніми потребами в загальноосвітні заклади.

У міжнародній практиці виокремлюють три основні моделі інклюзії, критерієм для яких є державна політика, що відображає візію



розвитку суспільства, його цінності та підходи до рівності й соціальної справедливості. Ці моделі базуються на уявленні про те, яким чином повинна розвиватися освіта для забезпечення рівних можливостей для всіх громадян, зокрема для осіб з інвалідністю та особливими освітніми потребами.

Перша модель, **одностороння**, – це єдина система, в якій усі діти, незалежно від наявності інвалідності чи особливих освітніх потреб, навчаються разом. Вона використовується у країнах, які реалізують політику залучення усіх учнів до загальної освітньої системи, забезпечуючи їм усю необхідну допомогу і підтримку. Серед таких країн можна назвати Італію, Португалію, Грецію, Швецію, Норвегію, США, Канаду, Австралію та деякі інші.

За другою моделлю, яку називають **двосторонньою**, учні з порушеннями навчаються окремо, в спеціальних закладах, тоді як інші діти – у загальноосвітніх школах. Часто ці дві системи підпорядковуються різним органам управління. Така модель впроваджується в таких країнах, як Бельгія, Швейцарія, Японія, Сінгапур, Катар, Бахрейн та Кувейт. Наприклад, у Сінгапурі за освіту учнів з помірною, важкою або глибокою інвалідністю відповідають неурядові організації, тоді як Міністерство освіти регулює навчання дітей без інвалідності або з легкими емоційними, поведінковими, сенсорними та фізичними порушеннями.

Третя модель, **багатостороння**, передбачає паралельне існування кількох систем освіти, кожна з яких призначена для різних категорій учнів. Ця модель застосовується в таких країнах, як Данія, Франція, Фінляндія, Чехія, Польща, Великобританія, Нідерланди та Ірландія. В Ірландії, зокрема, поряд із загальноосвітніми та спеціальними школами існують проміжні форми навчання, такі як спеціальні класи у загальноосвітніх школах та індивідуальне навчання на дому (Kirby, 2017, с. 175).

Одностороння модель інклюзії найбільш точно відображає її сучасне розуміння. Вона ґрунтується на концепціях недискримінації, рівності та соціальної відповідальності. Інклюзивна освіта у цій моделі виступає альтернативою спеціальній освіті, позиціонуючись як більш демократична, гуманна та перспективна парадигма

розвитку як освітніх систем, так і суспільства загалом. Однак упровадження цієї моделі, зокрема через політики, спрямовані на забезпечення доступу учнів з інвалідністю та порушеннями психофізичного розвитку до загальної середньої освіти, містить певні ризики. Зокрема, існує небезпека, що інклюзія може стати формальною, коли реальні потреби цих учнів залишаються не задоволеними (Kirby, 2017, с. 175).

Відповідно до цієї класифікації, сучасна модель інклюзивної освіти, яка діє в Україні, є багатосторонньою. Вона передбачає забезпечення можливостей для отримання освіти дітям з інвалідністю та ООП в інклюзивних та спеціальних групах у закладах дошкільної освіти (ЗДО) і класах у закладах загальної середньої освіти (ЗЗСО), спеціальних школах, а також через індивідуальну форму навчання. Хоча ця модель не відповідає стандартам інклюзивної освіти у її ідеальному вигляді, вона не суперечить базовому принципу забезпечення рівного доступу до освіти, зокрема свободи вибору форми та місця навчання (Горішна, 2019 с.25).

Існує й інший підхід до класифікації моделей інклюзивної освіти, який базується на тривалості включення дітей з порушеннями психофізичного розвитку в інклюзивне освітнє середовище. У межах цього підходу виділяють такі моделі: часткова, тимчасова, повна, комбінована та зворотна інклюзія.

**Модель повної інклюзії** орієнтована на те, щоб усі діти з інвалідністю, які мають потенціал до адаптації у загальноосвітніх навчальних закладах, отримували освіту разом зі своїми однолітками. Вона передбачає їхнє навчання у режимі повного дня, без надання спеціальних корекційних послуг, за винятком необхідної адаптації чи модифікації навчальних матеріалів. У цьому випадку діти можуть навчатися самостійно або за допомогою асистентів. Зазвичай учні зараховуються у класи відповідно до свого віку, проте у випадках, коли спостерігається значна невідповідність між віком дитини та рівнем її когнітивного чи фізичного розвитку, можливе зарахування до класу, який краще відповідає її індивідуальним потребам (Давиденко, 2014, с. 79; с. 110). У класах, як правило, перебуває не більше трьох дітей з психофізичними порушеннями, що дозволяє ефективніше

забезпечити їх навчання та соціалізацію (Fei, 2007, с.13). Ця модель інклюзії є відображенням сучасних підходів до освіти, які прагнуть мінімізувати сегрегацію та сприяти включенню всіх дітей в освітній процес, надаючи їм рівні можливості для розвитку та навчання.

**Модель часткової інклюзії** передбачає інтеграцію учнів з інвалідністю та ООП на окремих етапах навчального процесу, зокрема під час окремих уроків або позаурочних заходів. Це може включати їхню участь у навчальних заняттях разом із іншими учнями впродовж певної частини навчального дня чи тижня. Особливістю цієї моделі є те, що основний навчальний матеріал учні засвоюють індивідуально, часто під час окремих занять, адаптованих відповідно до їхніх можливостей (Давиденко, 2014, с. 79). Ця модель є доцільною в умовах, коли існує значна невідповідність між віковими нормами та рівнем розвитку дитини. Застосування моделі часткової інклюзії дозволяє забезпечити баланс між індивідуальними навчальними потребами та взаємодією із соціумом, що є ключовим елементом інклюзивної педагогіки.

**Модель тимчасової інклюзії** передбачає періодичне залучення дітей з інвалідністю та ООП до спільних заходів з однолітками. Це зазвичай відбувається під час позашкільних заходів – святкових подій, позаурочних активностей, прогулянок або інших групових заходів, що не вимагають інтенсивного навчального навантаження (Кузава, 2013, с. 109).

**Комбінована модель** інклюзії передбачає поєднання навчання у загальноосвітніх закладах з паралельним отриманням додаткових корекційно-розвиткових послуг у спеціальних освітніх закладах. Вона є ефективною для учнів, які мають високий рівень когнітивного і психофізичного розвитку, але при цьому потребують індивідуальних корекційно-розвиткових послуг (Павленко & Коваленко, 2017, с. 108).

**Модель зворотної інклюзії** передбачає включення дітей без порушень розвитку у середовище їхніх однолітків з інвалідністю чи/або ООП (Кузава, 2013, с. 109). Такий підхід допомагає краще усвідомити різноманітність потреб інших, що сприяє формуванню емпатії, толерантності та навичок співпереживання. Це є ключовим компонентом для створення інклюзивного суспільства, де різноманітність

сприймається як норма, а всі індивіди мають рівні можливості для участі та самореалізації.

Вибір варіанту інклюзивного навчання залежить від рівня розвитку дитини та складності її психофізичних порушень. Часткова, тимчасова та зворотна моделі є оптимальними для дітей із більш складними порушеннями, оскільки вони дозволяють поступово інтегруватися в освітній процес зі збереженням індивідуальної корекційної підтримки. Натомість повна та комплексна інклюзія краще підходить для дітей з вищим рівнем психофізичного розвитку, що дозволяє їм інтегруватися в освітній процес з поступовою адаптацією до середовища і можливістю отримання індивідуальної підтримки.

Моделі інклюзії є інструментами, що дозволяють адаптувати освітнє середовище під різні потреби дітей з порушеннями у розвитку. Їх імплементація створює умови для рівноправного доступу до освіти, подолання бар'єрів у навчанні та соціальних взаємодіях, розвитку ключових життєвих і соціальних навичок. Вони формують основу для соціальної інклюзії, створюючи можливості для повноцінної участі дітей з порушеннями у суспільному житті.

### Питання для самоперевірки

1. Яким чином державна політика впливає на вибір та впровадження моделей інклюзії у різних країнах?
2. У чому полягає відмінність між односторонньою, двосторонньою та багатосторонньою моделями інклюзії в освіті?
3. Якими є переваги та недоліки односторонньої моделі інклюзії для дітей з інвалідністю порівняно з іншими підходами?
4. Які особливості повної моделі інклюзії та в яких умовах вона є найефективнішою?
5. Як часткова та тимчасова інклюзія сприяють включенню дітей з інвалідністю в освітній процес?
6. Чим відрізняється модель зворотної інклюзії від традиційних підходів до освіти дітей з інвалідністю?
7. Чому важливо враховувати рівень психофізичного розвитку дитини при виборі моделі інклюзивного навчання і як це впливає на її адаптацію?

## Література

1. Горішна, Н. М. (2020). Інклюзивна освіта: підходи до розуміння та виклики розвитку. *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка*, 162(6), 23–29.
2. Давиденко, Г. В. (2014). Моделі та форми впровадження інклюзивної освіти в рамках педагогічної інноватики. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*, (3), 76–80.
3. Кузава, І. Б. (2013). Зарубіжний досвід реалізації інклюзивної освіти дошкільників із психофізичними порушеннями. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*, (Випуск 4), 101–110.
4. Павленко, Л. С., & Коваленко, В. Є. (2017). Особливості впровадження інклюзивної освіти в Україні. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*, 8(2), 104–110. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup\\_2017\\_8%282%29\\_\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2017_8%282%29__15)
5. Fei, X. (2007). The Chinese «learning in a regular classroom»: History, current situation, and prospects. *Chinese Education & Society*, 40(4), 8-20.
6. Kirby, M. (2017). Implicit assumptions in special education policy: Promoting full inclusion for students with learning disabilities. *Child & Youth Care Forum*, 46(2), 175-191. Springer US.

## 1.6. Інтеграція дітей з особливими освітніми потребами у заклади освіти

За останні роки в освітньому середовищі України відбувся значний прогрес щодо реалізації права на освіту дітей з інвалідністю, яким гарантовано доступ до освіти на всіх освітніх етапах нарівні з іншими дітьми. Розробляються систематичні кроки для створення належних умов доступності, забезпечення необхідними засобами для навчання, введення окремих посад у закладах освіти тощо. Щорічне збільшення кількості дітей з інвалідністю, які охоплені інклюзивним навчанням, свідчить про те, що держава на правильному шляху.

На сучасному етапі розвитку українського суспільства все більшого значення набувають реабілітаційні заходи для дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання, які сприяють повному включенню дитини в соціальну реальність, коли її вада не заважає ні їй, ні тим, хто поряд із нею, під час освітньої та компенсаційної діяльності.

Реабілітаційна діяльність включає комплекс заходів, які допомагають досягнути оптимального рівня участі в соціальних комунікаціях і підтримувати його, позитивних змін у способі життя і найбільш повної інтеграції в суспільство, мати достатній рівень незалежності у всіх сферах життєдіяльності. Водночас сучасні тенденції розвитку інклюзивної освіти змінюють акценти в характеристиці дітей з інвалідністю з недоліків, порушень, відхилення від норми на визнання їх потреб в особливих умовах і засобах навчання, виховання, реабілітації (Кравченко & Войтовська, 2022).

Понад 10 років, з часу прийняття «Концепції розвитку інклюзивної освіти» (Про затвердження Концепції розвитку інклюзивного навчання, 2010), на інституційному рівні в нашій країні відбувається становлення і розвиток інклюзивної освіти, і за цей час сформовано і апробовано організаційно-змістові засади цього процесу: розроблено і затверджено нормативно-правові акти, імplementовано кращий зарубіжний досвід, актуалізується діяльність громадських організацій, здійснюється підготовка відповідних фахівців, наявний навчально-методичний супровід науково-дослідними установами НАПН

України, накопичено регіональний досвід інклюзивного навчання тощо (Кравченко, 2022).

Соціальна модель інвалідності передбачає створення умов для повної інтеграції в суспільство осіб з інвалідністю. Відтак інвалідність є проблемою не окремої людини чи її сім'ї. Суспільство призводить до соціальної ізоляції та несприйняття навколишніми цієї категорії громадян. Саме соціальні перетворення в соціумі мають сприяти змінам щодо повної участі осіб з обмеженням життєдіяльності в усіх сферах суспільного життя.

Освіті тут належить пріоритетна роль, оскільки на неї покладені завдання всебічно розвивати людину як особистість, її таланти, інтелектуальні, творчі і фізичні здібності та сприяти успішній соціалізації та самореалізації (Кравченко & Войтовська, 2022).

За умов інклюзивної освіти необхідно не адаптувати учнів до існуючих вимог школи, а реформувати заклади освіти, шукати інші педагогічні підходи до навчання, щоб враховувати потреби ООП учнів. Інклюзивна освіта в широкому розумінні передбачає створення рівних можливостей для всіх дітей з ООП і забезпечення успіху в освітньому процесі та подальшому житті. Отже, інклюзивна освіта вимагає радикальних змін від закладів освіти. Вона передбачає істотні зміни в культурі, політиці і практичній діяльності закладів освіти, а також створення інклюзивного освітнього середовища – сукупності умов, способів і засобів їх реалізації для спільного навчання, виховання та розвитку дітей з урахуванням їхніх потреб і можливостей (Кравченко & Войтовська, 2022).

Ключову роль у впровадженні інклюзивних практик у сфері освіти відіграло створення у 2018 р. Інклюзивно-ресурсних центрів, діяльність яких спрямована на застосування сучасних методик проведення комплексної оцінки, надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг; адаптації освітніх програм до потреб дітей з особливими освітніми потребами, розробки індивідуальної програми розвитку й з інших питань у межах своєї компетенції тощо (Кравченко, 2022).

Інклюзивно-ресурсні центри створені з метою забезпечення реалізації права на освіту дітей з особливими освітніми потребами віком від 2 до 18 років шляхом проведення комплексної

психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини, надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг та забезпечення їх системного кваліфікованого супроводу (Портал ІРЦ, б. д.).

Нині в Україні створено 714 інклюзивно-ресурсних центрів (Портал ІРЦ, б. д.), які забезпечують рівний доступ до якісної освіти дітям з особливими освітніми потребами. Здійснено ряд першочергових кроків щодо формування інклюзивного освітнього середовища:

- упроваджено державну субвенцію на підтримку осіб з особливими освітніми потребами;
- виділено кошти державного та місцевих бюджетів на закупівлю обладнання для створених інклюзивно-ресурсних центрів;
- закуплено комплекти сучасних методик світового рівня для оснащення інклюзивно-ресурсних центрів;
- уведено надбавки 20 % для педагогічних працівників за роботу в інклюзивних класах;
- уведено ставки асистента вчителя в кожному класі, де навчаються здобувачі освіти з особливими освітніми потребами;
- виділено кошти державного та місцевих бюджетів на оснащення ресурсних кімнат.

В інклюзивному освітньому середовищі здобувачі освіти, незалежно від їхніх потреб, здатні підвищувати свою соціальну компетентність, удосконалювати комунікативні навички, а також відчувати себе частиною суспільства. Для цього в «Новій українській школі» запроваджено обов'язковий курс для всіх педагогічних працівників про особливості роботи з дітьми з особливими освітніми потребами (Кравченко & Войтовська, 2022).

Із перших днів військової агресії російської федерації в Україні Міністерством освіти і науки спільно з обласними департаментами, управліннями освіти і науки проведено активну роботу з евакуації дітей з особливими освітніми потребами, дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, із зони бойових дій на безпечні території в межах України та за кордон (Шкарлет, 2022).

З метою створення безпечних умов навчання для осіб з особливими освітніми потребами під час війни постановою Кабінету Міністрів



України від 26.04.2022 № 483 внесено зміни до Порядку організації інклюзивного навчання у закладах дошкільної освіти, затвердженого постановою КМУ від 10.04.2019 № 530, та Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти, затвердженого постановою КМУ від 15.09.2021 № 957 (Шкарлет, 2022).

Окрім цього, МОН спільно з ЮНІСЕФ запроваджено проєкт «Моніторинг та забезпечення потреб дітей в умовах війни», метою якого є виявлення й забезпечення потреб дітей з особливими освітніми потребами, дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, що перебувають у складних життєвих обставинах на території України та за кордоном (Шкарлет, 2022).

За результатами моніторингу, станом на 24 лютого 2022 р. у системі МОН функціонувало 544 заклади загальної середньої освіти 22, у структурі яких є пансіони/інтернати та які забезпечують умови для надання освітніх послуг дітям з особливими освітніми потребами. У цих закладах здобували освіту 103 966 учнів, із них 44 890 осіб безпосередньо проживали в пансіонах/ інтернатах. Серед учнів, що здобували освіту в зазначених 544 закладах освіти, 13 583 особи (13 %) – діти з інвалідністю, 4292 особи (4,1 %) – діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування (Шкарлет, 2022).

Із початком війни в Україні 42 233 дитини із числа тих, які перебували в зазначених закладах цілодобово, було повернено батькам чи законним представникам. Серед них 17 966 осіб навчалися у спеціалізованих закладах освіти; 15 918 осіб – у спеціальних школах і навчально-реабілітаційних центрах; 8270 осіб – у закладах загальної середньої освіти; 79 осіб – у дитячих будинках системи освіти. 485 дітей, серед яких 286 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, було евакуйовано разом із працівниками закладів на безпечні території в межах України. Зокрема, цих дітей було перевезено до пансіонів закладів освіти Закарпатської, Івано-Франківської, Львівської, Тернопільської, Хмельницької, Чернівецької областей. 1519 дітей евакуйовано за межі України, у т. ч. 1010 дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування. 653 дитини продовжили своє перебування в закладах, що розташовані на територіях, де не ведуться активні бойові дії (Шкарлет, 2022).

За оперативною інформацією органів управління у сфері освіти, станом на 1 серпня 2022 р. 2225 дітей з ООП, які здобували освіту в спеціальних закладах, евакуйовано за межі України, з них 1074 особи – діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, 229 – осіб з інвалідністю (Шкарлет, 2022).

Як уже зазначалося, з метою забезпечення умов для навчання осіб з ООП під час війни постановою Кабінету Міністрів України від 26.04.2022 № 483 було внесено зміни до Порядку організації інклюзивного навчання у закладах дошкільної освіти та Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти. Зокрема, на період дії воєнного стану було розширено можливості щодо організації інклюзивного навчання дітей з ООП, а саме:

- надано можливість застосування дистанційно-очної (змішаної) форми здобуття освіти в інклюзивних класах ЗЗСО;
- спрощено процедуру зарахування осіб з ООП на навчання на підставі копії документа, що посвідчує особу (в разі наявності), та висновку;
- знято обмеження щодо граничної чисельності дітей з ООП в одному інклюзивному класі чи групі;
- дозволено проводити засідання команди психолого-педагогічного супроводу особи з ООП у режимі онлайн та/або в змішаному очно-дистанційному форматі із залученням фахівців інклюзивно-ресурсного центру, які брали участь у проведенні комплексної оцінки;
- надано можливість залучати до надання психолого-педагогічних і корекційно-розвиткових послуг фахівців інклюзивно-ресурсних центрів, педагогічних працівників закладу освіти, зокрема з числа тих, що були вимушені змінити своє місце проживання (перебування) та/або місце роботи внаслідок збройної агресії російської федерації.

Інклюзивне навчання є потребою сьогодення і майбутнього, проте має низку багатоаспектних проблем і вони лише поглиблюються та ширшають в умовах війни. Однією з найголовніших проблем була і є недостатня педагогічна толерантність, відсутність досвіду раціонального розподілу коштів в об'єднаних територіальних

громадах, внаслідок чого в багатьох опорних навчальних закладах відсутні не лише корекційні педагоги, а й класи з інклюзивною формою навчання. Відтак проведення корекційно-розвивальних занять покладається на інклюзивно-ресурсні центри, що створює величезні незручності батькам дітей з особливими освітніми потребами з невеликих населених пунктів, адже постає питання фінансових можливостей родин та транспортного сполучення місцевості їх проживання, тому велика кількість дітей і досі залишається без необхідної допомоги (Охріменко, 2022).

На сьогодні фахівці інклюзивних класів відзначають, що більшість батьків бояться втрати дітьми набутих раніше навичок. Цей страх постійно супроводжує батьків дітей з особливими освітніми потребами, але під час війни спостерігається його особливе загострення. На думку корекційних педагогів, у значній більшості випадків ці побоювання є безпідставними, адже набуті навички втрачаються лише за наявності медико-фізіологічних причин або внаслідок психологічної травми, але і в цьому випадку, швидше за все, в мозку дитини відбуваються компенсаторні процеси, що сприяють відновленню втрачених функцій. Фахівці зазначають, що навіть при втраті набутих функцій чи вмінь мова йде про їх відновлення, а не створення, тож процес буде швидшим і легшим, при цьому є набагато більша ймовірність досягнення позитивного результату (Сіденко, 2023).

Одним із найактуальніших питань сьогоденної системи освіти в Україні є інклюзивна освіта для дітей з інвалідністю та особливими освітніми потребами у єдиному освітньому просторі. Кожна країна має свій досвід спеціального навчання таких дітей і пройшла різний шлях від – інтеграції до інклюзії (Беспалько та ін., 2021).

До категорії «дітей з особливими освітніми потребами» відносимо такі дитячі групи: «діти з обмеженими можливостями здоров'я», «діти з особливостями психофізичного розвитку», «діти з інвалідністю». У науковій літературі існують різні класифікації, але найбільш поширеною у корекційній освіті є класифікація дитячих аномалій за видом порушення, оскільки саме з урахуванням цього визначаються зміст і методи роботи з дитиною, обирається для неї певна форма організації

навчання і виховання. Розглядаючи категорії порушень психофізичного розвитку, припускаємо, що саме ці діти матимуть певні труднощі та потреби в адаптації до навчання, а отже, вважатимуться особами з особливими освітніми потребами. Перелік таких порушень:

- виразні та сталі порушення слухової функції (глухі, слабочуючі, пізно оглухлі діти);
- виразні порушення зору (сліпі, слабкозорі діти);
- важкі мовленнєві порушення (діти-логопати);
- стійкі порушення інтелектуального розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи (легкого, помірного, тяжкого ступенів);
- затримка психічного розвитку (діти із ЗПР);
- порушення опорно-рухового апарату (діти з вадами опорно-рухового апарату);
- емоційно-вольові розлади (діти з вадами емоційно-вольової сфери) та аутизм;
- комплексні порушення декількох функцій (сліпоглухі діти; діти, у яких вади зору, слуху, опорно-рухового апарату поєднуються із розумовою відсталістю) (Беспалько та ін., 2021).

Потреба глибокої перебудови системи освіти в Україні нині зумовлена об'єктивними процесами трансформації нашого суспільства. З огляду на те, що сучасна система освіти має відповідати соціальним запитам як сьогодення, так і забезпечити якісно нове майбуття, доцільно розглянути ті процеси, які відбуваються тепер у нашому житті, а також, що їх зумовило в минулому і як вони розгортаються надалі. Відповіді на ці запитання можуть стати підґрунтям для визначення прийнятних і раціональних кроків у розбудові нової системи освіти, що плекатиме молоде покоління для гідного життя у прийдешньому (Колупаєва & Таранченко, 2016).

Інклюзія потребує змін на всіх рівнях освіти, оскільки це – особлива система навчання, яка охоплює весь різноманітний контингент учнів та диференціює освітній процес, відповідаючи на потреби учнів усіх груп та категорій. Інклюзію в освіті можна розглядати як один із багатьох аспектів інклюзії в суспільстві взагалі (Лавріненко, 2023).

Інклюзивну освіту розглядають як систему освітніх послуг, яка базується на принципі забезпечення основного права дитини на освіту та можливості отримувати освітні послуги за місцем проживання, в тому числі дітей з ООП в умовах закладу освіти, і вона передбачає створення такого освітнього середовища, яке відповідатиме потребам та можливостям кожної дитини (Самойленко & Левун, 2023).

Інклюзивне навчання охоплює всіх дітей. Зовсім недавно інклюзивне навчання сприймалося для більшості і батьків, і педагогів як включення дітей з особливостями. З кожним днем ситуація змінюється. На сьогодні освітні заклади та їх працівники створюють свою унікальну систему надання освітніх послуг дітям з різними потребами, уже мають корисний досвід роботи та організації такого середовища і, тісно працюючи з батьками, активізують та залучають їх до цих процесів (Самойленко & Левун, 2023).

Інклюзивна освіта сьогодні з повним правом може вважатися одним із пріоритетів державної освітньої політики України. Перехід до неї зумовлений вже тим, що наша країна ратифікувала Конвенції ООН у сфері прав дітей та прав інвалідів (Адаптована конвенція ООН щодо осіб з особливими потребами, б. д.).

Для забезпечення права на якісну освіту дітей міжнародна практика пропонує дітям з інвалідністю широкий вибір доступних форм здобуття освіти: індивідуальну, дистанційну, екстернатну, «школи консультаційних класів», «школи другого шансу», «вечірні школи», а також «включені» («інклюзивні») форми навчання. Останні дають змогу дітям з інвалідністю навчатися спільно зі своїми здоровими ровесниками, що ефективно впливає на рівень їхньої соціалізації (Гевко, 2018).

Інклюзивна освіта – це комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісного навчання шляхом організації діяльності в освітніх установах на основі застосування особистісно-орієнтованих методів навчання з урахуванням індивідуальних особливостей. Визначення оптимальних шляхів і засобів впровадження інклюзивного навчання базується на основі відповідного нормативно-правового, навчально-методичного, кадрового, матеріально-технічного та інформаційного забезпечення (Данілавичюте, 2012).

На користь інклюзивної освіти в Україні та за кордоном вироблено чимало теоретичного і практичного матеріалу. За інклюзивну освіту, в першу чергу, активно виступають самі батьки дітей з інвалідністю, а також громадські та благодійні організації, які мають дотичний профіль діяльності. Досвід європейської інклюзії, що вже має позаду десятиліття успішних напрацювань, говорить сам за себе, адже показує неабияку перспективність та успішність такого навчально-розвивального напрямку (Гевко, 2018).

На сьогодні освіта в Україні має складну, розгалужену й диференційовану систему навчально-виховних (корекційних) закладів, реабілітаційних і медико-педагогічних центрів, навчально-виховних комплексів, спеціальних (корекційних) класів при середніх закладах освіти тощо. Розвиток системи освіти спрямований на подальшу диференціацію і вдосконалення діючої мережі корекційних закладів, відкриття нових типів закладів, у яких надаватиметься комплексна допомога й підтримка дітям з особливими потребами, а також із залученням цих дітей в загальноосвітню школу» (Гевко, 2018).

Законодавство України визначає інклюзивне навчання як систему освітніх послуг, гарантованих державою, що базуються на принципах недискримінації, урахування багатоманітності людини, ефективного залучення до освітнього процесу всіх його учасників (Про освіту, 2024). Для успішної його організації потрібно створити інклюзивне освітнє середовище, що максимально враховуватиме потреби та можливості осіб із ООП (Шевчук, 2021).

Інклюзивна освіта, як забезпечення права на рівний доступ до якісної освіти всіх дітей, набуває все більшого значення і розвитку в Україні. Це пов'язано з багатьма чинниками: зі збільшенням кількості дітей з особливими потребами, активністю батьків щодо забезпечення можливості для їхніх дітей навчатися в закладах освіти разом зі своїми однолітками та проживати в сім'ї, діяльністю громадських організацій, міжнародними зобов'язаннями держави, що зумовлюють відповідну державну політику тощо (Пименова, 2020).

Інклюзивна освіта визначає ступінь розвитку суспільства, у якому ми живемо. А це – рівень підтримки один одного, рівень гуманності і толерантності в ставленні до «не таких, як ти сам».

Проте інклюзивна освіта не ставить за мету зробити всіх однаковими. Інклюзивна освіта в широкому розумінні передбачає створення рівних можливостей для всіх осіб з особливими потребами і забезпечення їх успіху в освітньому процесі та подальшому житті (Пименова, 2020).

Головний сенс процесу інклюзії можна позначити так: суспільство багатогранне у своєму соціальному вимірі. Тому всі мають можливості до самореалізації, а не залежності. Не хвороба створює обмеження діяльності, а умови життя, які може запропонувати суспільство людям з особливими потребами (Пименова, 2020).

Сучасна інклюзивна школа – заклад освіти, який забезпечує інклюзивну освіту як систему освітніх послуг, зокрема: адаптує навчальні програми та плани, фізичне середовище, методи та форми навчання, використовує існуючі в громаді ресурси, залучає батьків, співпрацює з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних освітніх потреб дітей, створює позитивний клімат у шкільному середовищі. Незважаючи на те, що інклюзивні школи забезпечують сприятливі умови для досягнення рівних можливостей і повної участі, для їх ефективної діяльності необхідні спільні зусилля не лише з боку вчителів та персоналу школи, а й ровесників, батьків, членів родин. Тому серед основних принципів діяльності інклюзивної школи в умовах сьогодення виділимо наступні (Лавріненко, 2023):

- усі діти мають навчатися разом у всіх випадках, коли це виявляється можливим, незважаючи на певні труднощі чи відмінності, що існують між ними;
- школи мають визнавати і враховувати різноманітні потреби своїх учнів шляхом узгодження різних видів і темпів навчання;
- забезпечення якісної освіти для всіх шляхом розробки відповідних навчальних планів, прийняття організаційних заходів, розробки стратегії викладання, використання ресурсів та партнерських зв'язків зі своїми громадами;
- діти з особливими освітніми потребами мають отримувати будь-яку додаткову допомогу, яка може знадобитися їм для забезпечення успішності процесу навчання;

- вони є найбільш ефективним засобом, який гарантує солідарність, співучасть, взаємоповагу, розуміння між дітьми з особливими потребами та їхніми ровесниками (Лавріненко, 2023).

Інклюзія передбачає пристосування закладів освіти та їх загальної освітньої філософії й політики до потреб усіх дітей – як обдарованих, так і тих, які мають особливі потреби. Інклюзія потребує змін на всіх рівнях освіти, оскільки це – особлива система навчання, яка охоплює весь різноманітний контингент дітей і диференціює освітній процес, відповідаючи на потреби всіх груп і категорій (Кравчинська, 2017).

Інклюзивне навчання в умовах Нової української школи – система освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах недискримінації, врахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників (Лавріненко, 2023).

Інклюзивний підхід до навчання передбачає створення таких умов, за яких усі учні мають однаковий доступ до освіти, у тому числі діти з особливими освітніми потребами, які навчаються у загальноосвітніх школах. Також усі учні мають можливість отримати досвід, знання, які сприяють подоланню упереджень і дискримінації та сприяють формуванню позитивного ставлення до тих, хто «відрізняється» (Лавріненко, 2023).

Нагальними в умовах Нової української школи постають завдання інклюзивної освіти, зокрема, організація освітнього процесу, який би задовольняв потреби всіх дітей; розроблення системи надання спеціальних освітніх і фахових послуг для дітей з особливими освітніми потребами; створення позитивного клімату в шкільному середовищі та поза його межами (Лавріненко, 2023).

Якість освітнього процесу значною мірою визначається тим, наскільки враховуються та реалізуються потенційні можливості навчання й розвитку кожної дитини, її індивідуальні особливості. Якими б не були фізичні чи психічні обмеження, у дитини завжди є резерви для розвитку, використання яких може суттєво поліпшити якість її життя. Більшість дітей з особливостями психофізичного розвитку може навчатися у загальноосвітніх школах за умови реалізації моделі інклюзивної освіти (Лавріненко, 2023).



Пріоритетними напрямками є сприяння соціальному, емоційному та когнітивному розвитку кожної дитини з тим, щоб вона відчувала себе неповторним, повноцінним учасником суспільного життя. А отже, складовими моделі інклюзивної освіти є: командний підхід, задоволення індивідуальних потреб дітей, співпраця з батьками, створення сприятливої атмосфери в дитячому колективі (Лавріненко, 2023).

*Командний підхід.* Запорукою успішної реалізації моделі інклюзивної освіти є ефективна співпраця вчителів, відповідних фахівців, батьків та учнів. Усі спеціалісти з проблем розвитку дітей є важливими помічниками та партнерами вчителів (Лавріненко, 2023).

*Задоволення індивідуальних потреб дітей.* До цієї складової інклюзивної освіти входять наступні: розробка індивідуальних навчальних планів та реалізації завдань, визначених у них; проведення необхідних адаптацій та модифікацій (Лавріненко, 2023).

*Співпраця з батьками.* Для успішної реалізації інклюзивних програм надзвичайно важлива ефективна співпраця педагогів і родин дітей з особливими освітніми потребами. Сучасна освітня філософія, зорієнтована на особистість дитини, ґрунтується на положенні, що батьки є її першими й головними вчителями. Дедалі більше педагогів з повагою ставляться до освітнього процесу, який відбувається вдома, і будують свою роботу з урахуванням інтересів дітей та їхніх родин. Оскільки до закладів загальної середньої освіти почали залучати дітей з особливими освітніми потребами, постійна співпраця з їхніми сім'ями набуває ще більшого значення (Лавріненко, 2023).

*Створення позитивної атмосфери в дитячому середовищі.* У класах (школах), де навчаються учні з різними рівнями розвитку та здібностей, педагоги мають підтримувати один одного у застосуванні найефективніших стратегій навчання. Якщо у школі створено доброзичливу, невимушену атмосферу, якщо тут визнають унікальність кожного (і педагога, і учнів) та підтримують їх, це суттєво підвищує ефективність навчання (Лавріненко, 2023).

Для виходу освіти на рівень розвинених країн світу необхідно створити нові форми організації освітньої діяльності, що ґрунтують-

ся на адекватному прогнозуванні та швидкому реагуванні на ймовірні виклики, що постають у мінливому сьогоденні. Ефективність реформування освітньої галузі, враховуючи досвід передових країн світу, залежить від комплексності суспільно-політичної та соціокультурної перебудови в державі; від заздалегідь продуманих та підготовлених засобів реалізації реформування (фінансових, кадрових, інфраструктурних та ін.), а також науково обґрунтованої та підтриманої усіма учасниками процесу концепції нововведень; від цілісності організації, методів і засобів навчального процесу тощо. Кожен з цих аспектів потребує виваженості, системності, покерованості відповідних заходів, оскільки їх хаотичність і зміна логіки їх слідування привнеситиме хаотичність, деструктивність і категоричне неприйняття різними групами суб'єктів – учасників реформування (Колупаєва & Таранченко, 2016).

Онлайн-навчання, яке було організоване для українських дітей, на жаль, часто залишається недоступним для дітей з інвалідністю. До того ж, за даними батьків дітей з інвалідністю, значна частина педагогів досі не готова до дистанційної роботи з такими дітьми. І тому в таких умовах якість навчання дитини залежить виключно від їхніх рідних (Лісовець & Уварова, 2023).

Водночас опитування ГО «Коаліція захисту прав осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень» серед батьків дітей з ментальними порушеннями показало, що вони не мають навичок викладання різних предметів для своїх дітей, а вчителі з дітьми часто не займаються. Окрім цього, такі діти важко сприймають своїх батьків у якості вчителів, а ще варто додати, що вдома відсутні різні додаткові пристосування для навчання, що лише ускладнює процес. Також додаткове навантаження на очі через постійну роботу з комп'ютерами та телефонами негативно вплинуло на зір дітей (Лісовець & Уварова, 2023).

Для вирішення цих питань МОН та Кабінетом Міністрів України були прийняті відповідні рішення. Так, Лист МОН № 1/3710-22 від 28.03.22 р. «Про роботу інклюзивно-ресурсних центрів та організацію освітнього процесу для осіб з особливими освітніми потребами у період воєнного стану» зобов'язує школи приймати за новим місцем проживання усіх внутрішньо переміщених дітей з ООП та

організувати очне, змішане чи дистанційне навчання. Під час дії воєнного стану для створення інклюзивного класу досить заяви одного з батьків та довідки ВПО (Лісовець & Уварова, 2023).

Багато сімей, в яких є діти з інвалідністю (в Україні вони навчалися в інклюзивних класах або на індивідуальній формі навчання), виїхали за кордон, були вимушені з початку навчального року перевестись на «сімейну форму навчання». Нині спостерігається тенденція стурбованості батьків перевантаженням дітей. Адже діти вивчають мову країни, в якій перебувають, вчать в школах цих країн, а вечорами мають опановувати програму української школи. Це серйозне навантаження як на дітей, так і на батьків.

Частина таких сімей була вимушена забрати документи дитини зі школи, тим самим право дитини на отримання освіти в українській школі порушується. Діти ж, які продовжують навчатись в Україні, в більшості займаються дистанційно. І всі проблемні питання, які виникли ще під час пандемії, знову стали актуальними (Лісовець & Уварова, 2023).

Важливим документом у цьому напрямі є розроблені МОН «Методичні рекомендації щодо організації освітнього процесу дітей з особливими освітніми потребами у 2022/2023 навчальному році», в яких чітко наголошується, що будь-яка дитина, незважаючи на місце проживання, має право на здобуття освіти. В окремій частині розглядаються питання організації дистанційної освіти та розписуються функції асистента вчителя в цих умовах організації дистанційного навчання (Лісовець & Уварова, 2023):

- організує спільно з учителем/ями освітній процес з використанням технологій дистанційного навчання;
- забезпечує навчання учня з ООП, у тому числі за потреби здійснює в межах свого педагогічного навантаження індивідуальне підключення поза часом уроку, який здійснюється онлайн, та надає додаткові пояснення, виконує разом з дитиною домашні завдання, які були їй незрозумілі;
- надає додаткові пояснення дитині щодо виконання матеріалу, який вивчається, та завдань в окремій онлайн кімнаті, забезпечує перевірку виконання таких завдань;

- забезпечує реалізацію індивідуальної програми розвитку в межах своєї компетенції, зокрема досягнення поставлених у програмі цілей навчання, завдань на період дії ІПР, забезпечення визначених ІПР потреб тощо;
- забезпечує в межах компетенції реалізацію індивідуального навчального плану дитини (за наявності);
- забезпечує комунікацію закладу освіти та батьків (інших законних представників дитини) з метою організації навчання учнів з ООП;
- координує дистанційне навчання з батьками (іншими законними представниками) дитини, у тому числі завчасно попереджає про зміни розкладу, необхідні навчально-дидактичні матеріали тощо;
- здійснює підготовку матеріалів для дистанційного навчання для учнів з ООП, у тому числі консультує батьків щодо їх використання;
- забезпечує підготовку індивідуальних завдань та адаптацію навчальних матеріалів відповідно до потенційних можливостей учня з урахуванням умов дистанційного навчання;
- забезпечує індивідуалізацію технологій дистанційного навчання з урахуванням особливих освітніх потреб, у тому числі обирає відповідні інструменти, консультує батьків щодо технічних особливостей їх використання з учнями з ООП;
- асистує вчителю під час проведення дистанційних занять, зокрема допомагає вчителю під час поділу учнів на пари і групи в ZOOM-конференціях; може приєднуватись до будь-якої пари/групи у будь-який момент, допомагати виправляти помилки, слідкувати за підняттям рук учнів, вмикати та вимикати мікрофони, включати демонстрацію екрана для показу презентацій та відео, слідкувати за чатом та відповідати на питання учнів та батьків, які виникають під час уроку;
- асистує вчителю при роботі з іншими учнями класу, які потребують першого рівня підтримки в закладі освіти, додаткових пояснень, індивідуального підходу, мають проблеми з опануванням матеріалу, у тому числі у зв'язку з перебуванням

за кордоном чи на тимчасово окупованих територіях, відсутністю доступу до онлайн занять, наявністю психологічної травми;

- надає учню та його батькам (іншим законним представникам) рекомендації щодо дотримання норм при користуванні комп'ютерною технікою, щодо організації робочого місця дитини;
- спільно з іншими учасниками команди супроводу бере участь у розробленні ІПР;
- забезпечує ведення щоденника спостережень за дитиною з ООП з метою відстеження динаміки розвитку та оцінки рівня досягнення цілей навчання, зазначених в ІПР;
- створює індивідуальне портфоліо учня з ООП (Лісовець & Уварова, 2023).

Основні виклики в освіті дітей з особливими освітніми потребами (Шкарлет, 2022):

1. Потреба в упровадженні нових підходів до навчання, оскільки багато дітей з особливими освітніми потребами були змушені змінити місце проживання, зокрема виїхати за кордон.

2. Необхідність створення відповідних умов навчання в місцях перебування дітей з ООП з урахуванням нових безпекових умов.

3. Руйнування та пошкодження мережі інклюзивно-ресурсних центрів, закладів освіти з інклюзивними групами й класами, спеціальних закладів освіти, розграбування, зруйнування або залишення в місцях проживання засобів навчання для дітей з ООП.

4. Зростання внаслідок військових дій чисельності дітей, що потребують підтримки в освітньому процесі, зокрема за рахунок дітей, які дістали поранення, психологічні травми, стали жертвами насильства або його свідками.

5. Погіршення стану дітей, які вже мали особливі освітні потреби, через психологічну травму, що потребує розроблення та забезпечення нових підходів до освіти зазначеної групи дітей.

6. Неготовність педагогічних працівників надавати підтримку дітям з ООП, чий стан ускладнився внаслідок психологічних чи фізичних травм, спричинених військовими діями.

7. Забезпечення роботи інклюзивно-ресурсних центрів у нових умовах відповідно до потреб.

8. Забезпечення надання корекційно-розвиткових і психолого-педагогічних послуг відповідно до потреб незалежно від місця проживання дитини.

9. Забезпечення освітніх послуг для дітей, які перебувають на лікуванні або реабілітації в закладах охорони здоров'я, у т. ч. дітей, які постраждали внаслідок бойових дій (Шкарлет, 2022).

Основні завдання розвитку освіти дітей з ООП у короткостроковому періоді (Шкарлет, 2022):

1. Забезпечення нових підходів до навчання для дітей з особливими освітніми потребами з урахуванням їхніх потреб і можливостей за місцем їх перебування. На сьогодні забезпечено ширші можливості для закладів освіти щодо організації інклюзивного навчання та поінформовано про них, передбачено внесення змін до порядку функціонування спеціальних закладів освіти, у т. ч. можливості створення на їх базі змішаних та інклюзивних класів. Окрім того, буде визначено можливості забезпечення дистанційного й очно-дистанційного навчання, надано додаткові рекомендації щодо організації освітнього процесу.

2. Гарантування безпекових умов для інклюзивного навчання, підтримка в освітньому процесі здобувачів освіти з ООП, зокрема через надання відповідних рекомендацій, упровадження нових підходів до надання першого рівня підтримки, у т. ч. забезпечення логопедичних послуг у системі освіти. Оновлення підходів до роботи спеціальних класів у закладах загальної середньої освіти та спеціальних груп у закладах дошкільної освіти.

3. Забезпечення відновлення й роботи інклюзивно-ресурсних центрів, закладів освіти з інклюзивними групами та класами, спеціальних закладів освіти, які зазнали пошкоджень. Забезпечення роботи інклюзивно-ресурсних центрів та надання ними послуг відповідно до нових викликів, забезпечення якісного психолого-педагогічного супроводу осіб з особливими освітніми потребами. Урахування під час відбудови закладів освіти принципу інклюзивності та безбар'єрності на всіх рівнях освіти.

4. Розв'язання проблеми зростання чисельності дітей, які дістали поранення, психологічні травми, стали жертвами насильства або його свідками і потребують підтримки в освітньому процесі. Насамперед це передбачає посилення психологічної підтримки постраждалих дітей.

5. Забезпечення можливостей для навчання дітей, які постраждали внаслідок військових дій, включаючи практичне застосування норм щодо визначення психологічної травми як підстави наявності в дитини особливих освітніх потреб, розроблення підходів до забезпечення освіти дітей, які зазнали травм чи будь-яких видів насильства.

6. Вирішення питання неготовності педагогічних працівників до роботи з учнями з ООП, у т. ч., які постраждали від війни. Формування підходів до забезпечення освіти дітей з ООП, чий стан погіршився внаслідок військових дій, у т. ч. надання чітких алгоритмів щодо роботи з такими дітьми, підтримки в освітньому процесі. Забезпечення під час підготовки та підвищення кваліфікації педагогічних працівників формування компетентностей щодо роботи з дітьми, які мають особливі освітні потреби, постраждали внаслідок військових дій. Забезпечення роботи асистентів учителів, а також можливості допуску асистентів учнів (дітей) до освітнього процесу, у т. ч. практична реалізація підходів до їх підготовки.

7. Забезпечення надання корекційно-розвиткових і психолого-педагогічних послуг незалежно від місця проживання дитини відповідно до її потреб, зокрема забезпечення фінансування зазначених послуг, оновлення (в разі потреби) підходів до їх надання на місцях, забезпечення можливостей для надання таких послуг змінному контингенту в спеціальних закладах освіти. Матеріально-технічне забезпечення освіти осіб з особливими освітніми потребами, зокрема оновлення механізмів використання спеціальних засобів корекції та їх переліку.

8. Забезпечення освітніх послуг для дітей, які перебувають на довготривалому лікуванні або реабілітації в закладах охорони здоров'я, у т. ч. дітей, що постраждали внаслідок бойових дій, включаючи формування мережі освітніх осередків державної установи «Школа супергероїв» (Шкарлет, 2022).

Основні завдання розвитку освіти дітей з ООП у повоєнний період (Шкарлет, 2022):

1. Забезпечення упровадження нових підходів до навчання з урахуванням європейського досвіду щодо інклюзивного навчання осіб з особливими освітніми потребами з урахуванням їхніх індивідуальних потреб та можливостей.

2. Створення належних умов навчання в місцях перебування дітей з ООП з урахуванням нових безпекових умов. Формування мережі та відновлення спеціальних закладів освіти, що були зруйновані, відповідно до потреб дитячого населення. Урахування під час відбудови закладів освіти принципу інклюзивності та безбар'єрності на всіх рівнях освіти. Відновлення матеріально-технічного забезпечення закладів освіти, забезпечення їх спеціальними технічними засобами для навчання дітей з ООП.

3. Відновлення мережі ІРЦ відповідно до потреб дитячого населення, забезпечення готовності фахівців ІРЦ надавати якісні послуги комплексної психолого-педагогічної оцінки та психолого-педагогічного супроводу з урахуванням кращої європейської практики.

4. Забезпечення підтримки в освітньому процесі та відповідних умов навчання для дітей, що постраждали внаслідок війни, у т. ч. отримали фізичні й психологічні травми, стали жертвами чи свідками різних видів насильства та безпосередньо бойових дій.

5. Розроблення нових підходів у повоєнний період для дітей, які вже мали особливі освітні потреби, але їхній стан погіршився через психологічну травму.

6. Забезпечення готовності педагогічних працівників закладів освіти та фахівців ІРЦ здійснювати психолого-педагогічний супровід і забезпечувати якісну освіту дітям з ООП, зокрема тим, які мають психологічну травму або стан яких погіршився внаслідок військових дій. Підвищення кваліфікації педагогічних працівників щодо навчання осіб з особливими освітніми потребами та надання корекційно-розвиткових і психолого-педагогічних послуг.

7. Практичне впровадження нових підходів до надання корекційно-розвиткових і психолого-педагогічних послуг відповідно до потреб, незалежно від місця проживання дитини, зокрема організації й



функціонування спеціальних класів у ЗЗСО; практичне впровадження нових підходів до організації, комплектування та функціонування груп спеціального призначення в ЗЗСО; практичне впровадження нових підходів до організації тимчасової підтримки в закладах освіти, зокрема надання логопедичних послуг (допомоги) та психологічної підтримки.

8. Забезпечення освітніх послуг для дітей, які перебувають на лікуванні або реабілітації в закладах охорони здоров'я, у т. ч. дітей, які постраждали внаслідок бойових дій. Забезпечення надання освітніх послуг державною установою «Школа супергероїв» для дітей, що перебувають на довготривалому лікуванні або реабілітації в закладах охорони здоров'я (Шкарлет, 2022).

Впровадження інклюзивної освіти – складна, неоднозначна, багатоаспектна проблема, об'єднує у собі цілий ряд відносно самостійних наукових та прикладних напрямів, потребує розгляду та розробки нормативно-правових, психолого-педагогічних, програмно-змістових, соціально-психологічних засад.

## Питання для самоперевірки

1. Основні чинники, які перешкоджають впровадженню інклюзивної освіти в Україні.
2. Передумови та складові успішного впровадження інклюзивної освіти дітей з ООП.
3. Поняття та основні принципи інклюзивної освіти.
4. Основні завдання Концепції розвитку інклюзивної освіти.
5. Основні шляхи реалізації Концепції розвитку інклюзивної освіти.
6. Інклюзивна освіта: витоки та концептуальні положення.
7. Система управління інклюзивною освітою.
8. Діти з особливими освітніми потребами: особливості психофізичного розвитку

## Література

1. Адаптована конвенція ООН щодо осіб з особливими потребами. (б. д.). Адаптована конвенція ООН щодо осіб з особливими потребами. <http://www.osmhi.org/index.php?page=200&news=401&pages>

2. Беспалько, М., Кочубей, Т., & Коляда, Н. (2021). Загальні засади доступності та адаптації дітей з інвалідністю в умовах інклюзивного навчання в закладах загальної середньої освіти. *Соціальна робота та соціальна освіта*, (2(7)), 5–12. [https://doi.org/10.31499/2618-0715.2\(7\).2021.244050](https://doi.org/10.31499/2618-0715.2(7).2021.244050)

3. Гевко, І. В. (2018). Значення інноваційних технологій при здійсненні інклюзивної освіти. *Педагогічний альманах: Збірник Комунального вищого навчального закладу Херсонська академія неперервної освіти Херсонської обласної ради*, (37), 236–240.

4. Данілавічюте, Е. А. (2012). *Стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі*. Видавнича група «А.С.К.».

5. Колупаєва, А. А., & Таранченко, О. М. (2016). *Інклюзивна освіта: Від основ до практики*. ТОВ «АТОПОЛ».

6. Кравченко, О. (2022). Міжсекторальна співпраця в організації інклюзивного навчання на рівні громади. *Інноватика у вихованні*, (16), 61–81. <https://doi.org/10.35619/iuu.v1i16.481>

7. Кравченко, О. О., & Войтовська, А. І. (Уклад.). (2022). *Інклюзивний туризм*. ЦП Компрінт.

8. Кравчинська, Т. С. (2017). Освіта дітей з особливими потребами. *Післядипломна освіта в Україні*, 1, 77–80. <https://core.ac.uk/download/pdf/84274451.pdf>

9. Лавріненко, Л. (2023). Інклюзивна освіта в умовах викликів нової української школи. *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка*, 174(18), 165–171.

10. Лісовець, О., & Уварова, В. (2023). Організація дистанційної освіти дітей з інвалідністю в умовах воєнного стану. *Distance Education in Ukraine: Innovative, Normative-Legal, Pedagogical Aspects*, (2), 260–271. <https://doi.org/10.18372/2786-5495.1.17331>

11. Охріменко, О. (2022). Актуальна проблематика інклюзивної освіти в Україні в умовах воєнного стану. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: Виклик глобального світу* (с. 94–97). ПЕП.

12. Пименова, Н. В. (2020). Інклюзивна освіта – одна із фундаментальних засад розвитку освіти в Україні. *Педагогічні обрії*, (3–4 (111–112)), 83–90. <https://choippo.edu.ua/rar/PO3420.pdf>

13. Портал ІРЦ. (б. д.). Портал ІРЦ. <https://ircenter.gov.ua/>
14. Про затвердження Концепції розвитку інклюзивного навчання, Наказ Міністерства освіти і науки України № 912 (2010) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0912290-10#Text>
15. Про освіту, Закон України № 2145-VIII (2024) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>
16. Самойленко, М., & Левун, Н. (2023). Неперервність освіти для дітей з ООП як основа майбутніх успіхів. *Актуальні проблеми в системі освіти: загальноосвітній заклад середньої освіти – доуніверситетська підготовка – заклад вищої освіти*, (3), 557–563. <https://doi.org/10.18372/2786-5487.1.17742>
17. Сіденко, Ю. (2023). Особливості інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами у закладах загальної середньої освіти в умовах воєнного стану. *Дошкільна освіта: Проблеми, пошуки, інновації* (с. 207–211). КДПУ.
18. Шевчук, Г. Й. (2021). Інклюзивна освіта у вищій школі: Виклики та перспективи. *Академічні студії. серія «педагогіка»*, 2(3), 151–157. <https://doi.org/10.52726/as.pedagogy/2021.3.2.23>
19. Шкарлет, С. (Ред.). (2022). *Освіта в Україні в умовах воєнного стану*. МОН.

## РОЗДІЛ 2

# СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВИЙ ЗАХИСТ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ

### 2.1. Права та інтереси дітей з інвалідністю: міжнародні стандарти

Права дитини – гарантовані державою можливості задоволення потреб дитини, що дозволяє їй розвиватися відповідно до віку та індивідуальних задатків. Це можливості мати і розпоряджатися матеріальними, культурними та іншими соціальними благами й цінностями, користуватися основними свободами у встановлених законом межах, що забезпечує дитині гармонійне функціонування і розвиток.

Саме єдність прав і обов'язків є умовою для самовдосконалення дитини, її творчої самостійності. Водночас права належать кожній дитині і не залежать від обов'язків, які вона виконує. Якщо дитина не виконує обов'язків, її можна покарати, позбавивши привілеїв, винагороди, але не прав.

Насамперед відповідальними за забезпечення прав дітей є їхні батьки чи особи, які їх замінюють. Однак права батьків стосовно дитини не є абсолютними, вони є *умовними*. Це означає, що права батьків обумовлені дотриманням низки вимог, як-от: забезпечення дітям мінімального догляду, турботи, створення безпечних умов для проживання, набуття освіти. З іншого боку, *права дітей – абсолютні*. Це означає, що права дітей на безпечне, стабільне, постійне середовище, на мінімальний догляд і турботу з боку батьків є непорушними. Отже, *права дитини мають переважну силу порівняно з правами батьків* (Кияниця & Петрочко, 2017, с. 48).

Найчастіше порушення прав дитини відбувається там, де не задовольняються її потреби. Саме **Конвенція ООН про права дитини** надала потребам дитини статусу прав. Зокрема, у Преамбулі Конвенції написано: «Дитині для гармонійного розвитку необхідно

зростати в сімейному оточенні в атмосфері щастя, любові і розуміння» (Конвенція ООН про права дитини, 1991). Тобто, з огляду на всі інші права дитини, право дитини на сім'ю – ключове. Його називають «*парасольковим*», адже воно значною мірою захищає дитину від порушень її інших прав. Загалом право дитини на її сімейні зв'язки, на піклування з боку батьків відображено у восьми статтях Конвенції, тому це право пріоритетне.

На жаль, не всі діти мають можливість виховуватися у люблячих здорових сім'ях. Насамперед це стосується дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, дітей з багатодітних та малозабезпечених родин, а також із сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах. Найбільш вразливими є діти, які виховуються в закладах інституційного догляду: будинках дитини, дитячих будинках, інтернатах різного типу, центрах соціально-психологічної реабілітації тощо. Якими б комфортними на перший погляд не здавалися умови проживання, якими б уважними та турботливими не були вихователі в цих закладах, перебування в інтернаті не відповідає найкращим інтересам дитини. Усі ці діти мають велику потребу у родині, теплі та турботі.

Інституційний догляд породжує *інституційну культуру*, ознаками якої є наступні: певна соціальна і емоційна ізоляція дітей; відсутність індивідуального догляду, належної уваги до потреб дитини; недостатність стимулів, спілкування, контактів з різними людьми поза закладом; руйнування чи мінімізація зв'язків дитини з родиною, друзями, обмеження в переміщенні та виборі; відсутність захищеності, іноді й безпеки; нівелювання культурного походження дитини, пригнічення її ідентичності.

Прояви ознак такої культури прямо пропорційно пов'язані з розміром закладу й кількістю вихованців у ньому: *чим більший заклад, тим менше вірогідності того, що в ньому забезпечуються права дитини. Здебільшого "шкоди", що завдається дітям в інституціях, майже не вдається виправити. Визначальною є також тривалість перебування дитини в інституції.*

Окрім цього, заклад інституційного догляду – «зона ризику». Досвід перебування в закладі інституційного догляду в подальшо-

му негативно позначається на соціалізації дитини. Зокрема, серед *негативних наслідків*: невідповідність до самостійного життя, а саме: відсутність досвіду розпоряджатися грошима; відсутність навичок вирішення власних проблем з офіційними структурами, державними установами; невміння будувати свої взаємини з людьми; невміння планувати свою професійну діяльність; переважання так званих близьких планів щодо майбутнього; утруднене сприйняття власних обов'язків; підвищена агресивність, невміння уникати конфліктів тощо.

Отож **жодна** дитина не може і не повинна виховуватися в закладі. Саме тому наша держава робить усе, щоб діти України, *в т. ч. діти з інвалідністю*, жили в сімейному оточенні. Сім'я – це найкраще середовище для формування прив'язаності дитини, умова задоволення її потреби в безпеці. Лише в сім'ї дитина отримує безумовну любов батьків, налагоджує емоційно-чуттєві стосунки, вчиться щирому спілкуванню через відчуття взаємопідтримки рідних людей. У сім'ї дитина має приклад поведінки значущих для неї людей і водночас свободу вибору. Тут формуються самобутність й ідентичність дитини, її уявлення про модель сімейного життя, засвоюються різні соціальні ролі.

Батьки мають уміти створювати сприятливе сімейне середовище. Водночас держава не може підміняти батьків у виконанні ними своїх зобов'язань стосовно дитини, а лише повинна заохочувати сім'ю до продовження свого роду, підтримувати її зусилля щодо виховання дитини, формування свідомих, активних і відповідальних громадян-патріотів, здатних працювати на благо суспільства, народу, України.

Конвенція ООН про права дитини закріплює також перелік інших прав дитини.

### **Права дитини відповідно до Конвенції ООН про права дитини**

- Право на життя.
- Право на ім'я і набуття громадянства.
- Право на збереження індивідуальності, включаючи громадянство, ім'я та сімейні зв'язки.

- Право вільно висловлювати свої погляди з усіх питань, що її торкаються.
- Право на свободу думки, совісті та релігії.
- Право на свободу асоціацій і свободу мирних зборів.
- Право на особливий захист і допомогу, що надаються державою.
- Права на доступ до послуг системи охорони здоров'я.
- Право користуватися благами соціального забезпечення, включаючи соціальне страхування.
- Право на рівень життя, необхідний для фізичного, розумового, духовного, морального і соціального розвитку дитини.
- Право на освіту.
- Право користуватися своєю культурою, сповідати свою релігію і виконувати її обряди, а також користуватися рідною мовою.
- Право на відпочинок і дозвілля, право брати участь в іграх і розважальних заходах, що відповідають її віку.
- Право вільно брати участь у культурному житті та займатися мистецтвом.
- Право на захист від економічної експлуатації та від виконання будь-якої роботи, яка може являти небезпеку для здоров'я, бути перешкодою в одержанні нею освіти чи завдавати шкоди її здоров'ю, фізичному, розумовому, духовному, моральному та соціальному розвитку.
- Права на особисте і сімейне життя, недоторканність житла, таємницю кореспонденції або незаконного посягання на її честь і гідність; право на захист закону від такого втручання або посягання та інші.

Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, 2006

Такий перелік – універсальний. Натомість каталог і зміст прав дитини, яка проживає в конкретній країні/державі, деталізується у національному законодавстві й залежать насамперед від можливостей усього суспільства, від рівня його соціально-економічного розвитку. Кількість прав збільшується з віком особистості, яка підростає.

З чого має починатися забезпечення прав дитини? Насамперед з поваги до дитини, її особистості, індивідуальності, інакшості. Особливо вразливими щодо порушення власних прав є діти з інвалідністю.

Міжнародні стандарти захисту дітей з інвалідністю містяться у **Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю** (дата підписання – 13.12.2006; дата ратифікації – 16.12.2009; дата набрання чинності для України – 06.03.2010) (Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю). Конвенція змінила підходи в розумінні інвалідності (з медичного і благодійного підходу до соціального і правового), що зумовило переорієнтацію нормативно-правового поля України в питаннях інвалідності з компенсаторного на інтегративний. Окрім цього, у цьому міжнародному документі визначено обов'язки та завдання держав-учасниць щодо захисту дітей з інвалідністю.

Держави-учасниці вживають усіх необхідних заходів для забезпечення повного здійснення дітьми з інвалідністю всіх прав людини й основоположних свобод нарівні з іншими дітьми. В усіх діях стосовно дітей з інвалідністю першочергова увага приділяється вищим/найкращим інтересам дитини.

Держави-учасниці забезпечують, щоб діти з інвалідністю мали право вільно висловлювати з усіх питань, що їх зачіпають, свої погляди, які отримують й отримувати допомогу у реалізації цього права, яка відповідає інвалідності та вікові.

*(Стаття 7 Конвенції ООН про права дітей з інвалідністю)*

У статті 23 Конвенції підкреслюється, що держави-учасниці забезпечують, щоб дитина не розлучалася зі своїми батьками проти їхньої волі, за винятком випадків, коли піднаглядні судові компетентні органи відповідно до застосовних законів та процедур визначають, що таке розлучення є необхідним з огляду на вищі інтереси дитини. За жодних обставин дитина не може бути розлучена з батьками з причини інвалідності або самої дитини, або одного чи обох батьків.

Держави-учасниці зобов'язуються у випадку, коли найближчі родичі не в змозі забезпечити догляд за дитиною з інвалідністю,



докладати всіх зусиль для того, щоб організувати альтернативний догляд за рахунок залучення більш дальніх родичів, а у випадку відсутності такої можливості – за рахунок створення сімейних умов для проживання дитини в місцевій спільноті.

Також у Конвенції наголошено на реалізації права осіб з інвалідністю, й зокрема дітей, на освіту без дискримінації й на підставі рівності можливостей. Підкреслено, що держави-учасниці забезпечують інклюзивну освіту на всіх рівнях і навчання протягом усього життя (стаття 24 «Освіта»). Окрім цього, у статті 26 «Абілітація і реабілітація» акцентовано увагу на необхідності створення ефективних і належних заходів для того, щоб надати дітям з інвалідністю можливість для досягнення й збереження максимальної незалежності.

Іншим прикладом міжнародних стандартів захисту дітей є положення **Керівних принципів ООН щодо альтернативного догляду за дітьми** (прийняті Резолюцією A/RES/64/142 Генеральної Асамблеї ООН 24 лютого 2010 року) (Керівні принципи ООН).

У Керівних принципах підкреслено, що:

- усі зусилля повинні бути насамперед спрямовані на те, щоб дитина виховувалася в рідній сім'ї, а для цього держава має забезпечити для сімей доступ до усіх необхідних послуг, які б підтримували їх у виконанні батьківських обов'язків (стаття 3);
- особлива увага повинна приділятися вразливим сім'ям з дітьми;
- перш ніж буде прийнято рішення щодо вилучення дитини, слід провести ретельну оцінку її потреб із залученням усіх зацікавлених сторін та самої дитини;
- рішення стосовно дітей необхідно приймати з урахуванням важливості забезпечення дітям стабільності влаштування, підтримки безпечного та стійкого зв'язку з батьками, вихователями, опікунами (піклувальниками);
- вилучення дитини з сім'ї має розглядатися як крайній засіб і бути, якщо це можливо, тимчасовим і нетривалим;
- альтернативний догляд за дітьми у віці до 3 років повинен надаватися виключно в сімейному середовищі;

- обрана форма альтернативного догляду повинна переглядатися регулярно, базуючись на потребах дитини для розвитку (стаття 5).

Окремі статті Керівних принципів торкаються питання захисту дітей з інвалідністю. Зокрема у п. 34 зазначено, що заходи соціального захисту повинні включати: а) *послуги* щодо зміцнення сім'ї, наприклад, навчальні курси та заняття з питань батьківства, заохочення позитивних взаємин між батьками та дітьми, розвиток навичок із розв'язання конфліктів, можливості для працевлаштування та отримання доходу і, за необхідності, соціальну допомогу; б) допоміжні соціальні послуги, наприклад, денний догляд, послуги з посередництва та примирення, лікування алкогольної та наркотичної залежності, фінансову допомогу та *послуги для батьків і дітей з інвалідністю*. Такі послуги, бажано комплексного та ненав'язливого характеру, повинні бути безпосередньо доступні на рівні громади; вони мають забезпечувати активну участь сімей у ролі партнерів, об'єднуючи їхні ресурси з можливостями громади та осіб, які піклуються про дитину.

Особи, що піклуються про дитину, повинні забезпечувати повагу до права кожної дитини, у тому числі – дітей з інвалідністю, дітей, які живуть з ВІЛ/СНІДом чи постраждали від цієї хвороби, дітей з іншими особливими потребами – на розвиток через гру та дозвілля; крім того, повинні створюватися умови для таких занять як всередині, так і поза межами середовища, у якому здійснюється догляд. Необхідно всіма способами заохочувати та спрощувати контакти з іншими дітьми та іншими представниками місцевої громади.

*(Пункт 86 Керівних принципів ООН)*

За міжнародними стандартами, інвалідність не є однозначною і незаперечною підставою влаштування дитини в заклад інституційного догляду та виховання. Відтак у багатьох цивілізованих країнах світу інституціалізація таких дітей неприйнятна.

Діти з особливими потребами, діти з інвалідністю повинні користуватися послугами відповідної системи підтримки, що дозволить їм, з-поміж іншого, уникати недоцільного влаштування в заклади інтернатного типу.

(Пункт 132 Керівних принципів ООН)

Альтернативний догляд в Україні здійснюється з використанням міжнародного принципу «забезпечення найкращих інтересів дитини». Цей термін не новий для України – він закріплений положеннями Закону «Про охорону дитинства».

**Забезпечення найкращих інтересів дитини** – дії та рішення, що спрямовані на задоволення індивідуальних потреб дитини відповідно до її віку, статі, стану здоров'я, особливостей розвитку, життєвого досвіду, родинної, культурної та етнічної належності та враховують думку дитини, якщо вона досягла такого віку і рівня розвитку, що може її висловити.

(Стаття 1 Закону України «Про охорону дитинства»)

Запровадження принципу забезпечення найкращих інтересів дитини має спонукати органи влади та місцеві громади, спеціалістів, дотичних до забезпечення прав дітей, батьків/вихователів, приймаючи те чи інше рішення, прогнозувати його наслідки та тестувати їх на відповідність найкращим інтересам дитини. Тобто, що в усіх діях та рішеннях стосовно дитини були враховані її *потреби*, які забезпечують особистісний розвиток.

Отже, відповідно до міжнародних стандартів, готовність діяти в найкращих інтересах дитини – це насамперед зробити усе залежне від дорослих, щоби подбати про безпеку дитини; вирізнити і задовольнити основні потреби дитини, які сприяють її гармонійному розвитку; послухати, почути і підтримати дитину; навчити вирізняти небезпеку, у разі потреби захисти і навчити її саму захищати власні права.

## Питання для самоперевірки

1. Розкрийте, яке середовище/оточення є найкращим для розвитку дитини з інвалідністю. Чому?
2. Стисло перерахуйте положення базових міжнародних документів, які стосуються забезпечення прав дітей з інвалідністю.
3. Що таке забезпечення найкращих інтересів дитини?

## Література

1. Керівні принципи ООН щодо альтернативного догляду за дітьми, Резолюція A/RES/64/142 Генеральної Асамблеї ООН (2010). <https://sos-ukraine.org/wp-content/uploads/2022/05/kerivni-princzipi-shhodo-alternativnogo-doglyadu-za-ditmi-prijnyati-rezolyuciyeyu-oon-vid-24-lyutogo-2010-roku.pdf> (дата звернення: 01.10.2024).
2. Конвенція ООН про права дитини. Постанова ВР № 789-XII (1991). [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_021#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text)
3. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю. Законом України № 1767-VI (2009). [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text)
4. Кияниця, З.П., & Петрочко Ж.В. (2017). Соціальна робота з вразливими сім'ями з дітьми (Ч. 1). ОБНОВА КОМПАНІ.

## 2.2. Нормативно-правове регулювання соціального захисту дітей з інвалідністю та їхніх сімей в Україні

Приєднання України до низки міжнародних документів дозволило Україні оновити й удосконалити систему соціального захисту дітей з інвалідністю та їхніх сімей, більшою мірою забезпечити недискримінацію таких дітей, їхню інтегрованість у соціум, рівність можливостей.

Основні положення щодо соціального захисту осіб з інвалідністю, надання їм соціальних послуг містяться в різних законах України: Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (від 21 березня 1991 року № 875-XI), Закон України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю» (від 16 листопада 2000 року № 2109-III), Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (від 05 грудня 2019 року № 341-IX), Закон України «Про пенсійне забезпечення» (від 5 листопада 1991 року № 1788-XII), Закон України «Про соціальні послуги» (від 17 січня 2019 року № 2671-VIII) та інші. У зазначених вище документах закріплено низку положень щодо соціально-правового захисту дітей з інвалідністю, державних гарантій і пільг стосовно них (детально у Додатку 1).

Базовим і концептуальним документом у системі захисту дитини з інвалідністю став **Закон України «Про охорону дитинства»**. Цільовими статтями Закону стосовно дітей з інвалідністю є статті 26 і 27, в яких зібрано положення про недискримінацію дітей з інвалідністю; гарантовані пільги та допомоги; можливості й умови забезпечення житлом за рахунок держави. У разі влаштування дитини до спеціального закладу закріплена вимога щодо важливості максимальної територіальної наближеності такого закладу до місця проживання батьків або осіб, що їх замінюють.

Дискримінація дітей з інвалідністю та дітей з вадами розумового або фізичного розвитку забороняється. Держава сприяє створенню дітям з інвалідністю та дітям з вадами розумового або фізичного розвитку необхідних умов, рівних з іншими

громадянами можливостей для повноцінного життя та розвитку з урахуванням індивідуальних здібностей та інтересів, гарантує надання їм відповідної матеріальної допомоги, встановлення одному з батьків дитини з інвалідністю чи особі, яка його замінює, на підприємстві, в установі чи організації незалежно від форм власності, за його згодою, скороченого робочого дня, надання додаткової оплачуваної відпустки на строк до 5 днів, відпустки без збереження заробітної плати та інших пільг, передбачених законодавством України.

Дітям з інвалідністю та дітям з вадами розумового або фізичного розвитку надається безоплатна спеціалізована медична, дефектологічна і психологічна допомога та здійснюється безоплатне протезування у відповідних державних і комунальних закладах охорони здоров'я, надається можливість отримати базову, професійно-технічну та вищу освіту, в тому числі в домашніх умовах. Таким дітям гарантується безоплатне забезпечення засобами індивідуальної корекції.

Діти з інвалідністю мають право на безоплатне матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення, а також забезпечення медикаментами, технічними й іншими засобами індивідуальної корекції відповідно до законодавства.

Діти з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату, за наявності відповідного висновку медико-соціальної експертизи, що підтверджує їх право на забезпечення автомобілем (у разі необхідності з ручним керуванням), і яким виповнилося 5 років, забезпечуються автотранспортними засобами на пільгових умовах. Право на управління таким автотранспортним засобом, за наявності відповідного документа на право управління автомобілем, набуває один із повнолітніх членів сім'ї (або найближчих родичів) особи з інвалідністю.

Діти з інвалідністю з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які проживають у сім'ях піклувальників, прийомних сім'ях, дитячих будинках сімейного типу, державних або комунальних дитячих закладах, після досягнення повноліття забезпечуються житлом у порядку, встановленому статтею

33 Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні».

*(Стаття 26 Закону України «Про охорону дитинства»)*

Для дітей з інвалідністю та дітей з вадами розумового або фізичного розвитку, які не можуть навчатися в загальних навчальних закладах, створюються спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати), загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати), будинки-інтернати для дітей з інвалідністю, дошкільні та інші заклади, в яких вони утримуються за рахунок держави. При направленні дітей до таких закладів останні мають обиратися з урахуванням принципу їх максимальної територіальної наближеності до місця проживання батьків або осіб, що їх замінюють.

*(Стаття 26 Закону України «Про охорону дитинства»)*

Відповідно до статті 4 **Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні»**, соціальний захист осіб з інвалідністю є складовою діяльності держави щодо забезпечення прав і можливостей осіб з інвалідністю нарівні з іншими громадянами. Він полягає у наданні пенсії, державної допомоги, компенсаційних та інших виплат, пільг, соціальних послуг, здійсненні реабілітаційних заходів, встановленні опіки (піклування) або забезпеченні стороннього догляду. Помітне місце у Законі займають положення, що стосуються дітей з інвалідністю, а саме: профінансове забезпечення заходів щодо соціального захисту таких дітей; прав обдарованих дітей з інвалідністю; права сімей, в яких виховується дитина з інвалідністю, на поліпшення житлових умов; права на безоплатні або на пільгових умовах послуги із соціально-побутового і медичного обслуговування, допоміжні засоби реабілітації, вироби медичного призначення, а також автомобілі, крісла колісні з електроприводом.

Фінансове забезпечення заходів щодо соціальної захищеності осіб з інвалідністю і *дітей з інвалідністю* здійснюється за рахунок коштів державного бюджету, в тому числі Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю, місцевих бюджетів, а також

органами місцевого самоврядування за місцевими програмами соціального захисту окремих категорій населення за рахунок коштів місцевих бюджетів.

*(Стаття 10)*

*Обдаровані діти з інвалідністю* мають право на безплатне навчання музики, образотворчого, художньо-прикладного мистецтва у загальних навчальних закладах або спеціальних позашкільних навчальних закладах.

*(Стаття 21)*

Особи з інвалідністю та сім'ї, в яких є діти з інвалідністю, мають переважне право на поліпшення житлових умов у порядку, передбаченому чинним законодавством.

*(Стаття 29)*

Особам з інвалідністю і дітям з інвалідністю надаються безоплатно або на пільгових умовах на підставі індивідуальної програми реабілітації послуги із соціально-побутового і медичного обслуговування, допоміжні засоби реабілітації (засоби для пересування, протезні вироби, сурдотехнічні засоби, мобільні телефони тощо), вироби медичного призначення (індивідуальні пристрої, протези очей, зубів, щелеп, окуляри, слухові та голосоутворювальні апарати, ендопротези, сечо- та калоприймачі тощо), а також автомобілі, крісла колісні з електроприводом – за наявності відповідного медичного висновку.

*(Стаття 38 Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні»)*

**Закон України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю»** гарантує представникам своєї цільової групи реалізацію права на матеріальне забезпечення за рахунок коштів Державного бюджету України та їх соціальну захищеність шляхом встановлення державної соціальної допомоги, яка визначається у відсотках прожиткового мінімуму залежно від категорії осіб з інвалідністю. Розміри державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю збільшуються відповідно до підвищення розмірів



прожиткового мінімуму. Наприклад, розміри державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю у 2024 році становлять від 2 361 грн до 8 044,70 грн.

Крім того, до державної соціальної допомоги може бути призначено надбавку на догляд одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, який не працює, не навчається (крім заочної форми навчання), не проходить службу, не займає виборну посаду або перебуває у відпустці по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку, у відпустці у зв'язку з вагітністю та пологами, у відпустці без збереження заробітної плати, якщо дитина з інвалідністю потребує домашнього догляду, і фактично доглядає за нею.

Призначення і виплата державної соціальної допомоги, надбавки на догляд проводяться структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчими органами міських рад, до складу території яких входять міста обласного значення, районних у містах (у разі їх утворення) рад. Заяви з документами також приймаються уповноваженими посадовими особами виконавчого органу сільської, селищної, міської ради та посадовими особами центру надання адміністративних послуг.

Пільги батькам дітей з інвалідністю визначає **Закон України «Про пенсійне забезпечення»**. Зокрема, матері інвалідів з дитинства, які виховали їх до цього віку, мають право на пенсію за віком після досягнення 50 років і при стажі роботи не менше 15 років із зарахуванням до стажу часу догляду за дітьми (стаття 17). При цьому до числа осіб з інвалідністю з дитинства належать також діти з інвалідністю віком до 16 років, які мають право на одержання соціальної пенсії (стаття 94). У разі відсутності матері, коли виховання дитини з інвалідністю здійснювалось його батьком, йому призначається пенсія за віком після досягнення 55 років при стажі роботи 20 років. Окремо така категорія громадян, як «батьки дітей з інвалідністю», в якості категорії громадян, на яких поширюються пільги чинним законодавством, не виокремлена.

Батьки дітей з інвалідністю мають право на отримання допомоги на догляд, право на пільговий проїзд при супроводжен-

ні дитини-інваліда. Інші пільги можуть бути передбачені нормативно-правовими актами, які приймають органи місцевого самоврядування.

**Закон «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»** визначає основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації наслідків, спричинених стійким порушенням здоров'я, функціонування системи підтримання особами з інвалідністю фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності. Сфера дії Закону поширюється в т. ч. на дітей з інвалідністю (стаття 4). Уточнено, що особам у віці до 18 років лікарсько-консультативними комісіями закладів охорони здоров'я встановлюється категорія «дитина з інвалідністю», а особам у віці до 18 років з виключно високою мірою втрати здоров'я та з надзвичайною залежністю від постійного стороннього догляду, допомоги або диспансерного нагляду інших осіб і які фактично не здатні до самообслуговування, – категорія «дитина з інвалідністю» підгрупи А (стаття 7).

У Законі подано визначення поняття «реабілітація осіб з інвалідністю»; схарактеризовано такі види реабілітації, як психолого-педагогічна, професійна, трудова, фізкультурно-спортивна, соціальна, психологічна; описано систему реабілітації осіб з інвалідністю, в т. ч. дітей з інвалідністю, визначено її основні інституції.

Законом проголошено про існування різних типів реабілітаційних закладів (стаття 13), де надаються різні реабілітаційні заходи. Зазначено, що реабілітаційні установи здійснюють комплексну реабілітацію дітей з інвалідністю шляхом низки заходів відновлювального характеру, що реалізуються у різних формах. Порядок здійснення реабілітаційних заходів визначається Кабінетом Міністрів України за поданням центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері соціального захисту населення, інших центральних органів виконавчої влади в межах їх повноважень.

Реабілітаційні установи здійснюють комплексну реабілітацію дітей з інвалідністю шляхом реалізації різних заходів відновлювального характеру, спрямованих на попередження прогресування патологічного процесу, усунення чи максимально можливу компенсацію обмежень життєдіяльності, відновлення здоров'я та трудових навичок осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, корекцію психічних процесів, здобуття ними освіти, їх трудову зайнятість незалежно від категорії і причин інвалідності.

*(Стаття 17)*

Основними формами реабілітаційних заходів є: надання реабілітаційних послуг; забезпечення допоміжними засобами реабілітації, медичними виробами; матеріальне забезпечення. Зокрема, реабілітаційні послуги надаються особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю в установах і закладах системи реабілітації осіб з інвалідністю, а також, у разі потреби, за місцем проживання особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю.

*(Стаття 25 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»)*

Окремі положення Закону стосуються засобів реабілітації осіб, в т. ч. дітей, з інвалідністю. Йдеться про допоміжні засоби, автомобілі, медичні вироби.

Держава гарантує розробку, виробництво допоміжних засобів реабілітації та закупівлю автомобіля, медичних виробів та забезпечення ними осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю для соціальної адаптації, полегшення умов праці і побуту, спілкування осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, поширює інформацію про таку продукцію.

Допоміжними засобами реабілітації є будь-які зовнішні вироби (включаючи пристрої, обладнання, прилади чи програмне забезпечення), спеціально виготовлені або загальнодоступні, основною метою яких є підтримка або поліпшення функціонування та незалежності особи та сприяння її добробуту. Допоміжні засоби реабілітації також використовуються для запобігання порушенням

та виникненню вторинних станів здоров'я та є об'єктом регулювання технічних регламентів щодо медичних виробів.

Діти з інвалідністю мають пріоритетне право на забезпечення допоміжними засобами реабілітації, медичними виробами.

*(Стаття 26 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»)*

Важливим є визначення у Законі «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» учасників реабілітаційного процесу, що унормовує міждисциплінарний підхід до соціально-правового захисту дітей з інвалідністю.

Учасники реабілітаційного процесу:

- педагогічні, соціальні, музичні працівники, лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, протезисти-ортезисти, психологи, психотерапевти, сестри медичні з реабілітації, асистенти фізичних терапевтів, асистенти ерготерапевтів, спортивні тренери, майстри виробничого навчання реабілітаційної установи, перекладачі жестової мови, тифлопедагоги, інструктори з мобільності та інші фахівці, пов'язані з реабілітаційним процесом;
- мультидисциплінарні реабілітаційні команди (склад мультидисциплінарної реабілітаційної команди повинен відповідати потребам особи, яка проходить реабілітацію);
- особи з інвалідністю, діти з інвалідністю, які проходять реабілітацію;
- законні представники осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю.

*(Стаття 30)*

Порядок і умови отримання реабілітаційних послуг встановлює стаття 32 цього Закону. Так, особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю, у тому числі з важкими формами інвалідності, які потребують реабілітації відповідно до висновків медико-соціальних комісій, створюються необхідні умови для отримання реабілітаційних по-

слуг. Для отримання реабілітаційних послуг, визначених індивідуальною програмою реабілітації особи з інвалідністю, в реабілітаційному закладі державної або комунальної форми власності особа з інвалідністю, законний представник дитини з інвалідністю повинна/повинен звернутися з письмовою заявою до місцевої державної адміністрації за місцем проживання. Для отримання реабілітаційних послуг у недержавному реабілітаційному закладі особа з інвалідністю, законний представник дитини з інвалідністю повинна/повинен звернутися до цього реабілітаційного закладу. У разі неможливості реабілітації особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю в Україні і за наявності відповідних коштів центральні органи виконавчої влади, що забезпечують формування державної політики у сферах соціального захисту населення, охорони здоров'я, в межах своїх повноважень приймають рішення про направлення особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю на реабілітацію за кордон.

Особливий інтерес у контексті аналізу нормативно-правового регулювання соціального захисту дітей з інвалідністю становить стаття 34 «Рання реабілітація дітей з інвалідністю», оскільки саме така реабілітація забезпечує комплексний підхід до дитини з інвалідністю, який полягає в поєднанні різних видів та форм реабілітації, передбачає залучення до реабілітаційного процесу батьків або осіб, які їх замінюють, включає соціальну, психологічну, освітню, консультативну допомогу сім'ям, в яких виховуються діти з інвалідністю, за місцем їх проживання (вдома). Натомість стаття 37 Закону деталізує положення про соціальну реабілітацію (абілітацію), що спрямовується на оптимізацію і коригування ставлення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю до своїх вад, становища в сім'ї та суспільстві, виховання у них навичок щодо самообслуговування, адаптацію в навколишньому середовищі.

Соціальна реабілітація (абілітація) передбачає навчання особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю основних соціальних навичок (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування тощо), пристосування побутових умов до потреб особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, педагогічну

корекцію для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю з метою вироблення та підтримання навичок автономного проживання, стереотипів безпечної поведінки, опанування навичок захисту власних прав та інтересів, самоаналізу та отримання навичок позитивного сприйняття себе та оточуючих, навичок спілкування, забезпечення автономного проживання у суспільстві з необхідною підтримкою (соціальний, медичний, юридичний супровід, побутові послуги), протезування, ортезування, забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю допоміжними засобами реабілітації, санаторно-курортне лікування відповідно до медичних показань.

Особи з інвалідністю, діти з інвалідністю з важкими формами інвалідності, які, згідно з медичним висновком, потребують постійного стороннього догляду, забезпечуються соціальним, педагогічним і психологічним патронажем (повсякденною допомогою) за місцем проживання (вдома). У разі необхідності послуги з соціального і педагогічного патронажу надають виїзні реабілітаційні бригади.

Соціальна реабілітація здійснюється відповідно до індивідуальних програм реабілітації особи з інвалідністю та в разі необхідності супроводжується медичним спостереженням за особами з інвалідністю, дітьми з інвалідністю.

*(Стаття 37 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»)*

Основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги, а також положення щодо надання послуг дітям з інвалідністю та їхнім сім'ям містяться у **Законі України «Про соціальні послуги»**. Зокрема, у цьому документі вказано, що інвалідність може спричинити складні життєві обставини (стаття 1); визначено принципи, на основі яких надають соціальні послуги особам з інвалідністю; окреслено фінансове підґрунтя надання таких послуг.

Надання соціальних послуг здійснюється в т. ч. на засадах принципу дотримання прав людини, прав дитини та прав осіб з інвалідністю; фізичні особи, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності, можуть надавати соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі без проходження навчання та дотримання державних стандартів соціальних послуг отримувачам соціальних послуг з числа членів своєї сім'ї, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права і обов'язки та є дітьми з інвалідністю.

(Стаття 13)

Надавачі соціальних послуг державного та комунального секторів надають соціальні послуги дітям з інвалідністю за рахунок бюджетних коштів незалежно від доходу отримувача соціальних послуг.

(Стаття 28 Закону України «Про соціальні послуги»)

Серед базових соціальних послуг у Законі «Про соціальні послуги» названо такі: фізичний супровід осіб з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату та пересуваються на кріслах колісних, порушення зору. У статті 6<sup>-1</sup> «Зміст соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю» зазначено, що до основних соціальних послуг, що надаються при здійсненні соціальної роботи сім'ям, дітям та молоді, належать соціальна профілактика, *соціальна реабілітація*, соціальний супровід, консультування. Окрім цього, у статті 10 «Соціальна реабілітація сімей, дітей та молоді» вказано, що соціальна реабілітація сімей, дітей та молоді передбачає здійснення заходів, спрямованих на оптимізацію і коригування ставлення сімей, дітей та молоді до відповідального батьківства, формування у них навичок щодо самообслуговування, самостійного проживання та інтеграції в суспільство; соціального патронажу дітей, які відбували покарання у вигляді позбавлення волі, та молодих людей, які відбували покарання у вигляді обмеження волі або позбавлення волі.

Законом обумовлено, що для реалізації своїх повноважень районні, міські, районні у містах, селищні та сільські центри соціальних служб утворюють стаціонарні служби (відділення), що в т. ч. здійснюють

соціально-психологічну реабілітацію дітей, а також денні служби (відділення), що здійснюють денний догляд за дітьми з інвалідністю та дітьми, яким не встановлено інвалідність, але які є хворими на тяжкі перинатальні ураження нервової системи, тяжкі вроджені вади розвитку, рідкісні орфанні захворювання, онкологічні, онкогематологічні захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкі психічні розлади, цукровий діабет I типу (інсулінозалежні), гострі або хронічні захворювання нирок IV ступеня, дітьми, які отримали тяжку травму, потребують трансплантації органа, потребують паліативної допомоги. Перелік зазначених тяжких захворювань, розладів, травм, станів дітей, яким не встановлено інвалідність, затверджується Кабінетом Міністрів України (стаття 17).

Відповідно до положень Закону України «Про соціальні послуги», з 2019 року в Україні запроваджений новий механізм забезпечення заходами з реабілітації дітей з інвалідністю за принципом «гроші ходять за людиною», що дозволяє забезпечити адресність, прозорість та підвищити якість надання реабілітаційних послуг. А прийняття постанови Кабінету Міністрів України № 994 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 27 березня 2019 року № 309» дало можливість забезпечити за принципом «гроші ходять за людиною» заходами з реабілітації дітей з інвалідністю не лише внаслідок дитячого церебрального паралічу, а також з іншими захворюваннями, тобто дозволило охопити реабілітаційними послугами більш широку аудиторію дітей з інвалідністю, які потребують допомоги.

Наступним кроком розвитку нормативно-правового регулювання питання захисту дітей з інвалідністю після ухвалення Закону України «Про соціальні послуги» стало затвердження наказом Мінсоцполітики від 23 червня 2020 року № 429 Класифікатора соціальних послуг (зареєстрований у Мін'юсті 09.07.2020 за № 643/34926). Так, Класифікатором серед 37 соціальних послуг передбачено таке: підтримане проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю; транзитне підтримане проживання / учбова соціальна квартира (будинки); соціальна адаптація; соціальна інтеграція та реінтеграція; догляд вдома; догляд стаціонарний; денний догляд дітей з інвалідністю;



персональний асистент; соціальна реабілітації осіб з інтелектуальними та психічними порушеннями; соціально-психологічна реабілітація; тимчасовий відпочинок для батьків або осіб, які їх замінюють, що здійснюють догляд за дітьми з інвалідністю; тимчасовий відпочинок для осіб, що здійснюють догляд за особами з інвалідністю, особами, які мають невиліковні хвороби, хвороби, що потребують тривалого лікування; супровід під час інклюзивного навчання; транспортні послуги та інші. Зокрема, у документі зазначений короткий опис послуги соціально-психологічної реабілітації, а саме: короткотермінове проживання, проведення психологічного консультування та психолого-педагогічної корекції; сприяння в отриманні освітніх послуг; здійснення трудової адаптації; інформування та/або консультування; представництво інтересів; розвиток, формування та підтримка соціальних навичок; надання допомоги в отриманні медичних послуг; повернення дитини до біологічної родини. Вказано, що отримувачами послуги соціально-психологічної реабілітації є діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування; особи з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування; діти з поведінковими порушеннями через розлучення батьків; діти та дорослі, які зазнали жорстокого поводження; діти та дорослі, які постраждали від домашнього насильства; діти та дорослі, які перебувають/перебували в спеціалізованих або інтернатних закладах, після довготривалого лікування/перебування в медичних закладах.

Надання соціальних послуг дітям з інвалідністю здійснюється згідно з державними стандартами, що затверджуються наказами Міністерства соціальної політики. Наприклад, наказом Мінсоцполітики від 19 січня 2021 року № 13 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 20.04.2021 за № 534/36156) затверджено Державний стандарт соціальної послуги тимчасового відпочинку для батьків чи осіб, які їх замінюють, що здійснюють догляд за дітьми з інвалідністю; наказом Міністерства соціальної політики України від 05 квітня 2023 року № 119-Н – Державний стандарт соціальної послуги денного догляду дітей з інвалідністю.

До нормативно-правових актів у сфері соціального захисту дітей з інвалідністю останніх років належать:

- Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 року № 366. Цей документ створює підстави для подальшого розвитку інклюзивної освіти, подолання стигми дітей з особливими освітніми потребами. Забезпечити доступність і рівні можливості усіх громадян, незалежно від віку, статі та соціального захисту, покликаний План дій на 2023-2024 роки щодо реалізації Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору до 2030 року;
- Концепція створення та розвитку системи раннього втручання, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26 травня 2021 року № 517-р. Це програмний документ, що визначає основні засади та умови для розвитку послуг раннього втручання, підтримки сімей, які виховують дітей раннього віку з інвалідністю;
- Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю на період до 2025 року, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 07 квітня 2021 року № 285-р;
- постанова Кабінету Міністрів України від 3 лютого 2021 року № 79 «Деякі питання призначення і виплати державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю». Постановою затверджено Порядок призначення і виплати державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю, який встановлює умови призначення і виплати, перелік документів, необхідних для призначення державної соціальної допомоги дітям з інвалідністю та надбавок на догляд за дітьми з інвалідністю віком до 18 років;
- постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку здійснення реабілітаційних заходів» (від 19 січня 2022 року № 31);
- постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання соціального захисту осіб з інвалідністю» (від 04 лютого 2023 року № 120) тощо.

Окремий сектор у системі соціально-правового захисту дітей з інвалідністю займає проблема раннього втручання. Зокрема, Урядом України схвалено План заходів щодо реалізації Концепції створення та розвитку системи раннього втручання на період до 2026 року (розпорядження Кабінету Міністрів України від 15.09.2021 № 1117), які визначають напрями і основні завдання запровадження системи раннього втручання, зокрема, окремих програм підготовки фахівців з питань раннього втручання за відповідними галузями знань, включення таких програм до освітніх програм закладів вищої освіти та/або до програм підвищення кваліфікації фахівців (психологів, дефектологів, логопедів, педіатрів, неврологів, психіатрів, ерготерапевтів, лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фахівців із соціальної роботи, соціальних працівників, соціальних педагогів). З прийняттям Плану заходів перед Мінсоцполітики, МОЗ, МОН та іншими центральними органами виконавчої влади, обласними, Київською міською державними адміністраціями поставлено низку завдань, одне із яких – законодавче регулювання надання послуги раннього втручання як міжвідомчої, сімейно-центрованої, комплексної послуги, та узгодження дій працівників різних галузей для забезпечення її надання.

Питання раннього втручання координує Національна рада з питань раннього втручання (Деякі питання діяльності Національної ради з питань раннього втручання: постанова Кабінету Міністрів України від 06.03.2019 № 175). Міністерство економіки України (Мінекономіки) 23 червня 2023 року видало наказ № 6312 «Про затвердження Зміни № 12 до національного класифікатора ДК 003:2010». У наказі до класифікатора внесено професію «фахівець з раннього втручання».

Отже, законодавча база захисту дітей з інвалідністю в Україні відповідає міжнародним стандартам і створює сприятливі нормативно-правові умови для забезпечення прав таких дітей, їхньої інтеграції і соціалізації. Наявні пільги та послуги допомагають дітям з інвалідністю та їхнім сім'ям адаптуватися до умов соціуму, сьогодення, визначити й реалізувати власну траєкторію особистісного і професійного розвитку.

## Питання для самоперевірки

1. Назвати основні документи, які становлять нормативно-правове підґрунтя соціального захисту дітей з інвалідністю.

2. Дати загальну характеристику положень Закону «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» та Закону «Про соціальні послуги», що стосуються дітей з інвалідністю.

3. Визначити, на що спрямовані нормативно-правові акти у сфері соціального захисту дітей з інвалідністю останніх років.

## Література

1. Особам з інвалідністю. Міністерство соціальної політики України: офіційний сайт. <https://www.msp.gov.ua/timeline/invalidnist.html>

2. Послуги та пільги для осіб з інвалідністю: що, як, де можна отримати? Публікація 28.12.2023 р. Міністерство соціальної політики України: офіційний сайт. <https://www.msp.gov.ua/news/23405.html>

3. «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю», Закон України № 2109-III. (2000). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2109-14#Text> (дата звернення: 28.10.2024).

4. «Про затвердження Класифікатора соціальних послуг», Наказ Міністерства соціальної політики України № 429. (2020). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0643-20#Text> (дата звернення 10.08.2023).

5. «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», Закон України (зі змінами № 3191-IX від 29.06.2023). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text> (дата звернення: 01.10.2024).

6. «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», Закон України № 2980-IX. (2006). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> (дата звернення: 01.10.2024).

7. «Про соціальні послуги», Закон України № 2671-VIII. (2019). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text> (дата звернення: 09.08.2024).

### 2.3. Інституційне забезпечення соціального захисту дітей з інвалідністю та їхніх сімей

У сучасній Україні соціальний захист є системою, яка включає комплекс послуг та виплат, спрямованих на підтримку вразливих категорій населення. Однією з категорій, які потребують особливої уваги з боку держави, є діти, серед них найуразливішими є діти з інвалідністю та їх сім'ї, які сьогодні стикаються з багатьма викликами, які ускладнюють їх розвиток та інтеграцію в суспільстві, в якому вони проживають.

За підсумками досліджень В. Подолян (2024), Н. Горішної, Ж. Петровича, О. Столярик (2024), на сьогодні в Україні існує добре розвинена юридична основа для забезпечення соціального захисту дітей з інвалідністю. Що було проаналізовано у попередньому розділі. У цій частині посібника буде висвітлено інституційну базу установ та закладів, які спрямовані на надання послуг для дітей з інвалідністю. І. Криницька, А. Слезанська і М. Скочко зазначають, що соціально-реабілітаційні послуги поділяються на дві категорії: **соціальні та реабілітаційні** (Криницька, Слезанська & Скочко, 2023).

Інституційне забезпечення послуг для дітей з інвалідністю в Україні здійснюється через різні заклади, що підпорядковуються трьом ключовим міністерствам: Міністерству соціальної політики, Міністерству охорони здоров'я та Міністерству освіти і науки. Кожне з них відіграє важливу роль у забезпеченні соціального захисту, медичної допомоги та освітніх послуг для дітей з інвалідністю. Найбільшу увагу буде приділено закладам підпорядкованим Міністерству соціальної політики.

Заклади та установи для дітей можна поділити на ті, які належать до **приватної, комунальної та державної** форм власності, які відповідають відповідному підпорядкуванню. На рівні територіальних громад існують різні типи установ для дітей, що надають послуги **одноразово або тимчасово, а також стаціонарні заклади**.

Міністерство соціальної політики відповідає за організацію та надання соціальних послуг дітям з інвалідністю та їхнім сім'ям. Воно координує діяльність установ, які спрямовані на соціальний

захист, реабілітацію та соціальну інтеграцію дітей з інвалідністю. Міністерство соціальної політики має створювати необхідну нормативну базу та інфраструктуру для забезпечення рівних прав і умов розвитку дітей з інвалідністю. Соціальний захист складається із кількох складових, соціального забезпечення – матеріальної складової соціального захисту та сфери послуг (див.рис. 1)

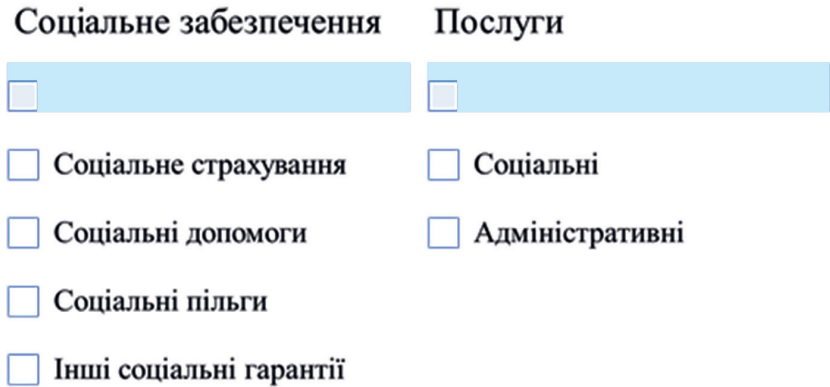


Рис. 2.3.1. Організаційно-правові форми соціального захисту

Для дітей з інвалідністю та їх сімей важливими сьогодні є забезпечення усіх складових, водночас, для успішної інтеграції необхідно є сфера соціальних та реабілітаційних послуг, що може забезпечити розвиток навичок для адаптації дитини, що може сприяти запобіганню міграції за кордон.

Як зазначають А. Гуменна та О. Тополь, соціальний захист спрямований на створення безпечного соціального середовища, тоді як соціальне забезпечення є матеріальним ресурсом для подолання соціальних ризиків (Гуменна & Тополь, б/в). На сьогодні система соціального захисту охоплює різні матеріальні виплати, зокрема державну допомогу для сімей, які виховують дітей з інвалідністю, компенсації за транспортні послуги або ремонт реабілітаційних засобів, пільги та благодійну допомогу від міжнародних організацій. Деякі з цих заходів входять до державних і місцевих програм, спрямованих на соціальний захист дітей з інвалідністю, включаючи забезпечення

реабілітаційними засобами, протезами, пугівками на оздоровлення та санаторно-курортне лікування, а також транспортні послуги.

Виконання завдань спрямованих на фінансування заходів щодо соціальної захищеності осіб з інвалідністю, включаючи дітей покладено на Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю, який є неприбутковою бюджетною організацією (Положення про Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю, 2011). На місцевому рівні відповідальність за соціальний захист лежить на структурних підрозділах соціального захисту населення в областях та громадах.

Основними завданнями місцевого структурного підрозділу соціального захисту населення є:

- призначення та виплата соціальної допомоги, адресної грошової допомоги, компенсацій та інших соціальних виплат, установлених законодавством
- організація надання соціальних послуг, проведення соціальної роботи шляхом розвитку комунальних закладів, установ і служб та залучення недержавних організацій, які надають соціальні послуги; співпраця з територіальними громадами щодо розвитку соціальних послуг у громаді
- розроблення та організація виконання комплексних програм і заходів щодо поліпшення становища соціально вразливих верств населення
- забезпечення соціальної інтеграції осіб з інвалідністю, сприяння створенню умов для безперешкодного доступу осіб з інвалідністю до об'єктів соціальної інфраструктури
- реалізація державної політики у сфері оздоровлення та відпочинку дітей, розроблення та виконання відповідних регіональних програм; та ін.

*(Про затвердження Методичних рекомендацій (2023))*

Як було зазначено вище, саме наявність послуг спроможна забезпечити розвиток дітей та адаптацію їх сімей. Серед основних установ, які надають послуги для дітей з інвалідністю, підпорядкованих Міністерству соціальної політики, можна виділити: центри

надання соціальних послуг/центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, реабілітаційні центри, інтернатні заклади.

**Центри надання соціальних послуг** — це комунальні установи соціального захисту, які надають послуги особам та сім'ям у громаді.

Центр є комплексним закладом соціального захисту населення, структурні або відокремлені (територіальні) підрозділи якого провадять соціальну роботу та надають соціальні послуги особам/сім'ям, які належать до вразливих груп населення та/або перебувають у складних життєвих обставинах (Деякі питання діяльності центрів надання соціальних послуг, 2020)

Для дітей з інвалідністю доступні такі послуги, як соціальна адаптація, денний та домашній догляд, стаціонарний догляд, транспортні послуги, соціальна реабілітація, супровід в інклюзивному навчанні та допомога персонального асистента та ін. (Про затвердження Класифікатора соціальних послуг, 2020).

Залежно від потреб, у центрі можуть створюватися відділення для надання соціальних послуг в умовах денного перебування, зокрема для надання послуг дітям з інвалідністю, таких як денний догляд, соціальна адаптація, соціальна реабілітація, соціально-трудова адаптація, організація дозвілля та інші заходи і послуги, спрямовані на подолання обмежень життєдіяльності. (Деякі питання діяльності центрів надання соціальних послуг, 2020). Також в Центрі можуть бути створені стаціонарні відділення: «відділення надання соціальних послуг в умовах цілодобового перебування/проживання (надання соціальних послуг стаціонарного догляду, підтриманого проживання, паліативного догляду» (Деякі питання діяльності центрів надання соціальних послуг, 2020).

Відповідно, умови центру мають бути облаштовані під потреби осіб з інвалідністю.

**Інтернати та будинки-інтернати** для дітей з інвалідністю, що надають постійну або тимчасову опіку та послуги проживання. Такі заклади забезпечують базові соціальні та медичні потреби дітей, які не можуть проживати з батьками. Мережу закладів інституційного догляду



та виховання дітей сфери управління Мінсоцполітики розміщеному на сайті Міністерства соціальної політики, де розміщена інформація про Центри соціально-психологічної реабілітації дітей (Інформація про мережу закладів. Сайт Міністерство соціальної політики).

Дитячі будинки-інтернати — це стаціонарні соціально-медичні установи для тимчасового або постійного проживання дітей з інвалідністю віком від 4 до 18 років, які мають фізичні, інтелектуальні порушення або психічні розлади й потребують постійного догляду, побутового обслуговування, медичної допомоги, освітніх та реабілітаційних послуг (Деякі питання соціального захисту дітей з інвалідністю, 2016). Ці заклади встановлюють умови для постійного або тимчасового перебування дітей для життя та розвитку, включаючи побутове обслуговування, медичну допомогу та освіту.

Дитячі будинки-інтернати дітей з інвалідністю в Україні розділяються на кілька профілів, залежно від статі вихованців: **I профіль (змішаний)**: будинки-інтернати призначені для дітей з легкими формами розумової відсталості або психічними розладами, що супроводжуються стійкими фізичними порушеннями опорно-рухового апарату. Діти, які виховуються в цих закладах мають значні труднощі в пересуванні або зовсім не здатні пересуватися самостійно. Заклади **II профілю (розділений за статтю)** приймають дітей з помірною розумовою відсталістю та/або серйозними психічними розладами, які потребують спеціального догляду, навчання та реабілітації, але можуть самостійно пересуватися та виконувати основні завдання з обслуговування себе. Заклади **III профілю (розділений за статтю)** призначені для дітей з тяжкою та глибокою розумовою відсталістю або серйозними психічними розладами, які також потребують догляду, навчання та реабілітації. Вихованці можуть пересуватися самостійно і частково обслуговувати себе. Заклади **IV профілю (змішаний)** для дітей, які мають значні труднощі з пересуванням або не можуть рухатися без сторонньої допомоги, мають тяжку та глибоку розумову відсталістю або хронічними психічними розладами, які потребують паліативного догляду, навчання та реабілітації (Деякі питання соціального захисту для дітей з інвалідністю, 2016). Основними функціями будинку є забезпечення прав та

інтересів, денної зайнятості, належних умов, «надання таких соціальних послуг, як стаціонарний догляд, соціальна реабілітація, представництво інтересів, соціально-психологічна реабілітація, а також у разі потреби денний догляд, паліативний догляд, підтримане проживання, консультування, соціальна профілактика, кризове та екстрене втручання» (Деякі питання соціального захисту для дітей з інвалідністю, 2016), проведення комплексу реабілітаційних заходів (Деякі питання соціального захисту для дітей з інвалідністю, 2016).

У будинку-інтернаті можуть діяти такі відділення: молодіжне відділення, відділення (групи) денного догляду, відділення стаціонарного догляду, відділення (групи) транзитного перебування (підготовки їх до влаштування у сімейні форми виховання або до самостійного проживання/отримання соціальної послуги підтриманого проживання), відділення (групи) паліативного догляду (Деякі питання соціального захисту для дітей з інвалідністю, 2016).

Серед інших закладів, заклади які надають соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю – **реабілітаційні центри**, підпорядковані Міністерству соціальної політики допомагають дітям з інвалідністю розвивати навички для самостійного життя, інтеграції у суспільство та покращення якості їхнього життя. Серед них варто виділити ті, що орієнтовані на підтримку як дітей, так і їхніх сімей. Ці послуги спрямовані на «відновлення або розвиток соціальних навичок, здібностей, зміцнення сильних сторін дітей та їхніх родин, соціальну підтримку і допомогу в самореалізації, підвищення адаптаційного потенціалу та доступу до ресурсів, необхідних для подолання викликів, пов'язаних з інвалідністю, забезпечуючи найкращі інтереси дитини» (Криницька, Слосанська & Скочко, 2023, с. 161).

Т. Павлюк і К.Гончарук також виділяють серед реабілітаційних заходів надання матеріальної допомоги (Павлюк, Гончарук, 2023, с. 41–42).

Центри комплексної реабілітації забезпечують всебічний розвиток дітей з інвалідністю або ризиком її виникнення, допомагаючи їм засвоювати знання та навички, розвивати здібності та особистий потенціал. Основні завдання цих центрів включають ранню, соціальну, психологічну, фізичну, медичну, психолого-педагогічну,

спортивну та професійну реабілітацію (Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю, 2016). Вони також спрямовані на запобігання дискримінації, розвиток автономного проживання, профорієнтацію та роботу з батьками або законними представниками. Центри комплексної реабілітації є надзвичайно важливими для дітей з інвалідністю, оскільки, за умови якісного планування та надання послуг, забезпечують спеціальні програми реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізкультури та масажу, які сприяють покращенню фізичного стану дитини, розвитку моторики та зниженню наслідків інвалідності; центри надають психологічну допомогу як дітям, так і їхнім сім'ям. Центри комплексної реабілітації створюють умови для всебічного розвитку дитини з інвалідністю, що сприяє покращенню якості її життя та підвищує можливості соціальної адаптації. (Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю, 2016). Участь сім'ї у реабілітації дітей з інвалідністю є критично важливою, а соціальний супровід сім'ї — невід'ємною складовою системи соціально-го захисту (Матрос, 2021; Столярик, 2024).

**Міністерство охорони здоров'я** відіграє ключову роль у наданні медичних послуг дітям з інвалідністю, також Міністерство забезпечує функціонування лікувальних закладів, спеціалізованих медичних установ та реабілітаційних центрів, що спеціалізуються на лікуванні та реабілітації дітей з інвалідністю. Серед підпорядкованих МОЗ установ можна виділити: **дитячі лікарні та медичні центри**, що надають спеціалізовану допомогу дітям з різними видами інвалідності, включаючи генетичні, фізичні, психічні та неврологічні захворювання; **центри медичної реабілітації**, які проводять відновлювальне лікування після хірургічних операцій, травм чи захворювань. Реабілітаційні послуги можуть надаватися й у закладах охорони здоров'я (відділення фізичної реабілітації), медичних стаціонарах, оздоровчих установах, фахівці, яких надають комплексні медичні послуги, а також послуги відновлення соціальних та адаптивних навичок. Ці установи часто мають мультидисциплінарний підхід, об'єднуючи лікарів, фізіотерапевтів та інших спеціалістів для комплексного лікування дітей; **програми раннього втручання**, які забезпечують виявлення і ранню корекцію відхилень у розвитку

дітей, що включає як медичні, так і психологічні аспекти спрямовані на запобігання погіршенню стану дитини (Кравченко, 2023).

Отже, слід наголосити, що реабілітаційні послуги можуть надаватися закладами, які підпорядковані Міністерству соціальної політики та Міністерству охорони здоров'я, які відповідно спрямовані на надання медичної чи соціально-психологічної реабілітації. Перелік реабілітаційних установ, які здійснюють заходи із реабілітації дітей з інвалідністю розміщений на сайті Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю, серед них державні реабілітаційні установи, підприємства та заклади, обласні установи, центри та підприємства, комунальні установи, заклади та підприємства, приватні підприємства, благодійні організації та товариства, Товариства з обмеженою відповідальністю.

Інші заклади належать до підпорядкування Міністерства освіти і науки України. Міністерство освіти і науки відповідає за інклюзивну освіту та спеціалізоване навчання дітей з інвалідністю. Воно координує діяльність навчальних закладів, які забезпечують доступ до освіти дітей з особливими освітніми потребами. Серед цих закладів спеціальні інтернатні заклади, навчально-реабілітаційні установи, спеціалізовані освітні заклади, інклюзивно-ресурсні центри.

**Навчально-реабілітаційний центр**, заклад, який підпорядковується Міністерству освіти і науки України і поєднує освітню та реабілітаційну функції, надаючи можливість дітям з інвалідністю отримати освіту й інтегруватися в суспільство (Положення про навчально-реабілітаційний центр, 2012).

Навчально-реабілітаційний центр – це загальноосвітній навчальний заклад, метою діяльності якого є реалізація права на освіту дітей з особливими освітніми потребами, зумовленими складними вадами розвитку, їх інтеграція в суспільство шляхом здійснення комплексних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, здобуття освіти відповідного рівня, розвиток та корекцію порушень.

*(Про затвердження Положення про навчально-реабілітаційний центр, 2012)*

Положення про навчально-реабілітаційний центр (НРЦ) регулює діяльність таких установ в Україні. Навчально-реабілітаційні центри створені для надання освітніх, корекційно-розвиткових, медичних та реабілітаційних послуг дітям з особливими освітніми потребами. У даному документі зазвичай зазначаються основні напрями діяльності, структура, права і обов'язки учасників освітнього процесу, а також особливості взаємодії з батьками та іншими установами. Завданням НРЦ є забезпечення якісної освіти, медико-соціальної допомоги та реабілітації дітей з особливими потребами. Навчання в центрах здійснюється відповідно до державних стандартів освіти з урахуванням індивідуальних програм розвитку дитини, а специфічні методи навчання мають враховувати особливості фізичного, психічного та емоційного розвитку дітей (Положення про навчально-реабілітаційний центр, 2012). Отже, **навчально-реабілітаційні центри** надають освітні послуги для дітей з інвалідністю, які потребують індивідуального підходу. В таких закладах реалізуються корекційно-розвивальні програми, спрямовані на розвиток когнітивних і соціальних навичок дітей.

Іншим важливим закладом є **Інклюзивно-ресурсний центр (ІРЦ)**.

Інклюзивно-ресурсний центр (ІРЦ) – є установою, що утворюється з метою забезпечення права осіб з особливими освітніми потребами на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти, в тому числі у закладах професійної (професійно-технічної), фахової передвищої освіти та інших закладах освіти, які забезпечують здобуття освіти, шляхом проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку особи (далі – комплексна оцінка) та забезпечення їх системного кваліфікованого супроводу

*(Положення про інклюзивно-ресурсний центр, 2017).*

Центри забезпечують психологічну та педагогічну допомогу дітям з інвалідністю, їхню адаптацію до навчальних процесів у загальноосвітніх школах, а також надають підтримку вчителям і батькам. А саме забезпечують комплексну оцінку розвитку дитини та супровід у разі виявлення особливих освітніх потреб (Положення про

інклюзивно-ресурсний центр, 2017). Інклюзивно-ресурсний центр надає послуги дітям, які живуть (навчаються) у відповідній територіальній громаді і мають особливі освітні потреби, що мають необхідні документи. Слід зазначити, що за відсутності такого закладу можна звернутися до іншої територіальної громади. Серед завдань центру проведення комплексної оцінки, надання рекомендацій освітнім закладам щодо індивідуальної програми, консультування батьків, залучення педагогічних працівників, визначення потреби в асистенті учня, ведення обліку, статистики, а також надання консультацій, психологічної допомоги батькам чи законним представникам дітей (Положення про інклюзивно-ресурсний центр, 2017). Інклюзивно-ресурсні центри відіграють ключову роль у забезпеченні рівних можливостей для дітей з інвалідністю, сприяючи їхньому всебічному розвитку та соціальній інтеграції. Центри покликані забезпечити спеціалізовану підтримку, адаптуючи навчальні програми відповідно до потреб кожної дитини, що допомагає їм розвивати свої здібності.

Загалом інституційне забезпечення послуг для дітей з інвалідністю в Україні передбачає багатоступеневу систему, де кожне з трьох міністерств відіграє свою важливу роль. Міністерство соціальної політики забезпечує соціальний захист і реабілітацію, Міністерство охорони здоров'я надає медичну допомогу, а Міністерство освіти відповідає за інклюзивну та спеціалізовану освіту. Такий підхід дозволяє дітям з інвалідністю отримувати комплексну допомогу, яка сприяє їхній інтеграції в суспільство.

Потребу в комунальних установах на місцях визначають місцеві органи влади залежно від кількості дітей з інвалідністю, наявних ресурсів та потреб громади. Зазвичай, створення таких установ базується на оцінці соціальної інфраструктури та рівня доступності послуг для дітей з особливими потребами. Крім того, враховуються можливості місцевого бюджету та рівень підтримки з боку держави чи міжнародних організацій. Місцеві громади відповідають за забезпечення належного функціонування цих установ, що включає підбір кваліфікованого персоналу, фінансову підтримку та технічне забезпечення для надання якісних послуг.

Не слід забувати також значення діяльності громадських та благодійних організацій для допомоги дітям з інвалідністю, що відіграє важливу роль у забезпеченні додаткової підтримки, правового захисту та соціалізації таких дітей і їхніх сімей. Багато організацій пропонують спеціальні індивідуалізовані соціальні та реабілітаційні програми, які включають фізичну терапію, психологічну допомогу, арт-терапію, логопедичні заняття тощо, і спрямовані на покращення фізичного та емоційного стану дітей, а також їх батьків, шляхом організації груп взаємопідтримки. Окрім цього, громадський сектор часто забезпечує послуги з організації дозвілля (гурткова робота, спортивні секції, розважальні заходи), надають волонтерську підтримку, фінансову допомогу, консультації з питань прав дітей з інвалідністю. Серед ключових громадських організацій в Україні, які активно працюють у сфері підтримки дітей з інвалідністю Всеукраїнська громадська організація "Національна Асамблея людей з інвалідністю України" (НАІУ), БФ Джерело, ВБО Даун синдром, ГО Бачити серцем, БФ Карітас та ін. Ці організації часто функціонують як посередники між родинами та державними установами, а також надають ресурси, яких може бракувати у державній системі, забезпечуючи глибше розуміння проблем дітей з інвалідністю та надаючи широкий спектр соціальних послуг для їх підтримки, часто заповнюють прогалини, де державна допомога є недостатньою.

### **Практична ситуація**

*Данило, 8-річний хлопчик з діагнозом ДЦП (дитячий церебральний параліч), потребує різнопланової підтримки в повсякденному житті, розвитку та навчанні. Його батьки хочуть забезпечити найкращі умови для його соціалізації, реабілітації та навчання. Вони звертаються до різних установ і спеціалістів для отримання послуг, які допоможуть дитині інтегруватися в суспільство та отримати необхідну допомогу.*

*Опишіть, які інституційні ресурси можна залучити для підтримки дитини та сім'ї до яких установ ви будете звертатися? Яким міністерствам підпорядковуються ці установи чи заводи?*

Як видно з аналізу, система інституцій надання послуг для дітей з інвалідністю є доволі розгалужена і включає різноманітні установи, що надають послуги дітям з інвалідністю, однак, як зазначають О. Москаленко, Т. Дуюнова та Ю. Подолян, ці заходи, які надаються в межах послуг, часто залишаються лише декларативними, а їх реалізація на місцевому рівні є складною (Москаленко & Дуюнова, 2023; Подолян Ю., 2024). Зокрема, існують проблеми надання послуг, які пов'язані з фінансуванням, бюрократичними перешкодами, недостатньою обізнаністю про виплати, а також відсутністю ефективного моніторингу та індексації виплат (Співак, 2024). Інфраструктура для реабілітації дітей з інвалідністю залишається недостатньою. За дослідженням Н. Горішної, Ж. Петрочко та О. Столярик (2023), станом на початок 2022 року в Україні діяли 118 центрів комплексної реабілітації, однак 36 з них припинили свою роботу (Горішна, Петрочко & Столярик, 2023).

Додаткові труднощі включають нестачу кваліфікованих фахівців та нерівномірний доступ до послуг у великих містах і малих громадах. Часто забезпечення послуг для дітей з інвалідністю залежить від ресурсів та пріоритетів конкретних територіальних громад. Стратегічний план Міністерства соціальної політики на 2022-2024 роки передбачає впровадження державних стандартів надання соціальних послуг денного догляду, супроводу в інклюзивному навчанні та соціально-трудової адаптації. Однак, цей процес іде повільно, і його вплив буде відчутний тільки через певний час.

Українська система соціального захисту має потенціал для розвитку соціально-реабілітаційних послуг. Нормативно-правові акти регламентують діяльність установ, що надають соціальні, реабілітаційні та освітні послуги для дітей. Водночас, через наслідки війни, недостатнє фінансування, брак кадрів та інфраструктурні проблеми, існує загроза низького рівня забезпечення послуг для дітей з інвалідністю та їхніх сімей. Подальші дослідження мають зосередитися на забезпеченні найкращих інтересів дітей, ранньому виявленні порушень розвитку та створенні умов для їхньої реабілітації.



## Питання для самоперевірки

1. Назвіть організаційно-правові форми соціального захисту?
2. Які установи надають послуги для дітей з інвалідністю та їх сім'ям?
3. Хто визначає потребу громади в комунальних соціальних і реабілітаційних установах?
4. Скільки є профілів дитячих будинків-інтернатів?
5. Які послуги можуть надавати Центри надання соціальних послуг для дітей з інвалідністю?
6. Які функції Інклюзивно-ресурсного центру?

## Література

1. Горішна, Н. М., Петрочко, Ж. В., & Столярик, О. Ю. (2023). Законодавчі аспекти соціальної реабілітації дітей з інвалідністю: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Інклюзія і суспільство* : науковий журнал. Кам'янець-Подільський : Гельветика. Вип. 2. DOI : <https://doi.org/10.32782/2787-5137-2023-2-3>

2. Гончарук, К., Павлюк, Т. (2023). Соціальний захист людей з інвалідністю з дитинства та дітей з інвалідністю. *Technologies and strategies for the implementation of scientific achievements: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the IV International Scientific and Theoretical Conference*. Stockholm, Kingdom of Sweden: International Center of Scientific Research. Retrieved from URL: <https://sel.vtei.edu.ua/repository/card.php?lang=en&id=29172>

3. Гуменна, А. В., Тополь, О. В. Система соціального захисту і соціального забезпечення дітей та сімей з дітьми. [file:///C:/Users/User/Downloads/%D0%93%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0+%D0%90.,+%D0%A2%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%8C++\\_WordToPdf.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/%D0%93%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0+%D0%90.,+%D0%A2%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%8C++_WordToPdf.pdf)

4. Інформація про мережу закладів інституційного догляду та виховання дітей сфери управління Мінсоцполітики. Сайт Міністерства соціальної політики. Взято з URL: <https://www.msp.gov.ua/content/merezha-zakladiv-socialnogo-zahistu-ditey.html>

5. Костіна, В. (2023). Соціальна підтримка та соціальний захист дітей з особливими потребами в умовах війни в Україні. *Ввічливість. Humanitas*. Вип. 3. doi: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2023.3.19>  
Взято з URI <https://dspace.hnpu.edu.ua/handle/123456789/12938>

6. Криницька, І., Слозанська, Г., & Скочко М. (2023). Зміст соціально-реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю: аналіз основних підходів. *Інноваційна педагогіка*. Т. 1. № 64. Взято з URL: [http://innovpedagogy.od.ua/archives/2023/64/part\\_1/32.pdf](http://innovpedagogy.od.ua/archives/2023/64/part_1/32.pdf)

7. Москаленко, О. В., Дюнова, Т. В. (2023). Соціальний захист осіб з інвалідністю: Компаративістське дослідження. Монографія. Харків. Взято з URL: [https://repo.btu.kharkov.ua/bitstream/123456789/41885/1/Mon\\_SOTSIAL\\_NYY%20ZAKHYST\\_23.pdf](https://repo.btu.kharkov.ua/bitstream/123456789/41885/1/Mon_SOTSIAL_NYY%20ZAKHYST_23.pdf)

8. Перелік реабілітаційних установ. (2024). Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю Взято з URL: <https://www.ispf.gov.ua/diyalnist/reabilitaciya-ditej/perelik-reabilitacijnih-ustano>

9. Подолян, Ю. (2024). Організаційно-правові механізми захисту прав дітей з інвалідністю в Україні. *DICTUM FACTUM*. Державний університет інфраструктури та технологій, (1 (15)), 40–46.

10. Про затвердження Методичних рекомендацій з розроблення положень про структурні підрозділи з питань соціального захисту населення місцевих державних адміністрацій та організації діяльності територіальної громади у сферах соціального захисту населення та захисту прав дітей: Наказ Міністерства соціальної політики/ (2023). № 263-Н

11. Про охорону дитинства: Закон України. (2021). № 2402-III Взято з URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text>

12. Про соціальну реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України. (2005). № 2961-IV / Верховна Рада України. Взято з URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>

13. Про затвердження Положення про Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю: Наказ КМУ. (2011). № 129. Взято з URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0528-11#Text>

14. Деякі питання соціального захисту дітей з інвалідністю та осіб з інвалідністю: Постанова КМУ. (2016). № 978. Взято з URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/978-2016-%D0%BF#Text>

15. Деякі питання діяльності центрів надання соціальних послуг: Постанова КМУ. (2020). № 177. Взято з URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/177-2020-%D0%BF#Text>

16. Кравченко, М.В. (2023). Надання послуги раннього втручання для сімей з дітьми, які мають порушення розвитку, в умовах війни. *Публічно-управлінські та цифрові практики* : наук. журнал. Вип. 1.

17. Матрос, О. О. (2021). Модель соціального обслуговування сімей із дітьми з інвалідністю. *Актуальні проблеми соціальної педагогіки та соціальної роботи* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. Умань: Візаві. Взято з URL: <https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/123456789/14640/1/%D0%9C%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%9E.%D0%9E.%20%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%2C%2012%20%D0%B6%D0%BE%D0%B2%D1%82%D0%BD%D1%8F%202021%20%D1%80..pdf>

18. Про затвердження Класифікатора соціальних послуг: Наказ МСП. (2020). № 429. Взято з URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0643-20#Text>

19. Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю: Наказ МСП. (2016). № 855. Взято з URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1209-16#Text>

20. Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр: Постанова КМУ. (2017). № 545. Взято з URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-%D0%BF#Text>

21. Про затвердження Положення про навчально-реабілітаційний центр: Наказ МОНМСУ. (2012). № 920. Взято з URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1502-12#n14>

22. Співак, В. (2024). Особливості фінансової і соціально-психологічної допомоги дітям з інвалідністю. *Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму*: Матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції. м. Кам'янець-Подільський : НРЗВО КПДІ. Взято з URL: <https://kpd.edu.ua/wp-content/uploads/2024/06/Materialy-VIII-Mizhnarodnoyi-naukovo-praktychnoyi-konferentsiyi.pdf#page=229>

23. Столярик, О. (2024). Сімейно-орієнтований підхід у соціальній реабілітації дітей з інвалідністю. Інноваційні тенденції сьогодення в сфері природничих, гуманітарних та точних наук. IV Міжнародна наукова конференція «Інноваційні тенденції сьогодення в сфері природничих, гуманітарних та точних наук» Дніпро. DOI: <https://doi.org/10.62731/mcnd-12.04.2024>

24. Стратегічний план діяльності Міністерства соціальної політики України на 2022 бюджетний рік і два бюджетні періоди, що настають за плановим (2023 – 2024 роки): Наказ МСП. (2022). № 90. Взято з URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0090739-22#Text>

# РОЗДІЛ 3

## СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ДІТЬМИ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ЇХНІМИ СІМ'ЯМИ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

### 3.1. Концепція соціальної роботи та соціальні послуги для дітей з інвалідністю і їхніх сімей

Соціальна робота з дітьми з інвалідністю та членами їхніх сімей є актуальним питанням у науковому дискурсі через комплексність проблем, з якими стикаються ці родини, включаючи соціальні, психологічні та економічні виклики. Соціальні втручання відіграють ключову роль у ранньому виявленні загрози порушення розвитку, створенні інклюзивного середовища та включенні таких дітей до життя у громаді, залученні їх до освітнього процесу, підвищенні доступності необхідних послуг, підвищенні якості життя дітей та підтримці членів їхніх сімей. Родини дітей з інвалідністю стикаються з тягарем догляду, емоційним виснаженням, стигматизацією та упередженим ставленням, низькою батьківською компетентністю та проблемою соціальної ізоляції. Соціальні працівники допомагають родинам адаптуватися до викликів, пов'язаних із інвалідністю дитини та питаннями виховання і догляду, забезпечуючи соціальну підтримку у вигляді ведення випадку, надання послуг з соціальної реабілітації, консультування, терапії та підвищення доступності необхідних ресурсів. Це сприяє зменшенню стресу і покращенню психічного здоров'я як дітей, так і їхніх батьків (Столярник & Семігіна, 2022).

Соціальна робота із дітьми з інвалідністю та їх сім'ями побудована на засадах **антидискримінаційної практики**: соціальні працівники борються з упередженнями та дискримінацією, з якими стикаються діти з інвалідністю, використовуючи підходи, що ґрунтуються на підвищенні обізнаності громади про ейблеїзм (з

англ. «ableism» – стигмованих та упереджених установок у щодо осіб з інвалідністю) і застосуванні інтегрованих моделей підтримки (Carter et al., 2017).

Соціальна робота з сім'ями, які виховують дітей з інвалідністю, полягає в наданні підтримки та допомоги таким сім'ям з метою покращення якості їхнього життя, соціальної інтеграції, а також розвитку та підтримки дитини з інвалідністю.

Соціальна робота із цією категорією клієнтів включає наступні підходи, форми та методи роботи (Столярник & Семигіна, 2022):

1. **Використання сімейно-орієнтованого підходу та сімейно-орієнтованої практики у наданні соціальних послуг та проведенні втручань.** Важливо залучати членів сім'ї до процесу прийняття рішень, які стосуються допомоги дитині. Сім'я розглядається як ключовий елемент системи підтримки дитини.

2. **Мультидисциплінарний підхід.** Створення команд супроводу та залучення різних спеціалістів (медичних працівників, психологів, педагогів) для розробки та реалізації індивідуальних планів розвитку дитини.

3. **Інклюзивність та соціальна інтеграція.** Одним із пріоритетів є інтеграція дітей з інвалідністю в суспільство включно зі створенням умов для їхнього навчання у звичайних школах та забезпечення рівних можливостей для участі в суспільному житті. Соціальні послуги, які надаються, а також етапи соціальної роботи, які здійснюються, повинні сприяти включенню дитини та її сім'ї в активне життя громади

4. **Активна адвокація та розширення прав і можливостей сім'ї та дитини.** Соціальні працівники також мають виконувати роль адвокатів, захищаючи права сімей та дітей з інвалідністю, сприяючи отриманню необхідних послуг та ресурсів.

5. **Розвиток стійкості, сильних сторін та соціальна підтримка.** Соціальні працівники повинні надавати соціальну та психологічну підтримку сім'ям, адже догляд за дитиною з інвалідністю часто супроводжується стресом і емоційним виснаженням.

6. **Раннє втручання.** У багатьох країнах розвиваються програми раннього втручання, які націлені на виявлення на ранніх

етапах ризику (загрози) чи виявлення порушення розвитку у дитини. Це дозволяє зменшити ризики подальших ускладнень і сприяє її розвитку через своєчасну реабілітацію та професійну соціальну підтримку сімей.

7. **Асистивні технології.** Асистивні технології, такі як спеціальні пристрої для комунікації, інвалідні візки з електроприводом або мобільні додатки, допомагають дітям бути більш незалежними. Ці інструменти сприяють підвищенню їх соціальної участі та якості життя. Роль соціальних працівників полягає у підвищенні доступності до них сімей, яких виховують дітей з інвалідністю, а також формуванню у членів сім'ї та дитини навичок користування ними.

8. **Електронні соціальні послуги.** Віддалені соціальні послуги, включаючи онлайн-консультації та телереабілітацію, стали особливо актуальними під час пандемії COVID-19. Вони розширюють доступ до послуг, особливо для родин, які живуть у віддалених регіонах, або для тих, які виховують дітей з важкими комплексними формами інвалідності, які значно впливають на мобільність дитини.

9. **Антидискримінаційна практика.** Соціальні працівники повинні впроваджувати антидискримінаційні підходи у роботі з дітьми з інвалідністю, членами їх сім'ї та громади, в якій вони проживають, з метою превенції випадків дискримінації та стигматизації.

10. **Адаптація та модифікація середовища до потреб дитини з інвалідністю.** Робота з родинами щодо адаптації домашнього середовища, надання порад із модифікації житла та навчання щодо догляду за дитиною з інвалідністю. Це також і організація тренінгів для батьків, щоб вони мали доступ до інформації про можливості державної та місцевої підтримки в адаптації їхнього житла та середовища. Ці заходи спрямовані на підвищення якості життя дітей з інвалідністю, їхньої автономності та соціальної інтеграції: інклюзивна інфраструктура та адаптоване житло створюють умови для реалізації прав на рівність та участь у соціальному житті.



*Рис. 3.1.1.* Базові складові соціальної роботи з сім'ями, які виховують дитину з інвалідністю

Соціальний працівник у роботі з дітьми з інвалідністю виконує низку завдань, які спрямовані на забезпечення добробуту дитини та її інтеграцію в суспільство, серед яких (Столярик & Семигіна, 2022):



*Рис. 3.1.2.* Завдання у межах соціальної роботи з дітьми з інвалідністю



### **1. Оцінка потреб та ресурсів**

Соціальний працівник проводить оцінку соціальних, фізичних та психологічних потреб дитини та її сім'ї, щоб розробити індивідуалізовані плани допомоги та соціальної підтримки, які також включають моніторинг доступності медичних, освітніх та соціальних послуг.

### **2. Посередництво та координація послуг**

Однією з ключових функцій соціальної роботи є налагодження взаємодії та комунікації між дитиною, її родиною, соціальними службами, медичними та освітніми установами, що надають послуги дітям з інвалідністю та місцевою громадою.

### **3. Підтримка та консультування**

Соціальні працівники надають соціальну підтримку дітям з інвалідністю та їхнім батькам (опікунам) на етапах прийняття діагнозу, у здійсненні раннього втручання, при управлінні стресом та пов'язаними із ним наслідками, для підвищення батьківської компетентності та навиків з догляду за дитиною.

### **4. Адвокація та захист прав**

Соціальний працівник виконує роль адвоката, захищаючи права дитини на рівний доступ до ресурсів та можливостей. Вони сприяють забезпеченню прав на освіту, соціальні пільги та участь у громадському житті. Діти з інвалідністю мають право на рівний доступ до освіти, соціальних послуг і медичної допомоги, а соціальні працівники відіграють важливу роль посередника, адвоката та медіатора у забезпеченні дотримання цих прав, використовуючи підходи, засновані на правах людини. Одна з головних цілей соціальної роботи – сприяти інтеграції дітей з інвалідністю у суспільне життя

Соціальна робота допомагає родинам долати щоденні виклики і створює рівні можливості для дітей з інвалідністю, підтримуючи їхню соціальну інтеграцію та захист прав.

Соціальні послуги для дітей з інвалідністю є важливою частиною глобальних програм соціального захисту. У різних країнах вони спрямовані на забезпечення інклюзії, реабілітації та підтримки дітей та їхніх сімей (Столярик, Петрочко & Криницька, 2024; Baltiņš & Pūriņa, 2017; Magnusson et al., 2019; Nedzinskė, 2024; Šapalaitė, 2023). Серед популярних соціальних послуг, які наявні у світовій спільноті, варто виокремити наступні (рис. 3.1.3):

### Практичне завдання

До вас звернулася сім'я, яка виховує дитину з інвалідністю. Батьки дитини відчувають труднощі в доступі до інших соціальних та медичних послуг, не знають, як правильно організувати навчання дитини та забезпечити їй соціальну підтримку. Крім того, родина стикається зі стресом через діагноз і недолік належної підтримки з боку місцевих державних та громадських організацій.

Опишіть, як Ви будете проводити оцінку потреб дитини та її сім'ї. Які ресурси можна залучити для підтримки дитини та сім'ї?

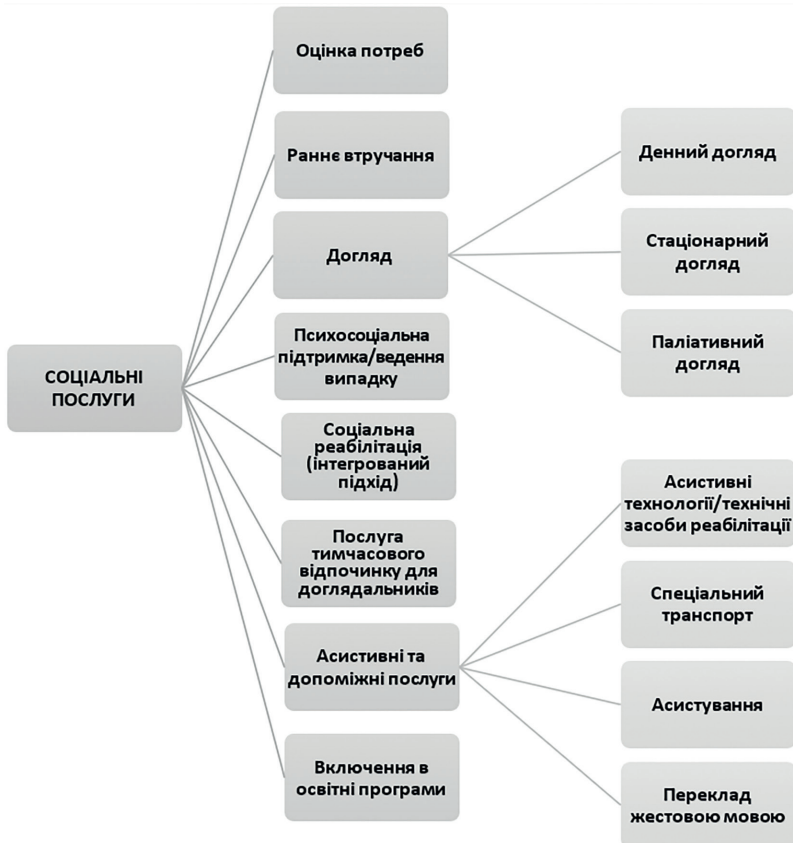


Рис. 3.1.3. Різновиди соціальних послуг для дітей з інвалідністю та їх сімей

Ключовим індикатором оцінки наданих соціальних послуг виступає якість життя сім'ї. Зростання уваги до якості життя сім'ї зміщує фокус та бачення того, як має організовуватися професійна соціальна підтримка сімей, які виховують дітей з інвалідністю (Семигіна & Столярик, 2019).

Сім'я є ключовим елементом догляду за дитиною з інвалідністю, тому соціальна робота та соціальні послуги повинні спиратися на сімейно-орієнтовані підходи та практику. Основні цілі сімейно-орієнтованої соціальної роботи охоплюють (Столярик, 2020; Столярик & Семигіна, 2022):

- участь батьків у спільному прийнятті рішень,
- співпрацю та партнерство,
- взаємну повагу (сім'я та фахівець з надання соціально-реабілітаційних послуг),
- прийняття вибору сім'ї,
- соціальну підтримку,
- фокусування на сильних сторонах сім'ї та дитини,
- індивідуальне та гнучке надання послуг,
- обмін інформацією та розширення можливостей (Столярик, 2020; Столярик & Семигіна, 2022).

При застосуванні сімейно-орієнтованого підходу в соціальній роботі сім'я виступає центральною ланкою в процесі прийняття рішень. Члени сім'ї стають головними особами, які визначають напрямок подальших дій, у той час як соціальні працівники та інші професіонали виконують роль консультантів, надаючи необхідну інформацію щодо можливостей і сильних сторін як самої сім'ї, так і дитини. Важливою складовою цього підходу є процес спільного прийняття рішень, який дає можливість розробити ефективну стратегію реабілітації дитини, враховуючи індивідуальні особливості та потреби.

Конкретні рішення, які приймаються на різних етапах реабілітації, стосуються таких важливих аспектів, як вибір методів лікування, підбір соціальної підтримки, адаптація освітніх та побутових умов для дитини. Цей підхід дозволяє не лише покращити якість життя дитини, але й сприяє зміцненню автономності сім'ї, підвищенню її благополуччя.

### **Практичне завдання**

*Дитина з порушенням зору має труднощі в самостійному пересуванні по дому. Батьки звернулися до соціального працівника за порадою щодо адаптації житла.*

*Завдання:*

*Розробити рекомендації для адаптації житлового простору, включаючи спеціальні інструменти для полегшення пересування. Питання для обговорення: Які технології та просторові зміни можуть бути впроваджені, щоб зробити будинок безпечнішим для дитини?*

Серед ключових характеристик процесу спільного прийняття рішень можна виділити відкритий діалог між усіма учасниками, взаємну повагу, довіру та орієнтацію на найкращі інтереси дитини. Взаємодія на рівних засадах між сім'єю та фахівцями гарантує більш точне врахування всіх потреб і особливостей, що дозволяє розробити індивідуальний план підтримки та реабілітації, який максимально відповідає конкретній ситуації (Столярник, 2024):

- участь обидвох сторін – сім'ї та фахівців;
- обидві сторони обмінюються інформацією, яка буде корисною та приведе до кращих результатів процесу соціальної реабілітації;
- прагнення та пошук консенсусу щодо кращої реабілітаційної стратегії;
- заходи та завдання реабілітації узгоджені, наявна спільна відповідальність (Столярник, 2024) .

Сімейно-орієнтований підхід у роботі з дітьми з інвалідністю робить акцент на активній участі родини в процесі підтримки та реабілітації. Сім'я розглядається як важливий партнер у всіх аспектах роботи з дитиною, і її залученість є критичною на кожному етапі: від планування програми реабілітації до оцінки прогресу. Це підкреслює важливість сімейного контексту у визначенні цілей та завдань реабілітаційних програм, що створює більш ефективну та індивідуалізовану допомогу. Основними формами його застосування є:

- *практика відносин;*
- *практика участі у процесі прийняття рішень.*

У таблиці 3.1.1. викладено основні принципи застосування сімейно-орієнтованої практики у роботі із сім'ями, що виховують дітей з інвалідністю. (таблиця 3.1.1.) (Столярик, 2024).

**Таблиця 3.1.1. Принципи сімейно-орієнтованої соціальної роботи із сім'ями, які виховують дітей з інвалідністю (Столярик, 2024)**

<i>Принцип</i>	<i>Пояснення змісту</i>
<i>Акцент на сім'ї як одиниці підтримки</i>	Сімейно-орієнтований підхід передбачає створення індивідуальних програм реабілітації, що враховують специфічні потреби, можливості та особливості кожної родини та дитини. Соціальні працівники й інші професіонали не лише пропонують свої знання, але й співпрацюють із сім'єю на рівних, підтримуючи її право впливати на рішення щодо методів і цілей реабілітації. Це партнерство дає можливість родині брати активну участь у кожному етапі – від вибору підходів до реабілітації до оцінки їх ефективності.
<i>Міцна сімейно-професійна співпраця</i>	Сімейно-орієнтований підхід передбачає створення індивідуальних програм реабілітації, що враховують специфічні потреби, можливості та особливості кожної родини та дитини. Соціальні працівники й інші професіонали не лише пропонують свої знання, але й співпрацюють із сім'єю на рівних, підтримуючи її право впливати на рішення щодо методів і цілей реабілітації. Це партнерство дає можливість родині брати активну участь у кожному етапі – від вибору підходів до реабілітації до оцінки їх ефективності.
<i>Надання підтримки, адаптованої до конкретних потреб сім'ї й дитини та контексту ситуації</i>	Фахівці не виступають у ролі головних експертів, які приймають остаточні рішення, а натомість допомагають родині розвивати власні знання та навички для догляду за дитиною. Це дозволяє сім'ї стати більш впевненими у власних силах і самостійними у прийнятті рішень, що відповідають конкретній ситуації та потребам дитини. Такий підхід враховує унікальні обставини, в яких перебуває кожна родина, і забезпечує індивідуалізовану підтримку, яка враховує як сімейні ресурси, так і зовнішні можливості.

<p><i>Усвідомлений вибір сім'ї та його підтримка спеціалістами</i></p>	<p>Одним із ключових аспектів сімейно-орієнтованого підходу є надання сім'ї права здійснювати вибір щодо реабілітаційних послуг, програм та методів, які найбільше відповідають їхнім потребам та цінностям. Спеціалісти допомагають родині розуміти свої права, можливості та альтернативи, забезпечуючи тим самим простір для прийняття власних рішень. Усвідомлений вибір сприяє впевненості у діях сім'ї, що, в свою чергу, підвищує ефективність реабілітаційних заходів.</p>
<p><i>Пошук, визнання та розвиток сильних сторін сім'ї й дитини</i></p>	<p>Фахівці допомагають родині виявити та розвинути внутрішні ресурси, що сприяє зростанню самостійності та впевненості у власних силах. Замість зосередження лише на проблемах, акцент робиться на тому, що родина може зробити краще, підкреслюючи її можливості й досягнення.</p>
<p><i>Робота з офіційною/ неофіційною мережею підтримки сім'ї та з членами сім'ї</i></p>	<p>Для досягнення максимальної ефективності реабілітації фахівці співпрацюють не лише з сім'єю, але й з офіційними та неофіційними мережами підтримки, що існують навколо неї. Це можуть бути інші професіонали, громади, соціальні організації, а також інші члени сім'ї. Така співпраця забезпечує комплексну підтримку і сприяє створенню міцної системи допомоги як для дитини, так і для всієї родини, полегшуючи адаптацію до нових умов життя.</p>

Сімейно-орієнтований підхід у соціальній роботі є дієвою практикою втручання, оскільки визнає важливість активної участі сім'ї у всіх аспектах роботи з дитиною, зокрема у плануванні, ухваленні рішень та оцінці прогресу. Завдяки цьому підходу родина стає повноправним учасником процесу, що дозволяє не лише покращити ефективність реабілітаційних заходів, але й значно зміцнити внутрішньо сімейні стосунки. Включення сім'ї в реабілітаційний процес позитивно впливає на емоційний клімат у родині, створюючи середовище, яке сприяє розвитку дитини та підвищенню якості її життя. Важливо, що це не лише впливає на саму дитину, але й дозволяє родині відчувати впевненість і підтримку, що сприяє поліпшенню їхнього добробуту загалом. Такий підхід також допомагає родині

більш усвідомлено підходити до виховання дитини з інвалідністю, надаючи їм необхідні інструменти для подолання викликів. Сімейно-орієнтована реабілітація також сприяє створенню більш емпатійних методів роботи з дитиною, оскільки фахівці не лише надають допомогу, але й підтримують індивідуальні потреби і цінності кожної родини. Це робить реабілітаційний процес більш гнучким і адаптованим до конкретних обставин, що значно підвищує його ефективність та гуманність.

### Питання для обміркування та дискусії

1. Які основні проблеми виникають у сім'ях, які виховують дітей з інвалідністю?
2. Як соціальні працівники можуть підтримати родини дітей з інвалідністю на ранніх етапах діагностики? Чому важливе раннє втручання?
3. Які переваги має сімейно-орієнтований підхід у соціальній роботі з дітьми з інвалідністю? Як залучення сім'ї впливає на ефективність реабілітації?
4. Як мультидисциплінарний підхід допомагає у роботі з дітьми з інвалідністю? Яка роль різних фахівців у команді супроводу?
5. Які особливості адвокації прав дітей з інвалідністю у соціальній роботі? Як соціальні працівники можуть захищати їхні права?
6. Як стрес і емоційне виснаження впливають на батьків дітей з інвалідністю? Які методи можуть допомогти зменшити цей стрес?
7. Як соціальні працівники сприяють розвитку стійкості та сильних сторін у сім'ях, що виховують дітей з інвалідністю?
8. Яка роль асистивних технологій у підвищенні якості життя дітей з інвалідністю? Як ці технології допомагають дитині бути більш незалежною?
9. Які переваги віддалених соціальних послуг, таких як онлайн-консультації та телереабілітація, для дітей з інвалідністю?
10. Як ці послуги розширюють доступність для родин, які живуть у віддалених регіонах?

## Література

1. Семигіна, Т. & Столярик, О. (2019). Якість життя сімей, які виховують дітей з аутизмом: концепція та чинники. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*, (18), 84–89.
2. Столярик, О. (2024). Сімейно-орієнтований підхід у соціальній реабілітації дітей з інвалідністю. *Матеріали конференцій МЦНД*, (12.04.2024; Дніпро, Україна), 44–46.
3. Столярик, О. (2020). Стратегії соціальної підтримки сімей, які виховують дітей з аутизмом. *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського*, № 2 (131), 45-51. <https://doi.org/10.24195/2617-6688-2020-2-6>.
4. Столярик, О., & Семигіна, Т. (2022). Соціальна робота із сім'ями, які виховують дітей з аутизмом: інтервенція з розвитку сильних сторін [Монографія]. Таллінн: Teadmus. 188 с.
5. Столярик, О., Слозанська, Г. & Криницька, І. (2023). Концепція реабілітації осіб з інвалідністю у закордонній практиці соціальної роботи: системний огляд. *Ввічливість. Humanitas*, 2 (4), 44–53. <https://doi.org/10.32782/humanitas/2023.4.7>
6. Baltiņš, M., & Pūriņa, I. (2017). Multidisciplinary teamwork in social work with families raising children with disabilities in Latvia. *Social Work and Society*, 15(2), 165-179.
7. Carter, I., Hanes, R., & MacDonald, J. (2017). *Social Work Practice and Disability Communities: An Intersectional Anti-Oppressive Approach*.
8. Magnusson, D., Sweeney, F., & Landry, M. (2019). Provision of rehabilitation services for children with disabilities living in low- and middle-income countries: A scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 41(7), 861-868.
9. Nedzinskė, V. (2024). *Vaikų reabilitacijos specialistų saviveiksmingumas reabilitacijos programų prioritetams* (Doctoral dissertation).
10. Ošapalaitė, U. (2023). *Socialinių paslaugų kokybės vertinimas: paslaugų gavėjų perspektyva* (Doctoral dissertation).



### 3.2. Реабілітація як стратегія соціальної роботи із дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями за кордоном

Інвалідність істотно впливає на щоденне життя дитини, її рутинні дії, можливості соціалізації та загальну якість життя. Вона створює потребу в отриманні реабілітаційних послуг на всіх етапах захворювання або після травм. Реабілітаційні заходи необхідні для підтримки фізичного та психосоціального розвитку дитини, оскільки інвалідність може обмежувати її здатність до самостійного виконання повсякденних функцій, участі в соціальному житті та інтеграції у навчальне середовище.

Сучасні підходи до реабілітації вийшли за межі традиційних медичних, профілактичних і лікувальних методів. Вони дедалі більше орієнтуються на еко-соціальну модель, яка розглядає дитину як частину більш широкого соціального контексту. Цей підхід сприяє не тільки фізичному відновленню, а й соціальній адаптації, забезпечуючи дитині з інвалідністю можливість залишатися максимально незалежною. Важливими аспектами стають залучення дитини до навчального процесу, соціальних активностей та участь у виконанні соціальних ролей, що підвищує її шанси на успішну інтеграцію в суспільство. Згідно з доповіддю ВООЗ «World report on disability» (2011), така широка концепція реабілітації дозволяє дітям з інвалідністю не тільки отримати допомогу, але й розвивати свої навички для самостійного життя. Це особливо важливо в умовах, коли мета полягає в тому, щоб дитина могла максимально брати участь у всіх сферах суспільного життя, зокрема в освіті та соціальних активностях (World report on disability, 2011).

Реабілітація є важливим інструментом для досягнення Цілей сталого розвитку, зокрема цілі № 3: «Забезпечення здорового способу життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці» (United Nation). Це підкреслює, що реабілітація – комплексне втручання, яке включає медичну допомогу, соціальну підтримку, освітні можливості та психологічне супроводження. Однак і у міжнародній, і у вітчизняній науці поки немає уніфікованого погляду на те, що саме включає поняття «соціальна реабілітація», особливо

стосовно дітей з інвалідністю. Відсутність єдиного розуміння механізмів надання таких послуг залишається важливим питанням для подальших досліджень.

Основою реабілітації є філософія, що кожна людина має право бути експертом у питаннях власного здоров'я. За словами Chin, Finocchiaro та Rosebrough (1998), реабілітаційний процес повинен надавати людині можливість самостійно визначати власні потреби та ухвалювати рішення щодо власного добробуту. Це означає, що клієнти соціально-реабілітаційних послуг, зокрема діти та їхні сім'ї, мають право бути активними учасниками процесу реабілітації, впливаючи на прийняття рішень про лікування та соціальну підтримку (Chin, Finocchiaro, Rosebrough, 1998).

Дослідження К. Маука (2012) звертає увагу на різницю між медичним та соціальним підходами до реабілітації. Медичний підхід зосереджений на фізичному здоров'ї та забезпеченні основних функцій життєдіяльності дитини з інвалідністю. Він спрямований на збереження життя та підтримку здоров'я. У той же час соціальний підхід до реабілітації виходить за межі суто фізичного аспекту й орієнтований на розвиток функціональної незалежності дитини, її залучення до навчального процесу, самообслуговування та соціалізації. Основна мета соціального підходу – дати дитині можливість здобути навички, необхідні для повсякденного життя, забезпечити її доступ до освіти, а також сприяти розвитку тих умінь, які допоможуть їй досягти максимальної незалежності та інтеграції в суспільство. Це дозволяє дитині з інвалідністю не лише існувати у своїх обмеженнях, але й активно взаємодіяти з довкіллям та виконувати важливі соціальні ролі. (Маук, 2012).

Отже, реабілітація у широкому значенні зосереджується на таких критеріях, як (Столярик, Слезанська & Криницька, 2023):

- досягнення *функціональної незалежності дитини* в щоденних рутинних чи діяльних (зменшення обмежень, які розглядають, як прямі наслідки розладів та порушень, пов'язаних із захворюванням);
- *менеджмент* (стримувальний контроль симптомів захворювання та їх наслідків);

- *доступність освіти і послуг* (навчання, абілітація, розвиток навичок, відпочинок, дозвілля, адвокація, підтримка, догляд);
- *залучення до участі у життєвій ситуації та соціальних стосунках, освітній діяльності* (кейс-менеджмент, соціальна адаптація, інтеграція/реінтеграція) (Столярик, Слосанська & Криницька, 2023).

Незважаючи на наведені вище індикатори, *універсального визначення поняття реабілітації досі не існує*. Її трактування варіюється залежно від контексту дослідження, зокрема в межах інвалідності, здоров'я, прав людини тощо. Науковці та дослідники використовують широкий спектр визначень, кожне з яких відображає певний аспект реабілітаційного процесу.

Питання соціальної реабілітації почало обговорюватися на політичному рівні ще у 1960-х роках. Першим значущим кроком стало закріплення терміну «реабілітація» у науковій літературі та законодавстві Комітетом експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з реабілітаційної медицини в 1969 році. Визначення, надане тоді, підкреслювало необхідність комплексного та скоординованого використання медичних, соціальних, освітніх і професійних заходів для досягнення найвищого рівня функціональних можливостей людини:

[ «...реабілітація – це комбіноване та скоординоване використання медичних, соціальних, освітніх і професійних заходів для навчання або перенавчання особи до найвищого можливого рівня її функціональної здатності...» (*Expert Committee on Medical Rehabilitation, 1969*)].

У 1981 році Комітет експертів ВООЗ із запобігання інвалідності та реабілітації ввів нове визначення, яке вперше включило соціальний аспект реабілітації. Водночас не було досягнуто цілісного розуміння соціальної реабілітації. У своєму звіті Комітет зазначав, що реабілітація включає заходи, спрямовані на *зменшення впливу станів, що призводять до інвалідності та наслідків, пов'язаних із нею* (Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation, 1981).

Запровадження *Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я* (ICF) у 2001 році докорінно змінило парадигму розуміння інвалідності. Згідно з цією класифікацією, інвалідність розглядається як складний процес взаємодії функціональних можливостей людини та контекстуальних факторів середовища. Така зміна підходу означає, що реабілітація має враховувати не лише медичну діагностику та лікування, а й соціальний контекст, у якому живе людина. Відхід від суто медичної моделі до соціальної моделі інвалідності відкрив нові перспективи в трактуванні поняття реабілітації. Дослідники дійшли висновку, що інвалідність є складним і багатовимірним явищем, яке не можна оцінювати тільки через фізичні обмеження. Вона повинна розглядатися в контексті життєвих ситуацій, де відбувається взаємодія між особою та середовищем.

Цей підхід зміцнила і Організація Об'єднаних Націй у 2006 році, прийнявши Конвенцію про права осіб з інвалідністю. У цьому документі соціальний аспект реабілітації був визнаний на законодавчому рівні, що легітимізувало соціальні підходи до реабілітаційного процесу (United Nation: Convention on the rights of persons with disabilities, 2006).

### **Практичне завдання**

*Олександр, 7 років, має порушення слуху, через яке він відстає в навчанні та соціальній інтеграції. Медична модель зосереджена на корекції слуху за допомогою слухового апарату, але соціальна реабілітація виходить за межі цього підходу. Вона включає доступ до спеціальної освіти, розвиток комунікативних навичок через жестову мову та підтримку його сім'ї в адаптації до нових умов навчання. Розробка індивідуальної освітньої програми допомагає Олександрові не лише у навчанні, а й у соціальній взаємодії.*

*Як участь сім'ї у реабілітаційному процесі допоможе Олександрові адаптуватися до шкільного середовища?*

Реабілітацію тепер розглядають як комплексний набір послуг та програм, які допомагають дорослим і дітям з травмами або

захворюваннями, що призвели до порушення фізичних, психологічних, соціальних або професійних функцій. Фактична практика соціальної реабілітації включає широкий спектр послуг, таких як соціальна діагностика та оцінка, терапія, консультування та коучинг, освіта, професійне навчання, рекреаційна діяльність (Lubkin & Larsen, 2006).

Реабілітація є однією з ключових стратегій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка включає комплекс заходів, спрямованих на підтримку людей з інвалідністю або тих, хто має ризики її розвитку. Вона покликана допомагати таким особам зберегти або відновлювати максимально можливий рівень соціального функціонування, враховуючи їхню взаємодію з навколишнім середовищем. Мета реабілітації полягає не лише в медичному відновленні, але й у поліпшенні якості життя, наданні можливості брати участь у суспільному житті та адаптації до соціальних умов. ВООЗ розглядає реабілітацію як невід'ємну частину глобальної стратегії охорони здоров'я, що спрямована на інтеграцію людей з інвалідністю в соціальне та професійне середовище. Реабілітаційні заходи сприяють тому, щоб людина могла максимально реалізувати свій потенціал, незважаючи на наявні обмеження, підтримуючи її автономію та незалежність. (Bethge, Von Groote, Giustini, Gutenbrunner, 2014).

[Отож можна резюмувати, що реабілітація є комплексом втручань (медичних, освітніх, соціальних, професійних), спрямованих на оптимізацію функціонування осіб та дітей з інвалідністю у взаємодії з їхнім оточенням задля піднесення їх автономії, добробуту та якості життя (Столярник, Слезанська & Криницька, 2023)].

Реабілітація є важливою складовою процесу відновлення функціонування дитини з інвалідністю, проте її необхідність може варіюватися залежно від конкретних обставин. Це не завжди тривалий чи регулярний процес, і в деяких випадках реабілітація може мати епізодичний характер, що залежить від поточних потреб дитини. Вона спрямована на відновлення, запобігання або уповільнення погіршення

функціональних можливостей дитини (сенсорних, фізичних, інтелектуальних, психічних, когнітивних або соціальних), а також підтримує її сім'ю, визнаючи їх як ключових експертів у власному житті.

Такий підхід заснований на визнанні **біопсихосоціальної моделі реабілітації**, яка розглядає кожну дитину з інвалідністю як унікального індивіда з конкретним життєвим контекстом, а не лише з погляду її медичних показників. Науковець Д. Вейд наголошує на важливості залучення дитини та її родини до процесу реабілітації, адже це дозволяє їм максимально розкрити свій потенціал, зміцнює сильні сторони та сприяє активній участі у процесі відновлення. Він підкреслює важливість біопсихосоціального підходу, який ґрунтується на взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників, що впливають на стан здоров'я і функціонування дитини. Основні принципи, на яких базується підхід до реабілітації за Вейдом, включають (Wade, 2020):

- наявність *мультидисциплінарної команди експертів*, які використовують структуровані протоколи для забезпечення послідовного комплексного підходу у наданні реабілітаційних послуг та мінімізують ризики структурної дискримінації дитини з інвалідністю та членів її сім'ї;
- проведенні *комплексної (цілісної) первинної (діагностичної) оцінки* для розуміння життєвої ситуації та контексту клієнта, усвідомлення факторів, які на неї впливають, та факторів, що можуть визначати процес реабілітаційного втручання;
- використання *комбінованих втручань*, що будуть *адаптовані* до конкретної дитини та сім'ї та їх життєвого контексту, в тому числі з врахуванням функціональних можливостей, а не інвалідності;
- регулярний *моніторинг змін*, що виникають у зв'язку з цими втручаннями, їх відповідність цілям реабілітації та перевірка потенційної шкоди (Столярик, Слозанська & Криницька, 2023).

Дослідник Дж. Дітц (Dietz, 1980) описав чотири елементи реабілітації для широкого спектру порушень, які можуть використовуватися як окремо, так і в комплексі задля вищої ефективності процесу (табл. 3.2.1):

**Таблиця 3.2.1. Елементи (види) реабілітації за Дж. Дітцом (Dietz, 1980; Столярик, Слозанська & Криницька, 2023)**

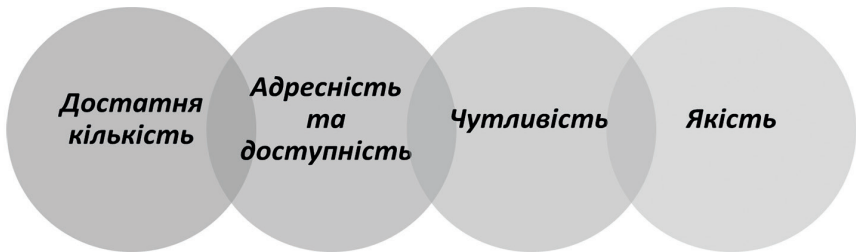
<b>ПРОФІЛАКТИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ</b>
Комплекс послуг, який надається невідкладно (після встановлення діагнозу чи виявлення захворювання) задля попередження появи нових порушень чи погіршення функціональності. Послуги включають просвітницьку діяльність, спрямовану на надання клієнту знань, що сприятимуть розумінню впливу захворювання чи інвалідності на загальний стан здоров'я чи самопочуття, усвідомленню змін, пов'язаних із діагнозом, що відбулися або можуть відбутися у житті клієнта, формуванню навичок самоменеджменту та підтримувального самоконтролю за захворюванням, щоб зберегти автономію та незалежність.
<b>ВІДНОВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ</b>
Втручання, спрямовані на максимальне відновлення порушених чи втрачених функцій. Сюди можна віднести послуги, які спрямовані на корекцію наслідків інвалідності для здоров'я чи психосоціального самопочуття індивіда.
<b>ПІДТРИМУВАЛЬНА («АДАПТИВНА») РЕАБІЛІТАЦІЯ</b>
Послуги, спрямовані на підвищення здатності клієнта до самообслуговування та посилення його мобільності з використанням допоміжних технічних пристроїв чи засобів самопомоги, а також використання методів навчання альтернативним діям чи компенсаторним стратегіям. Також сюди входять послуги, спрямовані на модифікацію екосоціального середовища задля посилення функціональної автономії індивіда.
<b>ПАЛІАТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ</b>
Послуги, орієнтовані на задоволення фізичних, психологічних, соціальних потреб особи з інвалідністю, що підносить якість її життя шляхом полегшення симптомів захворювання, підвищення психологічної стійкості та добробуту, використанням технік релаксації та інтервенції, спрямованих на підтримку прав людини, гідності і якості життя.

Реабілітаційні послуги, будучи невід'ємною частиною концепції інклюзивного здоров'я, ґрунтуються на основних принципах,

визначених ВООЗ. Ці принципи спрямовані на забезпечення ефективності, доступності та якості реабілітаційної допомоги (De Secco et al., 2023):

- Достатня кількість. Реабілітаційні послуги повинні бути доступними у достатньому обсязі, щоб задовольнити потреби всіх осіб, які цього потребують.
- Адресність і доступність. Послуги мають бути орієнтовані на конкретні потреби клієнтів, а також бути фінансово доступними, легко досяжними географічно та фізично, без бар'єрів дискримінаційного характеру.
- Чутливість. Це означає, що реабілітаційні втручання повинні враховувати етичні стандарти, бути чутливими до соціального контексту, культурних особливостей, статевої та гендерної ідентичності, віку і етапу життєвого циклу кожної людини.
- Якість. Послуги повинні відповідати високим стандартам якості, базуватися на сучасних наукових досягненнях і найкращій практиці, що гарантує ефективність втручань і довгострокові результати.

Рис. 3.2.1. Принципи реабілітаційних втручань у соціальній роботі (De Secco et al., 2023)



Дослідник Д. Вейд вважає, що реабілітація могла б бути більш ефективною, якби медичні служби системно співпрацювали з іншими фахівцями, здатними полегшити симптоми захворювань дитини і підвищити її якість життя (Wade, 2020). Така міждисциплінарна співпраця могла б забезпечити всебічний підхід до реабілітації, що сприяло б не лише поліпшенню здоров'я, але й загальному добробуту дитини (Wade, 2020).



[...Незалежно від того, хто є *бенефіціаром* (хто надає послуги реабілітації?), чи контексту, у якому здійснюється реабілітація (де надаються послуги реабілітації?), функція оптимізації є кінцевою метою, що має важливе значення для добробуту клієнта незалежно від стану здоров'я...] (Столярик, Слозанська & Криницька, 2023).

Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, ратифікована більш ніж 170 країнами, підкреслює, що діти, підлітки та дорослі з інвалідністю є тими, хто має тривалі фізичні, психічні, інтелектуальні або сенсорні порушення, і часто стикаються з бар'єрами, які ускладнюють їхню повну участь у житті суспільства на рівні з іншими (ООН, 2006). Документ також підкреслює, що діти з інвалідністю мають право на особливий захист їх безпеки в ситуаціях ризику, включаючи збройний конфлікт, надзвичайні ситуації та стихійні лиха, а дитяча інвалідність є глобальним пріоритетом охорони здоров'я.

**Реабілітаційні послуги** – комплексні сервісні втручання (медичні, освітні, соціальні), спрямовані на відновлення, компенсацію та збереження життєвих навичок, які могли бути втрачені внаслідок вразливості дитини, пов'язані із наявністю чи ризиком інвалідності, захворювання чи травми, що впливають на розвиток її фізичної, інтелектуальної, сенсорної, соціальної, навчальної, професійної самоефективності та спроможності. Потреба в реабілітаційних послугах визначається на основі оцінки потреб дитини з інвалідністю та членів її сім'ї (батьків, опікунів) (Столярик, Слозанська & Криницька, 2023).

Реабілітаційні послуги можуть включати, але не обмежуються наступними послугами (Столярик, Слозанська & Криницька, 2023):

- *медичні послуги* (терапія, медикаментозне лікування, дієтологія);
- *фізична терапія* (фізіотерапія, ерготерапія, сенсорна реабілітація, мануальна терапія);
- *психологічна реабілітація* (психотерапія, психосоціальне втручання);

- *освітня реабілітація* (логопедія, корекція, асистування);
- *соціальна реабілітація* (кейс-менеджмент, соціальна адаптація та адаптація (модифікація) середовища для зниження бар'єрів, соціальна інтеграція/соціальна реінтеграція, догляд вдома, денний догляд, розвиток соціальних навичок (абілітація) та навичок самообслуговування, соціальний супровід під час навчання/працевлаштування, консультування, жестова мова, адвокація та представництво інтересів, кризові втручання тощо);
- *реабілітація за допомогою технічних засобів* (протезування, ортодонтія, ортопедія, імплантація, допоміжні технічні засоби та пристрої).

Надання реабілітаційних послуг особам, включаючи дітей з інвалідністю, базується на інтегрованому підході, який передбачає комплексну та систематичну організацію різних видів послуг. Цей підхід передбачає, що реабілітаційні заходи повинні бути взаємодоповнювальними та за необхідності підкріплюватися використанням допоміжних технологій. Основними цілями реабілітації є:

- *попередження* втрати функції – реабілітація, спрямована на профілактику можливих функціональних порушень;
- *сповільнення темпів втрати* функцій – завдяки реабілітації можна уповільнити процеси погіршення фізичних або інтелектуальних можливостей;
- *поліпшення або відновлення* функції – одним із завдань є часткове або повне відновлення втрачених здібностей через цілеспрямовані втручання;
- *компенсація* втрати функції (компенсаторні стратегії) – у випадках, коли відновлення неможливе, застосовуються компенсаторні стратегії, що допомагають дитині адаптуватися до нових умов життя.

Реабілітація також включає *розвиток навичок (абілітацію)*, які допомагають долати бар'єри, пов'язані з інвалідністю, сприяють відновленню соціальної ролі та активній участі в суспільному житті. Особлива увага приділяється збереженню автономії та незалежності дитини, підвищенню її продуктивності та участі в повсякденній діяльності (De Sacco et al., 2023).

Важливою рисою реабілітації є її **превентивний характер**. Вона допомагає скоротити тривалість перебування в стаціонарних медичних закладах, знижує потребу в медичних послугах та зменшує ризик повторних госпіталізацій. Крім того, реабілітаційні послуги підвищують рівень самостійності дитини з інвалідністю, сприяють розвитку навичок самоконтролю за власним здоров'ям та зменшують навантаження на членів сім'ї або опікунів. Вони також допомагають дитині повернутися до виконання соціальних ролей та звичної діяльності, які відповідають її віку, статі та соціальному контексту. Реабілітаційні послуги зосереджуються на наступних підходах (Столярик, Слозанська & Криницька, 2023):

- **Орієнтація на результати та цілі, встановлені клієнтом.** У реабілітаційному процесі важливою є активна участь дитини з інвалідністю та її сім'ї. Саме вони визначають пріоритети та цілі, яких прагнуть досягти в рамках реабілітації.
- **Увага до потреб і сильних сторін.** Реабілітація фокусується не на діагнозі або порушеннях, а на індивідуальних потребах та сильних сторонах дитини і сім'ї. Це дозволяє побудувати більш ефективну стратегію допомоги.
- **Активний та стимулювальний характер реабілітації.** Вона не обмежується пасивним доглядом, а навпаки – спрямована на залучення дитини до активних дій, що допомагають досягти позитивних результатів.
- **Мультидисциплінарний підхід.** Реабілітація є складним процесом, тому залучає фахівців з різних галузей – медичної, психологічної, освітньої та соціальної. Мультидисциплінарна команда працює над досягненням високих цілей, що орієнтовані на конкретний результат, важливий для дитини та її сім'ї.
- **Інтеграція соціальних та інших спеціалізованих послуг.** Реабілітаційний процес поєднує соціальні та інші професійні втручання, що дозволяє врахувати всі аспекти життя дитини. Такий підхід сприяє максимальній реалізації її прав і можливостей, допомагаючи досягти повноцінної участі в житті суспільства (Столярик, Слозанська & Криницька, 2023).

### **Практичне завдання**

Розробити план роботи мультидисциплінарної команди (медики, соціальні працівники, психологи) для дитини з ДЦП. Включити в нього як медичні, так і соціальні аспекти. Питання: Як синхронізувати роботу різних фахівців для досягнення максимальної функціональної незалежності дитини?

**Мультидисциплінарна команда**, яка забезпечує надання реабілітаційних послуг, є ключовим елементом успішної підтримки дітей з інвалідністю. До її складу можуть входити різні фахівці, кожен з яких вносить свій професійний внесок у процес реабілітації (Magnusson, Sweeney, Landry, 2019):

- *фахівці з реабілітації* (медичні працівники, реабілітологи, ерготерапевти, психологи, соціальні працівники), що мають професійну освіту та кваліфікацію, яка дозволяє їм здійснювати комплексні втручання для відновлення функцій та розвитку дітей з інвалідністю;
- *неспеціалісти чи парaproфесіонали* (наприклад, громадські медичні працівники, ком'юніті працівники, волонтери), які не мають формальної освіти, але пройшли спеціальну підготовку та працюють у тісній взаємодії з професійними фахівцями;
- *особи, які здійснюють догляд* за дитиною з інвалідністю та залучені до реабілітаційного процесу, як-от члени сім'ї, батьки, опікуни, законні представники дитини тощо, оскільки вони відіграють важливу роль у реабілітаційному процесі, тому що забезпечують постійний догляд, підтримують виконання реабілітаційних рекомендацій і активно залучені до планування та реалізації реабілітаційних заходів (Magnusson, Sweeney, Landry, 2019).

В науковій літературі можна відстежити тенденцію у зростанні уваги до проблеми дослідження реабілітації дітей з інвалідністю за участю громади (Magnusson, Sweeney, Landry, 2019), а окремі дослідники виокремлюють поняття **«реабілітаційна послуга в громаді»** – як частину стратегії соціального розвитку громади, яка розроблена

для осіб з інвалідністю та їхніх сімей. Реабілітаційна послуга в громаді спирається на оцінку послуг, що пропонуються як самими особами з інвалідністю, так і членами сім'ї, що здійснюють догляд (Fentanew et al.,2021).

Соціально-реабілітаційні послуги покликані звести до мінімуму вплив інвалідності на життєдіяльність та добробут дитини та її сім'ї, а у випадку, якщо це неможливо, навчити дитину та її батьків ефективним копінг-стратегіям, які дозволять долати життєві виклики, пов'язані з інвалідністю, з найменшими наслідками для їхнього благополуччя.

### **Практичне завдання**

*Створити програму навчання для батьків, щоб допомогти їм розвинути навички догляду за дитиною та поліпшити комунікацію з фахівцями. Питання: Як залучити батьків до активної участі у реабілітаційному процесі та забезпечити їх інформаційною підтримкою?*

Соціальні послуги, що спрямовані на підтримку дітей з інвалідністю та їх сімей, мають на меті розвивати навички, які підвищують їхню незалежність і автономність від зовнішніх джерел допомоги. Важливим аспектом є максимальний розвиток здібностей, талантів та можливостей дитини з інвалідністю, що сприятиме покращенню якості життя всієї сім'ї. Основні завдання таких послуг включають розвиток самообслуговування, підвищення життєстійкості та загального добробуту родини. Соціальна реабілітація може надаватися шляхом підвищення мотивації батьків та залучення сім'ї до процесу прийняття рішень стосовно добробуту та здоров'я їхньої дитини, навчання та розвитку батьківської самоефективності, коучингу, управління справами, ведення випадку, представництва інтересів чи адвокації, створення програм з формування навичок, що підвищують життєстійкість сім'ї, а також програм соціальної підтримки (табл.3.2.2.).

**Таблиця 3.2.2.** Цілі соціально-реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю та членів їх сімей (Столярик, Слозанська & Криницька, 2023; Столярик, 2024)

Ціль	Зміст
<i>Зростання обізнаності сімей щодо можливостей реабілітації, які наявні в громаді, та її зміст</i>	Інформування про існуючі послуги та картування громади за надавачами реабілітаційних послуг, інформування, консультування, скерування чи переадресація
<i>Допомога дитині з обмеженими можливостями та членам її сім'ї виконувати різні види діяльності (рутини), пов'язані з повсякденним життям</i>	Догляд вдома, денний догляд, розвиток навичок самообслуговування та гігієни у дитини, допомога у веденні господарства членам сім'ї, закупівля ліків чи продуктів харчування
<i>Допомога у забезпеченні базових потреб</i>	Надання необхідної матеріальної/натуральної допомоги, забезпечення технічними засобами реабілітації та ліками, спеціальним одягом чи взуттям, за потреби, залучення до заходів медичної та фізичної реабілітації, зокрема медикаментозні втручання, ерготерапія чи лікувальна фізкультура тощо
<i>Допомога у розвитку потенціалу дитини та членів її сім'ї</i>	Розвиток навичок дитини та батьків, що підвищать їхню автономність та знизять потребу соціальної підтримки, підвищення батьківської компетентності, розвиток потенціалу, навчання ефективних стратегій підвищення якості їхнього життя з урахуванням їх можливостей та інтересів
<i>Наставництво</i>	Менторська підтримка як самої дитини з інвалідністю, так і членів її сім'ї

Інформаційна підтримка сім'ї	Допомога клієнтам в отриманні інформації, ведення випадку сім'ї, консультування із залученням необхідних спеціалістів, посередництво з членами реабілітаційної команди, побудова підтримувальних соціальних мереж у громаді тощо
------------------------------	--

Отже, соціально-реабілітаційні послуги в громаді повинні бути адресованими і ґрунтуватися на клієнтській перспективі, що передбачає застосування сімейно-центрованого підходу. Вони мають враховувати життєвий досвід родин у подоланні викликів, пов'язаних з інвалідністю дитини, і бути адаптованими до їхніх індивідуальних потреб. Соціальна реабілітація повинна бути міждисциплінарною, комплексно інтегрованою і зосередженою на наданні інформаційної підтримки, підвищенні обізнаності сімей щодо реабілітації дітей з порушеннями розвитку. Ключовим аспектом таких послуг є задоволення базових потреб дитини та її сім'ї, сприяння їх автономності й незалежності у виконанні повсякденних справ. Крім того, соціальна реабілітація повинна розвивати потенціал як дитини, так і її родини, зокрема шляхом підвищення компетентності батьків, навчання їх ефективних копінг-стратегій долаття життєвих негараздів. Не менш важливою є побудова підтримувального середовища в громаді, яке сприяло б інтеграції сімей і надавало їм додаткові ресурси для подолання труднощів.

### Питання для обміркування та дискусії

1. Як екосоціальна модель реабілітації змінює підходи до підтримки дітей з інвалідністю?
2. Які переваги має залучення дітей з інвалідністю до соціальних та навчальних процесів у порівнянні з традиційними реабілітаційними підходами?
3. Чому, на вашу думку, соціальна реабілітація в різних країнах має неоднакові і визначення та підходи?
4. Як реабілітаційні послуги можуть сприяти досягненню Цілей сталого розвитку, зокрема цілі № 3?

5. Як біопсихосоціальна модель впливає на реабілітаційний процес дітей з інвалідністю?
6. Яким чином мультидисциплінарні команди фахівців можуть поліпшити якість реабілітації дітей з інвалідністю?
7. Які ключові елементи реабілітації, описані Дж. Дітцом, є найбільш ефективними для дітей з інвалідністю?
8. Як впливає інституціоналізація реабілітаційних послуг на життя дітей з інвалідністю та їхніх сімей?
9. Які труднощі можуть виникати під час впровадження програм раннього втручання у віддалених регіонах?
10. Як соціальна реабілітація може сприяти розвитку навичок самостійного життя у дітей з інвалідністю?
11. Як реабілітаційні програми можуть враховувати індивідуальні потреби та сильні сторони кожної дитини?
12. Яким чином міжнародні організації можуть вплинути на розвиток реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю?

## Література

1. Столярик, О. (2024). Сімейно-орієнтований підхід у соціальній реабілітації дітей з інвалідністю. *Матеріали конференцій МЦНД*, (12.04.2024; Дніпро, Україна), 44–46.
2. Столярик, О., Слозанська, Г. & Криницька, І. (2023). Концепція реабілітації осіб з інвалідністю у закордонній практиці соціальної роботи: системний огляд. *Ввічливість. Humanitas*, 2 (4), 44–53. <https://doi.org/10.32782/humanitas/2023.4.7>
3. Bethge, M., Von Groote, P., Giustini, A., & Gutenbrunner, C. (2014). The World Report on Disability: a challenge for rehabilitation medicine. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 93(1), S4-S11.
4. Chin, P., Finocchiaro, D. N., & Rosebrough, A. (1998). Rehabilitation nursing practice. (*No Title*).
5. De Cecco, M., Luchetti, A., Butaslac III, I., Pilla, F., Guandalini, G. M. A., Bonavita, J., ... & Hirokazu, K. (2023). Sharing Augmented Reality between a Patient and a Clinician for Assessment and Rehabilitation in Daily Living Activities. *Information*, 14(4), 204.



6. Dietz, J. (1980). Adaptive rehabilitation of the cancer patient. *Current problems in cancer*, 5(5), 1-56.
7. Fentanew, M., Yitayal, M. M., Chala, K. N., & Kassa, T. (2021). Magnitude of satisfaction and associated factors among caregivers of children with disabilities towards community-based rehabilitation service in central and north Gondar zone, Northwest Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2565-2575.
8. Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (Eds.). (2006). *Chronic illness: Impact and interventions*. Jones & Bartlett Learning.
9. Magnusson, D., Sweeney, F., & Landry, M. (2019). Provision of rehabilitation services for children with disabilities living in low- and middle-income countries: A scoping review. *Disability and rehabilitation*, 41(7), 861-868.
10. Mauk, K. L. (2012). Overview of rehabilitation. *Rehabilitation nursing: A contemporary approach to practice*. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
11. United Nations. (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
12. United Nations. (n.d.). *Sustainable development goals*. United Nations. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
13. Wade, D. T. (2020). What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clinical rehabilitation*, 34(5), 571-583.
14. WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation. (1981). *Technical report series 668*. World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40896/WHO\\_TRS\\_668.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40896/WHO_TRS_668.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation. (1969). *Technical report series 419*. World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40738/WHO\\_TRS\\_419.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40738/WHO_TRS_419.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
16. World Health Organization. (2011). *World report on disability 2011*. Geneva: World Health Organization.

### 3.3. Соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю та їхніх сімей у країнах Балтії

Розвиток соціальної роботи з дітьми з інвалідністю у країнах Балтії (Литві, Латвії та Естонії) відбувався паралельно з реформуванням соціальної сфери та впровадженням міжнародних стандартів у галузі прав людини. В усіх трьох країнах спостерігалося динамічне впровадження інклюзивної освіти та створення сприятливих умов для соціалізації дітей з інвалідністю. У школах з'явилися спеціальні програми, а соціальні працівники стали членами міждисциплінарних команд підтримки дітей з інвалідністю в освітніх закладах.

У рамках співпраці з ЄС та міжнародними організаціями (наприклад ООН) країни Балтії прийняли стандарти щодо прав людей з інвалідністю. Це сприяло створенню правової основи для більш ефективної соціальної роботи з дітьми з інвалідністю. Впродовж останніх років значно збільшилася кількість реабілітаційних центрів і програм для дітей з інвалідністю, які базуються на інтегрованому біопсихосоціальному підході та комбінують як соціальні, медичні, психологічні, так і освітні втручання, що дозволяє покращувати якість життя таких дітей і робить послуги більш якісними та доступними. Важливим елементом соціальної роботи стало надання допомоги не тільки дітям, але і їхнім сім'ям. Це включає консультації, допомогу з доглядом, а також фінансову підтримку для покриття витрат, пов'язаних з інвалідністю дитини.

#### 3.3.1. Соціально-реабілітаційні послуги у Литві

Система соціальної роботи з сім'ями, що виховують дітей з інвалідністю у Литві, заснована на інтегрованому підході, який передбачає співпрацю різних інституцій, включаючи державні, місцеві органи влади та неурядові організації. Основними принципами цієї системи є соціальна інклюзія, підтримка сім'ї, мультидисциплінарний підхід та права людини.

1. **Соціальна інклюзія.** Литва активно працює над розвитком інклюзивної освіти та соціальної інтеграції дітей з інвалідністю. Закони Литви гарантують доступ до навчання у загальноосвітніх

школах для всіх дітей з інвалідністю, що сприяє їхньому соціальному розвитку та інтеграції у громаду (Jokubauskaitė & Stankūnienė, 2019).

2. **Підтримка сім'ї.** Сім'ї, що виховують дітей з інвалідністю, отримують різні види допомоги, включаючи фінансову підтримку, психологічну допомогу, соціальні послуги та консультування. Зокрема, держава надає соціальних працівників, які допомагають сім'ям адаптуватися до викликів, пов'язаних з вихованням дітей з особливими потребами (Ruseckaitė, 2017).

3. **Мультидисциплінарний підхід.** У Литві впроваджено систему роботи, яка передбачає залучення різних фахівців – медичних працівників, психологів, соціальних працівників, педагогів — для надання комплексної допомоги дитині та її сім'ї. Така співпраця забезпечує всебічний підхід до розвитку дитини та вирішення проблем сім'ї (Juodaitytė & Ruškus, 2018).

4. **Захист прав людини.** Литовська правова система забезпечує права дітей з інвалідністю на рівні з іншими громадянами. Особливий акцент робиться на активній участі сімей у процесі прийняття рішень щодо соціальних послуг, які вони отримують, а також на адвокації прав таких сімей (Pivorienė, 2018).

### **Практичне завдання**

*Проведіть аналіз соціальної підтримки для сімей, що виховують дітей з інвалідністю в Литві, використовуючи сайт Міністерства соціального забезпечення Литви*

У Литві діти з інвалідністю мають доступ до різноманітних соціально-реабілітаційних послуг, які включають програми соціальної інтеграції, соціальну реабілітацію, технічні засоби реабілітації та психосоціальну підтримку для сімей. Ця система також орієнтована на забезпечення рівного доступу дітей з інвалідністю до освітніх програм як у звичайних, так і у спеціальних навчальних закладах (Gutauskienė, 2020; Kreiviniene et al., 2021).

Важливим аспектом системи соціальних послуг можна вважати законодавче забезпечення прав дітей з інвалідністю. Основним

законодавчим актом, що регулює соціально-реабілітаційні послуги в Литві, є **Закон про соціальні послуги** (Šaralaitė, 2023). Інші нормативні акти та урядові постанови також регулюють окремі аспекти соціального захисту та надання послуг. Варто зауважити, що усі наявні реабілітаційні програми для дітей з інвалідністю у Литві є **акредитованими**. Литва також активно впроваджує інклюзивну освіту, що сприяє інтеграції дітей з інвалідністю у суспільство (Mincė, 2023).

Основні види соціально-реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю у Литві включають (Столярик, Петрочко & Криницька, 2024) розкрито у таблиці 3.3.1.1.

**Таблиця 3.3.1.1. Соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю у Литві (Столярик, Петрочко & Криницька, 2024)**

<b>1. Соціальний догляд (socialinės globos paslaugos)</b>
* Здійснюють центри, що забезпечують стаціонарне перебування дітей з інвалідністю та догляд за ними у випадку проходження реабілітації. Ці послуги надаються з урахуванням індивідуальної оцінки потреб дитини у соціальному догляді, що здійснюється командою фахівців-експертів. Соціальний догляд може включати:
– <b>денний соціальний догляд (dienos socialinė globa)</b> : центри, що забезпечують денну підтримку та догляд за дітьми з інвалідністю впродовж робочого дня;
– <b>короткочасний соціальний догляд (trumpalaikė socialinė globa)</b> : тимчасова підтримка та догляд у періоди, коли основний догляд чи сімейна підтримка недоступні;
– <b>тривалий соціальний догляд (ilgalaikė socialinė globa)</b> : довготривала підтримка для дітей з інвалідністю, яка потребує стійкого догляду та підтримки у повсякденному житті.
– <b>тимчасовий перепочинок для батьків (laikinas atokvėpis)</b> : можливість для батьків відпочити, коли вони здійснюють догляд за дітьми з інвалідністю.

## **2. Реабілітаційні послуги (reabilitacijos paslaugos):**

– **соціальну реабілітацію (socialinė reabilitacija):** сприяння соціальної інтеграції дитини через навчання соціальних навичок, встановлення соціальних зв'язків та активну участь у суспільному житті;

– **медичну реабілітацію (medicininė reabilitacija):** надання медичної підтримки та терапевтичних втручань для поліпшення фізичного стану дитини.

За потреби також для дитини та сім'ї можуть бути надані додаткові послуги:

- *супровід та/або організація транспорту;*
- *розвиток рухових навичок;*
- *персональне тимчасове асистування;*
- *індивідуальна та/або групова емоційно-психологічна допомога;*
- *включення до груп взаємопідтримки (Nedzinskė, 2024).*

Важливо підкреслити, що батьки також активно залучаються до реабілітаційних послуг. Програми побудовані з урахуванням сильних сторін дитини та її сім'ї, а також можливостей підтримки з боку родини та громади. Під час реабілітації особлива увага приділяється навчанню членів сім'ї ефективним способам комунікації з дитиною, підтримці її розвитку та впровадженню рекомендацій медичних і соціальних фахівців у домашніх умовах. Цей підхід сприяє створенню цілісного середовища для розвитку дитини, де сім'я відіграє ключову роль.

Ось кілька прикладів соціальних проєктів для дітей з інвалідністю та їхніх сімей у Литві:

Проєкт «Даючи надію». Цей проєкт спрямований на допомогу дітям з інвалідністю через інтеграцію їх у загальноосвітні школи. Однією з таких шкіл є заклад у місті Плунге, де створено спеціальні умови для дітей з обмеженими можливостями, включаючи спеціальні класи, зони для релаксації та терапевтичні сесії, такі як арт-терапія. Важливий аспект проєкту — це забезпечення навчання та соціальної інтеграції, що дозволяє дітям вчитися разом з однолітками (Liberties, 2021).

Ініціативи Литовської асоціації людей з інвалідністю (LAPD). Ця організація щороку реалізує близько 20 проєктів, спрямованих на підтримку дітей з інвалідністю та їхніх родин. Проєкти включають навчальні табори з розвитком навичок незалежного життя, тренінги для батьків, а також заходи, що сприяють покращенню доступності громадських просторів і соціальної інтеграції (LAPD, 2023).

Програма соціальної підтримки родин дітей з інвалідністю. Литовська програма підтримки сімей з дітьми з інвалідністю зосереджена на наданні консультацій та соціальної допомоги, включаючи психологічні та реабілітаційні послуги, щоб допомогти батькам краще зрозуміти потреби своїх дітей і полегшити інтеграцію дитини в суспільство (European Social Fund Plus, 2023).

У Литві діють спеціалізовані **відділення ранньої реабілітації**, орієнтовані на підтримку розвитку дітей, які мають ризик порушень або вже стикнулися з ними з раннього віку. Ці відділення забезпечують інтегровану допомогу, подібну до послуг раннього втручання, поєднуючи соціальні, медичні, освітні та психологічні підходи в реабілітаційних програмах. Основними завданнями таких відділень є:

- діагностика та терапевтичні втручання: оцінка розвитку дитини та визначення потреб у реабілітаційних заходах;
- аналіз батьківсько-дитячих відносин: клінічне спостереження за спілкуванням та грою батьків і дитини для виявлення особливостей і рекомендацій щодо правильної взаємодії і управління поведінкою дитини;
- психологічна підтримка: надання терапевтичних втручань, поведінкової терапії та підтримки сім'ї;
- мультидисциплінарна підтримка: залучення фахівців різних спеціальностей (фізіотерапевт, логопед, кінезіолог, реабілітолог) для надання комплексних методів втручання, таких як групова ігрова терапія, терапія Монтессорі, музикотерапія, арт-терапія тощо;
- надання компенсаторного обладнання та засобів реабілітації: забезпечення необхідними технічними засобами та пристроями для покращення фізичних та когнітивних можливостей дитини (Kirvelaitis, 2024).

Ключову роль у підтримці сімей з дітьми з інвалідністю у Литві відіграють соціальні працівники, які надають комплексну підтримку у долатті соціальних, психологічних та життєвих викликів, пов'язаних з вихованням та доглядом за дитиною. Також соціальні працівники інформують сім'ї про наявність державних та громадських організацій, що надають підтримку, а також про законодавство щодо соціальної підтримки та доступність програм ранньої реабілітації та освітніх закладів. Спільна робота з фахівцем сприяє підвищенню батьківської компетентності та розширенню прав і можливостей сімей (Столярик, Петрочко & Криницька, 2024).

Соціальна реабілітація дітей з інвалідністю у Литві включає два основні напрямки діяльності фахівців мультидисциплінарної команди:

- **Підтримка соціальних та повсякденних навичок для самостійного життя:** це включає допомогу у формуванні самостійності, розвиток навичок (абілітація) та відновлення (реабілітація). Фахівці також навчають батьків практичних навичок для вирішення проблем, що виникають під час виховання та догляду за дитиною;
- **Включення дитини з інвалідністю до інклюзивного навчання та освітніх програм:** діти з інвалідністю інтегруються в інклюзивні навчальні програми, а соціальні працівники та інші фахівці надають підтримку педагогам у створенні сприятливого освітнього середовища (Столярик, Петрочко & Криницька, 2024).

Отже, у Литві система соціально-реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю ретельно побудована на інтегрованому підході, що об'єднує медичні, соціальні, освітні та психологічні аспекти. Відділення ранньої реабілітації надають комплексну підтримку, спрямовану на покращення якості життя дітей і підтримку їхньої родини. Програми реабілітації орієнтовані на індивідуальні потреби кожної дитини, забезпечуючи доступ до необхідних терапевтичних, психологічних та освітніх сервісів. Співпраця з батьками є ключовою в адаптації та розвитку дитини, зокрема за допомогою клінічного спостереження та інтервенцій, спрямованих на підтримку сімейних відносин. Такий комплексний підхід сприяє інклюзивному вихованню та покращує можливості соціальної адаптації дітей з інвалідністю в литовському суспільстві.

## Питання для обміркування та дискусії

1. Які основні зміни відбулися в соціальній роботі з дітьми з інвалідністю в країнах Балтії за останні двадцять років?
2. Як впровадження міжнародних стандартів вплинуло на розвиток соціальної роботи в Естонії, Латвії та Литві?
3. У чому полягає значення мультидисциплінарного підходу до соціальної роботи з дітьми з інвалідністю?
4. Які основні перешкоди на шляху до повної інтеграції дітей з інвалідністю в загальноосвітні школи країн Балтії?
5. Які ключові реабілітаційні послуги надаються дітям з інвалідністю в Литві і як вони сприяють їхній соціалізації?
6. Яка роль соціальних працівників у підтримці сімей, що виховують дітей з інвалідністю?
7. Як система ранньої реабілітації у Литві допомагає виявляти та лікувати порушення у дітей з інвалідністю на ранніх етапах?

### 3.3.2. Соціально-реабілітаційні послуги у Латвії

Система соціальної роботи з сім'ями, що виховують дітей з інвалідністю у Латвії, розроблена з акцентом на інтеграцію дітей з інвалідністю в суспільство та підтримку їхніх сімей. Ця система базується на принципах інклюзії, мультидисциплінарного підходу та підтримки сім'ї з акцентом на захист прав дитини:

1. **Соціальна інклюзія.** Латвія активно працює над тим, щоб діти з інвалідністю могли отримувати освіту в загальноосвітніх школах. Це дозволяє дітям соціалізуватися та брати участь у шкільному житті нарівні з іншими дітьми. Програми інклюзивної освіти підтримуються законодавчо і є частиною державної стратегії щодо підтримки дітей з інвалідністю (Līce & Jākobsone, 2018).

2. **Мультидисциплінарний підхід.** Важливим аспектом соціальної роботи в Латвії є залучення до роботи з сім'ями кількох фахівців. Соціальні працівники співпрацюють з медичними працівниками, психологами та педагогами, що дозволяє надавати комплексну допомогу дітям та їхнім сім'ям, забезпечуючи всебічний розвиток дитини (Balčiņš & Pūriņa, 2017).



**3. Фінансова та соціальна підтримка.** Латвійська держава надає сім'ям різні види фінансової допомоги, включаючи соціальні виплати, субсидії на медичні послуги та підтримку у вигляді соціальних працівників, які допомагають вирішувати повсякденні питання догляду за дитиною з інвалідністю. Крім того, держава забезпечує доступ до послуг реабілітації та спеціалізованої допомоги (Zaļkalne, 2019).

**4. Підтримка прав дитини.** Латвія активно захищає права дітей з інвалідністю відповідно до міжнародних конвенцій, включаючи Конвенцію ООН про права дитини. Соціальні працівники відіграють важливу роль у адвокації інтересів дітей з інвалідністю та їхніх сімей, сприяючи отриманню необхідних послуг та ресурсів (Sproģe & Mišāne, 2020).

Соціальна політика щодо дітей з інвалідністю у цій країні передбачає забезпечення доступності послуг як для дитини з інвалідністю, так і для членів її сім'ї (Bethere et al., 2023). На нинішньому етапі уряд Латвії приділяє особливу увагу створенню інклюзивного освітнього середовища та доступу до програм раннього втручання. Латвійська система соціально-реабілітаційних послуг також включає надання асистивних технологій, що дозволяє дітям з інвалідністю отримувати необхідні послуги для їхнього розвитку та інтеграції у суспільство. Особлива увага приділяється підтримці сімей, які виховують дітей з інвалідністю, щоб вони могли ефективно справлятися з повсякденними викликами.

Ось кілька прикладів соціальних проєктів для дітей з інвалідністю та їхніх сімей у Латвії:

Проєкт «Крила Надії» (Wings of Hope). Цей проєкт, заснований у 2003 році, спрямований на поліпшення якості життя дітей і молоді з різними типами інвалідності. Він допомагає дітям брати участь у щоденних соціальних та освітніх заходах, використовуючи інноваційні методи, такі як арт-терапія, музична терапія та терапевтичні вправи. Крім того, проєкт включає майстер-класи з побутових навичок, що сприяють незалежності дітей. Для підтримки батьків також організуються освітні заходи та консультації (European Social Fund Plus, 2023).

Проєкт «Рука об руку» (Hand in Hand). Цей транскордонний проєкт між Латвією і Литвою спрямований на соціальну інтеграцію дітей з інвалідністю та дітей із малозабезпечених сімей через спільні заходи, такі як

спортивні дні, табори та кулінарні майстер-класи. Він також допомагає покращити соціальні послуги у відповідних регіонах шляхом обміну досвідом між спеціалістами (LatLit, 2024)(Latvia-Lithuania Programme).

Індивідуалізована підтримка для сімей дітей із функціональними порушеннями. Пілотний проєкт, реалізований у Ризі, був розроблений на основі оцінки потреб сімей із дітьми з функціональними порушеннями. Після успішної апробації проєкт став регулярною частиною соціальних послуг Ризької міської ради, що включає індивідуальну підтримку та консультації для батьків (ESN, 2021)(ESN EU).

Система соціальних послуг регулюється низкою законодавчих актів, серед яких головними є Закон про соціальні послуги та соціальну допомогу (LIKUMI, 2002), який визначає види соціально-реабілітаційних послуг, критерії їх надання, права та обов'язки отримувачів і надавачів послуг.

Різновиди соціально-реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю у Латвії (Столярик, Петрочко & Криницька, 2024) представлено у таблиці 3.2.2.1.

**Таблиця 3.3.2.1.** Соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю у Латвії (Ministru kabineta, 2017; Столярик, Петрочко & Криницька, 2024)

Назва послуги	Зміст соціальної послуги
Послуги соціальної підтримки та психосоціальної підтримки дитини та сім'ї (sociālās aprūpes pakalpojumi та psihosociālais atbalsts bērnam un vecākiem).	Ці послуги включають безоплатні консультації психолога та соціального працівника для дітей з інвалідністю та їхніх сімей. Соціальні працівники також забезпечують підтримку сімей у залученні до груп взаємопідтримки та надають послуги з представництва інтересів сімей перед різними установами і організаціями
Денні центри догляду (dienas aprūpes centri)	Центри забезпечують комплексний догляд, реабілітацію, інтеграцію та організацію дозвілля для дітей з інвалідністю залежно від потреб конкретної дитини, враховуючи її фізичні та психічні можливості

<p><i>Реабілітаційні послуги (rehabilitācijas pakalpojumi):</i></p> <p>– медична реабілітація (medicīniskā rehabilitācija): – соціально реабілітація (sociālā rehabilitācija):</p>	<p>Метою соціально-реабілітаційних послуг є вдосконалення функціональних можливостей та підвищення якості життя дітей з проблемами здоров'я шляхом надання послуг спеціалістів мультидисциплінарної команди. Рішення про надання або відмову в отриманні цієї послуги приймає соціальна служба, а самі соціально-реабілітаційні послуги можуть надаватися до 10 разів на календарний рік, а у разі потреби кількість може зростати до 15 разів на календарний рік.</p> <p>– включає послуги, спрямовані на відновлення фізичного здоров'я після захворювань чи травм дитини; – послуги, спрямовані на покращення соціальної інтеграції дітей з інвалідністю в суспільство</p>
<p><i>Послуги тривалого соціального догляду та соціальної реабілітації для дітей (Igstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumi bērniem)</i></p>	<p>Ці послуги надаються дітям з важкими порушеннями психічного та фізичного розвитку та передбачають довготривале перебування в соціальних закладах з метою проходження інтенсивної реабілітаційної програми під опікою мультидисциплінарної команди фахівців</p>
<p><i>Послуга догляду вдома для дітей з інвалідністю (prūpes mājās pakalpojums pilngadīgām personām)</i></p>	<p>Надається сім'ям, що виховують дітей з інвалідністю, з метою забезпечення догляду, розвитку навичок самообслуговування та проведення змістовного дозвілля за місцем проживання дитини. Послуга може бути отримана лише рішенням комісії щодо потреби дитини в спеціальному догляді вдома. Алгоритм визначення потреби сім'ї в послугі включає оцінку можливостей членів родини, які проживають разом з дитиною, надавати їй необхідну підтримку. Також враховується тривалість перебування дитини в навчальному закладі, види діяльності, які є доступними для неї з урахуванням діагнозу, отримувани соціальні та медичні послуги, інші обставини, що мають значення для прийняття рішення. Послуга надається близько 80 годин на місяць</p>

<p><i>Послуга психосоціальної реабілітації для дітей з інвалідністю, які мають потребу в паліативній допомозі (psihosociālās rehabilitācijas pakalpojums)</i></p>	<p>Ця послуга надається сім'ї дитини, яка, згідно з рішенням медичного консилиуму, має ризик передчасної смерті, пов'язаної із наявним захворюванням. Така дитина та члени її сім'ї включаються в систему обліку надання паліативної допомоги за місцем проживання. Метою послуги є надання підтримки сім'ї в управлінні проблемними ситуаціями, пов'язаними із захворюванням дитини, яка перебуває на паліативному лікуванні. Також послуга передбачає підтримання якості життя дитини до моменту її смерті та реінтеграцію сім'ї в суспільство після втрати. Дитина та члени її родини отримують консультації та підтримку зі сторони соціальних працівників, які є частиною міждисциплінарної команди паліативної допомоги. Послугу надає Товариство паліативної допомоги відповідно до індивідуального плану паліативної допомоги дитини. Ця послуга організована у формі індивідуальних консультацій і доступна цілодобово, без обмеження тривалості консультацій, які можуть відбуватися у форматі теле-, інтернет-зв'язку та стаціонарно у кабінеті паліативної допомоги. Також послуга може надаватися кризово – за місцем проживання дитини. У період трауру (до 24 місяців після смерті дитини) членам сім'ї доступна підтримка у формі індивідуальних консультацій та груп підтримки. Кожен член сім'ї може отримати близько 25 індивідуальних консультацій і близько 10 організованих групових зустрічей підтримки (Ministru kabineta, 2017)</p>
---	--

Проведений аналіз послуг засвідчує, що підхід до підтримки дітей з інвалідністю та їх сімей у Латвії відзначається інтегрованістю та спрямований на покращення якості життя та соціальної інтеграції в суспільство. Важливо окреслити сімейно-орієнтований підхід до надання соціально-реабілітаційних послуг.

### **Практичне завдання**

*Здійсніть аналіз можливості розвитку соціальної послуги психосоціальної реабілітації для дітей з інвалідністю, які мають потребу в паліативній допомозі в Україні на прикладі Латвії.*

### **Питання для обміркування та дискусії**

*1. Яким чином впровадження інклюзивної освіти в Латвії впливає на соціалізацію дітей з інвалідністю?*

*1. Яку роль відіграє мультидисциплінарний підхід у забезпеченні комплексної допомоги дітям з інвалідністю та їхнім сім'ям?*

*2. Як система соціально-реабілітаційних послуг у Латвії допомагає дітям з інвалідністю інтегруватися в суспільство?*

*3. Чи забезпечує Латвія достатньо ресурсів для психосоціальної підтримки сімей, які виховують дітей з інвалідністю?*

*4. Які типи реабілітаційних послуг є найважливішими для покращення фізичного та соціального стану дітей з інвалідністю?*

*5. Чи забезпечує Латвія достатньо послуг довготривалого догляду для дітей з важкими формами інвалідності?*

*6. Як держава підтримує сім'ї, що виховують дітей, які потребують паліативної допомоги, та якими є результати таких послуг?*

### **3.3.3. Соціально-реабілітаційні послуги в Естонії**

Соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю в Естонії охоплюють широкий спектр допомоги, що спрямована на всебічний розвиток дитини, соціальну інтеграцію та підтримку сімей. Держава активно підтримує ці програми, забезпечуючи доступ до реабілітації, фінансової допомоги та сучасних технологій. У

Естонії соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю надаються як державними, так і приватними установами. Ці послуги спрямовані на підтримку фізичного, психологічного та соціального розвитку дітей з інвалідністю, а також на допомогу їхнім сім'ям у повсякденному житті. Соціальні послуги для дітей з інвалідністю та членів їх сімей у Естонії регулюються **Законом «Про соціальне забезпечення»** (Sotsiaalhoolekande seadus Vastu võetud, 2015).

Реабілітація є однією з ключових послуг для дітей з інвалідністю в Естонії. Вона включає медичну, психологічну та соціальну підтримку, спрямовану на покращення якості життя дитини та її розвитку. Держава надає реабілітаційні послуги безкоштовно для дітей, а також покриває витрати на спеціальне обладнання та терапію (Aavik & Tarum, 2017). Діти з інвалідністю та їхні сім'ї можуть отримувати психологічну підтримку, яка включає консультації психологів, соціальних працівників та педагогів. Ця підтримка спрямована на подолання стресу та адаптацію сімей до виховання дітей з особливими потребами (Kallas & Järve, 2018). Сім'ї, які виховують дітей з інвалідністю, також мають право на різні види фінансової допомоги, включаючи щомісячні соціальні виплати та компенсації на лікування та догляд. Крім того, сім'ї можуть отримати додаткові субсидії для придбання спеціалізованого обладнання та оплати послуг (Leppik & Valk, 2020).

У 2024 році в Естонії реалізується кілька соціальних проєктів, спрямованих на підтримку дітей з порушеннями розвитку та їхніх сімей, у тому числі й **Національний план дій у рамках Європейської гарантії для дітей**. Цей проєкт включає комплекс заходів, таких як поліпшення доступу до освіти, охорони здоров'я та соціальних послуг для дітей з інвалідністю. Особливий акцент зроблено на інтеграції дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітні школи, а також реформу реабілітаційних послуг, яка передбачає перехід від інституційної до сімейної підтримки та підтримки в громаді. Також значна увага відводиться реконструкції приміщень громадських закладів, навчання персоналу роботи з дітьми з інвалідністю (Eurochild, 2024).

### **Практичне завдання**

Розробіть програму тимчасового відпочинку для батьків, що доглядають за дітьми з інвалідністю на прикладі Естонії. Програма повинна передбачати можливість тимчасового стаціонарного догляду за дитиною для забезпечення відпочинку та емоційного відновлення батьків.

Естонія активно розвиває інклюзивну систему освіти, яка передбачає навчання дітей з інвалідністю в закладах загальної середньої освіти спільно зі здоровими дітьми. Держава також забезпечує створення спеціальних допоміжних служб у школах, які допомагають дітям з інвалідністю адаптуватися до навчального процесу та отримати необхідні знання (Ploomiри, 2019).

Естонія відома своїми **електронними послугами**, і соціальна робота з дітьми з інвалідністю не є винятком. Електронні платформи дозволяють сім'ям отримувати консультації онлайн, подавати заявки на соціальні виплати та отримувати інформацію про реабілітаційні програми через інтернет. Це значно спрощує доступ до соціальних послуг (Valk, 2020).

Серед ключових соціально-реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю та членів їх сімей у Естонії наявні наступні (Табл.3.3.3.1):

**Таблиця 3.3.3.1. Соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю у Естонії (Sotsiaalhoolekande seadus Vastu võetud, 2015)**

Назва послуги	Зміст соціальної послуги
<b>Послуга підтримки сім'ї, яка виховує дитину з інвалідністю (Tugiisikuteenus)</b>	Послуга, що надається членам сім'ї чи опікунам дитини з інвалідністю і яка спрямована на налагодження співпраці та взаємодії у питаннях підтримки сім'ї в доланні викликів, пов'язаних із доглядом та вихованням дитини, включаючи допомогу в розвитку навичок дитини, організацію повсякденних рутин дитини, формування батьківської компетентності та надання своєчасної психологічної підтримки

<p><b>Послуги спеціального транспорту (Sotsiaal-transportiteenus)</b></p>	<p>Послуга з надання спеціалізованого транспортного засобу, обладнаного під потреби дитини з інвалідністю, яка надається для транспортування дитини з важкими комплексними порушеннями розвитку до місця надання соціальних послуг та у зворотному напрямку</p>
<p><b>Послуга з догляду за дітьми з інвалідністю (Lapsehoiuteenus)</b></p>	<p>Послуга з підтримки спроможності особи, яка виховує дитину, справлятися з обов'язками з догляду, а також надає їй можливість повернення до професійної діяльності. Послуга передбачає догляд за місцем проживання дитини впродовж дня (денний догляд вдома), догляд у спеціалізованих будинках денного догляду (денний догляд), а також стаціонарний догляд</p>
<p><b>Послуга соціальної реабілітації (Sotsiaalse rehabilitatsiooni)</b></p>	<p>Соціальна реабілітація передбачає супровід дитини з інвалідністю та членів її сім'ї (опікунів, доглядальників) реабілітаційною командою згідно з реабілітаційною програмою та планом індивідуальної реабілітації. Реабілітаційна команда складається щонайменше з трьох різних спеціалістів, один з яких має професію соціального працівника на підставі Закону про професії. Серед інших членів команди можуть бути такі: психолог, фізіотерапевт, логопед, медичний працівник, ерготерапевт, музикотерапевт, арт-терапевт, вчитель-дефектолог, а також консультант за методом «рівний – рівному» (дорослі особи, які виховують дітей з інвалідністю, чи дорослі діти з інвалідністю, які демонструють успішні кейси долання викликів, пов'язаних з інвалідністю, а також пройшли спеціальні курси з консультування за методом «рівний–рівному»). Оцінка програми реабілітації ґрунтується на основі таких критеріїв:</p>



	<p>1) програма реабілітації, встановлені цілі та заплановані в ній заходи відповідають потребам цільової групи;</p> <p>2) програма реабілітації відповідає сучасним принципам реабілітації та є доказовою;</p> <p>3) результати, заплановані в програмі реабілітації, є вимірними та сприяють активній участі дитини в суспільному житті, а результати заплановані та досягнуті;</p> <p>4) програма реабілітації планується економічно ефективно, а її бюджет є прозорим</p>
<p><b>Послуга з купівлі чи оренди технічних засобів реабілітації (Teenus taastusravi tehniliste vahendite ostmiseks või rentimiseks)</b></p>	<p>Послуга передбачає відшкодування коштів сім'ї дитини з інвалідністю за придбання чи оренду технічних засобів реабілітації, а також надання інформаційно-технічної підтримки у процесі навчання навичок користування такими засобами як дитини з інвалідністю, так і членів її сім'ї чи опікунів</p>
<p><b>Тимчасовий відпочинок для батьків (опікунів), які здійснюють догляд за дитиною чи дорослою особою з інвалідністю (Omastehooldaja asendamine)</b></p>	<p>Підтримка сім'ї дитини з інвалідністю шляхом надання послуги стаціонарного догляду для дитини з інвалідністю задля створення можливості відпочинку для батьків (опікунів), що здійснюють догляд</p>

Також у Естонії наявні такі соціальні послуги та ініціативи з підтримки сімей, що виховують дітей з інвалідністю, як:

- *помічник із супроводу до освітнього закладу чи закладу реабілітації (Abivajadusega lapse tugiisik);*
- *фінансова допомога для дітей з інвалідністю – щорічна допомога дітям з порушеннями розвитку до дня їхнього народження (Puudega lapse toetus);*

- групи взаємодтримки для батьків дітей із синдромом дефіциту уваги і гіперактивності, СДУГ (*Toetusgrupid aktiivsusja tähelepanuhäiretega (ATH) laste vanematele*);
- безкоштовні відеоконсультації для батьків (опікунів) дітей з аутизмом (*Videokonsultatsioon autistliku lapse vanemale (Leppik & Valk, 2020)*).

Також у Естонії наявні консультативні центри з питань освіти дітей з особливими освітніми потребами (*Rajaleidja*), які здійснюють оцінку освітніх потреб та можливостей таких дітей, вносять рекомендації до освітніх програм та індивідуальних освітніх траєкторій дитини.

### Питання для обміркування та дискусії

1. Які основні переваги надає Естонія сім'ям, що виховують дітей з інвалідністю, через систему соціально-реабілітаційних послуг?
2. Як функція електронних платформ у соціальній роботі полегшує доступ до послуг для дітей з інвалідністю в Естонії?
3. Яку роль відіграє реабілітаційна команда в процесі надання соціальних послуг дітям з інвалідністю?
4. Яким чином послуги спеціального транспорту сприяють доступу дітей з інвалідністю до реабілітаційних центрів та освітніх закладів?
5. Які технічні засоби реабілітації можуть використовуватися для покращення життя дітей з інвалідністю і як сім'ї отримують фінансову допомогу для їх придбання?
6. Як послуга тимчасового відпочинку для батьків дітей з інвалідністю впливає на соціально-психологічне здоров'я сімей?
7. Яким чином реабілітаційні послуги в Естонії забезпечують всебічний розвиток дитини з інвалідністю, враховуючи фізичний, соціальний та психологічний аспекти?
8. Чи існують відмінності у підходах до соціальної роботи з дітьми з інвалідністю в Естонії, Латвії та Литві? Якщо так, то які?

## Література

1. Столярик, О., Петрочко, Ж., & Криницька, І. (2024). Соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю та їх сімей: досвід Хорватії, Литви та Латвії. *Ввічливість. Humanitas*, (3), 166–177. <https://doi.org/10.32782/humanitas/2024.3.24>
2. Aavik, K., & Tarum, H. (2017). Rehabilitation services for children with disabilities in Estonia: Challenges and developments. *Estonian Journal of Health and Social Care*, 25(3), 112–124.
3. Baltiņš, M., & Pūriņa, I. (2017). Multidisciplinary teamwork in social work with families raising children with disabilities in Latvia. *Social Work and Society*, 15(2), 165–179.
4. Bethere, D., Kasiliauskiene, R., Pavitola, L., & Usca, S. (2023). Teachers' Attitude towards Inclusive Education: Latvian and Lithuanian Experiences. *Social Sciences*, 12(7), 365.
5. Čališ, J., & Atlīja, M. (2023). Stručna edukacijsko-rehabilitacijska podrška u obitelji. *Hrvatski Časopis za javno zdravstvo*, 18(58(zbornik radova)), 5-6.
6. Eurochild. (2024). *Estonia's 2024 Biennial report on the implementation of the Child Guarantee*. Accessed from: <https://eurochild.org>
7. Gutauskienė, R. (2020). *Socialinės pagalbos preinamumas šeimai, auginančiai neįgalų vaiką* (Doctoral dissertation, Šiaulių universitetas).
8. Jokubauskaitė, S., & Stankūnienė, V. (2019). Inclusive education in Lithuania: The challenges and opportunities of creating an inclusive learning environment. *Social Welfare: Interdisciplinary Approach*, 9(1), 25–38.
9. Juodaitytė, A., & Ruškus, J. (2018). Multidisciplinary collaboration in the context of social inclusion: The Lithuanian experience. *International Journal of Special Education*, 33(2), 123–135.
10. Kallas, A., & Järve, M. (2018). Psychological support for families of children with disabilities in Estonia. *Journal of Family Therapy and Social Work*, 20(4), 85–97.
11. Karnjuš, R., Brenčić Cindrić, M., Bodul, M., Šarić, K., Tumpa Tambić, J., & Schnurrer-Luke-Vrbanić, T. (2022). Terapijski pas u

rehabilitacijoje djece s teškočama u razvoju–mišljenja i očekivanja roditelja i stručnjaka. *Medicina Fluminensis*, 58(4), 416–424.

12. Kirvelaitis, D. (2024). *Autizmą turinčius vaikus auginančių tėvų požiūrio į ankstyvosios reabilitacijos metodus tyrimas* (Doctoral dissertation).

13. Kreiviniene, B., Vaišvilaitė, V., Miškinė, V., & Kasparavičienė, A. (2021). Vaikų, turinčių negalių, savarankiškumo formavimas delfinų terapijos centre: didesnių galimybių link. *Tiltai: socialiniai mokslai*, (1), 101–120.

14. Leppik, L., & Valk, A. (2020). Financial assistance for families with disabled children in Estonia: Current trends and challenges. *Social Policy Journal of Estonia*, 15(2), 45–59.

15. Līce, Z., & Jākobsone, A. (2018). Inclusive education as a key element in the development of children with disabilities in Latvia. *Journal of Special Education Research*, 12(3), 44–55.

16. LIKUM (2002). Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. *Latvijas Vēstnesis*, 168. Accessed from: <https://likumi.lv/ta/id/68488>

17. Mincė, J. (2023). *Į šeimą orientuotos terapijos principų taikymas ankstyvojoje reabilitacijoje: teisės aktų analizė ir šeimų, auginančių vaikus su raidos sutrikimais, požiūris* (Doctoral dissertation, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)

18. Ministru kabineta 2017. gada 19. decembra noteikumi Nr. 766 "Noteikumi par psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu paliatīvā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem". Accessed from: <https://likumi.lv/ta/id/296009>

19. Nedzinskė, V. (2024). *Vaikų reabilitacijos specialistų saviveiksmingumas reabilitacijos programų prioritetams* (Doctoral dissertation)

20. Pivorienė, J. (2018). The role of social workers in promoting human rights for families with disabled children in Lithuania. *Journal of Social Policy Studies*, 16(2), 204–219.

21. Ploomipuu, T. (2019). Inclusive education in Estonia: The role of special services for children with disabilities. *Education Policy Analysis*, 10(3), 77–93.

22. Republic of Estonia. (2019). *Social Welfare Act (consolidated text)*. Accessed from: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/519012024004/consolide>

23. Ruseckaitė, A. (2017). Family support system for families raising children with disabilities in Lithuania. *Social Work: Experience and Methods*, 19(1), 38–49.

24. Šapalaitė, U. (2023). *Socialinių paslaugų kokybės vertinimas: paslaugų gavėjų perspektyva* (Doctoral dissertation).

25. Šimunković, G., & Borić, I. (2023, June). Exercise of children's participatory rights in the healthcare system of the Republic of Croatia. In *Equal Access to Healthcare in Socially Diverse Societies* (pp. 83–110). Verlag Karl Alber.

26. Sproģe, I., & Misāne, A. (2020). Social worker's role in protecting the rights of disabled children in Latvia. *Journal of Baltic Social Policy*, 8(1), 89–102.

27. Valk, A. (2020). E-services in social work: Opportunities and challenges in Estonia. *Digital Social Work Review*, 10(4), 220–234.

28. Zaļkalne, I. (2019). Financial and social support for families raising children with disabilities in Latvia: Current trends and challenges. *Social Policy Journal of Latvia*, 21(2), 110–124.

### 3.4. Соціальна робота (послуги) з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями: досвід Хорватії

Система соціальної роботи з сім'ями, що виховують дітей з інвалідністю у Хорватії, має на меті забезпечити комплексну підтримку та допомогу сім'ям, зосереджену на інклюзії дітей з інвалідністю в суспільство, захисті їхніх прав та створенні сприятливих умов для розвитку. Серед основних пріоритетів соціальної роботи:

1. **Права дитини та інклюзія.** У Хорватії система соціальної роботи з дітьми з інвалідністю регулюється низкою законодавчих актів, які відповідають міжнародним стандартам, таким як Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю. Одним з головних напрямків є забезпечення доступу дітей з інвалідністю до освіти, включаючи підтримку інклюзивного навчання в загальноосвітніх закладах (Mišanović & Ljubić, 2018).

2. **Мультидисциплінарний підхід.** Хорватська система соціальної роботи включає мультидисциплінарні команди, що складаються із соціальних працівників, психологів, логопедів, медичних працівників та педагогів. Ці команди працюють разом, щоб надати всебічну підтримку дітям з інвалідністю та їхнім сім'ям, допомагаючи вирішувати медичні, психологічні та соціальні питання (Stubbs & Vrljičak, 2019).

3. **Фінансова підтримка.** Держава забезпечує фінансову допомогу сім'ям, які виховують дітей з інвалідністю, включаючи субсидії на догляд, виплати для покриття витрат на реабілітацію та спеціальне обладнання. Крім того, надаються послуги соціального забезпечення для підтримки життєздатності сімей (Benjak, 2020).

4. **Соціальні послуги та реабілітація.** Важливим аспектом є реабілітаційні програми та соціальні послуги, які включають допомогу у щоденному догляді, навчанні та адаптації дітей з інвалідністю. Ці послуги часто надаються у співпраці з неурядовими організаціями та центрами соціального захисту (Zrinščak & Stubbs, 2017).

У Хорватії соціальний захист дітей з інвалідністю включає послуги з раннього втручання та перехід від інституційного догляду до послуг у спільноті: наявні будинки соціального догляду

можуть реорганізовуватися в центри соціальної реабілітації для дітей з інвалідністю чи центри денного догляду, зважаючи на попит конкретної громади. Доступ до якісних послуг раннього втручання має вирішальне значення для розвитку дітей з обмеженими можливостями, оскільки ці послуги включають скоординовану, інтенсивну та індивідуальну експертну підтримку, що надається дітям та їхнім родинам. Враховуючи цей факт, а також міждисциплінарний підхід у соціальних втручаннях, Уряд Республіки Хорватія створив Комісію з раннього втручання та Виконавчу робочу групу для розробки **Національного стратегічного плану з раннього втручання**, який є основою для створення та розвитку послуги, розробки професійних настанов, стандартів і процедур для програм раннього втручання.

У Хорватії реалізується кілька цікавих соціальних проєктів і послуг, спрямованих на підтримку дітей з інвалідністю та їхніх сімей, у тому числі і **проєкт «Балтазар»**. Ця ініціатива фінансується за підтримки Європейського соціального фонду з 2014 року і забезпечує інклюзивну освіту для дітей з інвалідністю в школах сільських районів шляхом надання соціальної послуги асистування для дітей, які потребують додаткової підтримки в освітньому середовищі. Асистенти допомагають учням із завданнями в класі, а також під час перерв і шкільних заходів, що дозволяє дітям залишатися у своїй громаді.

Також у країні наявна **програма допоміжних технологій** для дітей з інвалідністю, яка фінансується UNICEF і має на меті забезпечити дітей сучасними засобами комунікації, особливо тих, хто має порушення мовлення. Програма включає навчання фахівців та забезпечення допоміжними технологіями основні установи, з якими взаємодіє дитина з інвалідністю та члени її сім'ї (лікарні і заклади освіти). Це дає можливість дітям із складними комунікативними порушеннями користуватися новітніми технологіями для спілкування та навчання.

У 2024 році в Хорватії реалізується кілька важливих соціальних проєктів, спрямованих на підтримку дітей з порушеннями розвитку та їхніх сімей:

Проект «Йди в школу з усмішкою» («Go to School with a Smile»): ініціатива забезпечує інклюзивну освіту для 54 дітей з порушеннями розвитку в 21 школі в окрузі Брод-Посавіна. Проект фінансується Європейським соціальним фондом і передбачає надання спеціалізованих асистентів, які допомагають дітям адаптуватися до навчального процесу та шкільного життя, розвиваючи їхні комунікативні та соціальні навички( European Social Fund Plus, 2023).

Проект «Крок уперед» («Step Forward»): реалізується в місті Дарувар і спрямований на соціальну інтеграцію дітей з порушеннями розвитку. Проект надає психосоціальну підтримку як дітям, так і їхнім родинам, організовує інклюзивні заходи та терапевтичні сесії, що сприяють соціальній адаптації. Також проводяться тренінги для батьків і родичів для полегшення їхньої взаємодії з дітьми( European Social Fund Plus, 2023).

Проект «Нови Єлковець – місце незалежного життя»: ініціатива була створена для соціальної інтеграції дітей і дорослих з інвалідністю в районі Нови Єлковець у Загребі. Проект забезпечує нові соціальні послуги, включаючи підтримку та розвиток навичок незалежного життя. Він також включає участь реабілітаційних центрів і організацій, які допомагають дітям з аутизмом і іншими порушеннями розвитку(Total Croatia, 2020; Disability Insider, 2020).

### **Практичне завдання**

*Опишіть, як проєкт «Балтазар» сприяє інтеграції дітей з інвалідністю в загальноосвітні школи сільських районів у Хорватії. Віднайдіть електронні ресурси, де описані практичні кейси проєкту. Які виклики зустрічають асистенти та як їх роботу можна покращити?*

Також у 2024 році у Хорватії завершено дворічний проєкт технічної допомоги «Перехід від інституційного догляду за дітьми, молоддю та людьми з обмеженими можливостями в Хорватії до догляду і громади», який має на меті відхід від інституційного догляду, розвиток альтернативних послуг у громаді та модифікації наявних послуг, щоб зробити їх більш доступними та адаптованими для всіх бенефіціарів.



Це передбачає надання доступного житла в громаді, доступу до суспільних послуг, а також персональної допомоги та підтримки.

Реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю надаються за підтримки *Міністерства праці, пенсійної системи, сім'ї та соціальної політики Хорватії (МППСССПХ)* та *Міністерства здоров'я Хорватії (МЗХ)*, що дозволяє відстежити комбінацію зусиль відомств щодо надання послуг вразливим категоріям населення. Послуги, в межах компетенції МППСССПХ, які є галуззю практичної соціальної роботи, розкрито у таблиці 3.4.1 (Столярик, Петрович & Криницька, 2024).

**Таблиця 3.4.1.** Соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю у Хорватії (Столярик, Петрович & Криницька, 2024)

Назва послуги	Зміст соціальної послуги
Експертна оцінка (stručna procjena)	Це соціальна послуга, яка охоплює професійну оцінку стану дитини з ризиком розвитку, відхиленнями розвитку або інвалідністю. Мета цієї оцінки – визнати право на послугу психосоціальної підтримки, раннього втручання, допомоги при включенні до програм виховання та освіти, денного догляду, організованого житла чи притулку. Оцінка здійснюється групою експертів, які можуть включати соціального працівника, психолога, реабілітолога, ерготерапевта та медичного працівника. Тривалість надання послуги – 4–6 годин (Čališ & Atlija, 2023)
Послуга психосоціальної підтримки (psihosocijalna podrška)	Ця послуга передбачає професійні втручання та інші форми допомоги для розвитку когнітивних, функціональних, комунікативних, мовленнєвих, соціальних або освітніх навичок дитини з інвалідністю та їхніх сімей. Послуга надається як на рівні дитини, так і сім'ї з метою подолання труднощів, розширення автономії дитини та інтеграції в громаду. Тривалість надання послуги – близько одного року, з можливістю продовження (Frančula Modrčin et al., 2023).

<p>Раннє втручання (rana razvojna podrška)</p>	<p>Послуга раннього втручання надається дітям віком від 3 до 7 років, які мають відхилення у розвитку або ризик інвалідності. Вона охоплює професійну допомогу дитині та підтримку родини; обсяг допомоги – близько п'яти годин на тиждень. Раннє втручання включає процес інформування, консультування, навчання та підтримки дітей, які мають труднощі в розвитку або ризик відхилень у розвитку через біологічні чи екологічні фактори. Послуги раннього втручання надаються з моменту виявлення відхилень у розвитку, труднощів розвитку або потреб у сфері поведінки чи психічного здоров'я. Послуги продовжують надаватися, доки дитина не досягне типового рівня розвитку або не перейде до інших послуг, які відповідають віку та/або стадії розвитку.</p> <p>Потреби розвитку дитини складні і вимагають співпраці фахівців різного профілю, тому раннє втручання надається міждисциплінарною групою фахівців-експертів. Усі члени команди втручання зосереджені на підтримці родини та навчанні батьків дієвих методів підтримки своєї дитини. Послуги раннього втручання орієнтовані не лише на дитину з інвалідністю, а й на сім'ю – вони прагнуть розширити можливості батьків. Фахівці намагаються розуміти, що батьки приймають усі ключові рішення, пов'язані з розвитком їхньої дитини, через надання їм психосоціальної підтримки (Filipčić, 2024)</p>
<p>Послуга допомоги з метою інклюзивного включення до освітніх програм (pomoć pri uključivanju u programe odgoja i redovitog obrazovanja)</p>	<p>Ця послуга надається вихователям, педагогам, вчителям та асистентам, які працюють з дітьми з порушеннями розвитку чи інвалідністю. Послуга також надається самим дітям у центрах соціального захисту та будинках догляду, де вони можуть отримувати реабілітаційні процедури, логопедичне лікування, допомогу психолога, фізіотерапію, трудотерапію, кінезіотерапію, сенсорну терапію, музичну терапію, арт-терапію, послуги з соціальної адаптації та інтеграції, організацію дозвілля (Babić, 2023)</p>

Послуга денного догляду (boravak)	Послуга передбачає організовану діяльність та професійну допомогу впродовж дня для задоволення основних та додаткових життєвих потреб дитини з інвалідністю. Вона може бути надана як на півдня (4–6 годин), так і на повний день (6–10 годин) і погоджується в залежності від потреб дитини (Mićanović, 2023)
Послуга проживання (надання притулку) (smještaj)	Забезпечує інтенсивний догляд та задоволення основних життєвих потреб дитини з інвалідністю, коли це неможливо забезпечити в сім'ї. В межах цієї послуги виокремлюють: <ul style="list-style-type: none"> <li>– послугу проживання для реалізації реабілітаційних програм, яка надається дітям, залученим до інтенсивних реабілітаційних програм;</li> <li>– послугу проживання з метою проведення психосоціального лікування, яка надається дітям з проблемами поведінки, пов'язаними з порушеннями розвитку чи інвалідністю, тривалістю до трьох років (Mićanović, 2023)</li> </ul>

Також у Хорватії діє Хорватський фонд для дітей, який реалізовує **програму медико-соціальної допомоги дітям з порушеннями розвитку**, включаючи раннє втручання та реабілітацію. Програма спрямована на надання послуг психосоціальної підтримки, освітньо-реабілітаційної допомоги та соціалізації дітей через ігрові кімнати неформальної дошкільної освіти. Вона допомагає дітям з інвалідністю та їхнім родинам досягати кращих результатів, виходячи з індивідуальних та сімейних потреб (Karnjuš et al., 2022).

За оцінками науковців (Colic & Vuljevac, 2023), соціально-реабілітаційні послуги все ще не доступні для багатьох дітей з обмеженими можливостями, особливо в менш розвинених регіонах республіки. Тільки одна восьма частина потенційних користувачів отримує послуги раннього втручання, і наявна значна географічна нерівномірність у доступі до цих послуг.

*Хорватія отримує значну підтримку від організації UNICEF в рамках розвитку підтримувальних реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю (Štimpković & Vorić, 2023). У 2021 році у співпраці з Міністерством праці, пенсійної системи, сім'ї та соціальної політики Хорватії впроваджено кампанію під гаслом «Перетворимо труднощі на можливості», спрямовану на створення та розширення соціально-реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю та їх батьків у регіонах, де послуги є менш доступні та індекси їх розвитку найнижчі. Кампанія також має на меті створення та розширення служби денного догляду для дітей з інвалідністю, запровадження групової психосоціальної підтримки дітей з обмеженими можливостями та розвиток програм підтримки батьків «Зростаємо разом Плюс».*

Отже, у Хорватії на рівні законодавства задекларована цілісна система соціально-реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю, спрямована на поліпшення якості життя дітей з обмеженими можливостями та їхніх сімей. Вони включають раннє втручання, денний догляд та психосоціальну підтримку. Однак доступ до цих послуг є обмеженим, особливо у менш розвинених регіонах країни.

### **Питання для обміркування та дискусії**

- 1. Як система соціальної роботи в Хорватії забезпечує права дітей з інвалідністю на освіту та інклюзію і які законодавчі акти цьому сприяють?*
- 2. Яким чином мультидисциплінарний підхід сприяє кращій інтеграції дітей з інвалідністю у суспільство? Які професіонали залучені до цього процесу?*
- 3. Яку роль відіграють неурядові організації в наданні реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю в Хорватії?*
- 4. Які переваги програми раннього втручання для дітей з інвалідністю і які проблеми з доступом до цих послуг існують у віддалених регіонах Хорватії?*
- 5. Як послуга експертної оцінки допомагає визначити потреби дитини та її сім'ї у реабілітаційних та соціальних послугах?*

6. У чому полягає важливість надання психосоціальної підтримки сім'ям, що виховують дітей з інвалідністю, і як ці послуги допомагають розвивати когнітивні та соціальні навички дитини?

7. Які труднощі виникають у забезпеченні інклюзивного навчання дітей з інвалідністю в освітніх закладах Хорватії?

### **Кейси для рефлексії та дискусії до Розділу 3**

**Кейс 1.** Родина виховує дитину з інвалідністю, яка навчається в інклюзивному класі. Однак школа не забезпечує належну підтримку для адаптації навчальної програми. Як соціальні працівники можуть допомогти родині, школі та дитині у покращенні ситуації, враховуючи індивідуальні потреби дитини?

**Кейс 2.** Мати дитини з важкою формою інвалідності відчуває емоційне вигорання через постійний догляд і відсутність особистого часу. Як соціальні працівники можуть організувати послуги тимчасового перепочинку (ретриту) для цієї родини та які інші форми підтримки можна запропонувати?

**Кейс 3.** Сім'я дитини з порушенням рухової функції потребує технічних засобів реабілітації (наприклад інвалідного візка з електроприводом). Як соціальні працівники можуть сприяти швидшому отриманню обладнання та яку додаткову підтримку вони можуть запропонувати для навчання використання цих засобів?

**Кейс 4.** Дитина з інвалідністю потребує комплексної реабілітації, яка включає фізичну, психологічну та соціальну підтримку. Як соціальні працівники можуть координувати роботу мультидисциплінарної команди фахівців (лікарі, психологи, педагоги) для забезпечення індивідуального плану реабілітації?

**Кейс 5.** Дитина з аутизмом стикається з труднощами у соціальній взаємодії. Як можна організувати соціально-реабілітаційні послуги, які допоможуть дитині розвинути соціальні навички, а батькам – зрозуміти методи роботи з дитиною?

**Кейс 6.** Підліток з інвалідністю відчуває соціальну ізоляцію і стикається з труднощами інтеграції в колективі школи. Як соціальні працівники можуть допомогти створити для нього сприятливе середовище в школі та поза нею, залучивши до цього процесу педагогів і батьків?

**Кейс 7.** Родина дитини з інвалідністю живе у віддаленому регіоні і має обмежений доступ до реабілітаційних центрів. Як можна використовувати електронні сервіси для надання консультацій, онлайн-реабілітації або надання інших соціальних послуг для батьків і дітей, щоб знизити географічні бар'єри?

**Кейс 8.** Батьки дітей з аутизмом потребують підтримки інших сімей, що стикаються з подібними викликами. Як соціальні працівники можуть організувати або координувати групи взаємопідтримки для таких батьків і які додаткові послуги можуть бути запропоновані?

## Література

1. Столярик, О., Петрочко, Ж., & Криницька, І. (2024). Соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю та їх сімей: досвід Хорватії, Литви та Латвії. *Ввічливість. Humanitas*, (3), 166–177. <https://doi.org/10.32782/humanitas/2024.3.24>
2. Benjak, T. (2020). Financial support for families of children with disabilities in Croatia: Current situation and future challenges. *Croatian Journal of Social Policy*, 27(3), 291–310.
3. Čališ, J., & Atlija, M. (2023). Stručna edukacijsko-rehabilitacijska podrška u obitelji. *Hrvatski Časopis za javno zdravstvo*, 18(58(zbornik radova)), 5–6.
4. Colic, M., & Buljevac, M. (2023). Formal and informal support for Croatian and Serbian people with disabilities and their families: A scoping review. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 22(4), 327–349.
5. European Social Fund Plus. (2023). *Helping pupils with developmental disabilities realise their potential*. <https://european-social-fund-plus.ec.europa.eu>
6. Disability Insider. (2020). *Croatia launches 1.5M project for social inclusion of persons with disabilities*. <https://disabilityinsider.com>
7. Mićanović, M. (2023). *Izvaninstitucionalne usluge i njihovi korisnici u Republici Hrvatskoj* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Law. Social policy).
8. Mihanović, F., & Ljubić, M. (2018). The role of inclusive education in the integration of children with disabilities in Croatia. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 15(4), 105–120.

9. Šimunković, G., & Borić, I. (2023, June). Exercise of children's participatory rights in the healthcare system of the Republic of Croatia. In *Equal Access to Healthcare in Socially Diverse Societies* (pp. 83–110). Verlag Karl Alber.

10. Stubbs, P., & Vrljičak, D. (2019). Multidisciplinary teams in the care of children with disabilities: The Croatian experience. *International Journal of Social Work*, 36(2), 180–195.

11. Total Croatia. (2020). *Zagreb launches HRK 1.5 m project for social inclusion of persons with disabilities*. <https://total-croatia-news.com>

12. Zrinščak, S., & Stubbs, P. (2017). Disability policy and welfare reform in Croatia: Towards an inclusive approach. *Journal of European Social Policy*, 27(2), 173–188.

### 3.5. Соціальна підтримка дітей з інвалідністю та їхніх сімей у Франції

Чільне місце у системі цілей сучасного французького суспільства посідає: забезпечення для всіх громадян рівних можливостей опанувати національний та інтернаціональний соціально-культурний досвід, прилучатися до загальнолюдських цінностей; активізація громадянської освіти (у т. ч. громадянського виховання). На рівні суспільства у Франції формується переконання, що вертикальна і горизонтальна солідарність виражають спільну долю французького народу. Звідси, потрібно допомогти підростаючій особистості віднайти особисті й соціальні орієнтири як суб'єкта свого життя, повністю інтегрованого в соціум.

Соціальна сфера у Франції вибудовується навколо спільних принципів – фундаментальних цінностей: свобода, рівність, братство, світськість, солідарність, недискримінація. Це дозволяє створити цілісну систему, що охоплює всі сфери діяльності французького суспільства і, безперечно, становить політико-концептуальне підґрунтя розвитку соціальної роботи у Франції, в т. ч. з дітьми з інвалідністю (Петрочко, 2016).

Багато років поспіль соціальна підтримка дітей з інвалідністю є загальнодержавним пріоритетом Франції, яка намагається не виокремлювати певні категорії дітей та молоді, а навпаки залучати їх на загальних засадах до суспільного життя, вияву власної громадянськості. Відтак незалежність і самостійність виступають головними критеріями майбутнього громадянина Франції. Це передбачає незалежність у освіті, вихованні, соціальній та професійній підготовці, соціальній та професійній інтеграції, у житлових питаннях, питаннях охорони здоров'я, безпеки, відпочинку, спорту, культури, мобільності тощо.

Система соціального захисту населення Франції підтримує інтеграцію дітей з інвалідністю в суспільство через різні програми, закони та ініціативи. Так, основні нормативно-правові засади соціальної роботи з дітьми з інвалідністю у Франції визначають Закон про рівність прав і можливостей, участь і громадянство осіб з інвалідністю,



2005 р. (заклав основу для всебічної підтримки дітей з інвалідністю, гарантує доступ до освіти, соціальної допомоги та медичних послуг), а також Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (ратифікована Францією у 2010 році).

За дослідженнями Л. Школяр, структурно соціальна робота у Франції поділяється на чотири сектори: *спеціальна освіта* (науково обґрунтована концепція, послідовна соціальна, педагогічна, терапевтична програма розвитку та соціального включення дітей з інвалідністю), *спеціалізована превенція* (особливий вид соціально-педагогічного втручання, комплексу профілактичних заходів, які спрямовані на попередження виникнення негативних явищ у суспільстві (алкоголізм, пияцтво, наркоманія, проституція та ін.) та їх наслідків (протиправна, адитивна, девіантна, суїцидальна поведінка, бездоглядність дітей, насильство, незайнятість тощо), *міжнародний солідаритет* (науково обґрунтована концепція, послідовна програма розвитку та соціального включення тимчасово переміщених осіб, просителів політичного притулку, біженців, апатридів, кочівників), *соціальне втручання* (сектор, спрямований на задоволення основних потреб, розв'язання соціальних конфліктів, вирішення психологічних проблем, сприяння духовному, культурному та інтелектуальному розвитку особистості) (Школяр, 2016).

Варто зауважити, що зародження сектору «Спеціальна освіта» має витоки з початку 1800-х років. Його науковий фундамент закладено Л. Брайлем (1809–1852), Е. Сегеном (1812–1880), М. Монтессорі (1870–1962) та іншими відомими французькими вченими.

Відповідно до чинного законодавства Франції, на різних етапах життя особам з інвалідністю необхідно пройти певні комісії, до компетенцій яких входять питання освіти, професійної орієнтації, отримання грошової допомоги. Насамперед до таких комісій належать департаментські комісії спеціальної освіти (Commission Départementale de l'Education Speciale, CDES). Ці комісії можуть делегувати деякі свої повноваження іншим двом типам комісій: окружним комісіям дошкільної та початкової освіти (CCPE) та окружним комісіям освіти другого ступеня (CCSD). Зокрема, до комісії CCPE, що збирається не менше одного разу на місяць, можуть звертатися

батьки або законні представники дитини; директор школи, яку відвідує дитина; організація страхування на випадок хвороби; орган, що надає фінансову допомогу сім'ї. CCSD займається учнями (що живуть або навчаються на підпорядкованій їй території), які відвідують навчальні заклади другого ступеня (після початкової освіти).

Необхідно наголосити на тому, що CCPE і CCSD вирішують питання можливості навчання дітей у системі загальної освіти. Якщо ж необхідно прийняти рішення про направлення дитини в спеціальний навчальний заклад, то ця Комісія має передати особову справу у Департаментську комісію спеціальної освіти (CDES) – єдину комісію, яка має ці повноваження. Такі комісії, а також Технічні комісії професійної орієнтації та працевлаштування (COTOREP) були створені в кожному департаменті у Франції згідно із Законом про професійну орієнтацію на користь осіб з інвалідністю ще в 1975 році.

До CDES можна звертатися з моменту народження дитини, якщо фізична вада вже констатована або передбачається її наявність, і до 20 років від дня народження. Серед компетенцій служби також:

- призначення фінансової допомоги. CDES може призначати фінансову допомогу сім'ї на спеціальну освіту (AES) та, у разі потреби, розглядати питання її збільшення. Ця допомога призначена частково компенсувати додаткові витрати, пов'язані з організацією навчання дитини з інвалідністю;
- видача свідоцтва про інвалідність. Особам з інвалідністю за результатами оцінки ступеня недієздатності людини видається свідоцтво про інвалідність. У Франції діє єдиний установленний зразок свідоцтва про інвалідність. Воно видається особам з інвалідністю (дітям та дорослим), які живуть у Франції, або французам, які живуть за кордоном і які мають недієздатність, що дорівнює або більше 80 %. Свідоцтво про інвалідність надає його власнику певні пільги. Зокрема, особи з інвалідністю з таким свідоцтвом мають право на спеціально відведені для них місця у громадському транспорті; пільги при користуванні залізницею та деякими авіалініями особам, які супроводжують осіб з інвалідністю, та інші пільги.

Соціальні послуги у Франції для сімей з дітьми з інвалідністю охоплюють широкий спектр соціальної підтримки:

*1. Фінансова допомога:*

а) допомога на навчання осіб з інвалідністю (АЕЕН) – це щомісячна фінансова підтримка сім'ям, яка допомагає покривати додаткові витрати, пов'язані з доглядом і навчанням дитини з інвалідністю. Розмір допомоги залежить від рівня інвалідності дитини і може бути збільшений у разі, якщо потрібен додатковий догляд або спеціальні пристосування;

б) допомога на догляд (РСН) – ця фінансова допомога, призначена для покриття витрат на догляд за дитиною з інвалідністю, придбання спеціальних пристроїв або пристосування житла під потреби дитини. Допомога надається на підставі оцінки індивідуальних потреб дитини.

*2. Підтримка у процесі здобуття освіти:*

а) Індивідуальний навчальний план (PPS) – діти з інвалідністю мають право на Індивідуальний план навчання, який складається відповідно до їхніх потреб. До складання такого плану і його реалізації залучаються спеціальні педагоги, асистенти в класі, логопеди та інші фахівці;

б) служби супроводу навчання (SESSAD) – це мобільні соціально-освітні служби, які допомагають дітям з інвалідністю інтегруватися в загальноосвітні школи або спеціальні заклади освіти. Вони надають допомогу вдома, у школі та в інших соціальних умовах.

SESSAD, як своєрідна служба виховання і спеціалізованої допомоги, призначена, у міру можливості, зберегти для дитини з інвалідністю (особливими освітніми потребами) її природне життєве середовище (домівка, ясла, школа) і уникнути влаштування у спеціальний заклад. SESSAD працює з особами віком від 0 до 20 років, її завдання змінюються залежно від віку дитини. Однак головна мета – підтримувати близькість із сім'єю, забезпечуючи догляд та виховання в комфортному просторі дитини, співпрацюючи з її найближчим оточенням.

Головним партнером SESSAD є сім'я. За згоди батьків група обслуговування запроваджує індивідуальний виховний, педагогічний

та терапевтичний проєкт для кожної дитини. Послуги дитині надає команда фахівців, до якої входять такі фахівці: психологи, вихователі зі спеціальною підготовкою, фізіотерапевти, ерготерапевти, дитячі психіатри. В залежності від стану дитини, підтримка може бути менш або більш широкою і сягати до 4-х сеансів на тиждень. SESSAD діє у тісному взаємозв'язку з іншими організаціями з сектору дитячої та юнацької психіатрії, госпітальними службами, службами захисту материнства та дитинства, центрами ранньої медико-соціальної роботи (CAMSP) та медико-психопедагогічними центрами (CMPP).

в) транспортні послуги – забезпечується адаптований транспорт для дітей, які не можуть самостійно пересуватися або потребують спеціальних умов, щоб дістатися до закладів освіти.

Варто підкреслити, що нині одним із ключових напрямів соціальної політики Франції стосовно дітей з інвалідністю є інклюзивна освіта. Держава всіляко прагне реформувати заклади інституційного догляду і виховання дітей з інвалідністю, щоби максимізувати участь таких дітей у загальній системі «звичайної» освіти.

### *3. Медична та психологічна підтримка:*

а) медична підтримка – діти з інвалідністю отримують безкоштовний або субсидований доступ до медичних послуг, включаючи спеціалізоване лікування, реабілітацію та догляд. Це можуть бути фізіотерапія, заняття з логопедом або психотерапія;

б) центри ранньої підтримки (CAMSP) – такі центри працюють з дітьми з інвалідністю від народження до 6 років. CAMSP є першим кільцем у ланцюгу соціального та медико-соціального захисту дитини з інвалідністю. Ці центри надають медичну, психологічну та педагогічну підтримку, щоб забезпечити ранню реабілітацію та адаптацію дитини. Специфіка роботи CAMSP полягає в дуже ранньому контакті з дитиною без обов'язкового проходження нею будь-якої комісії. Це багатофункціональні інституції, до завдань яких входить виявлення та рання діагностика функціональних обмежень; упередження або зменшення ускладнень цих функціональних обмежень; амбулаторне лікування дітей, які мають ці функціональні обмеження; супроводження сімей та надання підтримки у соціальній та виховній адаптації.

Важливо акцентувати, що робота з батьками дітей з інвалідністю – важливий напрям діяльності CAMSP. Тут працює команда фахівців, щоб забезпечити розкриття в дитини максимуму її можливостей, допомогти у набутті своєї автономії та розвинути комунікативні здібності. Роль соціальних працівників, як членів команди, полягає у тому, щоб супроводжувати батьків та підтримувати їх у діях у найкращих інтересах своєї дитини. Сім'ї дітей з інвалідністю мають доступ до психологічної підтримки. Як правило, це індивідуальні психологічні консультації або групові зустрічі з іншими батьками, де можна обговорити проблеми, з якими стикаються сім'ї, і отримати емоційну насагу чи поради за методом «рівний – рівному».

Основними інституціями/службами, які у Франції надають медичну та психологічну підтримку дітям з інвалідністю і їхнім сім'ям, є:

- служба «Сімейна допомога» – тут батьки дітей з інвалідністю отримують соціальну підтримку у вигляді фінансових допомог, зокрема на навчання (АЕЕН), що покриває додаткові витрати, пов'язані з доглядом за дитиною;
- відомчий будинок для людей з інвалідністю (Maison Départementale des Personnes Handicapées – MDPH) – центр координації надання соціальної допомоги, медичних послуг та допомоги в адаптації в т. ч. й дітей з інвалідністю.

MDPH є місцем інформування, супроводу та підтримки осіб з інвалідністю. Кожен такий заклад пропонує декілька видів підтримки та фінансової допомоги, а саме це:

- картка мобільності й інклюзивності (CMI / Carte mobilité inclusion);
- допомога дорослим особам з інвалідністю (AAH / Allocation aux adultes handicapés);
- допомога на освіту для дитини з інвалідністю (АЕЕН / Allocation d'éducation de l'enfant handicapé);
- направлення до медико-соціального закладу або служби (ESMS / Orientation vers un établissement ou service médico-social);
- компенсація по інвалідності (PCH / Prestation de compensation du handicap);

- персоналізований шкільний проєкт (PPS / *Projet personnalisé de scolarisation*);
- профорієнтація / професійне навчання тощо.

4. *Соціальні послуги для полегшення догляду дитини з інвалідністю:*

а) соціальні асистенти – соціальні працівники надають консультації сім'ям з питань прав та доступних послуг, допомагають оформляти допомоги та забезпечують підтримку у вирішенні соціальних та психологічних проблем;

б) резервні програми догляду – ці програми дають можливість тимчасово розвантажити сім'ї, які доглядають за дитиною з інвалідністю. Протягом певного часу дитину може доглядати спеціально підготовлений фахівець, щоб батьки могли відпочити або зайнятися іншими справами.

5. *Пристосування помешкання дитини з інвалідністю.* Сім'ї можуть отримати фінансову допомогу для адаптації свого житла під потреби дитини з інвалідністю (наприклад, установка пандусів, підйомників, спеціальних санітарних пристроїв тощо). Витрати частково покриваються через систему компенсацій (РСН).

6. *Послуги для відпочинку і дозвілля.* Франція забезпечує доступність культурних і спортивних заходів для дітей з інвалідністю. Існують спеціалізовані центри та програми, які пропонують адаптовані заняття, а також організації, які проводять літні табори та інші активності.

7. *Послуги профорієнтації та працевлаштування.* Коли дитина стає старшою, соціальні служби через різні програми і проєкти можуть допомогти їй у виборі професії, щоб забезпечити інтеграцію в трудове життя.

Наприклад, послуги профорієнтації надає у Франції така спеціалізована установа, як Медико-виховний інститут (ІМЕ). Він складається з двох відділів: Медико-педагогічного інституту (ІМР) та Медико-професійного інституту (ІМПро).

Медико-педагогічний інститут – це установа виховного призначення для маленьких дітей. Його завдання полягає у забезпеченні навчання і виховання, адаптованого до інтелектуальних можливостей

кожної дитини. IMP має також забезпечувати початкову освіту в залежності від здібностей кожної дитини з інвалідністю. Наявність у IMP фахівців різного профілю дозволяє приймати до інституту усіх дітей, незалежно від їх функціональних обмежень. Фінансування такої спеціалізованої освіти здійснюється за рахунок соціального страхування.

Медико-професійний інститут (IMPro) – це місце набуття професійної освіти та навчання життєвих навичок юнаків та дівчат з інтелектуальними обмеженнями або які мають труднощі у поведінці, починаючи з 14 або 16 і до 20 років. Зобов'язання та відповідальність IMPro полягають у наступному: супровід сім'ї, лікування та реабілітація, загальний регулярний медичний нагляд, дії, спрямовані на розвиток підлітка чи молодої людини, комунікабельності особистості, її соціалізацію.

Зауважимо, що молоді люди з інвалідністю у Франції можуть перебувати у закладах спеціальної освіти і після досягнення ними 20 років, якщо вони, з тих чи інших причин, не можуть бути негайно влаштовані у заклади для дорослих осіб з інвалідністю. Тому IMPro також дбає про працевлаштування молодих людей, якими він опікується, зокрема створюючи можливості для їхнього стажування на підприємствах.

Після виходу молодої людини з IMPro установа повинна забезпечити супровід її соціальної та професійної інтеграції протягом, як мінімум, 3-х років. Після IMPro молода людина може працювати чи у звичайному середовищі, чи у центрі допомоги роботою, чи в майстерні, яка стимулюється для надання робочих місць особам з інвалідністю. Витрати на навчання, як і у випадку медико-педагогічних інститутів, бере на себе соціальне страхування.

Значимим показником цивілізованості у Франції є зниження соціальної нерівності населення шляхом активного залучення кожної дитини й молодої людини, в т. ч. з інвалідністю, до суспільного життя, незважаючи на її походження, стан здоров'я та місце перебування. При цьому політика участі у суспільному житті вважається пріоритетом саме місцевої соціальної молодіжної політики. Особливо цінним для розвитку соціальної роботи з дітьми з інвалідністю в

Україні є вивчення досвіду реалізації у Франції права таких дітей на участь у житті суспільства.

Так, соціальна робота у ракурсі забезпечення зазначеного права дитини у цій країні здійснюється шляхом створення оптимальних умов для функціонування і розвитку різних дитячих асоціацій (*дитяча асоціація* – найнижчий щабель молодіжного громадського об'єднання, асоціація, створена дорослими, які працюють виключно в інтересах дітей, або дитяча асоціація, що функціонує під патронатом освітньо-виховних закладів чи Національної Мережі Юніорських Асоціацій).

Законодавством Франції передбачено існування двох основних типів асоціацій – незадекларованої (*non déclarées*) та задекларованої (*déclarées*). До першого типу асоціацій належать асоціації, про утворення яких держава не інформується, всі члени такого об'єднання виступають лише у ролі фізичних осіб та позбавлені права вступати у правовідносини як юридична особа. Другий тип асоціації реєструється шляхом повідомлення місцевої префектури. Задекларовані асоціації можуть у подальшому мати наступні статуси: суспільно корисна асоціація та визнана асоціація. Умовами отримання статусу суспільно корисної асоціації є безперервне існування асоціації упродовж трьох та більше років, діяльність у національному масштабі, присутність 200 та більше асоційованих членів, відповідний бюджет асоціації. Отримання такого статусу надає додаткові можливості об'єднанню дітей щодо отримання державних субсидій, державної, спонсорської та благодійної підтримки. Статус визнаної асоціації надається суспільно корисним асоціаціям профільними міністерствами.

Законодавство України гарантує, що всі форми громадської ініціативи та активності дітей можуть розраховувати на державну підтримку. Тобто всі пропозиції мають бути проаналізовані та вивчені з точки зору доцільності та можливості їх втілення.

Одна й та сама асоціація може розраховувати на співпрацю з декількома міністерствами чи іншими державними службами. Наприклад, асоціація, що займається організацією та проведенням музичних вистав для дітей з інвалідністю, може звернутись одночасно



до Міністерства охорони здоров'я і до Міністерства культури. Крім державної підтримки, асоціації можуть розраховувати на підтримку свої діяльності на рахунок коштів різних неурядових організацій.

Дослідниця цього питання Л. Школяр зазначає, що, як правило, більшість дитячих громадських об'єднань у Франції функціонують при молодіжних об'єднаннях чи об'єднаннях, створених дорослими в інтересах дітей. Найбільш відомими та численними громадськими об'єднаннями є такі: Федерація французького скаутського руху (Fédération du scoutisme français), Федерація скаутів та скауток (Fédération des éclaireuses et des éclaireurs), Ліга освіти (Ligue de l'enseignement), Асоціація чорнильних плям (Association Jets d'encre), громадське об'єднання «Молодіжний виклик» (groupement d'intérêt public DEFI Jeunes), Федерація клубів «Знай та Захищай Природу» (Fédération des clubs Connaitre et Protéger la Nature), Асоціація молодих обранців (Association pour les Jeunes Elus), Дитяча католицька організація (Action Catholique des Enfants), Рух дитячих євангелістів (Mouvement Eucharistique des Jeunes), Світ дітей (Paix des enfants), Національна асоціація дитячих та молодіжних рад (Association nationale des conseils d'enfants et de jeunes (Anacej)), Федерація Лео-Лягранжа (Fédération Leo-Lagrange), Національна федерація соціальних та соціокультурних центрів (Fédératon nationale des centres sociaux et socioculturels), «Слоненя» («ELEFANT»), «Тільки для дітей» («Just pour les enfants»), «Простір для майбутнього» (Espace pour l'avenir) та інші. На окрему увагу заслуговують дитячі асоціації загальнонаціонального значення, які діють при закладах освіти (Дитячі ради, Будинки ліцеянтів, Будинки учнів коледжів тощо) (Школяр, 2016).

Зростання громадянської активності підростаючого покоління, зацікавленість держави і громадян діяльністю асоціацій дітей привели до виникнення у Франції певної інновації, а саме створення можливостей кожній дитині створити асоціацію. Йдеться про спонукання кожної дитини створити своє об'єднання. У результаті виникла Національна Мережа Юніорських Асоціацій Франції (Réseau National des Juniors Associations).

Нині кожна дитина з 11-річного віку має право на створення дитячого громадського об'єднання під патронатом Національної

Мережі. Для цього двом або більше дітям потрібно прийняти рішення про спробу створити власну дитячу асоціацію (усі дитячі асоціації створюються строком на 1 рік із можливістю щорічного продовження терміну їх діяльності).

Соціальна робота з дитячими громадськими об'єднаннями у Франції відбувається на рівні органів місцевої виконавчої влади та місцевого самоврядування, а також на рівні закладів освіти, соціальних служб, центрів соціально-психологічної допомоги, медико-соціальних центрів, клубів дітей та молоді, неурядових організацій.

Франція робить усе можливе, щоби забезпечити усім дітям однакові умови для широкої і активної участі в асоціативному житті. Однак зупинимось детальніше на існуванні *спеціалізованих дитячих громадських об'єднань*. У Франції досить поширеною є практика організації дитячих громадських об'єднань для дітей з інвалідністю. Такі асоціації створюються і функціонують лише за допомогою дорослих – як фахівців по роботі з такими дітьми, так і батьків дітей з інвалідністю. Для навчання батьків певних умінь відповідальні за соціальну роботу з дитячими асоціаціями організують спеціальні групи для батьків дітей з інвалідністю, опікуються їхньою адміністративною та фінансовою підтримкою, координують співпрацю батьків з низкою державних чи громадських організацій, що функціонують у системі надання послуг сім'ям з дітьми. Завдяки виваженій і системній роботі фахівців дитячі асоціації для дітей з інвалідністю розвиваються, їх кількість зростає.

Прикладами об'єднань такого типу виступають: Діти серця (Enfants de coeur), Асоціація Маленькі принци (Association Petits Princes), Асоціація Веселка (Association Arc-En-Ciel), Асоціація Рука в Руці (Association Main dans la Main), асоціація «Мрії» (Rêves), департаментальні та регіональні асоціації ментально хворих людей (Association Départementale/Régionale des Personnes Handicapées Mentales) тощо. Діти з інвалідністю у громадських об'єднаннях завдяки злагодженій роботі всіх суб'єктів соціальної підтримки, а також чіткому законодавчому підґрунтю асоціативної діяльності отримують реальний практичний досвід виконання громадських обов'язків, активного соціального життя (Школяр, 2015; 2016).

Отже, соціальна робота у Франції з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями – це цілеспрямована комплексна робота, що здійснюється з урахуванням можливостей різних агентів, суб'єктів соціальної підтримки і захисту населення з метою забезпечення благополуччя, безпеки дитини з інвалідністю, її соціалізації, залученості, підготовки до активного самостійного життя. Така робота базується на принципах інклюзії, рівності прав і підтримки з боку держави. У Франції сім'ї з дітьми з інвалідністю мають доступ до широкого спектру соціальних послуг, які спрямовані на підтримку, полегшення догляду за дитиною, забезпечення доступу до освіти, медичних послуг та соціальної інтеграції. Ключову роль для забезпечення повноцінної інтеграції дітей з інвалідністю у суспільство відіграє тісна співпраця між державними органами, освітніми установами, медичними службами, сім'ями та громадськими організаціями.

### Питання для самоперевірки

1. Які документи визначають нормативно-правові засади соціальної роботи з дітьми з інвалідністю у Франції?
2. Охарактеризувати соціальні послуги у Франції для сімей з дітьми з інвалідністю.
3. Назвати інституції/служби у Франції, що здійснюють соціальну підтримку сімей, які виховують дітей з інвалідністю.
4. Розкрити особливості функціонування і розвитку різних дитячих асоціацій у Франції, у т. ч. для дітей з інвалідністю.

### Література

1. Петрочко, Ж. В. (2016). Громадянська освіта у Франції: сучасний контекст. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді*. 20. 131–139.
2. Постанова Міністерства національної освіти Франції від 12.07.2015 р. <http://www.education.gouv.fr>.
3. Школяр, Л. В. (2016) Соціально-педагогічна робота з дитячими громадськими об'єднаннями у Франції [Дис. к-та пед. наук, НАПН України. Інститут проблем виховання] [https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708726/1/Shkoliar\\_dis.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708726/1/Shkoliar_dis.pdf)

4. Школяр, Л.В. (2015). Правове підґрунтя діяльності дитячих громадських об'єднань Франції. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді*. 19. 379–389.

5. Les droits sociaux. (2001). Paris: Edition de Vecchi S. A., 95 p. Media.

6. Moessinge P. L'identité en jeu. *Pierre Moessinge*. (2014). Amazon Media EU. 158 p.

## РОЗДІЛ 4

# СОЦІАЛЬНІ ПІДТРИМКА ТА ПОСЛУГИ ДЛЯ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ В УКРАЇНІ

### 4.1. Інтегрований та сімейно-орієнтований підходи у роботі з дітьми з інвалідністю та їх сім'ями

Сьогодні для ефективного надання послуг для різних категорій населення важливим є визначення підходів, які зможуть сприяти комплексній роботі фахівців. Одним з таких підходів, у якому ключовим визначно взаємодію і поєднання фахівців, адаптованість до отримувача послуг є інтегрований підхід. Слово **інтеграція** означає об'єднання у єдине ціле (Биби́к, 2006). На думку Л. Ільчук (2018), термін «інтеграція» в контексті соціальних послуг дійсно має широке значення і охоплює різноманітні підходи, але в своїй основі забезпечує кращу координацію між різними службами. Основною метою інтеграції є досягнення оптимальних результатів для отримувачів послуг (Ільчук, 2018).

**Інтегрований підхід при організації соціальних послуг** являє собою сукупність дій, спрямованих на проведення об'єктивного оцінювання можливостей особи або сім'ї і створення умови для формування її потреби в активному соціальному функціонуванні із визначенням логічних конкретних заходів для досягнення визначеної мети і вироблення в процесі взаємодії способу мислення, що приведе до зміни поведінки особи або членів сім'ї.

*(Єременко І. б/в)*

Саме інтеграція послуг означає їх взаємодію. Серед основних **ознак інтегрованого підходу** в громаді – єдине вікно звернення, наявність міждисциплінарних команд, в тому числі робота мобільної бригади, міжвідомча взаємодія, а також злагоджена взаємодія надавачів

послуг, континуум послуг та використання технології ведення випадку. Для забезпечення цього процесу має працювати уся громада, а також має бути створена спеціальна система управління. На думку Т. Спіріної & К. Лунь (2021), інтегроване управління, в першу чергу, передбачає активну участь територіальних громад у всіх процесах забезпечення життєдіяльності, зокрема у наданні комплексних соціальних послуг.

Отже, інтеграція послуг, найперше означає наявність одного фахівця, який може допомогти/сприяти забезпечити повний пакет послуг для одного клієнта чи його сім'ї. Таким чином, інтегровані соціальні послуги для дітей з інвалідністю – це комплексна система підтримки, яка об'єднує медичні, освітні, соціальні та реабілітаційні послуги, спрямовані на покращення якості життя таких дітей. Ці послуги можуть включати соціальну індивідуальну чи групову допомогу, доступ до спеціалізованого навчання, психологічну підтримку, а також реабілітаційні програми, які забезпечують розвиток і соціалізацію дітей, адаптацію їх до суспільства. Усі ці послуги мають надаватися в межах одного механізму, що значно спрощує доступність до послуги, міждисциплінарну взаємодію тощо.

Загалом, інтегровані соціальні послуги є важливим кроком до створення більш інклюзивного суспільства, проте їхня ефективність залежить від наявності ресурсів і якісної організації на місцях. У громадах жителі часто не розуміють та не приймають дітей з інвалідністю чи особливими освітніми потребами, що створює перешкоди для їх інтеграції. Такі діти стикаються зі стигматизацією, дискримінацією та соціальною ізоляцією. Надання послуг, які розпочинаються у вузькоспеціалізованих закладах, не завершуються в них, оскільки соціальний розвиток дитини охоплює все її середовище. Комплексна діагностика фізичного та соціально-психологічного стану дитини її середовища є вкрай актуальними, водночас також і з огляду на військовий стан в Україні, коли взаємодія фахівців різних рівнів є запорукою оптимізації надання послуг.

Прикладом інтегрованого підходу в наданні послуг може бути організація комплексної підтримки для дитини з інвалідністю в рамках однієї громади. У такій моделі взаємодії різні фахівці працюють спільно для забезпечення всебічної допомоги дитині та її родині.

### **Практична ситуація:**

Сім'я внутрішньо-переміщених осіб, яка виховує дитину з інвалідністю проживає в невеликій за кількістю жителів територіальній громаді, де є обмежена кількість надавачів послуг. Водночас дитина має потребу в медичній, освітній, психологічній та соціальній підтримці. Допомоги потребують також члени родини. Якою буде ця підтримка відповідно до інтегрованого підходу?

### **Інтегрований підхід буде означати забезпечення:**

- соціальної підтримки, наприклад Центр соціальних служб, окрім сприяння в отриманні матеріальної, натуральної, юридичної допомоги, буде співпрацювати із закладами охорони здоров'я, освіти, щоб забезпечити повноцінний розвиток дитини, а також інтеграцію сім'ї у громаду
- медичної підтримки, наприклад, реабілітаційних процедур та регулярних медичних оглядів. В той же час лікарі будуть співпрацювати з Центром соціальних служб, щоб врахувати ситуацію проживання та стан сім'ї.
- освітньої підтримки, що найперше включатиме адаптацію умов, створення інклюзивного середовища для дитини, забезпечення асистентом вчителя чи асистентом дитини, відповідно до висновку ІРЦ, а також співпрацю школи з соціальними працівниками, лікарями, психологами, щоб краще зрозуміти фізичний стан та соціальне становище дитини.
- психологічної підтримки, консультування, що можуть бути надані психологом закладу освіти чи Центру надання соціальних послуг. Під час надання послуги психологи взаємодіють з усіма фахівцями, щоб забезпечити всебічну підтримку дитини та її родини.
- Основною ознакою інтегрованого підходу в цьому кейсі є постійна комунікація і взаємодія фахівців щодо потреб дитини та сім'ї, що дозволяє приймати зважені рішення та адаптувати послуги під індивідуальні обставини. Завдяки такому підходу дитина отримує комплексну допомогу, яка охоплює всі сфери її життя. Це сприяє її кращій соціалізації, розвитку, а також полегшує життя родини, яка може отримувати всю необхідну допомогу в межах громади.

Отже, слід зазначити, що сім'я є ключовим середовищем розвитку дитини з інвалідністю, тому важливо щоб надання соціально-реабілітаційних послуг охоплювало також підтримку для її родини. Традиційні підходи, спрямовані на індивідуальну роботу з членами сім'ї, не завжди враховують складність сімейних взаємовідносин, які можуть впливати на успіх роботи з родиною як одиницею. **Сімейно-орієнтований підхід** в наданні послуг передбачає активне залучення сім'ї в процес роботи, під час якої спеціаліст разом з родиною розробляє стратегію для подолання проблем. Ця взаємодія включає регулярні зустрічі, що допомагає адаптувати надання послуг до потреб і ресурсів сім'ї. Такий підхід дозволяє розглядати сім'ю як самостійну систему, що забезпечує її розвиток і підтримку.

О. Столярик (2024) зазначає, що в соціальній реабілітації необхідно застосовувати сімейно-орієнтований підхід, підкреслюючи важливість спільного прийняття рішень. Основними складовими такого підходу є підтримка, адаптована до конкретних потреб сім'ї, розвиток сильних сторін дитини та її сім'ї, а також тісна співпраця з мережею підтримки (Столярик, 2024), що робить сім'ю спроможною. Функціональна сім'я є відкритою системою, в якій всі її частини взаємопов'язані і взаємодіють (Яковенко, 2018), що суттєво підвищує можливості сім'ї справлятися з проблемами.

Отже, робота з сім'єю має на меті зробити її автономною, самозарадною та здатною до розвитку. Ефективні втручання орієнтовані на сім'ю є всеохоплюючими за своєю природою, використовують екологічно розвиваючий підхід у рамках перспективи бачення сімейної системи, що дає змогу розуміти сімейні процеси та проблемну поведінку (Thomilson, 2008). Як зазначає В. Thomilson до практики, орієнтованої на сім'ю, фахівці підходили до розв'язання проблеми зосереджуючись на індивідуальній поведінці і шукали рішення всередині індивіда. Сімейно-орієнтована практика вперше з'явилася в 1950-х роках, коли вчені зрозуміли, що людину і її ситуацію можна зрозуміти в контексті її сім'ї, та тих впливів, які вона зазнає від суб'єктів, середовища, в якому взаємодіє (White, 2008).

На даному етапі необхідно визначити зміст та перспективи використання сімейно-орієнтованого підходу як базового у



консультуванні сімей, що виховують дітей з інвалідністю, в процесі надання послуг. Хоча існує широкий спектр розроблених послуг, все ж підходи до консультування сімей, які виховують дітей з інвалідністю, залишаються недостатньо дослідженими. Таким чином, робота з сім'єю повинна бути пріоритетом у під час надання послуг, а аналіз процесу консультування має здійснюватися з урахуванням сімейно-орієнтованого підходу. Сьогодні консультування під час роботи з сім'єю розуміється як соціальна послуга і процес ведення бесіди з метою вирішення проблем клієнта та підвищення його компетентності. Термін «консультування» походить від латинського «consultare», що означає радитись або піклуватися (Пожидаєва, 2012), і спрямований на допомогу у вирішенні соціальних проблем та покращенні міжособистісних відносин (Кулик & Галушак, 2023). Воно також підвищує рівень соціальної компетентності, зокрема заохочуючи позитивне мислення і самопомогу (Руденко, n.d.).

**Основні етапи консультування** включають:

1. *Початковий етап*: оцінка ситуації, складання плану, аналіз структури та ролей у сім'ї.
2. *Основний етап*: надання підтримки через консультування, розробка та реалізація стратегії залучення сім'ї.
3. *Завершальний етап*: оцінка ефективності заходів та корекція плану (Криницька, 2024).

На основі проведеної оцінки на початковому етапі роботи фахівець розробляє, разом із сім'єю, концепцію роботи, план для вирішення проблемних питань та надання необхідної підтримки сім'ї, а також допомагає у впровадженні стратегій роботи, що відбувається через регулярні зустрічі з сім'єю для оцінки прогресу та внесення необхідних коректив (Криницька, 2024). Робота з сім'єю фахівця із соціальної роботи може ґрунтуватися на основі алгоритму поданого у стандартах соціальних послуг (Стандарт соціальної послуги консультування, Стандарт соціальної послуги супроводу осіб, сімей, які перебувають у СЖО), в основу яких покладена технологія ведення випадку.

Слід зазначити, що в процесі роботи з сім'єю під час консультування широко застосовується системно-сімейний підхід, який є за

змістом подібним до сімейно-орієнтованого підходу в роботі фахівця. Сімейне консультування є професійною діяльністю, спрямованою на підтримку сімей у вирішенні проблем та покращенні їхнього життя. Під час консультування сім'ї родина також розглядається як система, а її функціональність впливає на розвиток всіх її членів. Принципи, на яких базується консультування, включають *нейтральність, циркулярність та конструктивізм*. *Нейтральність* означає, що фахівець займає позицію рівного ставлення до всіх членів сім'ї, не висловлюючи оцінок щодо їхніх думок або проблем (Халік, 2017). *Циркулярність* відображає взаємозв'язок між членами сім'ї: зміна одного елемента системи впливає на всі інші (Халік, 2017). *Конструктивізм* означає, що сім'я сама має можливість змінюватися та бачити нові перспективи для вирішення своїх проблем (Халік, 2017). Водночас тут важливо зазначити, що сім'я обов'язково, залучається до прийняття рішення і є активним суб'єктом. Такий підхід в роботі допомагає сім'ї зосередитися на вирішенні конкретних проблем, розвивати свої сильні сторони і, зрештою, сприяє її функціонуванню як ефективної, ресурсної системи.

Отже, сімейно-орієнтований підхід у діяльності фахівців ґрунтується на залученні сім'ї як активного суб'єкта процесу, що дозволяє ефективніше впливати на розвиток дитини з інвалідністю. Цей підхід передбачає, що вся сім'я, включно з дитиною, бере участь у процесі діяльності з фахівцем та пристосування до нових умов. Таким чином сім'я виступає не лише як ресурс для дитини, але і як самостійна одиниця, здатна забезпечити розвиток, адаптацію та підтримку дитини у складних життєвих обставинах. Сім'ям часто потрібна інформаційна та соціальна підтримка: консультації з питань реабілітаційних програм, прав, ресурсів для дітей з інвалідністю, а також освітніх та культурних можливостей. Особливо важливими є консультації щодо взаємодії з дитиною та відновлення сімейних стосунків.

Над розв'язанням проблем сім'ї в даному випадку залучається команда фахівців. Роль міждисциплінарної та трансдисциплінарної командної роботи у процесі надання послуг полягає в тому, що фахівці з різних галузей спільно працюють над розв'язанням проблем

сім'ї. Це дозволяє координувати дії медичних, соціальних, освітніх та інших служб, що забезпечує комплексний підхід до подолання складних обставин (Шевцова, 2017; Єгорова & Кузьменко, 2023). Такий підхід допомагає враховувати інтереси всіх учасників процесу і сприяє підвищенню обізнаності сім'ї щодо викликів і можливостей їх подолання. Таким чином перспективи застосування сімейно-орієнтованого підходу включають підготовку фахівців і сімей до системної співпраці, яка дозволяє досягти кращих результатів у розвитку дитини та стабілізації внутрішньосімейних стосунків.

Використання цього підходу дійсно підвищує ефективність взаємодії, оскільки залучає всю родину до процесу надання послуг, інтегруючи їхні ресурси і потенціал. Це дозволяє комплексно вирішувати проблеми і покращувати умови для розвитку дитини. Однак існують виклики, які можуть гальмувати процес якісного надання послуг.

**Водночас впровадження впровадження сімейно-орієнтованого підходу має часті перешкоди.** Серед цих перешкод найперше є індивідуалізований підхід, оскільки часто фахівці орієнтуються на роботу з однією особою (дитиною), що обмежує можливість впливу на весь сімейний контекст. Сімейно-орієнтований підхід, який передбачає роботу з усією родиною, ще не завжди широко застосовується, що знижує загальну ефективність втручань. Серед інших труднощів є також обмежений доступ до послуг. Багато сімей стикаються з труднощами через фінансові бар'єри, а саме з високою вартістю реабілітаційних послуг, ліків, медичних засобів; географічні бар'єри, які виникають через відсутність реабілітаційних центрів у малих громадах та сільській місцевості, що обмежує доступ до необхідних послуг; Інформаційні бар'єри через недостатність інформації про права, програми підтримки та доступні послуги. Однією з труднощів є недостатня кількість спеціалізованих закладів, оскільки у багатьох громадах не вистачає центрів, які можуть надавати комплексні соціально-реабілітаційні послуги, особливо в регіонах. Це створює додаткове навантаження на сім'ї, які змушені шукати допомогу у великих містах або приватних закладах. Ситуацію погіршує нестача кваліфікованого персоналу. У

системі соціальної роботи і реабілітації часто не вистачає фахівців, які володіють необхідними знаннями та навичками для застосування сімейно-орієнтованого підходу. Брак підготовки, постійного професійного розвитку та міждисциплінарної співпраці впливає на якість наданих послуг.

Водночас, слід наголосити, що ситуацію може змінити підвищення кваліфікації фахівців через освітні програми, тренінги та супервізії з акцентом на системний підхід та міждисциплінарну роботу. Вагомим стане розвиток інфраструктури у малих громадах, а саме створення центрів соціальної реабілітації, що дозволять сім'ям отримувати необхідні послуги. З огляду на написане вище також важливою є інформаційна підтримка сімей, зокрема через програми навчання батьків, групи підтримки, інформаційні кампанії щодо доступних послуг та прав осіб з інвалідністю.

Важливо, щоб держава та громадські організації продовжували працювати над подоланням цих перешкод, адже інтегрований і комплексний підхід у соціальній роботі є ключем до поліпшення якості життя дітей з інвалідністю та їхніх сімей.

## Питання для самоперевірки

1. Що таке інтегрований підхід до надання послуг? Які його основні ознаки?
2. Що таке сімейно-орієнтований підхід до надання послуг?
3. Якими є основні етапи консультивання сім'ї?
4. Які виклики можуть гальмувати процес якісного надання послуг?
5. Що може допомогти долати основні перешкоди, зробити процес надання послуг більш ефективним?

## Література

1. Бибик, С. П., Сюта, Г. М. (2006). *Словник іношомовних слів: тлумачення, словотворення та слововживання*. Харків: Фоліо.
2. Єгорова, К., Кузьменко, В. (2023). Надання соціально-реабілітаційних послуг особам, які опинилися в складних життєвих обставинах. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Педагогічні науки*, (3), 158–165.

3. Єременко, І. (2023). *Сучасні підходи до впровадження інтегрованих соціальних послуг на рівні громад*. Юнісеф. [https://www.unicef.org/ukraine/media/36691/file/Unicef\\_Integrated%20social%20services.pdf](https://www.unicef.org/ukraine/media/36691/file/Unicef_Integrated%20social%20services.pdf)

4. Ільчук, Л. І. (2018). Розвиток системи інтегрованих соціальних послуг в умовах децентралізації (на прикладі об'єднаних територіальних громад) *Соціально-трудова відносина: теорія та практика*. № 1. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/stvtpp\\_2018\\_1\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/stvtpp_2018_1_12)

5. Криницька, І. П., Горішна, Н. М., & Столярик, О. Ю. (2024). Системно-сімейний підхід у консультуванні сімей під час надання соціально-реабілітаційних послуг для дітей. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*, (2), 44–52. <https://doi.org/10.12958/1817-3764-2024-2-44-52>

6. Кулик, І. (2022). Особливості консультування сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах. *Ввічливість, Humanitas*. № 3.

7. Кулик, І., Галуцак, А. (2023). Консультативна бесіда як метод консультування соціального працівника. *Сучасні тенденції розвитку соціальної роботи в Україні та зарубіжжі : збірник матеріалів I Міжнародної науково-практичної конференції*, м. Івано-Франківськ, 19–20 травня 2023 р.

8. Наказ МСП. (2015). Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги консультування, № 678. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0866-15#Text>

9. Пожидаєва, О. В. (2012). Сутність та види консультування в соціально-педагогічній діяльності. *Вісник Запорізького національного університету*, (1), 14-16.

10. Руденко, Т. (2019). Соціальне консультування як складова соціальної роботи для надання допомоги вразливим категоріям населення. *Electronic Archive of Kyiv Polytechnic Institute*. <https://core.ac.uk/download/pdf/323525802.pdf>

11. Спіріна, Т., Лунь, К. (2021). Надання інтегрованих соціальних послуг в Україні: міждисциплінарний підхід. *Науковий журнал «Інноваційна педагогіка»*, (40), 215–218.

12. Столярик, О. (2024). Сімейно-орієнтований підхід у соціальній реабілітації дітей з інвалідністю. *Інноваційні тенденції сьогодення в сфері природничих, гуманітарних та точних наук. IV Міжнародна*

наукова конференція «Інноваційні тенденції сьогодення в сфері природничих, гуманітарних та точних наук». Дніпро. <https://doi.org/10.62731/mcnd-12.04.2024>

13. Столярик, О., Слозанська, Г., & Криницька, І. (2023). Концепція реабілітації осіб з інвалідністю у закордонній практиці соціальної роботи: системний огляд. *Ввічливість. Humanitas*, (4), 44–53. <https://doi.org/10.32782/humanitas/2023.4.7>

14. Халік, О. (2017). Консультування та терапія нуклеарної й розширеної сім'ї в системному підході. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти : збірник наукових праць*. Вип. 7. 283–288.

15. Халік, О., Бикова, О. (2019). Системна інтегративна модель психотерапії і консультування (СІМПіК) в практиці підготовки психологів та інших спеціалістів допомагаючих професій. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*, 9, 307–324.

16. Шевцова, О. М. (2017). Логіка відображення трансдисциплінарності в реалізації завдань безперервного професійного розвитку реабілітологів. *Медицина інформатика та інженерія*. № 2. <http://dx.doi.org/10.11603/mie.1996-1960.2017.2.7916>

17. Яковенко, О. В. (2018). Системний підхід у сімейному консультуванні. *Психологія та психосоціальні інтервенції*. 64–67.

18. Thomilson B. (2008). *Family centered practice. Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare, The Profession of social work*. [https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=h5c3EdbYWUkC&oi=fnd&pg=PA185&dq=family-centered+approach+into+social+work+practice&ots=i6FbCNvkr3&sig=HBYA22LfilyxFdO68aTD\\_gLQT\\_Q&redir\\_esc=y#v=onepage&q=family-centered%20approach%20into%20social%20work%20practice&f=false](https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=h5c3EdbYWUkC&oi=fnd&pg=PA185&dq=family-centered+approach+into+social+work+practice&ots=i6FbCNvkr3&sig=HBYA22LfilyxFdO68aTD_gLQT_Q&redir_esc=y#v=onepage&q=family-centered%20approach%20into%20social%20work%20practice&f=false)

## 4.2. Соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю та їх сімей

Послуги, що надаються дітям з інвалідністю та їх сім'ям, спрямовані, в першу чергу, на мінімізацію їхньої соціальної ексклюзії та на розвиток їхнього потенціалу. Загальновідомо, що всі послуги мають надаватися на рівні територіальних громад, у територіальній доступності для самих отримувачів. Важливо розуміти їх підтримувальний і реабілітаційний компонент.

Поняття «реабілітація осіб з інвалідністю», види реабілітації (психолого-педагогічна, професійна, трудова, фізкультурно-спортивна, соціальна і психологічна), а також реабілітаційні заходи визначені у Законі «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». Зокрема, соціальна реабілітація – це «система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, задоволення потреби у забезпеченні допоміжними засобами реабілітації» (Про реабілітацію осіб з інвалідністю, 2023). У статті 25 Закону «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» зазначено, що *надання реабілітаційних послуг*, в т. ч. дітям з інвалідністю, можливе в установах і закладах системи реабілітації осіб з інвалідністю, а також, у разі потреби, за місцем проживання дитини. Статтею 32 Закону виписано порядок і умови отримання означених послуг. Зокрема, конкретизовано, що діти з інвалідністю можуть отримати реабілітаційні послуги відповідно до індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, яка розробляється командою фахівців на основі діагностичного висновку і включає меню заходів, спрямованих на:

- (1) навчання дитини з інвалідністю основних соціальних навичок (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування тощо);
- (2) пристосування побутових умов до потреб дитини з інвалідністю;
- (3) педагогічну корекцію для дітей з інвалідністю з метою виховання та підтримання стереотипів безпечної поведінки;
- (4) опанування навичок захисту власних прав та інтересів, самоаналізу та отримання навичок позитивного сприйняття себе та

оточуючих, навичок спілкування тощо (Про реабілітацію осіб з інвалідністю, 2023).

Разом з тим, у системі соціального захисту населення діти з інвалідністю та їх сім'ї отримують соціальні послуги.

Соціальні послуги – це дії, які спрямовані на подолання таких складних життєвих обставин (соціальна підтримка), мінімізацію їх наслідків (соціальне обслуговування) та на профілактику (соціальна профілактика). Соціальні послуги може отримати кожен, хто їх потребує, за місцем проживання або перебування.

*(Закон України «Про соціальні послуги», 2019 р.)*

Надавачі соціальних послуг – юридичні та фізичні особи, фізичні особи – підприємці, включені до розділу «Надавачі соціальних послуг» Реєстру надавачів та отримувачів соціальних послуг; отримувачі соціальних послуг – особи/сім'ї, які належать до вразливих груп населення та/або перебувають у складних життєвих обставинах, яким надаються соціальні послуги.

*(Закон України «Про соціальні послуги», 2019 р.)*

Законом України «Про соціальні послуги» (2019) визначено базові соціальні послуги, які можуть отримати діти з інвалідністю та їх сім'ї.

Базові соціальні послуги – соціальні послуги, надання яких отримувачам соціальних послуг відповідно до цього Закону забезпечується Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями, районними, районними у містах Києві та Севастополі державними адміністраціями, виконавчими органами міських рад міст обласного значення, а також виконавчими органами сільських, селищних, міських рад об'єднаних територіальних громад, створених згідно із законом та перспективним планом формування територій громад і визнаних Кабінетом Міністрів України спроможними в порядку, встановленому законом.

*(Закон України «Про соціальні послуги», 2019 р.)*



Класифікатором соціальних послуг (затверджений наказом Мінсоцполітики від 23.06.2020 № 429) було доповнено палітру соціальних послуг і нині їх кількість становить 37. У державі розпрацьовується мережа суб'єктів-надавачів соціальних послуг. Із визначених у Класифікаторі послуг для осіб/дітей з інвалідністю передбачено наступні: підтримане проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю; транзитне підтримане проживання/учбова соціальна квартира (будинок); соціальна адаптація; соціальна інтеграція та реінтеграція; догляд вдома; догляд стаціонарний; денний догляд дітей з інвалідністю; персональний асистент; соціальна реабілітації осіб з інтелектуальними та психічними порушеннями; соціально-психологічна реабілітація; тимчасовий відпочинок для батьків або осіб, які їх замінюють, що здійснюють догляд за дітьми з інвалідністю; тимчасовий відпочинок для осіб, що здійснюють догляд за особами з інвалідністю, супровід під час інклюзивного навчання; транспортні послуги та інші (Про затвердження Класифікатора соціальних послуг, 2020). У таблиці 4.2.1. схарактеризовано окремі з них.

**Таблиця 4.2.1.** *Перелік соціальних послуг, передбачених для дітей з інвалідністю та їх сімей*

<i>Назва послуги</i>	<i>Стисла інформація про зміст послуги</i>	<i>Куди звертатись</i>	<i>Які документи подати</i>	<i>Джерело фінансування</i>
<i>Категорія населення – діти з інвалідністю</i>				
<b>Соціальна послуга стаціонарного догляду за особами, які втратили здатність до самообслуговування чи не набули такої здатності, що</b>	Надання ліжко-місця з комунально-побутовими послугами в стаціонарних умовах, спостереження за станом здоров'я, організація харчування тощо	Районне управління соціального захисту населення за місцем проживання особи, яка потребує стаціонарного догляду і	Законний представник особи, яка потребує стаціонарного догляду і втратила здатність до самообслуговування чи не набула такої здатності, подає наступні документи:	Міський бюджет

<p><b>надається в інтернатних установах</b></p>	<p>втратила здатність до самообслуговування чи не набула такої здатності</p>		<p>письмову заяву особи, яка виявила бажання проживати/ перебувати в інтернаті (для дієздатних осіб та осіб, цивільна дієздатність яких обмежена);</p> <p>письмову заяву законного представника та рішення органу опіки та піклування про влаштування до інтернату (для недієздатних осіб, яким призначено опікунів);</p> <p>рішення органу опіки та піклування про влаштування до інтернату (для недієздатних осіб у разі відсутності законного представника);</p> <p>паспорт особи або іншого документа, що посвідчує особу, яка</p>	
---	--	--	--	--

			<p>влаштовується в інтернат; копію документа, що засвідчує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків, у якому зазначається реєстраційний номер облікової картки платника податків, або копії паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті); медичну карту з висновком лікарсько-консультативної комісії за участю</p>	
--	--	--	--	--

			<p>лікаря-психіатра про можливість проживання/ перебування в інтернаті за формою, встановленою Міністерством охорони здоров'я України; довідку про розмір призначеної пенсії (щомісячного довічного грошового утримання) та/або державної соціальної допомоги, виданої органами Пенсійного фонду України та/або структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних в місті Києві державних адміністрацій. У разі відсутності такої довідки органи Пенсійного фонду України та/або структурні</p>	
--	--	--	---	--

			<p>підрозділи з питань соціального захисту районних у місті Києві державних адміністрацій запитують необхідну інформацію за місцем попереднього отримання зазначених виплат;</p> <p>довідки до акта огляду медико-соціальною експертною комісією за формою, затвердженою МОЗ (за наявності інвалідності);</p> <p>довідку для направлення особи з інвалідністю до інтернату (за наявності інвалідності);</p> <p>індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю (за наявності інвалідності);</p> <p>копію рішення суду про обмеження цивільної дієздатності</p>	
--	--	--	---	--

			<p>або визнання недієздатною особи, щодо якої вирішується питання про влаштування до інтернату (для недієздатних осіб та осіб, цивільна дієздатність яких обмежена); копію рішення суду або органу опіки та піклування про призначення опікуна або піклувальника особі, щодо якої вирішується питання про влаштування до інтернату (за наявності опікуна або піклувальника); копію паспорта опікуна або піклувальника особи, щодо якої вирішується питання про влаштування до інтернату (за наявності опікуна або піклувальника);</p>	
--	--	--	---	--

			пенсійне посвідчення або посвідчення отримувача державної соціальної допомоги (за наявності); копію договору про відкриття та обслуговування поточного рахунка (за наявності); довідку про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (за наявності); три фотокартки розміром 3 x 4 сантиметри.	
<b>Транспортні послуги</b> ( <i>надається дітям з інвалідністю з захворюваннями опорно-рухового апарату, які пересуваються на візках або милицях</i> )	Перевезення спеціалізованими автомобілями, обладнаними підйомниками або пандусами, здійснюються:	- письмова заява; - копія довідки або посвідчення про встановлення групи інвалідності (за наявності);	Міські територіальний центр соціального обслуговування	Міський бюджет

	<p>до лікуваль-но-профі-лактичних, санаторно-оздоровчих, реабілітаційних та навчальних закладів, протезно-ортопедичних підприємств та майстерень (в разі, якщо даний заклад знаходиться за межами м. Києва, перевезення здійснюється лише до залізничного вокзалу); на соціальні, культурно-масові та спортивні заходи за замовленнями установ та організацій соціального захисту населення; до структурних підрозділів органів виконавчої</p>		<p>- медичний висновок про здатність до самообслуговування та потребу в сторонній допомозі (потребу в транспортному перевезенні спеціалізованими автомобілями) (за формою); - довідка про місце реєстрації або місце перебування.</p>	
--	--	--	---	--



	влади та місцевих органів самоврядування			
<b>Забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації</b>	Безоплатне забезпечення дітей з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації шляхом безготівкового перерахування коштів підприємствам, що виконали індивідуальні заявки осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення на виготовлення технічних та інших засобів реабілітації, надання послуг з їх ремонту.	Районне управління праці та соціального населення за фактичним місцем проживанням	Для взяття на облік дитина з інвалідністю, інша особа або їх законні представники подають органу соціального захисту населення, виконавчому органу ради об'єднаної територіальної громади заяву про взяття на облік за формою, затвердженою Мінсоцполітики. Разом із заявою про взяття на облік пред'являються такі документи дитини з інвалідністю, іншої особи: паспорт громадянина України, тимчасове посвідчення громадянина України,	Державний бюджет Місцевий бюджет

	<p>До технічних та інших засобів реабілітації, якими забезпечуються зокрема діти з інвалідністю через структурні підрозділи з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчі органи міських, районних у містах рад (далі - органи соціального захисту населення), належать:</p> <p>протезно-ортопедичні вироби, в тому числі ортопедичне взуття; спеціальні засоби для</p>		<p>посвідка на постійне проживання, посвідка на тимчасове проживання, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту (далі - документ, що посвідчує особу), або свідоцтво про народження (для дітей віком до 14 років); висновок ЛКК - у разі коли особа вперше звертається до органів соціального захисту населення або змінюється група і причина інвалідності; індивідуальна програма, що містить показання для забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації</p>	
--	--	--	--	--

	<p>самообслуговування та догляду;  засоби для пересування;  допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому;  меблі та оснащення;  спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією.  Діти з інвалідністю забезпечуються відповідними технічними та іншими засобами реабілітації, отримують за бажанням компенсацію за відповідні самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації в порядку</p>		<p>(індивідуальна програма не пред'являється особами з інвалідністю для виплати компенсації за спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією у випадках висновок ЛКК (для постраждалих внаслідок антитерористичної операції, яким не встановлено інвалідність).</p>	
--	--	--	---	--

	<p>черговості згідно з індивідуальною програмою реабілітації (далі - індивідуальна програма).</p> <p>Діти з порушеннями опорно-рухового апарату (далі - діти віком до 18 років) забезпечуються протезно-ортопедичними виробами (за винятком ортопедичного взуття).</p> <p>Дівчата після мастектомії, секторальної резекції молочної залози, квадрантектомії та з порушеннями розвитку молочних залоз забезпечуються протезами молочних залоз, післяопераційними</p>			
--	---	--	--	--

	<p>протезами, ліфами для їх кріплення, спеціальними ліфами для кріплення протезів молочної залози для занять фізичною культурою і плаванням (купальником), ортезами на верхні кінцівки, зокрема компресійними рукавами.</p> <p>Особи, визначені абзацом сьомим статті 4 Закону України “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні” (далі - постраждали внаслідок антитерористичної операції), забезпечуються технічними та іншими засобами</p>			
--	---	--	--	--

	<p>реабілітації на підставі висновків лікарсько-консультативних комісій лікувально-профілактичних закладів чи рішень військово-лікарських комісій незалежно від встановлення їм інвалідності.</p>			
<p><b>Реабілітація дітей з інвалідністю</b></p>	<p>Бюджетні кошти спрямовуються на відшкодування вартості реабілітаційних заходів для дітей закладам охорони здоров'я будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або їх відокремленим підрозділам, що</p>	<p>Для забезпечення дитини реабілітаційними заходами один із батьків дитини чи її законний представник подає до місцевого органу заяву про направлення дитини до реабілітаційної установи у</p>	<p>Паспорт громадянина України та/або свідоцтва про народження, та/або іншого документа, що посвідчує особу дитини; індивідуальної програми реабілітації, що видана лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу;</p>	<p>Державний бюджет Місцевий бюджет</p>

	<p>забезпечують медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників, а також реабілітаційним установам, підприємствам, закладам, у тому числі їх відділенням, структурним підрозділам незалежно від форми власності, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики</p>	<p>довільній формі (далі - заява) із зазначенням інформації про вибрану реабілітаційну установу разом з копіями. Перелік реабілітаційних установ, який є невичерпним, формується Фондом згідно із заявницьким принципом реабілітаційної установи. Перелік реабілітаційних установ оприлюднюється на офіційних веб-сайтах Мінсоцполітики, Фонду, місцевих та регіональних органів.</p>	<p>виписки з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о).</p>	
--	---	---	--	--

*Категорія населення - діти віком від 2-до 18 років з інвалідністю внаслідок розумової відсталості, ураження центральної нервової системи з порушенням психіки, синдрому Дауна, аутизму*

<p><b>Соціальна послуга денного догляду</b></p>	<p>- допомога у виконанні лікувально-фізичних вправ;          - навчання користуванню технічними допоміжними і обов'язковими гігієнічними засобами (за потреби);          - надання санітарно-гігієнічної допомоги (допомога при вдяганні, роздяганні, взуванні, вмиванні, обтиранні, обмиванні, зміні натільної білизни, зміні постільної білизни, користуванні туалетом тощо);</p>	<p>Районні територіальні центри соціального обслуговування (надання соціальних послуг) (крім Дніпровського району)</p>		<p>Місцевий бюджет</p>
---	--	--	--	------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- допомога при пересуванні у приміщенні;</li> <li>- спостереження за станом здоров'я відповідно до медичних показань та рекомендацій;</li> <li>- сприяння в організації дозвілля (читання книг, допомога під час заняття рукоділлям, малюванням, проведення ігор);</li> <li>- організація харчування та допомогу у прийнятті їжі;</li> <li>- організація денного відпочинку (сну).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- письмова заява;</li> <li>- копія свідоцтва про народження для осіб, які не досягли 14-річного віку або паспорту дитини;</li> <li>- копія паспорту одного з батьків або законного представника;</li> <li>- копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (за наявності);</li> <li>- копія рішення органів опіки та піклування про встановлення опіки (піклування) над дітьми, які цього потребують (за наявності);</li> <li>- індивідуальна програма реабілітації,</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			<p>видана медико-соціальною експертною комісією, лікувально-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- виписка з історії розвитку дитини;</li> <li>- медична довідка про епідоточення та відсутність протипоказань щодо відвідування відділення. Довідка дійсна протягом 3 днів від дати видачі.</li> </ul>	
<b>Реабілітаційні послуги</b>	<p>Соціальна реабілітація</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навчання дітей навичкам самообслуговування;</li> <li>- пристосування дітей з інвалідністю до побутового середовища (навчання)</li> </ul>	<p>Районні територіальні центри соціального обслуговування (надання соціальних послуг) (крім Дніпровського та Шевченківського районів)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- письмова заява;</li> <li>- копія свідоцтва про народження для осіб, які не досягли 14-річного віку або паспорту дитини;</li> <li>- копія паспорту одного з батьків або законного представника;</li> </ul>	<p>Місцевий бюджет</p>

	<p>дітей користуванню побутовою технікою, догляду за кімнатними рослинами та тваринами, догляду за особистими речами, приготуванню їжі);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- розвиток вміння спілкуватися з однолітками та дорослими;</li> <li>- необхідна допомога дитині у осмисленні своєї особистості, своєї ролі у суспільстві;</li> <li>- допомога дітям у відкритті та розвитку індивідуальних здібностей або талантів. Під час занять розвивається мислення, увага та увага, дрібна моторика та ін.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (за наявності);</li> <li>- копія рішення органів опіки та піклування про встановлення опіки (піклування) над дітьми, які цього потребують (за наявності);</li> <li>- індивідуальна програма реабілітації, видана медико-соціальною експертною комісією, лікувально-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу;</li> <li>- виписка з історії розвитку дитини;</li> <li>- медична довідку про епідоточення та відсутність протипоказань</li> </ul>	
--	---	--	---	--

	<p>Психологічна реабілітація</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- психодіагностики та психологічної корекції;</li> <li>- групових занять з психотерапії;</li> <li>- консультування батьків;</li> <li>- терапії з використанням елементів лялькового театру, казкотерапії, арт-терапії, музикотерапії, тактильної терапії, ароматерапії, аероіонотерапії, рецептивної музикотерапії, каністерапії та ін.;</li> <li>- аутогенних тренувань (дітям з 10 років);</li> <li>- занять в сенсорних кімнатах та ін.</li> </ul> <p>Педагогічна реабілітація</p>		<p>щодо відвідування відділення. Довідка дійсна протягом 3 днів від дати видачі.</p>	
--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- педагогічну діагностику;</li> <li>- корекційно-розвиткову роботу;</li> <li>- розумовий, етичний розвиток;</li> <li>- естетичне виховання;</li> <li>- логопедичну корекцію;</li> <li>- підготовку до інтегрованого навчання.</li> </ul> <p>Фізична реабілітація система заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації, що забезпечують функціональне відновлення дитини, виявляють і розвивають резервні і компенсаторні можливості</p>			
--	---	--	--	--

	сорганізму шляхом ви- роблення нових рухів, компенсатор- них навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення.			
--	---	--	--	--

Незважаючи на детальне представлення в чинному законодавстві палітри послуг соціального та реабілітаційного контексту для дітей з інвалідністю та їх сімей, для нас важливе вивчення їх крізь призму комплексного, інтегрованого, міждисциплінарного підходу, а саме в контексті організації надання саме соціально-реабілітаційних послуг для означеної категорії населення у громаді.

Зазначимо, що в основі соціально-реабілітаційних послуг закладена соціальна реабілітація як діяльність. Н. Дідик і М. Троцьковець трактує соціальну реабілітацію як діяльність, що «передбачає навчання особи з інвалідністю основних соціальних навичок, пристосування побутових умов до потреб особи з інвалідністю, соціально-побутове влаштування та обслуговування, педагогічну корекцію ... для отримання навичок позитивного сприйняття себе та оточуючих, навичок спілкування, забезпечення автономного проживання у суспільстві..., забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації, санаторно-курортне лікування відповідно до медичних показань» (Дідик, Троцьковець, 2019). Уточнимо, що інколи соціальна реабілітація триває впродовж усього життя; її основним завданням є адаптація дітей з інвалідністю до умов соціальної реальності та превенція «соціальної ексклюзії» та «інституціоналізації». Р. Шаравара (2019) зазначає, що соціальна реабілітація дітей з інвалідністю спрямована на

подолання таких проблем, як проблеми зі здоров'ям, фізичним обмеженням, ізоляцією, просторовими, інформаційними та комунікативними бар'єрами, інтелектуальними, мотиваційними, етичними труднощами, тощо. На думку науковиці, соціальна реабілітація – це «система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи із функціональними обмеженнями здоров'я до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування, задоволення потреби у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації» (Шаравара, 2019, 297). Значення вона має при комплексному та всебічному підходах у її реалізації, одним із аспектів якої є реконструкція соціокультурного середовища.

У процесі соціальної реабілітації, на думку О. Виноградової (2021), важливо звертати увагу на всебічний розвиток людини, розширення кола її спілкування, розвиток умінь і навичок, самостійності та соціальну включеність дітей з інвалідністю у суспільство.

У структурі соціальної реабілітації А. Ревть, І. Гриник (2020) виділяють індивідуальну, групову, соціокультурну її форми; психолого-педагогічний, соціальний, побутовий і фізичний її види. Учені наполягають на довготерміновості самої реабілітації, яка включає такі етапи: (1) діагностику та складання індивідуального плану, (2) активну реабілітацію і стимуляцію, (3) оцінку змін (Ревть, Гриник, 2020, 166–167).

Відомо, що соціальна реабілітація, як діяльність, реалізується через надання соціально-реабілітаційних послуг. Останні наповнені широким спектром заходів соціально-реабілітаційного характеру, до яких можна віднести «фізичну реабілітацію, соціальну адаптацію, психопедагогічну корекцію, корекцію мови та мовлення» (Школьник, Михальчук, 2022, 65).

Зважаючи на комплексність соціально-реабілітаційних послуг, на нашу думку, у їх структуру входять дві групи послуг: соціальні та реабілітаційні. Детально зміст соціальних послуг і їх різновиди представлено у Законі України «Про соціальні послуги» та у Класифікації соціальних послуг. Вичерпну характеристику реабілітаційним

послугам дала Т. Семигіна, які визначала як систему «медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги з відновлення та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення» (Семигіна, 2019). На її думку, реабілітаційні послуги можуть включати такі: медичні, психологічні, освітні, соціальні та реабілітацію за допомогою технічних засобів. Надаватися вони мають за місцем проживання або перебування отримувача у залежності від його потреб.

На основі аналізу змісту поняття «соціальні послуги» та «реабілітаційні послуги» та їх переліку і характеристик нами визначено, що соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю та їх сімей – це послуги, що спрямовані на відновлення та/або розвиток соціальних навичок, здібностей, сильних сторін дітей та їх сімей, соціальну підтримку та соціальне обслуговування задля самореалізації, підвищення адаптаційного потенціалу та забезпечення доступу до ресурсів, необхідних для подолання викликів, пов'язаних з інвалідністю, та забезпечення найкращих інтересів дитини. Інтегрований, міждисциплінарний/трансдисциплінарний та сімейно-орієнтований підходи є в основі таких послуг.

Н. Майорова, М. Онуфрик, Г. Хворова (2020) зміст соціально-реабілітаційних послуг трактують як діяльність, спрямовану на «навчання, формування, розвиток і підтримку соціально-побутових навичок (самообслуговування, комунікації, позитивної поведінки, приготування їжі, орієнтування тощо); психологічну підтримку; організацію дозвілля, спортивно-оздоровчої, технічної та художньої діяльності, трудової адаптації, працетерапії; арт-терапія тощо» (с.6).

Мережа спеціальних закладів, орієнтованих на роботу з дітьми з інвалідністю та їх сім'ями, має функціонувати на рівні територіальних громад для надання означених послуг.

Станом на сьогодні окремі організації, на які покладено відповідні функції, вже функціонують у територіальних громадах. Це Ін-



кклюзивно-ресурсні центри (ІРЦ), Навчально-реабілітаційні центри (НРЦ), Центри комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю тощо.

О. Виноградова (2021), Н. Кеда (2019), А. Ревть, І. Гриник (2020) зазначають, що важливо, щоб на рівні територіальної громади соціальні служби, Служби у справах дітей і корекційно-реабілітаційні установи взяли на себе відповідальність за надання означених послуг для дітей з інвалідністю та їх сімей. Іншої думки Є. Глобіна (2020), яка вважає, що Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю є найкращою установою для здійснення комплексу соціально-реабілітаційних заходів, спрямованих на створення умов для всебічного розвитку, засвоєння знань, умінь, навичок, досягнення і збереження їхньої максимальної незалежності, фізичних, розумових, соціальних, професійних здібностей з метою максимальної реалізації особистого потенціалу. Тоді як Н. Майорова, М. Онуфрик, Г. Хворова наполягають на тому, що надання соціально-реабілітаційних послуг має здійснюватися у Центрах денного догляду.

Соціально-реабілітаційні послуги є комплексним поняттям та діяльністю, у структурі якої Т. Ткач виділяє:

(1) соціальну реабілітацію («комплекс заходів, спрямований на розвиток навичок самообслуговування, пересування по квартирі, вулиці, орієнтування в просторі»);

(2) професійну орієнтацію (набуття навичок самообслуговування, освоєння доступних навичок праці, професійне самовизначення тощо);

(3) логопедичну роботу (розвиток артикуляційної моторики, розвиток мовного дихання, формування граматичної будови мовлення тощо);

(4) психологічну (психолого-педагогічна діагностика інтелектуальної, емоційно-вольової сфери, психологічна корекція, консультування) та медичну («відновлювальне і підтримувальне лікування, фізіотерапевтичні засоби, масаж, нетрадиційні методи лікування та ін.») реабілітації;

(5) відновно-оздоровчі заходи (Ткач, 2019, 132).

Н. Бездідько, Ю. Лянной у структурі соціально-реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю в умовах реабілітаційних центрів виділяють такі групи заходів:

(1) психолого-педагогічні: психокорекція якостей і функцій дитини з інвалідністю, її мотивації до життєдіяльності та праці, навчання прийомів і методів психологічної саморегуляції, корекція розвитку;

(2) трудові: сприяння у трудовому навчанні і адаптації, психологічна підтримка в процесі професійної адаптації;

(3) соціальні: соціально-побутова адаптація й соціально-середовищна орієнтація (Бездідько, Лянной, 2021, 234–235).

Практики щодо здійснення заходів у рамках соціально-реабілітаційних послуг апелюють до різних методів роботи. Р. Шаравара (2019) наголосила на важливості застосування арт-терапії, казкотерапії, танцетерапії, дельфінотерапії, хобі-терапії, гарденотерапії у роботі з дітьми з інвалідністю (с. 299–301). Є. Глобіна (2020) доповнила означений перелік методів роботи такими: монтесорі-терапія, LEGO-терапія, пісочна терапія, сенсорна інтеграція, музикотерапія, психокорекція. С. Ленда дієвою у роботі з дітьми з інвалідністю вважає застосування пісочної анімації; Л. Клевака – іпотерапії; О. Мельник – інформаційно-технологічних методів; А. Вдовиченко, М. Кулько – каністерапії. Н. Пастух до конструктивних методів роботи з дітьми з інвалідністю додає кондуктивну педагогіку Андраша Петьо, методи корекції мовленнєвого та психічного розвитку Л. Данилової, музичну терапію, сенсорну корекцію та сенсорну інтеграцію тощо. Н. Іваніків, Р. Караба наголосили на важливості застосування методики емоційного тонізування у роботі з дітьми з інвалідністю. Л. Петришин робить наголос на використанні засобів мистецтва у роботі з дітьми з інвалідністю. Г. Терещенко та Г. Ракітський апелюють до використання методики соціокультурної природи у роботі з дітьми з інвалідністю (Криницька, Слозанська, Скочко, 2023).

Звичайно, важливо комбінувати різні підходи і різні методи у процесі надання соціально-реабілітаційних послуг, однак не менш важливо апелювати до міждисциплінарності та комплексності при наданні означених послуг для дітей з інвалідністю та їх сімей (Кравченко, 2020; О. Каук, В. Крупень, Н. Просоленко, О. Сердюк, 2022, 147). На міждисциплінарній взаємодії, системному підході та комплексності соціально-реабілітаційних послуг наголошують Н. Іваніків і Р. Караба (2022, 460–462). О. Каук, В. Крупень, Н. Просоленко, О. Сердюк (2022)

додають сімейно-орієнтованості характеру самих соціально-реабілітаційних послуг. О. Виноградова (2021) робить акцент на інтегрованості при наданні означеної палітри послуг для дітей з інвалідністю. О. Столярик (2020), О. Кравченко та Г. Кучер (2022) наголошують на важливості надання соціально-реабілітаційних послуг в установах за місцем проживання отримувачів чи в доступній близькості. Вважаємо за доцільне зазначити, що підтримуємо позицію означених вище науковців та спробуємо охарактеризувати окремі соціально-реабілітаційні послуги та особливості їх надання у підрозділах нижче.

## Питання для самоконтролю

1. Що ви розумієте під поняттям «соціально-реабілітаційні послуги для дітей з інвалідністю та їх сімей»?
2. Які саме послуги можна віднести до соціально-реабілітаційних?
3. Схарактеризуйте особливості надання соціально-реабілітаційних послуг.
4. Які методи роботи є дієвими при надання соціально-реабілітаційних послуг дітям з інвалідністю?

## Література

1. Бездідько, Н., Лянной, Ю. (2021). Методичні засади корекційної допомоги дітям з інвалідністю в умовах реабілітаційного центру України та Німеччини. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. № 8 (112). С. 232–242.
2. Виноградова, О. (2021). Інтегровані соціальні послуги як напрям соціалізації дітей з інвалідністю в громаді. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5: Педагогічні науки: реалії та перспективи: зб. наук. праць*. Київ: Видавничий дім «Гельветика». Вип. 79 (т.1). С. 73–76.
3. Глобіна, Є. (2020). Центр комплексної реабілітації як система в побудові корекційно-реабілітаційного простору для дітей та осіб з інвалідністю. *Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегії розвитку у національному та світовому вимірі: матеріали VI Міжнародної науково-практичної онлайн-конференції*. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. Макаренка. 350 с.

4. Дідик, Н., Троцьковець, М. (2019). Зміст соціальної реабілітації осіб з інвалідністю в закладах різного типу. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: соціально-педагогічна. Кам'янець-Подільський*: Медобори. Вип. XXXII. С. 86–98.

5. Іваніків, Н., Караба, Р. (2022). Реабілітація дітей раннього віку з розладом аутичного спектру. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку: матеріали XVIII Міжнародної науково-практичної конференції*. Київ; Тарту: ГО «ВАДНД». 493 с.

6. Кеда, Н. (2019). Актуальні питання, мета і завдання корекційно-реабілітаційних служб України для дітей з інвалідністю та/або з особливими освітніми потребами. *Наукові записки БДПУ. Серія: Педагогічні науки*. Бердянськ: БДПУ. Вип.2. 352 с.

7. Кравченко, О. (2020). Міждисциплінарний підхід у дослідженні соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму. *Актуальні питання корекційної освіти: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Кам'янець-Подільський*. Вип. 16. Том 1. С. 142–153.

8. Криницька, І., Слозанська, Г., Скочко, М. (2023). Зміст соціально-реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю: аналіз основних підходів. *Інноваційна педагогіка*. Випуск 64. Том 1. С.161–165.

9. Про затвердження Класифікатора соціальних послуг : Наказ Міністерства соціальної політики України від 23.06.2020 р. № 429. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0643-20#Text> (дата звернення 10.08.2023).

10. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України (зі змінами № 2980-IX від 20.03.2023) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> (дата звернення: 01.10.2023).

11. Ревть, А., Гриник, І. (2020). Соціальна реабілітація, що здійснюється центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. *Молодий вчений*. 8 (84). С. 165–168.

12. Семигіна, Т. В. (2019). Соціальні послуги у територіальних громадах України: інновації правового регулювання. *Вісник академії праці, соціальних відносин і туризму*. № 4. С. 65–75.

13. Сердюк, О. І., Крупеня, В. І., Просоленко, Н. В., Каук, О. І. (2022). Організація роботи міждисциплінарної команди фахівців в комплексній реабілітації дітей з ДЦП 2. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: Матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М. Гуревича (1891–1937)*. Харків. 224 с.

14. Ткач, Т. (2019). Особливості соціально-реабілітаційної роботи з дітьми та підлітками з інвалідністю в Україні. *Наука. Освіта. Молодь*.

15. Хворова, Г., Онуфрик, М., Майорова, Н. (2020). *Центр (відділення) денного догляду для дітей з інвалідністю: нормативно-правове забезпечення, адміністрування, психолого-педагогічний супровід, підтримка компетентного батьківства: інформ.-метод. посіб.* Київ. 56 с.

16. Шаравара, Р. (2019). Соціальна реабілітації дітей з функціональними обмеженнями здоров'я: інноваційні практики. URL: [https://sci-conf.com.ua/wp-content/uploads/2019/11/topical-issues-of-the-development-ofmodern-science\\_13-15.11.2019.pdf#page=293](https://sci-conf.com.ua/wp-content/uploads/2019/11/topical-issues-of-the-development-ofmodern-science_13-15.11.2019.pdf#page=293)

17. Школьник, М., Михальчук, В. (2022). Організація роботи мультидисциплінарної команди спеціалістів для реабілітації дітей з інвалідністю. URL: [http:// repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/19501/1/Shkolnik\\_Organizaciya\\_roboti.pdf](http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/19501/1/Shkolnik_Organizaciya_roboti.pdf)

18. Kravchenko, O., Kucher, G. (2022). *Social and rehabilitation services in the local community. The system of social services of Ukraine amidst transformation: modern trends and challenges: Scientific monograph*. Riga, Latvia: «Baltija Publishing». 218 p.

19. Stoliaryk, O. (2020). Availability of services for families raising children with autism as a purpose of social work. *Social Work and Education*. 7(3). С. 289–303.

20. Petrochko, Z., Slozanska, H., & Horishna, N. (2023). ПОШУК МОЖЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ. *Theoretical and Methodical Problems of Children and Youth Education*, 27(2), 121–136.

## 4.3. Технологія раннього втручання у роботі з дітьми з інвалідністю

### 4.3.1. Раннє втручання у роботі з дітьми з інвалідністю в Україні

Інклюзія, соціальний захист, організація і надання допомоги, соціальних послуг дітям з інвалідністю та їх сім'ям є предметом дослідження багатьох українських науковців (Бужина, Імерідзе, Биков, 2020; Виноградова, 2021; Горішна, 2019а; Горішна, 2019б; Костіна, 2023; Слозанська & Горішна, 2023; Якутович, & Петрочко, 2022). У категорії дітей з інвалідністю діти раннього віку все більше привертають увагу дослідників останніми роками. Предметом вивчення стає відновлення та/або розвиток соціальних навичок означеної категорії дітей, їх здібностей, сильних сторін, підвищення адаптаційного потенціалу задля самореалізації, покращення якості життя, соціального функціонування, забезпечення прав тощо, що є можливим у процесі раннього втручання (Криницька, Слозанська, Скочко, 2023).

*Дитина з інвалідністю* – це дитина зі «стійким розладом функцій організму, спричиненим захворюванням, травмою або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що зумовлюють обмеження її нормальної життєдіяльності та необхідність додаткової соціальної допомоги і захисту».

(*Про охорону дитинства, 2001*)

*Особа з особливими освітніми потребами* – особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту

(*Про освіту, 2017*)

*Діти з порушеннями психофізичного розвитку або ризиками їх появи* – це діти, у яких діагностовано інтелектуальні, функціональні, фізичних, навчальні, соціокультурні та соціоадаптаційні порушення або ризик їх виникнення.

(*Слозанська, Криницька, Скочко, 2023*)

*Діти раннього віку* – це діти від 0 до 3 років.

Науковцями (Smythe, Zuurmond, Tann, Gladstone, & Kuper, 2021; Sapiets, Totsika, & Hastings, 2021; Morgan, Feters, Adde, Badawi, ... & Novak, 2021) доведено, що у контексті роботи з дітьми раннього віку з інвалідністю, порушеннями психофізичного розвитку корекційно-розвиткові, реабілітаційні заходи є найбільш продуктивними. Останні є структурними елементами послуги раннього втручання, яку віднедавна почали розвивати і в Україні.

Зазначимо, що станом на сьогодні в Україні не існує єдиного підходу до трактування поняття «раннє втручання». Вітчизняні науковці характеризують його з позиції комплексної послуги, системи допомоги або функціонального підходу. У таблиці 4.3.1.1 подано різні підходи до трактування поняття «раннє втручання», представлені в українській науковій та методичній літературі. На нашу думку, це комплексна соціально-реабілітаційна послуга, «яка передбачає надання кваліфікованої допомоги дітям раннього віку із порушеннями розвитку або ризиками їх появи чи дітям з інвалідністю віком від 0 до 3 років з набуття основних і/або нових навичок міждисциплінарною командою фахівців задля покращення їх функціонування і розвитку, а також супровід та підтримку сімей задля підвищення якості їх життя» (Криницька, Слозанська, Скочко, 2023).

**Таблиця 4.3.1.1.** *Ключові підходи до трактування терміну «раннє втручання»*

<i>Джерело</i>	<i>Раннє втручання</i>
Методичні рекомендації щодо впровадження практики надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя, 2021	Це міждисциплінарна, сімейно-центрована комплексна послуга, яка поєднує медичну, психологічну, соціальну та освітню складові, спрямовується на раннє виявлення та профілактику порушень у дітей, покращення їхнього розвитку, підвищення якості їхнього життя, супровід і підтримку сімей з дітьми, у яких виявлено порушення розвитку;

<p>І. Сухіна, Т. Скрипник та І. Риндер, 2017</p>	<p>Це родинно-орієнтована комплексна (медична, психологічна, соціальна) допомога дітям раннього віку, у яких виявлено порушення (відхилення) в розвитку, ризику їх виникнення в старшому віці, а також – родинам, які виховують таких дітей;</p>
<p>О. Гдиря, А. Заплатинська, Т. Міщук, 2017; А. Заплатинська, Т. Панченко, 2018</p>	<p>Це міждисциплінарна сімейно-центрована система допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку та дітям груп біологічного і соціального ризику, спрямована на покращення розвитку дитини та підвищення якості життя родини;</p>
<p>Г. Кукурудза, 2013</p>	<p>Це система міждисциплінарної сімейно-центрованої допомоги дітям та сім'ям, що їх виховують;</p>
<p>С. Хоменко, 2020</p>	<p>Це спеціально організована система психологічної, соціальної, медичної та педагогічної допомоги сім'ям, які виховують дітей від народження до 4 років з порушеннями розвитку або ризиком їх виникнення, спрямованої на розвиток дитини і нормалізацію життя її сім'ї; Це система заходів, спрямованих на розвиток дитини раннього віку з інвалідністю, фізичними, психічними, сенсорними, інтелектуальними порушеннями або ризиком їх виникнення та супровід її батьків чи законних представників у процесі роботи з дитиною;</p>



Л. Некраш, 2018	Це функціональний підхід, мета якого полягає у сприянні благополуччю дитини, поліпшенні здібностей дитини виконувати завдання, що постають у повсякденному житті, забезпеченні максимальної активності і участі дитини в повсякденних життєвих ситуаціях;
М. Кропивницька, 2019	Це послуга, яка поєднує медичну, психологічну, соціальну та педагогічну допомогу, що надається міждисциплінарною командою фахівців дітям від народження до трьох років (включно) з обмеженнями життєдіяльності або з ризиком виникнення таких обмежень та їхнім сім'ям з метою раннього виявлення та профілактики порушень, спрямована на покращення розвитку дитини, підтримку батьків чи законних представників таких дітей;
Г. Кукурудза, О. Блізнюк, А. Кравцова, 2022	Це послуга для сімей з дітьми, які мають порушення розвитку або ризики виникнення порушень, що побудована на партнерстві фахівців, батьків і дитини; поєднує психологічну, медичну, педагогічну та соціальну складові; надається мультидисциплінарною командою фахівців дітям з порушеннями розвитку або ризиком виникнення таких порушень віком від 0 до 4-ох років

Важливо, щоб послуга раннього втручання надавалася в умовах зростання та виховання дітей у звичному для них природному середовищі чи максимально наближеному до нього. Здійснення психолого-педагогічного супроводу, спрямованого на оцінку та підтримку психічного розвитку, психологічного стану дитини, нормалізацію

дитячо-батьківської взаємодії, подолання поведінкових проблем і профілактику вторинних порушень, є ключовим контекстом роботи фахівців із раннього втручання з дітьми з інвалідністю та їх сім'ями (Слозанська, Криницька, Скочко, 2023).

Інтегрований, комплексний та міжвідомчий підходи є ключовими при наданні послуги раннього втручання. Базові принципи надання послуги раннього втручання представлено на рис 4.3.1.1.



Рис. 4.3.1.1. Принципи надання послуги раннього втручання

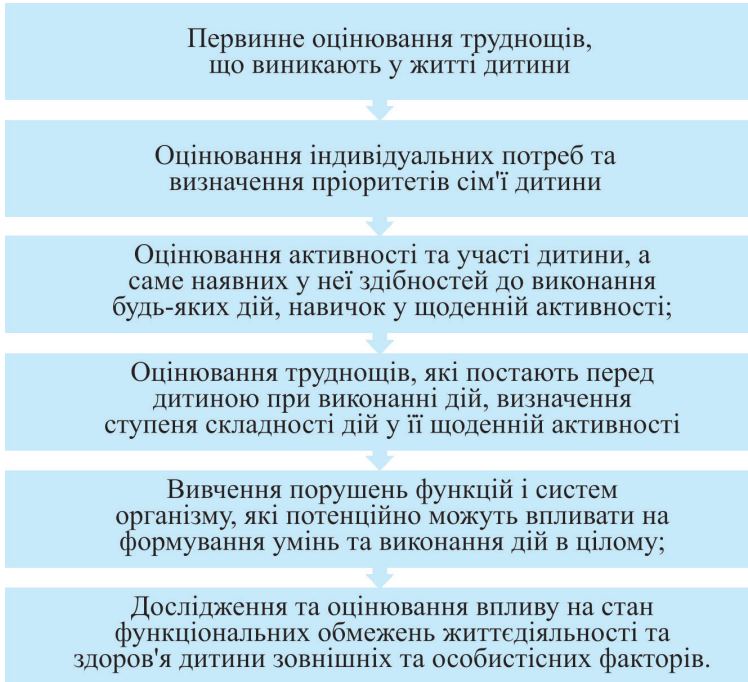


Рис. 4.3.1.2. Алгоритм надання послуги раннього втручання

Важливо зазначити, що дотримання принципів Міжнародної класифікації функціонування теж є ключовим при наданні послуги раннього втручання. До них відносимо таке: оцінку функціональних можливостей, структурного рівня ураження, перешкод для участі й обмеження при виконанні різних видів діяльності, бар'єри та сприятливі фактори дитини і її оточення (Слозанська, Криницька, Скочко, 2023).

Надання послуги раннього втручання передбачає алгоритмічно вибудовану діяльність (рис 4.3.1.2) команди фахівців, спрямовану на мінімізацію або подолання діагностованих типів порушень у дітей раннього віку.

Згідно з Методичними рекомендаціями послугу раннього втручання рекомендується надавати дітям з порушенням психофізичного розвитку або ризиком їх появи та їх сім'ям. Більш детально перелік категорій дітей, яким рекомендовано надавати послугу, представлено на рисунку 4.3.1.3.



Рис. 4.3.1.3. Категоризація дітей з порушеннями психофізичного розвитку або ризиком їх появи, яким рекомендовано надавати послугу раннього втручання

До категорії дітей із високим ризиком виникнення порушень розвитку відносимо також тих, які підпадають під несприятливий вплив дії соціальних і біологічних факторів. До соціальних факторів ризику відносимо:

- (1) вік матері дитини менше 18 років;
- (2) післяпологову депресію у матері дитини;
- (3) зловживання сім'єю дитини (або одним із членів сім'ї дитини) алкоголем або іншими шкідливими речовинами;

(4) наявність у сім'ї дитини (або в одного з членів сім'ї дитини) психічних розладів або важких фізичних захворювань;

(5) наявність у сім'ї дитини (або в одного із членів сім'ї дитини) ВІЛ-інфекції;

(6) порушення стосунків між батьками та дітьми;

(7) бідність;

(8) домашнє насильство;

(9) нехтування сім'єю (чи одним з членів сім'ї) дитини потребами дитини;

(10) невиконання сім'єю (чи одним з членів сім'ї) дитини батьківських обов'язків щодо забезпечення догляду та виховання дитини (харчування, лікування, розвитку, створення безпечних умов проживання тощо).

До біологічних факторів ризику відносимо:

(1) високий ризик порушення розвитку дитини, який виявляється у вагітної жінки під час пренатального скринінгу;

(2) сімейну історію генетичних захворювань, пов'язаних з порушенням розвитку дитини;

(3) внутрішньоматкові токсичні впливи (наприклад, вживання алкоголю, наркотичних речовин тощо);

(4) важкі пренатальні ускладнення (наприклад, гіпертонія, токсикоз, інфекції, кровотеча тощо);

(5) уповільнення внутрішньоутробного зростання (маса тіла дитини при народженні <10-го перцентилу для гестаційного віку);

(6) передчасні пологи (33 тижні вагітності); низька вага дитини при народженні (1,5 кг);

(7) сильну перинатальну асфіксію (Апгар через 5 хвилин після народження дитини <4, або рН пуповинної крові <7,2);

(8) серйозні неонатальні ускладнення (наприклад, сепсис, менінгіт, метаболічні порушення, судоми тощо);

(9) розриви внутрішньочерепних тканин та крововилив внаслідок пологової травми;

(10) перинатальні інфекції (наприклад, інфекції TORCH групи тощо);

(11) ВІЛ-інфікованість дитини;

(12) важкі інфекції центральної нервової системи (наприклад, бактеріальний менінгіт, менінгоенцефаліт тощо);

(13) важкі травми голови у дитини; хронічний отит з високим ризиком виникнення дефіциту слуху у дитини (Методичні рекомендації щодо впровадження практики надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя, 2021).

Надання послуги раннього втручання включає 6 базових етапів роботи команди фахівців (рис. 4.3.1.4).

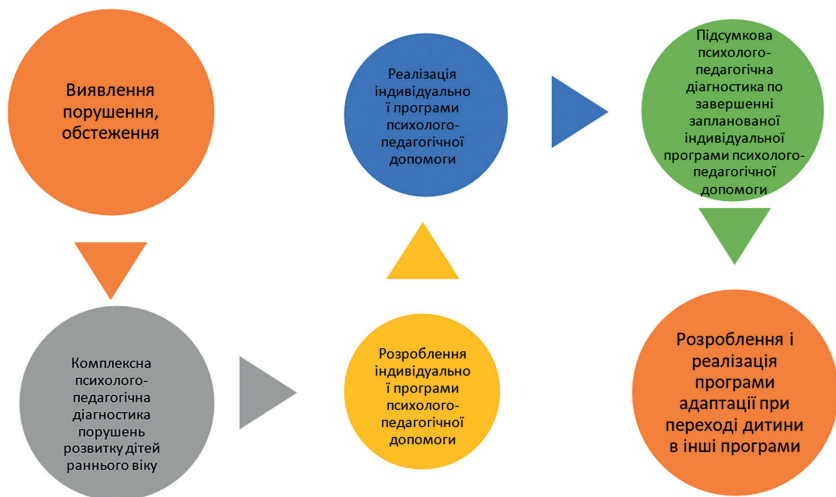


Рис. 4.3.1.4. Етапи надання послуги раннього втручання

Часові еквіваленти тривалості послуги раннього втручання можуть змінюватися в залежності від мети.

Залежно від діагностованих типів порушень у дитини формується склад трансдисциплінарної команди, до якої можуть входити фахівці різних спеціальностей: фахівець із раннього втручання, фізіотерапевт, ерготерапевт, дитячий психолог, логопед, терапевт мови і мовлення, невропатолог, педіатр, соціальний педагог та інші вузькопрофільні спеціалісти. Обов'язково у склад трансдисциплінарної команди входять батьки або призначені опікуни. Активна участь сімей у процесі втручання є ресурсом при наданні самої послуги. Батьки найкраще знають своїх дітей, здатні приймати рішення, зважаючи на їх потреби й особливості, виступати опорою та підтримкою для фахівців самої команди у процесі їх роботи з дитиною (Слозанська, Криницька, Скочко, 2023). Для трансдис-

циплінарної моделі команди характерне стирання, перетин професійних меж, що відображене у взаємозамінюваності фахівців при виконанні їх ролей і обов'язків, можливостях навчати, передавати інформацію, знання та навички один одному. Означена модель є оптимальною та найбільш ефективною для дитини з інвалідністю і її сім'ї (Федорович, 2016).

В основі трансдисциплінарної команди лежить трансдисциплінарна модель командної взаємодії, за якої кожен фахівець набуває нових знань і вмінь із суміжних дисциплін і ділиться ними з іншими членами команди. Важливо, щоб до цієї взаємодії були залучені батьки, з якими фахівці спільно розвивають малюка у щоденних активностях, природному середовищі. Останнє є ідеальним майданчиком для розвитку потенціалу дитини (Боднарук, 2021).

Зміст послуги раннього втручання складають заходи, які реалізує команда фахівців у роботі з дитиною.

Перелік заходів подано в Методичних рекомендаціях щодо впровадження практики надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя (2021). До них належать:

1) визначення відповідності потреб дитини та її сім'ї критеріям отримання послуги раннього втручання, в тому числі проведення скринінгу оцінки розвитку дитини;

2) проведення оцінки потреб і пріоритетів, розроблення індивідуального сімейного плану раннього втручання;

3) сприяння розвитку функціонування дитини та її сім'ї в природних ситуаціях;

4) регулярні зустрічі при реалізації індивідуального сімейного плану раннього втручання в природному середовищі та в приміщенні надавача послуги раннього втручання;

5) передання сім'ї дитини знань та вмінь, навчання розвивальних стратегій, їх застосування в активностях дитини;

6) підбір та адаптація спеціального обладнання та засобів альтернативної та додаткової комунікації для дитини, навчання користування ними дитини та її сім'ї в природному середовищі;

7) консультування сім'ї дитини з питань розвитку дитини, оптимізації стосунків між батьками та дітьми та організації розвивального середовища для дитини;

- 8) психологічне консультування жінок у стані післяпологової депресії;
- 9) підтримка соціалізації жінок у стані післяпологової депресії;
- 10) короткотривале консультування жінок у стані післяпологової депресії, що не потребують розроблення індивідуального сімейного плану раннього втручання;
- 11) створення психотерапевтичних груп для жінок у стані післяпологової депресії;
- 12) сприяння розвитку мобільності дитини;
- 13) сприяння розвитку у дитини навичок самообслуговування і побутових навичок;
- 14) сприяння розвитку пізнавальної активності дитини;
- 15) підтримка соціалізації дитини;
- 16) короткотривале консультування сім'ї дитини, що не потребує розроблення індивідуального сімейного плану раннього втручання;
- 17) оцінка ефективності реалізації індивідуального сімейного плану раннього втручання та регулярний його перегляд (за потреби) спільно із сім'єю дитини;
- 18) організація регулярних зустрічей із сім'єю дитини (за потреби) для обговорення реалізації індивідуального сімейного плану раннього втручання;
- 19) консультування сім'ї дитини та фахівців закладів дошкільної освіти у процесі переходу дитини до цього закладу (програми);
- 20) організація переходу дитини до закладу дошкільної освіти (програми) та забезпечення наступності у цьому процесі;
- 21) створення батьківських груп «Батьки для батьків»;
- 22) створення фонду розвивальних іграшок та реабілітаційного обладнання для дітей;
- 23) створення психотерапевтичних груп для сімей;
- 24) розроблення програми для братів та сестер;
- 25) додаткові заходи, які можуть здійснюватися за наявності ресурсів у надавача послуги раннього втручання.

(Методичні рекомендації щодо впровадження практики надання послуги раннього втручання..., 2021)

Зміст та обсяг послуги раннього втручання, що включає вищезазначені заходи, для кожної дитини та її сім'ї може визначатися індивідуально залежно від ступеня їхніх індивідуальних потреб, пріоритетів та ресурсів надавача послуги раннього втручання.



### 4.3.2. Нормативно-правове регулювання надання послуги раннього втручання

Нормативно-правове регулювання процесу надання послуги раннього втручання дітям з порушеннями психофізичного розвитку та ризиком їх появи та їх сім'ям базується на низці міжнародних конвенцій, ратифікованих Верховною Радою України, і національних законодавчих актах. 13 грудня 2016 року з метою забезпечення додержання та реалізації прав і свобод осіб з інвалідністю відповідно до вимог Конвенції про права осіб з інвалідністю, а також засвідчення поваги до сили їх духу та гідності видано Указ Президента України № 553/2016 «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю». 09 серпня 2017 року розпорядженням Кабінету Міністрів України № 526 затверджено «Національну стратегію реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки» та план заходів з реалізації її реалізації.

14 грудня 2016 року розпорядженням Кабінету Міністрів України № 948 затверджено «Деякі питання реалізації пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання» для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя». Це був початковий етап запровадження системи надання послуги раннього втручання в Україні, в процесі реалізації якого започатковано пілотний проект «Створення системи надання послуг раннього втручання» у Закарпатській, Львівській, Одеській та Харківській областях. Проект мав на меті розпрацювати систему надання послуги раннього втручання задля забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя.

18 лютого 2021 року прийнято наказ Міністерства соціальної політики України № 92 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо впровадження практики надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя». 26 травня 2021 р. – розпорядження Кабінету Міністрів України № 517-р «Про схвалення Концепції створення та розвитку системи раннього втручання». 29 вересня 2021 року прийнято наказ Міністерства соціальної політики № 552 «Про затвердження Типової програми навчання (підвищення кваліфікації) спеціалістів і фахівців, задіяних в управлінні системою раннього втручання».

Станом на червень 2024 р. затверджено Постанову Кабінету Міністрів України «Порядок раннього виявлення у дітей порушень розвитку або ризику їх виникнення і своєчасного направлення сімей з дітьми до надавачів послуги раннього втручання для отримання такої послуги»; Професійний стандарт фахівця із раннього втручання; здійснено навчання команди спеціалістів та визначено потенційні установи для роботи в системі раннього втручання.

Нормативно-правова база, що регулює процес надання послуги раннього втручання, в Україні перебуває на етапі розпрацювання, як і сама послуга.

### **Практичне завдання**

*Проаналізуйте Методичні рекомендації щодо впровадження практики надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя та Концепції створення та розвитку системи раннього втручання. Спрогнозуйте наступні кроки у розвитку пос раннього втручання в Україні*

### **4.3.3. Історичні аспекти розвитку послуги раннього втручання**

За кордоном послуга раннього втручання для дітей віком від 0 до 3 років з інвалідністю або порушеннями психофізичного розвитку, або ризиком їх появи та їх сімей розвивається ще з середини минулого століття (Blann, 2005).

Інформація, висвітлена у публікаціях низки зарубіжних дослідників (B. Carpenter, C. Dunst, P. García-Grau, M. Hanson, E. Frankel, J. Egerton, E. Lynch, D. Mitchell, S. Kamerman, J. Schloesser, K. Underwood тощо), засвідчує той факт, що сьогодні раннє втручання є добре розвиненою послугою в Австралії, Великій Британії, Новій Зеландії, країнах Західної Європи та Північної Америки тощо.

Згідно з визначенням Європейської Асоціації Раннього Втручання (Eurlayid), раннє втручання (від англ. Early Intervention) трактується як заходи, зорієнтовані на розвиток дитини раннього віку, а також супровід її батьків, за потреби, членів родини та соціального оточення в цілому.

Європейське агентство з особливих потреб та інклюзивної освіти ([HTTPS://WWW.EUROPEAN-AGENCY.ORG/](https://www.european-agency.org/)) наводить таке визначен-

ня втручання: «Комплекс послуг для дітей раннього віку та їхніх сімей, що надаються за їхнім запитом у певний період життя дитини та охоплюють будь-які дії, що вживаються, коли дитина потребує спеціальної підтримки з метою: а) забезпечення та покращення її особистісного розвитку, б) зміцнення власних компетенцій сім'ї та в) сприяння соціальній інтеграції сім'ї та дитини. Ці заходи мають здійснюватися в природному для дитини середовищі, бажано на місцевому рівні, із застосуванням орієнтованого на сім'ю та багатовимірного командного підходу».

Сьогодні майже у всіх розвинених країнах раннє втручання розуміють як комплексну, скоординовану, мультидисциплінарну, міжвідомчу послугу, яка розпочинається з комплексної оцінки сильних сторін і потреб дитини з порушеннями психофізичного розвитку або ризиками їх появи і її сім'ї. На її основі розробляється індивідуальна програма розвитку, що включає сукупність колекційно-розвиткових, терапевтично-реабілітаційних заходів, що надаються вузькопрофільними спеціалістами задля розвитку індивідуальних можливостей дитини та надання належної підтримки її сім'ї. В основному послуга зосереджена на дитині та сім'ї, спрямована на покращення розвитку дитини і підвищення якості життя сім'ї. Раннє втручання передбачає:

- якомога раніше виявлення дітей із затримкою психофізичного розвитку й інвалідністю, а також дітей з ризиком їх появи та надання допомоги з реалізації їхнього потенціалу і надання підтримки у збереженні сім'ї та покращенні якості життя;
- розвиток функціональних навичок, самостійності дитини та її стосунків з іншими людьми в найближчому та більш широкому оточенні задля підвищення її змістовної участі у житті сім'ї та громади;
- запобігання та/або зменшення впливу негативних соціальних та біологічних факторів, що можуть спричинити появу порушень розвитку;
- закладення основи для інклюзивної освіти та сприяння позитивній інклюзії і навчанню впродовж життя.

Варто зазначити, що в розвинених країнах світу перші програми в рамках надання послуги раннього втручання з'явилися в середині минулого століття під впливом двох факторів:

(1) розвиток у суспільстві мережі послуг для людей з інвалідністю, яка мала би охоплювати увесь життєвий цикл від народження до старості;

(2) публікації результатів низки наукових досліджень, що довели велику пластичність головного мозку дитини впродовж перших років життя, важливість перших років життя у формуванні особистості дитини, її соціальному розвитку.

Загально відомо, що раннє втручання спрямоване на підтримку сімей, які виховують дітей з порушеннями психофізичного розвитку або інвалідністю у контексті здійснення індивідуальних втручань у домашніх чи природних умовах. На всіх етапах, чи то дошкільний чи ранній вік, програмами раннього втручання передбачено роботу з двома поколіннями – з батьками задля надання їм допомоги у підтримці їх немовлят чи малюків у їх природному середовищі та з самими немовлятами чи малюками задля розвитку їх індивідуальних можливостей. Надання послуги в домашніх умовах має свої переваги, наприклад залучення всієї сім'ї, можливість індивідуального обслуговування, індивідуальної уваги та побудови стосунків. Виходячи з цієї ідеї, раннє втручання можна розуміти як систему, розроблену для підтримки сімейних моделей взаємодії, що найкраще сприяють розвитку дитини, та надання допомоги батькам для максимального покращення здоров'я та безпеки їхньої дитини.

Відомо, що однією з перших країн, яка розпочала розбудовувати систему раннього втручання на державному рівні, є США. У 1975 році Конгрес прийняв Закон «Про дітей з інвалідністю», яким визначив необхідність забезпечення усіх дітей шкільного віку безкоштовною державною освітою. Послуги раннього втручання для немовлят і дітей раннього віку з інвалідністю не були включені до змісту Закону до 1986 року, часу, коли було внесено зміни в сам Закон та визначено необхідність розвитку програм раннього втручання для дітей з інвалідністю раннього віку. У Законі було наголошено на тому, що «значний розвиток мозку, що відбувається протягом перших 3 років життя дитини», актуалізує важливість програм раннього втручання.

В тому ж році на рівні Конгресу країни прийнято рішення про необхідність розроблення програми та створення служб раннього втручання як «невідкладну та суттєву потребу» з метою:

- сприяння розвитку немовлят і дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку та мінімізації впливу негативних факторів на їх розвиток;
- зменшення витрат на освіту шляхом мінімізації потреби в спеціальній освіті та пов'язаних з нею послугах;
- мінімізації ймовірності інституціоналізації осіб з обмеженими можливостями та максимізації їх потенціалу для незалежного життя в суспільстві;
- підвищення спроможності сімей задовольняти індивідуальні потреби своїх дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку і/або інвалідністю (Findings of Congress as stated in Public Law, 1986).

У 2004 році у США прийнято Закон «Про покращення освіти осіб з інвалідністю», яким задекларовано підвищити спроможність державних і місцевих установ і надавачів послуг виявляти, оцінювати та задовольняти потреби всіх дітей, особливо дітей із числа національних меншин, малозабезпечених сімей, дітей у міських районах і сільській місцевості, а також немовлят і дітей раннього віку, які перебувають у прийомних сім'ях (Findings of Congress as stated in Public Law, 2004).

У 2011 році оприлюднено зміни до Закону «Про покращення освіти осіб з інвалідністю», в якому в частині С детально представлено зміст раннього втручання як системи послуг, що надається дітям з інвалідністю чи ризиком її появи та їх сім'ям.

Станом на сьогодні всі штати та відповідні території беруть участь у програмах раннього втручання. Фінансування самих програм залежить від статистичних даних щодо кількості населення віком до 2 років у загальній популяції. Федеральна фіскальна підтримка за допомогою формули грантів для штатів перевищує 438,5 мільйона доларів США щорічно (U.S. Department of Education, 2011).

Кожен штат країни бере на себе зобов'язання реалізувати програми раннього втручання та відповідати наступним вимогам:

- гарантувати те, що раннє втручання буде доступним для кожного немовляти або малюка в штаті та сімей цих дітей;
- визначити головну організацію, яка отримує грант та буде адмініструвати програми раннього втручання;
- створити Міжвідомчу координаційну раду, до складу якої, окрім фахівців, входять батьки дітей раннього віку з інвалідністю для консультування та допомоги головній організації;
- визначити мінімальні компоненти всебічної загальнодержавної системи раннього втручання, яка має бути запроваджена, включаючи функціонування програми з інформування громадськості та системи перенаправлення.

У *Португалії* перші програми раннього втручання з'явилися у 80-90-х роках ХХ століття. Станом на сьогодні раннє втручання в країні координується трьома міністерствами: Міністерством охорони здоров'я, Міністерством соціальної політики та Міністерством освіти. Міністерство соціальної політики відповідає за керування та загальну координацію системи, забезпечення фахівців (ерготерапевтів, логопедів та психологів) для місцевих команд раннього втручання. Міністерство охорони здоров'я через служби первинної медико-санітарної допомоги відповідає за виявлення труднощів у розвитку (скринінг) і направлення цільової категорії дітей до місцевих команд раннього втручання або до Центрів розвитку дитини в педіатричних відділеннях, які розташовані при певних лікарнях для проведення оцінювання рівня розвитку дитини за певними сферами розвитку шляхом залучення вузькопрофільних спеціалістів. Міністерство освіти бере участь у всіх структурах системи та виділяє фахівців (вихователів і спеціальних педагогів) для місцевих команд раннього втручання. У Португалії працює Національний координаційний комітет, Регіональні підкомітети, групи технічного нагляду. На рівні локальних громад функціонують групи раннього втручання.

Національний координаційний комітет, до складу якого входять по два представники від кожного з трьох міністерств і який очолює представник Міністерства соціальної політики, розробляє загальну політику, пов'язану з втручанням у ранньому дитинстві. Існує 5

проміжних структур (регіональний рівень), що складаються з представників трьох ключових міністерств, які забезпечують реалізацію цієї політики на місцях та здійснюють координацію і нагляд за діяльністю місцевих команд. Вони відповідають за управління людськими, матеріальними та фінансовими ресурсами, за збір та оновлення інформації між національним та місцевим рівнями, а також за планування, організацію та координацію дій місцевих команд раннього втручання.

18 команд технічної супервізії на районному рівні надають безпосередню підтримку сім'ям. Команди технічної супервізії відповідають за надання технічної підтримки місцевим командам, а також моніторинг їхнього професійного розвитку та якості надання послуг (критерії прийнятності, міждисциплінарна практика тощо).

156 місцевих команд раннього втручання по всій країні надають підтримку дітям та їхнім сім'ям, які мають на це право, на рівні громади. Для вирішення широкого спектру проблем на рівні дитини та різноманітності соціального і сімейного контексту команди раннього втручання складаються з представників трьох ключових секторів – охорони здоров'я (лікарі, медсестри, терапевти), соціального захисту (соціальні працівники) та освіти (вихователі дошкільних навчальних закладів, спеціальні педагоги, психологи). Кожне міністерство відповідає за розподіл фахівців у місцеві команди раннього втручання. Роботу із сім'єю проводить лише один фахівець, обраний відповідно до домінуючих потреб у підтримці дитини та сім'ї за підтримки решти членів команди. Локальні команди переважно розташовані в центрах первинної медико-санітарної допомоги послуг (Послуга раннього втручання в країнах Європи, 2023).

У *Сербії* національна система раннього втручання перебуває на етапі розробки. В її основу покладено модель міжсекторальної взаємодії та сімейно-орієнтований підхід. У 2019 році реалізація моделі раннього втручання узгоджена з трьома міністерствами (Міністерством охорони здоров'я, Міністерством освіти та Міністерством соціальної політики, які взяли на себе відповідальність за її реалізацію. Міністерство охорони здоров'я відповідає за створення послуги раннього втручання; виявлення дітей – потенційних отримувачів послуги; направлення до команд раннього втручання і забезпечення

людськими ресурсами самих команд (медсестрами, лікарями, терапевтами, психологами). Міністерство освіти забезпечує людськими ресурсами команди раннього втручання через залучення працівників своєї системи: вихователів, спеціальних педагогів, логопедів, дефектологів. Міністерство соціальної політики через Центри соціального захисту населення виділяє фахівців із соціальної роботи, які частково долучені до команд раннього втручання.

До 2022 року пілотування розробленої моделі раннього втручання відбувалося у 5 населених пунктах, у 2022 році – розширилося до 19 муніципалітетів. Міжсекторальні угоди між місцевими центрами первинної медико-санітарної допомоги, дитячими садками та центрами соціального захисту населення були підписані для погодження співпраці усіх трьох секторів під час пілотування послуги раннього втручання. Укладено детальні інструкції з надання послуги на місцевому рівні. Підрозділи консультування з питань розвитку послуги раннього втручання координують роботу команд раннього втручання на локальному рівні. Команди раннього втручання здійснюють підтримку сімей шляхом відвідування їх вдома або дитячому садку.

Правова основа для реалізації моделі раннього втручання у Сербії:

- прийнята Національна програма розвитку дітей раннього віку (2016 рік), яка містить посилення на послуги раннього втручання;
- створено спеціальну міжвідомчу робочу групу на чолі з Міністерством охорони здоров'я для реалізації цієї Національної програми;
- напрацьовуються зміни до чинного законодавства з метою покращення доступу та якості раннього втручання для дітей із затримкою психофізичного розвитку й інвалідністю та їх сімей;
- зроблено пропозиції щодо змін у підзаконних актах у сфері охорони здоров'я щодо збільшення кількості фахівців у секторі охорони здоров'я, що будуть входити до складу місцевих команд раннього втручання послуг (Послуга раннього втручання в країнах Європи, 2023).



У Грузії перша модель надання послуг раннього втручання була розроблена у 2011 році. У 2016 році створено Коаліцію громадянсько-го суспільства з питань розвитку дітей раннього віку, яка розпрацювала послуги на національному рівні. Станом на 2022 рік ці послуги є доступними у 8 з 10 регіонів Грузії. Їх надають 53 організації.

Правова основа надання послуг раннього втручання у Грузії:

- ухвалення постанови «Про послуги раннього втручання» та програми підготовки фахівців з послуг раннього втручання (2017 р.);
- прийнято Державний план дій з розвитку раннього втручання (2018–2021 роки);
- прийнято постанову про створення міжсекторальної міжвідомчої робочої групи з нагляду за виконанням Плану дій;
- розроблено Підпрограму підтримки розвитку дітей раннього віку, яка є частиною Державної цільової соціальної програми соціальної реабілітації та догляду за дітьми;
- затверджено Стандарти надання послуг з догляду за дітьми раннього віку, які є обов'язковими для всіх надавачів послуг з догляду за дітьми раннього віку;
- затверджено процедури ліцензування надавачів послуг раннього втручання та моделі їх навчання послуг (Послуга раннього втручання в країнах Європи, 2023).

У Чеській Республіці послуги раннього втручання надаються вже понад 10 років. До надання послуг залучено 49 громадських організацій, які мають ліцензію на надання соціальних послуг від Міністерства праці та соціальної політики. Більшість організацій спеціалізуються на роботі з дітьми з особливими освітніми потребами (порушеннями зору, слуху, розладами аутистичного спектру або комплексними порушеннями розвитку, інтелектуальними порушеннями) чи інвалідністю. Законом «Про соціальні послуги» визначено, що кожен регіон країни зобов'язаний забезпечити доступність самих послуг для населення відповідно до потреб отримувачів.

Правова основа надання послуг раннього втручання у Чеській Республіці:

- прийнято Закон про соціальні послуги, який регулює процес надання самої послуги;

- Міністерством соціального забезпечення прийняті спеціальні стандарти, які визначають обсяг і якість послуг (Послуга раннього втручання в країнах Європи, 2023).

**Вік дітей, які потрапляють у програми раннього втручання, в різних країнах відрізняється.** Порівняння різних складників раннього втручання у різних країнах дає можливість зробити висновок, що діти отримують послугу від народження і до віку вступу до закладів освіти. Так, наприклад, у Греції, Грузії та Чехії послуги раннього втручання надаються дитині віком від 0 до 7 років; у Франції, Португалії, Сербії – від 0 до 6 років з особливим акцентом на дітей віком від 0 до 3 років.

**Отримувачами самої послуги є діти,** які мають порушення функцій або структур організму, що обмежують їх особистісний і соціальний розвиток та участь у діяльності, характерної для їхнього віку, а також дітей, у яких є ризик появи затримки психофізичного розвитку. До категорії останніх належать діти, які підпадають під вплив біологічних або середовищних факторів, дія яких може спричинити затримку психофізичного розвитку дитини. Зауважимо, що в Європейських країнах порушення психофізичного розвитку виявляють у дитини в пренатальному періоді під час регулярних обстежень вагітних. Тобто послуга може надаватися і до народження малюка.

Особливістю Грузії є те, що до програм у рамках послуг раннього втручання можуть долучитися діти за наявності у них медичної довідки від сімейного лікаря дитини (довідка про інвалідність не потрібна), що засвідчує наявність ризику затримки психофізичного розвитку або інвалідності у дитини.

**Система раннього виявлення** потенційних отримувачів послуги раннього втручання і скерування до фахівців добре налагоджена в Європейських країнах. Здебільшого лікарі виступають первинним джерелом інформації про послугу, вони і виявляють необхідність у її наданні та спрямовують дітей та їх батьків до фахівців. У зв'язку із поінформованістю населення в Європейських країнах самозвернення до спеціалістів є досить поширеним явищем. Самі батьки, маючи певні підозри та побоювання щодо особливостей розвитку

їх дитини, можуть звернутися до фахівців, які працюють у послугі. Педагоги закладів дошкільної освіти є теж джерелом інформації про послугу, здійснюють раннє виявлення порушень розвитку у дітей та скеровують до відповідних спеціалістів. Виняток становить Словенія.

У Португалії та Франції у системі раннього виявлення потенційних отримувачів послуги працюють також фахівці з соціальної роботи.

У Сербії виявлення дітей здійснюється шляхом проведення інформаційно-просвітницької роботи, до якої залучені медсестри, які відвідують дітей вдома. Співпраця з неонатальними відділеннями і пологовими будинками є важливою при ранньому виявленні дітей, які потребують послуги раннього втручання. Послуга раннього втручання надається в центрі послуг раннього втручання, де перебувають дитина та сім'я.

У Грузії виявляти дітей та скеровувати їх на послуги раннього втручання можуть заклади охорони здоров'я, соціальні служби, дошкільні заклади або інші відповідні установи. Батьки можуть звернутися самостійно. Державна соціальна служба, на основі медичного висновку, підтверджує у дитини ризик затримки психофізичного розвитку або інвалідності та направляє її для отримання послуг раннього втручання. Останні надаються організаціями громадянського суспільства, які мають відповідну ліцензію з надання послуг раннього втручання. Місцеві органи влади несуть відповідальність за організацію цієї групи послуг у природному середовищі дитини.

У Чеській Республіці послуги раннього втручання мають профілактичний характер, надаються на рівні громади у природному середовищі дитини. Можуть надаватися також у центрах або закладах раннього навчання за домовленістю з родиною.

**Міждисциплінарні/трансдисциплінарні команди фахівців** працюють на локальному рівні з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку та їх батьками у всіх Європейських країнах. Склад останніх відрізняється в залежності від виявлених порушень. Здебільшого до складу такої команди входять педіатр, дитячий психіатр, дошкільний психолог, психолог із питань розвитку, терапевт, спеціаліст із комунікацій (логопед), ерготерапевт і фахівець із соціальної роботи.

Фахівці команди раннього втручання працюють з батьками та дітьми різну тривалість часу. Зокрема, у Франції послугу раннього втручання отримують батьки тривалістю 90 хвилин на тиждень. У Португалії та Словенії – 1–2 години на тиждень, у Франції – 2–4 години на тиждень, залежно від потреби. У Греції – 90 хвилин на тиждень, але час може бути збільшено за потреби.

Міждисциплінарні або трансдисциплінарні команди, які працюють у системі раннього втручання, передбачають залучення до роботи широкого спектру фахівців, кожен з яких розуміє свою роль і відповідальність, має бажання працювати разом з іншими в системі надання послуги раннього втручання. Компетентність залучених фахівців має вирішальне значення для покращення якості послуги та її результативності.

Роботу команди фахівців у науковій літературі іменують як роботу мультидисциплінарної, міждисциплінарної або трансдисциплінарної команди. Зазначимо, що ці терміни належать до одного континууму, який формується під час інтеграції фахівців у середовище сім'ї та налагодження взаємодії з нею. Однак у широкому сенсі їх можна диференціювати:

- мультидисциплінарна модель командної роботи фахівців з різних сфер передбачає паралельну роботу з однією дитиною відповідно до виявлених типів порушень розвитку. У даному випадку фахівці – це команда, члени якої залишаються незалежними у роботі з дитиною та її сім'єю при оцінці та плануванні інтервенції, але регулярно обмінюються інформацією щодо своїх планів (Stepans, Thompson, & Buchanan 2002);
- міждисциплінарна модель теж передбачає одночасну роботу спеціалістів різних сфер, кожного за своїм планом і фокусом на дитину, між якими є взаємодія і обмін інформацією;
- трансдисциплінарна модель командної роботи передбачає роботу за комплексним планом, розробленим командою і сім'єю, яка стає невід'ємною частиною команди. В такій команді члени працюють як єдине ціле та, реалізуючи інтервенцію, здатні замінювати один одного. Один член команди бере на себе відповідальність за комунікацію із сім'єю і її підтримку (King and etc., 2009).

**Фінансування послуг раннього втручання** відбувається з різних джерел. Наприклад, у Португалії ця послуга є безкоштовною для сімей. Її фінансування здійснюється міністерствами, залученими до її розбудови. Так, Міністерство охорони здоров'я зі свого бюджету покриває вартість скринінгу, діагностики, спеціалізованих консультацій тощо; фінансує роботу лікарів, медсестер, терапевтів, які є членами місцевих команд раннього втручання. Міністерство соціальної політики оплачує працю фахівців із соціальної роботи, Міністерство освіти – працівників сфери освіти, які долучені до роботи в командах раннього втручання. Послугу надають у приватних центрах, а держава компенсує її вартість.

У Сербії фінансування послуг раннього втручання є схожим до португальського підходу і забезпечується за рахунок бюджетів відповідних Міністерств, які взяли відповідальність за розбудову послуг. Зокрема, Міністерство охорони здоров'я фінансує погодинно оплату праці своїх фахівців, долучених до надання послуг раннього втручання. Фінансування фахівців із секторів освіти і соціального захисту здійснюється профільними міністерствами. Однак досі не визначена частка робочого часу, впродовж якої саме працівники сектору освіти і соціального захисту мають бути долученими до роботи у послугі.

У Грузії послуги раннього втручання організовує і фінансує Міністерство праці, охорони здоров'я та соціального забезпечення з 2012 року. Система ваучерів діє при отриманні послуг раннього втручання. Агентство соціальних послуг при Міністерстві здійснює управління нею. Діти та сім'ї, як отримувачі послуг, можуть покрити вартість 8 візитів до фахівців, які працюють у послугі раннього втручання, цими ваучерами. Надавачів послуги сім'я може обрати самостійно.

У Чехії послуги раннього втручання є безкоштовними для цільової групи отримувачів. З державного бюджету регіонам надається спеціальна субвенція на фінансування означеної послуги на місцях. Регіони перерозподіляють її між надавачами, до яких можуть належати організації різної форми власності. Недоліком такого підходу є те, що регіони мають право самостійно вирішувати, кому і скільки і на яку саме послугу виділяти. Відтак не завжди на локальному рівні послуги раннього втручання є доступними для населення.

У Франції послуга раннього втручання фінансується за рахунок державного, місцевого бюджетів або неурядових організацій. Приватні центри її не надають, і батьки за неї не платять. У Франції, аналогічно і у Греції, Словенії, послуга раннього втручання покривається за рахунок медичної страховки.

### **Практичне завдання**

*Подумайте над тим, які ідеї зарубіжного досвіду можна використати при розбудові раннього втручання в Україні. Чому саме їх?*

#### **4.3.4. Програми раннього втручання**

Науковцями доведено ефективність як окремих програм, що реалізуються в рамках послуги, так і самої послуги у роботі з дітьми раннього віку та їх сім'ями. Про ефективність самих програм раннього втручання свідчать публікації зарубіжних науковців кінця 20-го початку 21-го століття. Зокрема М. Гуральнік (Guralnick, 1997) у книзі «Ефективність раннього втручання» зібрав і висвітлив дослідження щодо ефективності раннього втручання для дітей з порушеннями психофізичного розвитку або із ризиком їх появи. Ір Bailey, К. Hebbeler, А. Scarborough, D. Spiker, S. Mallik (2005) опублікували результати національного лонгітюдного дослідження, у якому взяло участь 3338 сімей, що скористалися програмами раннього втручання у США. Результати засвідчили ефективність самої послуги та зазначили, що чим швидше дитина з порушеннями розвитку або інвалідністю потрапляє в програму, тим кращі у неї результати. Науковці також наголосили на важливості включеності батьків, ранньої діагностики порушень розвитку чи інвалідності у дитини, розробці індивідуальної програми відповідно до потреб дитини та компетентності фахівців, долучених до її реалізації.

Щодо України, то наша країна тільки розпочала впроваджувати раннє втручання і має незначний досвід щодо його реалізації. Однак певні напрацювання вже є завдяки реалізації відповідної політики державою та впровадження перших успішних проектів з раннього втручання у Харкові, Одесі, Ужгороді та Львові (Н. Лопатинська, О. Зборовська, М. Кропівницька, та інші).

З 2023 р. практика роботи з розвитку раннього втручання поширилася через навчання відповідних фахівців із інших регіонів України, які представляли організації, що готові впроваджувати цю послугу на місцях. Разом з тим, навіть той незначний досвід, що має Україна, доводить ефективність реалізації раннього втручання. Зокрема, добрий досвід провадження послуги раннього втручання для дітей віком від народження до 4 років має навчально-реабілітаційний центр «Джерело». Про ефективність раннього втручання у роботі з дітьми з руховими порушеннями, аутизмом, порушенням слуху зазначають такі українські науковці, як Н. Вовчок, М. Кляп, Т. Коваленко, М. Козак, Я. Мартиненко, С. Литовченко, Д. Пасічник, І. Спіріна, Є. Фаузі та інші. Дослідження, проведене Г. Кукурузою, показало дієвість раннього втручання у роботі з дітьми віком до 3-ох років з порушеннями психомоторного розвитку, які отримували допомогу в центрі раннього втручання. Увага українських дослідників і практиків більше зосереджена на вибудові програм раннього втручання для дітей з аутизмом. Про це свідчить аналіз публікацій, матеріалів і документів, оприлюднених у відкритому доступі. Заслужують на увагу численні публікації зарубіжних дослідників, які доводять ефективність раннього втручання у роботі з дітьми з мовленнєвими порушеннями від 0 до 3-ох років (Слозанська, 2024; Slozanska, 2023).

У процесі реалізації програми раннього втручання апелюють до низки заходів, які є помічними у роботі з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку або ризиками їх появи. Перелік заходів подано у таблиці 4.3, 4.1.

**Таблиця 4.3.4.1.** *Заходи, що реалізуються в рамках послуги раннього втручання*

Назва заходу	Зміст заходу
Асистивні пристрої та технології	Будь-який предмет, частину обладнання або продуктова система, що придбана в комерційному продажі, модифікована або спеціально розроблена, яка використовується для збільшення, підтримки або покращення функціональних можливостей дітей з інвалідністю

<p>Послуга з підбору асистивних технологій та пристроїв</p>	<p>Послуга, яка безпосередньо допомагає дитині з інвалідністю у виборі, придбанні чи використанні асистивних пристроїв або технологій. Послуга з підбору асистивних технологій та пристроїв включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) оцінку потреб дитини з інвалідністю, включаючи функціональну оцінку дитини в її звичному середовищі;</li> <li>b) купівлю, оренду або придбання пристроїв та асистивних технологій для дітей з інвалідністю;</li> <li>c) вибір, проектування, налаштування, адаптацію, застосування, обслуговування, ремонт або заміну пристроїв та асистивних технологій;</li> <li>d) координацію та використання інших терапій, втручань або послуг разом з пристроями та асистивними технологіями, таких, як ті, що пов'язані з існуючими освітніми та реабілітаційними планами та програмами;</li> <li>e) навчання або надання технічної допомоги дитині з інвалідністю або, якщо це доречно, для сім'ї цієї дитини.</li> </ul>
<p>Прикладний аналіз поведінки (АВА)</p>	<p>означає проектування, впровадження та оцінку системних змін у навколишньому середовищі для досягнення соціально значущих змін у людській поведінці через набуття навичок та зменшення проблемної поведінки. АВА включає пряме спостереження та діагностику поведінки, а також виявлення функціональних зв'язків між поведінкою та навколишнім середовищем; вивчення контекстуальних факторів, таких, як встановлювальні операції, антецедентні стимули, позитивні підкріплювачі та інші наслідки, які використовуються для досягнення бажаної зміни поведінки</p>



Аудіологія	<p>включаючи:</p> <p>а) виявлення дітей з порушеннями слуху за допомогою критеріїв ризику та відповідних аудіологічних скринінгових методів;</p> <p>б) визначення обсягу, природи та ступеня втрати слуху і комунікаційних функцій за допомогою аудіологічних оцінювальних процедур;</p> <p>в) направлення на медичні та інші послуги, необхідні для абілітації або реабілітації дітей з порушеннями слуху;</p> <p>г) надання навчання слуху, реабілітації слуху, читання з губ та навчання з використанням слухових пристроїв та інших послуг;</p> <p>д) надання послуг з профілактики втрати слуху;</p> <p>е) визначення потреби дитини у індивідуальному підсиленні слуху, включаючи вибір, налаштування та розподіл відповідних слухових та вібротактильних пристроїв, а також оцінка ефективності цих пристроїв.</p>
Навчання і консультування сім'ї	<p>Навчання, консультування сім'ї, відвідування дому та долучення до груп підтримки батьків через залучення фахівців із соціальної роботи, психологів, сімейних терапевтів та інших кваліфікованих фахівців з метою надання допомоги сім'ї дитини з порушеннями розвитку чи ризиком їх появи</p>
Заходи медичного характеру	<p>Здійснення заходів медичного характеру лікарями з метою визначення стану розвитку дитини та потреби в послугах раннього втручання</p>
Допомога медсестри	<p>Залучення медсестри для</p> <p>а) оцінки стану здоров'я з метою надання сестринського догляду, включаючи визначення моделей реакції людини на фактичні або потенційні проблеми зі здоров'ям;</p> <p>б) надання медсестринського догляду з метою запобігання появі проблем зі здоров'ям, відновлення або покращення функціонування та сприяння оптимальному здоров'ю та розвитку;</p> <p>в) медикаментозного лікування відповідно до призначень лікаря.</p>

Забезпечення харчуванням	<p>а) проведення індивідуальних оцінок в анамнезі харчування та раціоні харчування; збір антропометричних, біохімічних і клінічних параметрів; вивчення навичок годування та проблем, з цим пов'язаних, харчових звичок і харчових переваг;</p> <p>б) розробка та моніторинг відповідних планів для задоволення харчових потреб дітей, які відповідають вимогам;</p> <p>в) скерування за допомогою до відповідних установ для досягнення цілей щодо харчування.</p>
Ерготерапія	<p>включає активності, спрямовані на задоволення функціональних потреб дитини, пов'язаних з адаптивним розвитком, адаптивною поведінкою та грою, сенсорним, моторним і постуральним розвитком. Ці активності направлені на покращення функціональної здатності дитини виконувати завдання вдома, у закладі та громаді:</p> <p>а. ідентифікація, оцінка та втручання;</p> <p>б. адаптація навколишнього середовища, а також вибір, проектування та виготовлення допоміжних і ортопедичних пристроїв для полегшення розвитку та сприяння набуттю функціональних навичок; і</p> <p>в. запобігання або мінімізація впливу початкового або майбутнього порушення, затримки розвитку або втрати функціональної здатності</p>
Фізична терапія	<p>включає заходи, спрямовані на поліпшення сомоторної функції через покращення у дітей опорно-рухового стану, нейроповедінкової організації, перцептивного та моторного розвитку, серцево-легеневого стану та ефективної адаптації до навколишнього середовища. Терапія включає:</p> <p>а) скринінг, оцінку та обстеження немовлят і малюків для виявлення фізичних порушень;</p> <p>б) отримання, інтерпретацію та інтеграцію інформації, необхідної для планування програми, спрямованої на запобігання, полегшення або компенсації фізичних порушень та пов'язаних з ними функціональних проблем;</p> <p>с) реалізація індивідуальних та групових активностей, лікування задля запобігання, полегшення або компенсації фізичних порушень і пов'язаних з ними функціональних проблем.</p>

Психологічні послуги	<p>a) проведення психологічних і розвивальних тестів та інших діагностичних процедур;</p> <p>b) інтерпретація результатів оцінювання;</p> <p>в) отримання, інтеграція та інтерпретація інформації щодо поведінкових порушень у дитини, пов'язаних із навчанням, психічним здоров'ям та розвитком;</p> <p>d) планування та управління програмою психологічних послуг, включаючи психологічне консультування дітей та батьків, сімейне консультування, консультування з розвитку дитини, навчання батьків тощо.</p>
Координація послуг	<p>Допомога та послуги, які надає координатор послуг, щоб дати можливість дитині та її сім'ї отримати права, процедурні гарантії та послуги, дозволені для надання в рамках програми раннього втручання</p>
Соціальні послуги	<p>a) здійснення візитів додому для оцінки житлових умов дитини та моделей взаємодії між батьками і дитиною;</p> <p>b) підготовка соціально/емоційної оцінки розвитку дитини в контексті сім'ї;</p> <p>с) надання індивідуального та сімейного консультування для батьків та інших членів родини, а також відповідних заходів з розвитку соціальних навичок для дитини та батьків;</p> <p>d) робота з проблемами в умовах проживання дитини та сім'ї (вдома, у громаді, в будь-якому центрі, де надаються послуги раннього втручання), які впливають на максимальне використання дитиною послуг раннього втручання;</p> <p>e) виявлення, мобілізація та координація ресурсів і послуг громади, щоб дитина та сім'я могли отримати максимальну користь від послуг раннього втручання.</p>

<p>Спеціальне навчання</p>	<p>a) розробка навчальних середовищ та заходів, які сприяють набуттю дитиною навичок у різних сферах розвитку, зокрема когнітивних процесів та соціальної взаємодії;</p> <p>b) планування навчальної програми, що включає плановану взаємодію персоналу, матеріалів, часу та простору, спрямовану на досягнення результатів, зазначених в індивідуальному плані обслуговування сім'ї дитини;</p> <p>c) надання сім'ям та основним доглядачам (наприклад, вихователям) інформації, навичок та підтримки, пов'язаних з покращенням розвитку навичок дитини;</p> <p>d) робота з дитиною для покращення її розвитку.</p>
<p>Логопедичні послуги</p>	<p>a) виявлення дітей із порушеннями комунікативних або орофарингеальних функцій та затримками в розвитку навичок спілкування, включаючи діагностику та оцінку конкретних порушень і затримок у цих навичках;</p> <p>b) направлення на медичні або інші професійні послуги, необхідні для розвитку або відновлення дітей з порушеннями комунікативних або орофарингеальних функцій та затримками в розвитку навичок спілкування;</p> <p>c) надання послуг з розвитку, відновлення або запобігання комунікативних чи орофарингеальних порушень та затримок у розвитку навичок спілкування.</p>
<p>Офтальмологічні та тифлопедагогічні послуги</p>	<p>a) оцінка та діагностика зорової функції, включаючи діагностику та оцінку конкретних порушень зору, затримок і здібностей;</p> <p>b) направлення на медичні або інші професійні послуги, необхідні для розвитку або відновлення зорових функцій, або обох;</p> <p>c) навчання навичок комунікації, орієнтації та мобільності в різних середовищах, зорове тренування, навчання навичок самостійного життя та додаткове навчання, необхідне для активізації зорово-моторних здібностей.</p>

<p>Медичні послуги</p>	<p>a) періодична катетеризація, догляд за трахеостомою, годування через зонд, зміна пов'язок або мішків для збору колостоми та інші медичні послуги;</p> <p>b) консультації лікарів з іншими постачальниками послуг щодо спеціальних медичних потреб дітей, які потребують врахування під час надання інших послуг раннього втручання;</p> <p>c) послуги хірургічного характеру (наприклад, операції на розщепленому піднебінні, операції для лікування клишоногості або шунтування при гідроцефалії);</p> <p>a) періодична катетеризація, догляд за трахеостомою, годування через зонд, зміна пов'язок або мішків для збору колостоми та інші медичні послуги;</p> <p>b) консультації лікарів з іншими постачальниками послуг щодо спеціальних медичних потреб дітей, які потребують врахування під час надання інших послуг раннього втручання;</p> <p>c) послуги хірургічного характеру (наприклад, операції на розщепленому піднебінні, операції для лікування клишоногості або шунтування при гідроцефалії);</p> <p>d) послуги виключно медичного характеру (наприклад, госпіталізація для лікування вроджених вад серця або призначення медикаментів з будь-якою метою);</p> <p>e) пристрої, необхідні для контролю або лікування медичного стану;</p> <p>f) медико-санітарні послуги (наприклад, щеплення та регулярний огляд здорових дітей), які зазвичай рекомендуються всім дітям.</p>
------------------------	---

<p>Транспортні послуги та пов'язані з ними витрати</p>	<p>включають вартість проїзду (наприклад, проїзд автомобіля, поїздки на таксі, громадському транспорті або іншим способом) та інші витрати (наприклад, оплату дорожніх зборів і паркування), які необхідні для того, щоб дитина, що має право, та її сім'я могли отримати послуги раннього втручання</p>
<p>Послуги перепочинку для дитини та сім'ї</p>	<p>а) тяжкість інвалідності та потреби дитини;  б) потенційний ризик влаштування дитини поза домом, якщо не надаються послуги перепочинку;  в) відсутність доступу до неформальних систем підтримки (наприклад, велика родина, друзі, які підтримують, підтримка громади тощо);  д) відсутність доступу до інших джерел відпочинку (наприклад, Служби підтримки сім'ї) через такі бар'єри, як списки очікування, віддалене/недоступне розташування послуги тощо;  д) наявність факторів, які, як відомо, посилюють сімейний стрес (наприклад, розмір сім'ї, наявність іншої дитини або члена сім'ї з інвалідністю тощо); і  ф) усвідомлений і виражений рівень потреби батьків у послугах для відпочинку.</p>

### **Практичне завдання**

*Проаналізуйте одну із програм раннього втручання, яка діє в Україні на предмет заходів/активностей, які її наповнюють. Визначте основні види діяльності та палітру фахівців, залучених до їх реалізації*

#### **4.3.5. Категорії отримувачів послуги раннього втручання**

Отримувачами послуги раннього втручання у всіх країнах світу та в Україні є діти з порушеннями психофізичного розвитку та/або

з інвалідністю та члени їх сімей. Відрізняється тільки вік дітей, які потрапляють у програми раннього втручання.

До предикторів ризику появи порушень розвитку відносимо:

- *випадок низької ваги при народженні.* Немовлята з низькою вагою при народженні перебувають в групі ризику щодо появи когнітивних розладів, а також подальших проблем з поведінкою. Діти з малою масою тіла мають вищі шанси мати порушення розвитку у майбутньому. Низька вага при народженні дитини разом із низьким рівнем згуртованості сім'ї та нездатністю до адаптації, низьким матеріальним становищем є причиною появи поведінкових порушень у немовлят (Baker, Feinfeld, 2003);

*сім'ї, у дітей яких:*

- є порушення психофізичного розвитку різних типів, які підтверджено документально закладами охорони здоров'я;
- виявлено фізичні порушення чи інші порушення функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду (постанова Кабінету Міністрів України від 21.01.2015 № 10 «Про затвердження переліку анатомічних дефектів, інших незворотних порушень функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду»);
- є встановлена інвалідність (постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2013 № 917 «Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям» (зі змінами);
- виявлено тяжкі захворювання, розлади, травми, стани, що дають право на одержання державної допомоги на дитину, якій не встановлено інвалідність, надання такої дитині соціальних послуг (постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2018 №1161 «Про затвердження переліку тяжких захворювань, розладів, травм, станів, що дають право на одержання державної допомоги на дитину, якій не встановлено

інвалідність, надання такій дитині соціальних послуг» (зі змінами);

- виявлено порушення розвитку або ризик їх виникнення у зв'язку з насильством, жорстоким поведінням у сім'ї;
- є високий ризик виникнення порушень розвитку внаслідок несприятливої дії біологічних та соціальних факторів.

### **Практичне завдання**

*Патронатна сім'я, яка опікується дитиною 2 років звернулася до фахівця із соціальної роботи із скаргами на поведінку хлопчика. Візуально дитина є здоровою. За висновком педіатра дитина теж здорова. Жодних хвороб не виявлено. Але патронатні вихователі скаржаться, що дитина надто вередлива, не розмовляє, не чує зверненої мови та не реагує на своє ім'я. Які подальші кроки фахівця із соціальної роботи? Подумайте!*

### **4.3.6. Моделі раннього втручання**

Надання послуги раннього втручання можливе при реалізації трьох базових моделей: (1) за місцем проживання дитини/сім'ї, (2) стаціонарної, (3) комбінованої.

Надання послуги за місцем проживання є важливим у процесі роботи з немовлятами, а також тими, хто проживає у сільській місцевості. Спектр дій і послуг у рамках раннього втручання та їх інтенсивність визначаються потребами дитини й її сім'ї та стосуються повсякденних процедур по догляду за дитиною, таких як купання, харчування, гра, сон тощо. Пріоритетним завданням фахівців є розвиток дитини та допомога і підтримка батьків, піклування про підвищення добробуту і компетентності сім'ї. Ефективність програм і послуг, що реалізуються за цією моделлю, залежить від рівня сформованості партнерських відносин з батьками або опікуном дитини. Перевагами цієї моделі є те, що послуги надаються в середовищі, природному для дитини і батьків; можливість для батьків бути залученими у реалізації інтервенцій; втручання у повсякденне життя дитини і сім'ї є мінімальними; витрати на надання



самої послуги є значно меншими, ніж у стаціонарних закладах, а послуга більш чутлива до потреб сім'ї. Слабкими сторонами означеної моделі є залежність результатів від відповідальності батьків, їх долученості до надання послуги, культурної чутливості й емпатійності фахівців; значні витрати часу з боку фахівців на пересування й обмежені можливості для соціальної взаємодії самої сім'ї (Горішна, Слозанська, 2020).

Стаціонарна модель надання послуги передбачає функціонування інституцій: денних центрів, медичних закладів, дошкільних установ тощо. За цією моделлю діти з порушеннями розвитку або ризиком їх появи мають перебувати у закладі від кількох годин щодня до кількох днів у тиждень, тижнів, а то й місяців. Перевагою стаціонарної моделі є те, що в одному місці можна отримати допомогу різних фахівців, таких, як фізіотерапевти, ерготерапевти, логопеди, дефектологи, дієтологи, соціальні працівники тощо; забезпечити доступ до широкого спектру комплексних послуг, спеціалізованого обладнання та матеріалів; раціонально використовувати робочий час персоналу; залучати батьків і розвивати їх соціальні контакти. Здебільшого програми раннього втручання, що реалізуються у стаціонарних закладах, спрямовані на розвиток і корекцію когнітивних та емоційних процесів, інтелектуальних, комунікативних і соціальних навичок, необхідних для інтеграції дитини у дошкільний заклад чи початкову школу. Залученість батьків є корисною і необхідною умовою, що підвищує ефективність втручань. Недоліком реалізації стаціонарної моделі є те, що вартість транспортування дитини до закладу та в зворотному напрямку є тривалою; утримання центру й обладнання є дорогovarтісним; наявні обмежені можливості для встановлення значущих партнерських відносин з батьками (Горішна, Слозанська, 2020).

Комбінована модель надання послуги дітям раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку і тим, хто перебуває в групі ризику, поєднує у собі переваги перших двох моделей.

Зарубіжні дослідники стверджують, що жодна з означених вище моделей не є універсальною. Вибір тої чи іншої моделі залежить від відповідності послуги потребам дитини та врахування при цьому

пріоритетів, потреб і цінностей сім'ї. Кожна сім'я має мати доступ до тієї моделі надання послуги раннього втручання, яка їй є прийнятною, зважаючи на характеристики і потреби сім'ї та дитини, інтенсивності послуг і географічних особливостей зони обслуговування.

Результати аналізу наукової літератури дозволили виокремити основні дискусійні аспекти, які варто висвітлити. Варто наголосити на тому, що раннє втручання буде ефективним при дотриманні наступних умов:

1) батьки – активні учасники інтервенційних програм раннього втручання. З середини 60-х років ХХ століття батьки та спеціалісти виступають за розробку й реалізацію програм раннього втручання, орієнтованих на потреби дітей з порушеннями психофізичного розвитку та їх сімей. Сімейно-орієнтований підхід у послугі раннього втручання набув популярності, адже кількість досліджень, які підтверджували його дієвість, невпинно зростала. У моделях, зорієнтованих на сім'ю, відносини між сім'ями та фахівцями, які їх підтримують, пропонуючи «ключові взаємні функції», такі як підтримка, зв'язок, ресурси та надання інформації або консультацій, результат є більш ефективним. Батьки, попередньо отримавши відповідні компетентності, самі можуть виступати провайдерами окремих аспектів послуги раннього втручання. У довготривалій перспективі послуга є успішною у випадку активної участі батьків/опікунів дитини у ній;

2) раннє залучення дітей з порушеннями розвитку або ризиком їх появи на програми раннього втручання. Відомо, що чим старша дитина, тим легше діагностувати наявність порушення і тим точніше можна визначити його тип. Однак аналіз наукових публікацій доводить, що чим швидше дитина потрапить на програму раннього втручання, тим більше у неї шансів у корекції порушень розвитку. Науковець Р. Паул виступав за застосування підходу «спостерігай і дивись», відповідно до якого за розвитком дітей з ризиком появи порушень розвитку або підозрою у їх наявності мали б спостерігати батьки або спеціалісти та оцінювати їх рівень розвитку через різні проміжки часу залежно від їхнього віку: кожні 3–6 місяців для 2-річних дітей і згодом кожні 6–12 місяців до 5-річного віку. Таке спостереження дозволяє вчасно втру-

титися і залучити дітей на програми раннього втручання та навчити батьків індивідуальної роботи з дітьми з порушеннями розвитку;

3) тривалість перебування дитини з порушеннями розвитку на програмі раннього втручання. Відомо, що чим коротший період перебування дітей з порушеннями розвитку на програмах раннього втручання, тим незначніші будуть отримані результати. Велике значення має також залученість батьків дитини до участі у самій програмі. Разом з тим програми раннього втручання мають адаптуватися під індивідуальні можливості дитини та її сім'ї.

Для того, щоб раннє втручання працювало в Україні, необхідно: (1) підготувати батьків до відповідального батьківства; (2) розпрацювати трансдисциплінарну модель як найкращу у реалізації раннього втручання; (3) проводити універсальний ранній скринінг за сферами розвитку дитини; (4) проводити навчання з раннього втручання не тільки фахівців, але й батьків; (5) впроваджувати взаємопов'язані та комплексні підходи у послугу раннього втручання; (6) проводити сертифікацію та регулярне підвищення кваліфікації надавачів послуги; (7) сприяти розвитку персоналу.

### Питання для самоперевірки

1. Що ви розумієте під поняттям «раннє втручання»?
2. Якого віку діти можуть бути отримувачами послуги раннього втручання?
3. Назвіть основні етапи надання послуги раннього втручання.
4. Що є підставою для отримання послуги раннього втручання?
5. Якими є базові принципи надання послуги раннього втручання?
6. Хто і як може надавати послугу раннього втручання?
7. Що складає зміст послуги раннього втручання?
8. Хто може бути отримувачем послуги раннього втручання?
9. Схарактеризуйте основні моделі раннього втручання.

### Література

1. Боднарук, Н. В. (2021). Раннє втручання як комплексна система послуг допомоги родинам, які виховують дітей з порушеннями розвитку. *Психолого-педагогічний супровід дітей з інтелектуальними*

порушеннями в умовах спеціальної та інклюзивної освіти: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції 9 листопада 2021 р. / за ред. Т. О. Докучиної, О. І. Дмитрієвої. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 281с.

2. Гдиря, О. В., & Міщук, Т. М. (2017). Реалізація програми раннього втручання для дітей віком від народження до 4 років на прикладі діяльності навчально-реабілітаційного центру Джерело. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (3), 103–103.

3. Закон України «Про освіту». (2017). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>

4. Кропивницька, М. Е. (2019). Впровадження послуги раннього втручання на рівні пілотних областей в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. № 6. С. 132–137.

5. Кукуруза, Г. В. (2013). Ефективність програм раннього втручання для дітей з порушенням психічного розвитку. *Вісник Харківського національного університету імені ВН Каразіна. Серія: Психологія*, (51), 184–186.

6. Методичні рекомендації щодо впровадження практики надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя: Наказ Міністерства соціальної політики України від 18.02.2021 № 92 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0092739-21#Text>

7. Некраш, Л. (2018). Впровадження системи раннього втручання в Україні. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*, 1(14), 134–139.

8. Панченко, Т. Л., & Заплатинська, А. Б. (2018). Раннє втручання як система комплексної допомоги дітям раннього та дошкільного віку. *Народна освіта*, (3), 12–18.

9. Послуга раннього втручання в країнах Європи. Ключові концепції та вибрані моделі (липень, 2023). [https://www.unicef.org/ukraine/media/36316/file/Unicef\\_Ealy%20childhood\\_UA\\_.pdf](https://www.unicef.org/ukraine/media/36316/file/Unicef_Ealy%20childhood_UA_.pdf)

10. Слозанська, Г., & Горішна, Н. (2023). Ефективність раннього втручання у роботі з дітьми з мовленнєвими порушеннями раннього віку. *Освіта. Інноватика. Практика*, 11(10), 36–49.

11. Слозанська, Г., Криницька, І., Скочко, М. (2023). Ранне втручання у роботі з дітьми з інвалідністю: комплексна соціально-реабілітаційна послуга, функціональний підхід чи система допомоги? *Social Work and Education*, Vol. 10, No. 4. pp. 486-502. DOI: 10.25128/2520-6230.23.4.5

12. Сухіна, І. В., Скрипник, Т. В., Риндер, І. Д. (2017). *Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом*: посібник. Київ-Чернівці: «Букрек», 2017. 192 с.

13. Федорович, Л. О. (2016). Сучасні моделі та підходи до надання освітніх послуг дітям раннього віку з особливими потребами. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені МП Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*, (32 (2)), 191–196.

14. Хоменко, С. О. (2020). Сучасний стан та перспективи розвитку послуги раннього втручання в Україні. *Young*, 84(8.1).

15. Bailey Jr, D. B., Hebbeler, K., Spiker, D., Scarborough, A., Mallik, S., & Nelson, L. (2005). Thirty-six-month outcomes for families of children who have disabilities and participated in early intervention. *Pediatrics*, 116(6), 1346–1352.

16. Baker, B. L., & Feinfeld, K. A. (2003). Early intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(5), 503–509.

17. Findings of Congress as stated in Public Law 99-457 (1986). P.L 99-457 is the statute of the Education of the Handicapped Act Amendments of 1986, passed by Congress on October 8, 1986. <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED314927.pdf>

18. King, G., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S., & Shillington, M. (2009). The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infants & Young Children*, 22(3), 211–223.

19. Kukuza, H., Bliznyuk, O., & Kravtsova, A. (2022). Opportunities for Early Intervention to Support Families With Children of Early Age in Wartime: Parents' View. *The Journal of VN Karazin Kharkiv National University. A Series of «Psychology»*, (73), 26–33.

20. Slozanska, H., Krynytska, I., & Skochko, M. (2023). Early intervention in working with children with disabilities: a comprehensive social-rehabilitation service, a functional approach or a support system? *Social work and education*, 10(4), 503–520.

21. Stepan, M. B., Thompson, C. L., & Buchanan, M. L. (2002). The role of the nurse on a transdisciplinary early intervention assessment team. *Public Health Nursing, 19*(4), 238–245.

22. U.S. Department of Education. (2011). *Department of Education fiscal year 2011 Congressional action*. Washington, DC: Author. <http://www2.ed.gov/about/overview/budget/budget11/11action.pdf>

#### 4.4. Соціальна підтримка дітей з інвалідністю у малому груповому будинку

Реформування системи догляду та виховання дітей, спрямоване на впровадження сімейних форм альтернативного догляду, спонукало суспільство шукати рішення для дітей, які в силу різних обставин (віку, поведінки або стану здоров'я та розвитку) не можуть знайти сім'ю, яка готова їх виховувати. Однією із груп дітей, яких складно влаштувати у сім'ю, є діти з інвалідністю.

За даними Мінсоцполітики України, в першому півріччі 2024 року в закладах інституційного догляду та виховання перебувало 4975 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, із них 26 % (1299 осіб) мають встановлену інвалідність. При цьому за 6 місяців 2024 року із закладів вибуло 947 дітей, із них лише 56 дітей з інвалідністю. Аналізуючи цифри, можна припустити, що сімей, готових прийняти дитину з інвалідністю на виховання, значно не вистачає, адже у порівнянні потреби і пропозиції стає зрозуміло, що дітей без інвалідності вибуло 24 % від їх загальної кількості, в той час як дітей з інвалідністю відраховано із закладів лише 4,3 % від їх загальної кількості.

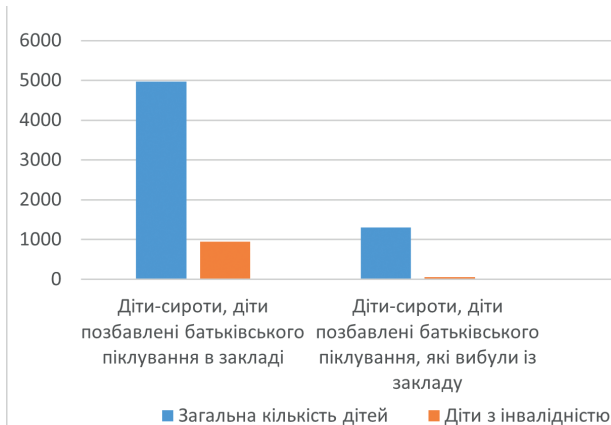


Рис. 4.4.1. Діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, в закладах інституційного догляду та виховання, 2024 рік, перше півріччя

Таку саме гіпотезу підтверджує опитування 150 кандидатів у прийомні батьки, батьки-вихователі, опікуни, проведене благодійною організацією «Надія і житло для дітей» у Київській та Дніпропетровській областях у 2023 році: лише 3 сім'ї із опитаних виявили готовність прийняти на виховання дітей з інвалідністю (функціональними порушеннями).

Численні дослідження доводять, що виховання дітей в умовах інституційного догляду негативно впливає на їхній стан розвитку, зокрема медична модель догляду за дітьми з інвалідністю позбавляє їх можливості соціалізуватися та здобути навички самостійного життя, спричиняє затримку когнітивного, емоційного та фізичного розвитку. Це призводить до того, що навіть ті молоді люди, які, імовірно, могли би проживати самостійно за умови розвитку їх потенціалу шляхом проведення абілітації та формування навичок самообслуговування, соціалізації в дитинстві – залишаються в системі інституційного догляду на все життя, ніколи не полишаючи стін закладів.

Одним із рішень, яке дозволяє підготувати дітей до самостійного життя в умовах браку сімейних форм виховання, готових прийняти в сім'ю дітей з інвалідністю, є малі групові будинки.

**Малий груповий будинок** – заклад соціального захисту, що призначений для тривалого (стаціонарного) проживання дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, в тому числі дітей з інвалідністю, та осіб з їх числа в умовах, наближених до сімейних (далі – МГБ).

Метою діяльності малого групового будинку є забезпечення умов проживання для дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, в тому числі дітей з інвалідністю, та осіб з їх числа шляхом їх догляду та виховання в умовах, максимально наближених до сімейних, соціалізації та підготовки до самостійного життя, організації надання їм комплексу необхідних послуг, зокрема у громаді, сприяння поверненню дітей в біологічну сім'ю або влаштування в сімейні форми виховання.

*(Примірне положення про малий груповий будинок, 2018)*



Малі групові будинки успішно функціонують у світі як стаціонарна послуга для дітей, які мають порушення поведінки, дітей з інвалідністю, дітей, які залишилися без піклування батьків.

У міжнародній практиці в малих групових будинках проводиться комплексна робота для реабілітації, соціалізації дитини й подальшого переміщення її в сім'ю – біологічну або прийомну. Зокрема, у Гонконгу малі групові будинку надають послуги дітям віком від 4 до 18 років, які не можуть виховуватися у сім'ї, а також дітям, які потребують термінового влаштування (як послуга кризового втручання). В одному такому будинку може перебувати до 8 дітей, які мають труднощі з навчанням, розлад дефіциту уваги та гіперактивності, розлад аутистичного спектру, порушення мови, затримку розвитку тощо.

Отримувачами послуг малого групового будинку є не лише діти, які проживають у ньому, але і їхні батьки (якщо діти не позбавлені батьківського піклування) або майбутні батьки, які їх відвідують і яких залучають до навчання для формування достатніх компетенцій, щоб визначати потреби дитини та піклуватися про неї.

Перебування в малому груповому будинку передбачає проведення оцінки потреб дитини (в тому числі і клінічної), лікування та консультування, реабілітацію, навчання у звичайних закладах освіти, організацію дозвілля як для дітей, так і спільного з батьками. Умови проживання дітей є наближеними до сімейних, облаштовуються відповідно до індивідуальних потреб дитини, але у кожному будинку є кондиціонер, комп'ютери, ігровий куточок і приватна зона, що забезпечує комфортне середовище для життя дітей, щоб розвиватися та рости здоровими. Перебування обмежене в часі, мета роботи з випадком – це переміщення дитини у сім'ю.

У США малі групові будинки існують як форма стаціонарного догляду в умовах, наближених до сімейних, як для дітей, так і для дорослих осіб з інвалідністю. Вони можуть бути приватними або муніципальними, але форми роботи та умови проживання мають відповідати вимогам (стандартам) штатів. Інколи такі малі групові будинки створюють, об'єднуючись, сім'ї, які мають дітей з інвалідністю і бажають забезпечити їм гідні умови для розвитку, залишивши

собі час для самореалізації, роботи, навчання тощо. Такі будинки можуть надавати послуги відпочинку для батьків, денного догляду для дітей з інвалідністю, послуги реабілітації та лікування, паліативного догляду дітей, лікування дітей з ментальними або психічними порушеннями.

Існує багато типів групових будинків. Наприклад, в Австралії малі групові будинки функціонують як підготовка до самостійного життя для людей з інвалідністю (функціональними порушеннями). Завдання персоналу навчити отримувача послуг доглядати за собою, прибирати житло, вести бюджет, готувати їсти, отримувати адміністративні послуги та користуватися благами громади. На відміну від інституційного підходу до догляду, малі групові будинки призначені для забезпечення комфортного та соціального домашнього середовища для невеликих груп людей (зазвичай, приблизно від двох до п'яти мешканців).

У Румунії малі групові будинки створені в результаті впровадження реформи деінституціалізації, розраховані на одночасне проживання 10–12 дітей, які не можуть виховуватися в сім'ях. Будинки завжди розміщені на звичайній вулиці, ідеально інтегровані в громаду, у результаті чого діти спілкуються та дружать з іншими дітьми, які не перебувають у закладах. Вони разом ходять до школи і живуть «нормальним життям», займаються домашнім господарством. Робота з дітьми спрямована, як і в інших схожих формах, на підготовку дитини до влаштування у сім'ю або підготовку до самостійного життя.

Дитячі будинки (малі групові будинки) в Англії визначають свою цільову групу за особливостями поведінки отримувачів послуг, пов'язаними з наявними порушеннями у дітей, та додатково за їх віком. Будинки мають малу пропускну потужність (близько 5 дітей) й орієнтовані на впровадження терапевтичної роботи, яка базується на послідовності правил, дій та рішень, обмеженнях для забезпечення безпеки, веденні домашнього господарства, занять зі спеціалістами для корекції, реабілітації або розвитку, створенні терапевтичного середовища, та зі збереженням доступу до освіти у звичайних навчальних закладах. Завдання персоналу: навчити дітей розуміти

власне минуле, емоції та поведінку, повернути їх до навчання протягом повного навчального дня, знизити випадки насильницької, агресивної та сексуальної поведінки. В основі роботи лежить розвиток здорових стосунків між дітьми, персоналом та оточуючими, а також підвищення у дітей впевненості і самооцінки.

Отже, у світовій практиці малі групові будинки розглядаються як обмежене у часі (тимчасове) влаштування дітей, де постійно проводиться робота, спрямована на реінтеграцію дитини або влаштування її у замісні сім'ї. Всі малі групові будинки об'єднує концепція створення умов, максимально наближених до сімейних, де діти мають свого індивідуального вихователя, долучені до ведення домашнього господарства, є активними жителями громади, відвідують заклади освіти нарівні з іншими дітьми, максимально долучені до самообслуговування, підтримки контактів з родичами, батьками та друзями.

Проте дослідження якості послуг у малих групових будинках для осіб з ментальними порушеннями в Болгарії та Австралії показали, що без належної підготовки персоналу та якісного моніторингу і контролю за діяльністю закладів вони набувають ознак інституційного догляду: персонал приймає рішення замість отримувачів послуг, вводять жорсткі правила, обмежують доступ до їжі та вільного переміщення в населених пунктах тощо. Тому можна зробити висновок, що умови, наближені до сімейних, можна запровадити шляхом спеціальної підготовки персоналу.

В Україні перше відділення «Малий груповий будинок» створено у 2011 році у Макарівському районі Київської області на базі Центру соціальної підтримки дітей та сімей «Промінь надії». Першими отримувачами послуг малого групового будинку стали 8 підлітків, які відмовилися від влаштування у сім'ю в силу свого віку і бажання через рік-два бути самостійними. Зараз центр «Промінь надії» працює для надання послуг жителям Макарівської територіальної громади.

Перший заклад, як юридична особа, малий груповий будинок «Мій дім» створений у 2013 році у Дніпропетровській області Дніпровського району в результаті реформування дитячого будинку

«Сім'я». Цей малий груповий будинок на даний час функціонує як відділення Центру соціальної підтримки дітей та сімей «Добре вдома» Дніпропетровської обласної ради.

Нині в Україні є досвід створення малих групових будинків для дітей з інвалідністю. Так, перший малий груповий будинок для дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, з інвалідністю «Хеппі Хоум» був створений у 2019 році у м. Києві як приватна організація. Зараз МГБ функціонує на території с. Петропавлівська Борщагівка Київської області. Серед видів його економічної діяльності, що зазначені у реєстраційних документах, визначено КВЕД 87.10 – діяльність із догляду за хворими із забезпеченням проживання.

У малому груповому будинку створені умови для розвитку та реабілітації дітей, оскільки заклад приймає дітей зі складними порушеннями. Діти додатково відвідують медичні заклади, центри з комплексної реабілітації відповідно до своїх індивідуальних потреб. Персонал будинку постійно займається розвитком у дітей навичок самообслуговування та пошуком потенційних усиновлювачів. За 5 років існування 5 дітей було усиновлено.

В Україні роботу таких закладів регламентує Примірне положення про малий груповий будинок, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 31.10.2018 № 926. Цей нормативно-правовий акт визначає, що у МГБ, як правило, проживають діти з обмеженою життєдіяльністю, у тому числі діти з інвалідністю, віком від трьох до 18 років. Також можуть проживати діти без порушень розвитку старше 10 років. Виняток для влаштування молодших дітей може бути лише тоді, коли зараховується сімейна група, в якій є старші брати або сестри. Діти зараховуються у малий груповий будинок лише за умови, що були вичерпані всі можливості для влаштування їх у сім'ю. Робота з дітьми направлена на підготовку до влаштування у сім'ю або до самостійного проживання.

Малий груповий будинок розрахований на одночасне проживання не більше десяти осіб, у разі, коли є діти з інвалідністю, – восьми осіб, які проживають в окремих кімнатах не більш як одна – дві особи в одній кімнаті з урахуванням родинних зв'язків, віку, статі,

інвалідності, особистих уподобань та особливостей розвитку кожної дитини, стану здоров'я.

Для організації проживання в умовах, максимально наближених до сімейних, у малому груповому будинку життя та побут організовані, як в звичайній сім'ї, приміщення облаштовані з урахуванням вимог для маломобільних груп населення та розумного пристосування; наявний транспортний засіб, пристосований для перевезення дітей з порушеннями розвитку, в тому числі для дітей, які пересуваються на візках, або організовано отримання послуги транспортування з відповідною службою перевезення.

Персонал малого групового будинку проводить роботу з дітьми щодо розвитку соціальних навичок з дотримання особистої гігієни та самообслуговування, побутових навичок, адекватної соціальної поведінки у різних життєвих ситуаціях, залучає дітей до придбання продуктів харчування, приготування їжі, прибирання, догляду, ремонту власного одягу, прання білизни, інших справ щодо ведення домогосподарства шляхом допомоги в оволодінні відповідними вміннями і навичками, нагляду і контролю з урахуванням вікових можливостей та особливостей розвитку дитини. Команда вихователів забезпечує роботу з дітьми таким чином, щоб діти отримували цілодобовий догляд. За кожним вихователем закріплюється 2–3 дитини. Вихователі несуть відповідальність за дітей та працюють з ними за методикою індивідуальних планів роботи з дитиною та її родиною.

В МГБ не передбачена наявність технічного персоналу. Діти беруть участь у побуті та самообслуговуванні, ведуть домашнє господарство. Проте, у разі наявності дітей зі складними порушеннями, кількість персоналу може бути збільшена і може бути введено додатковий обслуговуючий персонал.

Вихованці МГБ отримують освітні послуги в закладах освіти у громаді. З метою визначення особливих освітніх потреб діти проходять комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку в інклюзивно-ресурсному центрі. У разі виявлення особливих освітніх потреб інклюзивно-ресурсний центр бере на облік таку дитину, забезпечує їй надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових

послуг, здійснює її системний кваліфікований супровід. В той час вихователь, який закріплений за дитиною, проводить індивідуальну роботу з нею, супроводжує її для занять зі спеціалістами.

Для медичного обслуговування місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування створюють умови для медичного обслуговування дітей медичними працівниками лікувально-профілактичних закладів за місцем фактичного розташування малого групового будинку. Заклади охорони здоров'я двічі на рік безоплатно проводять медичні огляди всіх дітей, у разі потреби беруть їх на диспансерний облік, здійснюють постійний медичний нагляд, стаціонарне та амбулаторне лікування. Якщо дитина потребує медичної допомоги, медичний заклад закріплює медичного працівника, який здійснює медичний патронаж за дитиною до її одужання.

Діти з інвалідністю, які проживають у малому груповому будинку, отримують комплекс фізкультурно-реабілітаційних та спеціалізованих реабілітаційних послуг, також можуть отримувати засоби корекції, асистивні технології відповідно до потреб та індивідуальних програм реабілітації. Для цього директор МГБ в органі соціального захисту населення за місцем функціонування малого групового будинку подає заяву та отримує направлення на відповідні послуги. Дитину на реабілітацію та заняття, як правило, супроводжує закріплений за нею вихователь, з яким у дитини формуються довірливі стосунки.

Відрахування дітей відбувається у разі влаштування їх у сім'ю або досягнення повноліття. Проте, якщо молода особа навчається у закладах вищої освіти, то може проживати у МГБ до закінчення навчання, але не довше, ніж до 23 років. Для дітей з інвалідністю у положенні передбачено винятки: вони можуть проживати у закладі до 23 років, навіть якщо не навчаються. У цей період завдання персоналу максимально підготувати їх до самостійного життя, інтегрувати у громаду за місцем їх подальшого проживання, передбачити візити молодої людини і її вихователя до місця її подальшого влаштування, вивчення умов проживання, інфраструктури громади, пошук людей, які зможуть підтримувати випускника МГБ в подальшому.

На жаль, не всі дорослі з інвалідністю можуть жити самостійним життям і тому, для осіб, які потребують стороннього догляду

та підтримки, в Положенні передбачено переведення їх на підтримане проживання. Для забезпечення місця подальшого проживання дитини директор малого групового будинку не пізніше, ніж за три місяці до виповнення дитині 16 років, повинен звернутися до місцевого органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування з відповідним запитом. Місцевий орган виконавчої влади чи орган місцевого самоврядування приймає рішення про постановку дитини на облік громадян, які потребують поліпшення житлових умов і надання їм жилих приміщень, та на соціальний квартирний облік чи створення послуги підтриманого проживання для дитини, надає письмову відповідь директору малого групового будинку.

Разом з цим, виведення молодих осіб на самостійне життя або підтримане проживання є одним із основних викликів у роботі малих групових будинків з дітьми з інвалідністю, оскільки не всі громади здатні забезпечити необхідні соціальні послуги для таких людей. Окрім цього, послуга підтриманого проживання визначена в законодавстві, але не розвинена в достатній кількості в Україні. Особливо складно інтегрувати в громаду осіб з ментальними порушеннями, які потребують щоденної підтримки та нагляду. Тому громади, які створюють малі групові будинки для дітей з інвалідністю, мають також розвивати й інші послуги з перспективою виходу молодих осіб з МГБ та їх проживання у громаді. Зокрема, мають бути розвинені послуги, які необхідні для конкретної групи осіб, а саме: денний догляд осіб з інвалідністю, догляд вдома, підтримане проживання, соціальний супровід при працевлаштуванні та на робочому місці, паліативний догляд, персональний асистент, соціальна реабілітації осіб з інтелектуальними та психічними порушеннями, фізичний супровід осіб з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату та пересуваються на кріслах колісних, з інтелектуальними, сенсорними, фізичними, моторними, психічними та поведінковими порушеннями, переклад жестовою мовою, транспортні послуги тощо.

Отже, малі групові будинки активно розвиваються в Україні. Це є нова форма закладу, який надає соціальну послугу догляду та виховання дітей в умовах, наближених до сімейних. Для багатьох дітей з інвалідністю влаштування в МГБ може стати найкращим із

можливих рішень. Однак головне пам'ятати, що воно є тимчасовим, а відповідно до концепції «найкращих інтересів» дитині має бути забезпечена стабільність догляду і виховання у сімейному оточенні в атмосфері любові, підтримки та в умовах задоволення її потреб.

## Питання для самоперевірки

1. Що таке малий груповий будинок? Яка мета його діяльності відповідно до чинного законодавства України?
2. Стисло розкрити досвід функціонування малих групових будинків за кордоном.
3. Перерахувати особливості функціонування малих групових будинків в Україні загалом, а також догляду і виховання в них дітей з інвалідністю.

## Література

1. Про затвердження Примірного положення про малий груповий будинок, Постанова Кабінету Міністрів України, № 926. (2018). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/926-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 02.10.2024)
2. Про затвердження Примірного положення про центр соціальної підтримки дітей та сімей, Постанова Кабінету Міністрів України, № 834. (2016). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/834-2016-%D0%BF#Text> (дата звернення: 02.10.2024)
3. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги догляду та виховання дітей в умовах, наближених до сімейних, Наказ Міністерства соціальної політики України, № 115. (2021). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0856-21#Text> (дата звернення: 02.10.2024)
4. Роєнко, С. О. (2020). Соціально-правовий захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 1(4). 40–49.



#### 4.5. Проблеми догляду та виховання дітей з інвалідністю в сім'ях опікунів/піклувальників, прийомних батьків та батьків-вихователів

Оберігають дитину від інституцій і оточують її родинною атмосферою різні сімейні форми влаштування. Зокрема, існують такі форми влаштування дітей в сім'ю, як усиновлення, опіка і піклування, прийомна сім'я, дитячий будинок сімейного типу, патронат над дитиною та тимчасовий прихисток. Усі ці форми відрізняються одна від одної, у кожного є свої особливості і вимоги. Улаштування дитини в нову сім'ю залежить від наявності у неї статусу «дитина-сирота чи дитина, позбавлена батьківського піклування». У зв'язку з цим, улаштування в сім'ю може бути довготривалим або тимчасовим. Опіка/піклування, прийомна сім'я, дитячий будинок сімейного типу називаються сімейними формами виховання. Сюди влаштовуються діти, які мають статус дитини-сироти чи дитини, позбавленої батьківського піклування.

**Встановлення опіки та піклування** – влаштування дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, в сім'ї громадян України, які перебувають переважно у сімейних, родинних відносинах з цими дітьми-сиротами або дітьми, позбавленими батьківського піклування, з метою забезпечення їх виховання, освіти, розвитку і захисту їх прав та інтересів.

*(Стаття 1 Закону України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування»).*

Опіка/піклування призначається органом опіки та піклування. Опікуном, піклувальником призначається переважно особа, яка перебуває у сімейних, родинних відносинах з підопічним, з урахуванням особистих стосунків між ними, можливості особи виконувати обов'язки опікуна чи піклувальника.

*(Постанова Кабінету Міністрів України №866 від 24 вересня 2008 р. «Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини»).*

**Приймозна сім'я** – сім'я або окрема особа, яка не перебуває у шлюбі, що добровільно за плату взяла на виховання та спільне проживання від одного до чотирьох дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. У разі утворення прийомної сім'ї прийомні батьки беруть за плату прийомних дітей на власну житлову площу за наявності відповідних санітарно-гігієнічних та побутових умов (належного стану житлового приміщення, необхідної житлової площі, належного санітарного стану, наявності необхідних меблів, побутової техніки та інших предметів тривалого вжитку, наявності умов для проживання, виховання та розвитку дитини).

Діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, перебувають у прийомній сім'ї до досягнення 18-річного віку, а в разі продовження навчання у професійно-технічному, вищому навчальному закладі I–IV рівня акредитації – до 23 років або до закінчення відповідних закладів освіти.

Влаштування дітей у прийомну сім'ю проводиться з урахуванням віку прийомних батьків та дітей, щоб на час досягнення обома прийомними батьками пенсійного віку всі прийомні діти досягли віку вибуття з прийомної сім'ї. У разі досягнення пенсійного віку одним з прийомних батьків час перебування дітей визначається за віком молодшого з батьків. В окремих випадках за згодою сторін прийомна сім'я може функціонувати і після досягнення прийомними батьками пенсійного віку, але не більше ніж протягом п'яти років.

*(Постанова Кабінету Міністрів України № 565 від 26 квітня 2002 р. «Про затвердження Положення про прийомну сім'ю»).*

**Дитячий будинок сімейного типу** – окрема сім'я, що створюється за бажанням подружжя або окремої особи, яка не перебуває у шлюбі, які беруть на виховання та спільне проживання не менш як 5 дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування. Загальна кількість дітей (власних та вихованців) у дитячому будинку не повинна перевищувати 10 чоловік.

Як і в прийомній сім'ї, діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, перебувають у дитячому будинку сімейного типу до досягнення 18-річного віку, а в разі продовження навчання у професійно-технічному, вищому навчальному закладі I–IV рівня акредитації – до 23 років або до закінчення відповідних закладів освіти.

Влаштування дітей у дитячий будинок сімейного типу проводиться з урахуванням віку батьків-вихователів та дітей за умови, що на час досягнення обома батьками-вихователями пенсійного віку всі вихованці досягли віку вибуття з дитячого будинку сімейного типу. У разі досягнення пенсійного віку одним з батьків-вихователів час перебування дітей визначається за віком молодшого з батьків. В окремих випадках за згодою сторін дитячий будинок сімейного типу може функціонувати і після досягнення батьками-вихователями пенсійного віку, але не більше ніж протягом п'яти років.

*(Постанова Кабінету Міністрів України № 564 від 26 квітня 2002 року «Про затвердження Положення про дитячий будинок сімейного типу»).*

Сімейні форми виховання (сім'ї опікунів/піклувальників, прийомні сім'ї та дитячі будинки сімейного типу) зазвичай стикаються із різними труднощами в період свого функціонування через ряд факторів: адаптацію прийнятої дитини і сім'ї один до одного; інтеграцію дитини в закладі освіти; наявний травматичний досвід; переживання вікових криз дитини; підготовки дитини до виходу із сім'ї тощо. Задля допомоги майбутнім прийомним батькам, батькам-вихователям та опікунам, піклувальникам для них передбачене спеціальне навчання у формі тренінгу, під час якого кандидати в сімейні форми набувають компетентності, необхідні для догляду, виховання і розвитку дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.

У подальшому для прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу в період усього їхнього функціонування, а для сімей опікунів, піклувальників у період першого та останнього року

проживання дитини в сім'ї передбачено обов'язкове надання соціальної послуги соціального супроводу для сімей, які виховують дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (Про затвердження Державного стандарту..., 2017). Але чи достатньо такої підтримки для сімейних форм виховання, які приймають до себе дітей з інвалідністю?

З метою вивчення потреб у послугах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з інвалідністю та осіб, які їх виховують, Благодійною організацією «Надія і житло для дітей» у 2024 році було здійснено дослідження, яке передбачало проведення структурованих індивідуальних інтерв'ю з 15 сім'ями (4 батьків-вихователів ДБСТ, 2 – рідні матері, 9 – опікунів), 11 фахівцями із соціальної роботи, які супроводжують сімейні форми виховання, та 7 спеціалістами, які надають послуги дітям з інвалідністю та їхнім сім'ям, і з 8 дітьми. Аналіз та узагальнення результатів опитування про підтримку сімей, які виховують дітей з інвалідністю, й спеціалістів, які надають їм послуги, дало підстави авторам параграфу зробити відповідні об'єктивні висновки.

Зазвичай сім'ї опікунів/піклувальників, прийомні сім'ї, ДБСТ, в яких виховують дітей з інвалідністю, звертаються до фахівці із соціальної роботи з такими запитами:

- отримання натуральної допомоги (засобів гігієни, ліків);
- допомога в пошуку профільних спеціалістів для дитини з інвалідністю (психолога, логопеда, реабілітолога тощо);
- інформування про можливості та допомогу, яку вони можуть отримати в різних структурах та агенціях, які займаються питаннями дітей та молоді з інвалідністю;
- представництво інтересів родин у різних установах;
- оформлення запитів, листів;
- допомога в оформленні статусу дитини з інвалідністю та висновку лікарсько-консультативної комісії, допомога у вирішенні житлових проблем;
- питання психологічних особливостей дітей з інвалідністю, їх поведінки, особливо в підлітковому віці;
- поведінкові розлади дитини;

- допомога в супроводі під час навчання;
- адаптації дитини до соціуму, самостійного життя;
- питання подальшої долі дитини з інвалідністю після настання повноліття.

Однак, на жаль, система підтримки прийомних сімей, дитячих будинків сімейного типу, сімей опікунів/піклувальників не відповідає потребам і очікуванням таких сімей. Водночас у суспільстві не сформовано однозначне позитивне ставлення до сімей, які приймають дітей з інвалідністю на виховання. Такі сім'ї зустрічаються як з нерозумінням, так і з відвертим засудженням, хоча частина людей, які намагаються допомогти та підтримати їх, є більшою. Відтак основними причинами, які відлякують прийомних батьків від прийняття дітей з інвалідністю у сім'ю, є страх, що вони не справляться з вихованням та доглядом дитини, обмеженість ресурсів та нерозуміння, що буде з дитиною після її повноліття.

Враховуючи зазначене, доцільно виокремити основні проблеми догляду та виховання дітей з інвалідністю в сім'ях опікунів/піклувальників, прийомних батьків та батьків-вихователів:

1. Попри задекларовані в законодавстві соціальні гарантії для сімей з дітьми з інвалідністю, на рівні сільських громад відсутні послуги загалом, на рівні міських громад послуги наявні частково. Добре розвинена мережа послуг є лише на рівні обласних центрів або великих міст.

Сім'ї опікунів, прийомні сім'ї та дитячі будинки сімейного типу, які виховують дітей з інвалідністю, попри те, що на постійній основі отримують комплексну послугу соціального супроводу, не знають і не отримували більшість соціальних послуг для дітей з інвалідністю та їх сімей. Більше того, ці послуги просто відсутні на рівні громад.

2. Державна соціальна допомога дітям-сиротам, дітям, позбавленим батьківського піклування, та допомога дітям з інвалідністю не покриває фінансові потреби дітей. Більшість корекційних та реабілітаційних, медичних послуг батьки змушені купувати, оскільки в закладах державних надавачів послуг часто відсутні спеціалісти відповідного профілю або, якщо вони є, то надають безкоштовні послуги обмежений період.

3. Для допомоги сім'ям фахівці із соціальної роботи звертаються до інших установ та спеціалістів: лікарів, психологів, логопедів. Дехто з фахівців домовляється не лише з державними закладами, а й з приватними клініками, установами, фондами, релігійними та благодійними організаціями для вирішення тих чи інших проблем сімей, де виховується дитина з інвалідністю.

Попри це, фахівці із соціальної роботи, які супроводжують сімейні форми виховання з дітьми з інвалідністю, як правило, не мають необхідних компетенцій та ресурсів для роботи з ними. Здебільшого робота фахівців зводиться до інформування сім'ї та контролю за її діями. В той час як сім'ї хочуть мати фахівця, який здатен представити їхні інтереси в різних установах та організаціях, оформити необхідні документи та отримати дозвіл на послуги, захистити інтереси дитини в закладах освіти, який добре би розумівся на законодавстві та у сфері захисту прав осіб з інвалідністю загалом. У зв'язку з цим з'явилася потреба в розробленні спеціальної навчальної програми з підготовки фахівців для супроводу сімейних форм з дітьми з інвалідністю.

4. Важливим аспектом для сімей з дітьми з інвалідністю є територіальна близькість послуг, які їм необхідні. Оптимальною та комфортною для отримувачів послуг є піша доступність або хоча б один маршрут на одному виді транспорту, без пересадок. Для маломобільних дітей з інвалідністю обов'язковим має бути забезпечення транспортом.

5. Досвід осіб, які виховують дітей з інвалідністю, свідчить, що відсутня доступна інформація про процедури оформлення інвалідності, отримання реабілітаційних, соціальних та освітніх послуг. Механізм встановлення інвалідності є складним.

6. Здебільшого відсутня рання реабілітація дітей (до 6-річного віку), яка дозволяє максимально розвинути потенціал дитини. Батьків не інформують про індивідуальну програму реабілітації дитини з інвалідністю, як наслідок, не всі опікуни її впроваджують. Реабілітація, що забезпечується на державному рівні, не є достатньою для відновлення функцій організму, діти потребують більше, і часто батьки покривають цю потребу за власний рахунок. Крім цього, в

процесі реабілітації не покриваються витрати на проїзд, проживання та харчування особи, яка супроводжує дитину на процедури. Це також додаткові витрати з бюджету сім'ї.

7. Попри наявну мережу інклюзивної освіти, досвід батьків свідчить, що частина закладів освіти не готова працювати з дітьми з інвалідністю. Вони залишаються не обладнаними з позиції безбар'єрного простору. Як не прикро, але й вчителі не готові приймати дітей з функціональними обмеженнями в свої класи. Часто діти перебувають на домашньому навчанні, особливо діти старшого віку. Найменше адаптованими до інклюзивного навчання є заклади професійної освіти.

8. Інклюзивно-ресурсні центри функціонують як заклади з діагностики дітей, однак як надавачі освітніх та корекційних послуг такі центри працюють як виняток (у батьків найбільший запит на послуги психолога, логопеда, корекційного педагога, ерготерапевта та фізичного реабілітолога).

9. Проблемним є питання підготовки дитини до виходу із сім'ї та забезпечення самостійного або підтриманого проживання для осіб з інвалідністю, які вийшли з сімейних форм виховання. Ні батьки, ні фахівці із соціальної роботи не розуміють, як має відбуватися сепарація дитини та сім'ї і як забезпечити безпечне самостійне функціонування «випускників». Унаслідок цього часто молоді особи з інвалідністю, яким виповнилося 23 роки і яких виводять із складу дітей-вихованців дитячого будинку сімейного типу або прийомної сім'ї, залишаються жити в цих сім'ях на утриманні батьків. При цьому батьки не можуть навіть оформити соціальну допомогу по догляду за особою з інвалідністю, бо тоді вони не матимуть права виховувати інших дітей.

Ідеальним рішенням міг би стати розвиток послуги підтриманого проживання молодих людей. Проте прийомні батьки не розуміють механізму звернення за цією послугою та своєї відповідальності за вирішення цього питання. За нової системи надання соціальних послуг батьки мали б повідомити орган соціального захисту населення за рік до виходу дитини із сім'ї, що їм потрібна буде така послуга, фахівець із соціальної роботи, який супроводжує сім'ю, так само мав би під час проведення визначення потреб громади у соціальних послугах заявити про необхідність її розвитку або закупівлі.

Проте через відсутність необхідних знань, гальмування впровадження нових підходів у роботі системи та брак коштів у бюджетах громад – послуги не розвиваються.

10. Труднощі виникають з питанням організації допомоги прийомним сім'ям та дитячим будинкам сімейного типу, адже, відповідно до типових положень, які регламентують їх діяльність, організацією їх забезпечення та підтримки має займатись засновник. При цьому сільські територіальні громади позбавлені права створення прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу і влаштування туди дітей. Це право надано районним адміністраціям, які на своєму рівні не мають закладів-надавачів соціальних послуг. У результаті сім'ї можуть залишатися без відповідної допомоги, особливо, якщо до них влаштували дитину з іншої громади. У положенні також передбачено, що засновник має облаштувати житло відповідно до вимог безбар'єрного простору для влаштування дитини з інвалідністю, а на практиці це роблять самі батьки.

11. Влаштування дітей у прийомні сім'ї та дитячі будинки на рівні району часто призводить до того, що не вивчається спроможність прийомних батьків або батьків-вихователів прийняти додаткових дітей, не проводиться робота з дітьми, які вже живуть у сім'ї, що, як наслідок, викликає конфлікти між дітьми, постійне емоційне навантаження на батьків та дітей з подальшим синдромом вигорання.

Беручи до увагу вищезазначене, наголошуємо на необхідності комплексної і системної підтримки сімей, які прийняли у свої сім'ї дітей з інвалідністю, а саме:

- фінансова допомога прийомним сім'ям, сім'ям опікунів та дитячим будинкам сімейного типу, які виховують дітей з інвалідністю, потребує збільшення. Для таких сімей необхідно забезпечити послугу персонального супроводу для допомоги у вирішенні питань оформлення документів та отримання необхідних послуг, а також для підготовки дитини до самостійного життя;
- додатково має надаватися послуга асистента сім'ї для допомоги батькам у догляді за дитиною та вивільнення часу для забезпечення потреб інших членів сім'ї;



- має бути збільшено компенсацію на реабілітацію дитини та її тривалість;
- необхідно забезпечити безкоштовний доступ до вузькопрофільних спеціалістів;
- для забезпечення більшої мобільності та доступу до послуг сім'ї мають отримати транспорт або транспортні послуги;
- оскільки діти потребують постійної уваги та залученості батьків для забезпечення їх життєдіяльності, будинки прийомних сімей для дітей з інвалідністю мають бути обладнані не лише з урахуванням принципів безбар'єрності, а й засобами реабілітації дитини та технікою, яка вивільнить час батьків для занять з дітьми;
- соціальний супровід сімей, які виховують дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, з інвалідністю, має надаватися лише мультидисциплінарною командою у складі представника охорони здоров'я, освіти, реабілітаційних та соціальних послуг. Ці фахівці мають бути долучені як до оцінки потреб дитини та сім'ї, так і до планування й надання послуг. Основне завдання послуги соціального супроводу – спростити доступ сім'ї до всіх необхідних сервісів, забезпечити єдину комплексну оцінку потреб та розвитку дитини та забезпечити міжвідомчий підхід у підтримці сім'ї;
- ведення випадку прийомної сім'ї, сім'ї опікунів/піклувальників з дитиною з інвалідністю має відбуватися за оновленим спеціалізованим стандартом як окремої комплексної послуги, що передбачає необхідність впровадження в штатний розпис надавача соціальних послуг, окрім фахівця із соціальної роботи, також психолога, дефектолога, логопеда;
- обов'язково мають бути впроваджені послуги, які дадуть батькам відновити власні ресурси та турбуватися про дитину: відпочинок для батьків, групи взаємопідтримки, психологічне консультування батьків, послуги з допомоги у веденні домашнього господарства тощо.

Одним із рішень для подолання проблем щодо догляду та виховання дітей з інвалідністю може бути додаткове навчання кандидатів

в сімейні форми. Блок щодо виховання дітей з інвалідністю дозволить прийняти учасникам навчання попереднє усвідомлене рішення щодо їхньої готовності до влаштування дитини з інвалідністю. Тематика навчання має покривати особливості догляду та виховання дітей з інвалідністю різного віку та нозологій, забезпечення дітей визначеної цільової групи медичними, освітніми, соціальними та реабілітаційними послугами, розвиток дітей та сексуальне виховання, підготовка дітей до самостійного життя, в тому числі і професійна освіта та діяльність, підтримка ресурсів осіб, які їх виховують. Особливо важливою є навчальна інформація про адаптацію дитини з інвалідністю, її сексуальне виховання, взаємодію з дитиною з порушеннями психіки тощо. Доцільним є розгляд тем у розрізі нозології влаштованої дитини з інвалідністю. Орієнтовна тематика занять подана нижче:

- В сім'ї з'явилася дитина з інвалідністю: з чого почати?
- Особливості догляду та виховання дітей з інвалідністю раннього віку.
- Особливості догляду та виховання дітей з інвалідністю дошкільного та шкільного віку.
- Соціальне забезпечення осіб з інвалідністю (права, пільги, послуги).
- Особливості облаштування житла відповідно до індивідуальних потреб дитини з інвалідністю.
- Проблема неприйняття інвалідності/діагнозу дитини.
- Які фахівці допомагають дитині з інвалідністю розвиватися та де їх знайти?
- Особливості взаємодії батьків з дитиною з інвалідністю підліткового віку.
- Сексуальне виховання дітей з інвалідністю.
- Медична реабілітація дітей з інвалідністю у різні вікові періоди. Реабілітаційні центри.
- Можливості психологічної й педагогічної реабілітації осіб з інвалідністю та їхніх сімей.
- На допомогу батькам: сучасні методи психолого-педагогічної допомоги дітям з інвалідністю в домашніх умовах.

- Підготовка (психологічна, навчальна) дитини з інвалідністю до школи.
- Освіта дітей з інвалідністю.
- Профілактика батьківського «вигорання» у процесі виховання.
- Що таке «ресурси для сім'ї», навіщо вони та де їх брати?
- Особливості підготовки дитини з інвалідністю до виходу із сім'ї.

Рекомендована тривалість додаткового навчання для кандидатів, які виявили бажання прийняти дитину з інвалідністю, – три дні; рекомендований формат навчання – офлайн.

До навчання мають бути залучені різні фахівців: медичні працівники, психологи, реабілітологи, дефектологи, фізичні терапевти, логопеди. У такому разі опікуни/піклувальники, прийомні батьки, батьки-вихователі отримують значно більше знань (інформації), практичних умінь з питань догляду, виховання, розвитку дитини з інвалідністю відразу від вузькопрофільних спеціалістів. Окрім цього, до занять обов'язково мають бути залучені практикуючі прийомні батьки або опікуни, які мають досвід виховання дитини з інвалідністю.

Отже, міждисциплінарна і системна підтримка ініціаторів сімейних форм виховання, які прийняли у свої сім'ї дітей з інвалідністю, їхня ґрунтовна підготовка з питань задоволення потреб, забезпечення прав та розвитку таких дітей дозволить реалізувати в Україні право дітей з інвалідністю на зростання в сімейному оточенні й мінімізувати залежність від спеціальних закладів інституційного догляду та виховання.

## Питання для самоперевірки

1. Назвати, з якими запитамі зазвичай сім'ї опікунів/піклувальників, прийомні сім'ї, ДБСТ, в яких виховують дітей з інвалідністю, звертаються до фахівців із соціальної роботи.

2. Охарактеризувати проблеми догляду та виховання дітей з інвалідністю в сім'ях опікунів/піклувальників, прийомних батьків та батьків-вихователів.

3. Розкрити, у чому полягатиме комплексна і системна підтримка сімей, які прийняли у свої сім'ї дітей з інвалідністю.

## Література

1. Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини, Постанова Кабінету Міністрів України № 866. (2008). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/866-2008-%D0%BF#Text> (дата звернення: 02.10.2024).

2. Про затвердження Положення про прийомну сім'ю, Постанова Кабінету Міністрів України № 565. (2002). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/565-2002-%D0%BF#Text> (дата звернення: 02.10.2024).

3. Про затвердження Положення про дитячий будинок сімейного типу, Постанова Кабінету Міністрів України № 564. (2002). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/564-2002-%D0%BF#Text>(дата звернення: 02.10.2024).

4. Про затвердження Державного стандарту соціального супроводу сімей, у яких виховуються діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування, Наказ Міністерства соціальної політики України № 1307. (2017). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1089-17#Text> (дата звернення: 02.10.2024).

## 4.6. Соціально-побутове орієнтування у роботі з дітьми з порушеннями психофізіологічного розвитку

### 4.6.1. Теоретико-методологічні основи навчання соціально-побутового орієнтування осіб з порушеннями психофізіологічного розвитку

«Соціально-побутове орієнтування відноситься до числа спеціальних корекційних занять, які проводяться із урахуванням вікових та індивідуальних особливостей дітей з порушеннями психофізіологічного розвитку. При цьому враховуються регіональні особливості і національні традиції» (Легкий, 2016).

За визначенням Легкого О. та Якимів О., 2016, основними завданнями соціально-побутового орієнтування в закладах освіти різного типу підпорядкування є:

- навчання соціально-побутових навичок дітей з порушеннями психофізичного розвитку;
- формування потреби адаптації до умов життя;
- оволодіння навичками соціально-побутового орієнтування;
- оволодіння навичками особистої гігієни, збереження та зміцнення власного здоров'я;
- оволодіння необхідними уміннями та навичками самообслуговування;
- формування умінь і навичок використання засобів зв'язку, транспортних засобів, магазинів, медичної допомоги.

**Метою** соціально-побутового орієнтування є вирішення проблеми соціального включення дітей з особливими потребами в сучасне суспільство та «практична підготовка до самостійного життя, формування знань та вмінь, пов'язаних з власною поведінкою у різних життєвих ситуаціях, вироблення навичок спілкування з оточуючими людьми, підготовку до самостійної життєдіяльності, оволодіння життєво-важливими побутовими вміннями і навичками» (Легкий, 2016).

**За визначенням Легкого О. та Якимів О., 2016, основними завданнями соціально-побутового орієнтування в закладах освіти різного типу підпорядкування є:**

- навчання соціально-побутових навичок дітей з порушеннями психофізичного розвитку;
- формування потреби адаптації до умов життя;

- оволодіння навичками соціально-побутового орієнтування;
- оволодіння навичками особистої гігієни, збереження та зміцнення власного здоров'я;
- оволодіння необхідними вміннями та навичками самообслуговування;
- формування умінь і навичок використання засобів зв'язку, транспортних засобів, магазинів, медичної допомоги.

Під час корекційно-розвиткових занять із «Соціально-побутового орієнтування» з метою формування умінь, навичок та знань використовуються такі методи навчання, як:

- бесіда;
- екскурсія;
- сюжетно-рольова гра.

Бесіди, як метод викладу знань, проводяться із самостійною практичною роботою з дитиною. Проведення бесід згуртовує з людиною, яка навчає. У процесі бесіди педагог виявляє рівень і якість знань у дітей з особливими потребами з досліджуваної теми, проводить заняття із засвоєння нових знань, що закріплюються учнями в процесі практичної діяльності (Легкий & Якимів, 2016).

Екскурсії, як метод засвоєння навичок з соціально-побутового орієнтування, проводяться з метою закріплення знань і вмінь у реальних життєвих ситуаціях. Тематика планується педагогом на навчальний семестр. Екскурсії організуються в позаурочний час. Вони мають діловий, практичний характер. Діти не лише спостерігають за роботою державних і приватних установ, що надають послуги населенню, а й вступають у певні відносини і контакти з працівниками організацій. На екскурсії встановлюються зв'язки з іншими людьми, що забезпечує особі в дорослому житті широке спілкування з навколишнім світом (Легкий & Якимів, 2016).

Сюжетно-рольові ігри, як метод засвоєння програми з соціально-побутового орієнтування, дозволяють спланувати реальну життєву ситуацію на грані «ризик», у якій особа з особливими потребами розв'яже проблему, що вимагає широких соціально-побутових знань і вмінь. Наприклад: сталося непередбачуване підвищення цін на предмети першої необхідності, потрібно знайти засоби й шляхи раціональної витрати наявного бюджету тощо (Легкий & Якимів, 2016).

Формування знань і вмінь, необхідних для успішного соціально-побутового орієнтування, передбачає вміння дитини самостійно працювати з літературою. «Грунтовній і цілеспрямованій роботі з книгою передує період формування інтересу до читання, у процесі якого розширюється світогляд» (Легкий & Якимів, 2016).

Культура спілкування й уміння звертатися за допомогою є одним із показників успішного включення у суспільство. Тому ключовою навичкою для осіб з особливими потребами є вміння орієнтуватися в мікро- та макропросторі. Саме тому **зміст програм** із соціально-побутового орієнтування, за визначенням О. Легкого, Н. Ярмоли, С. Кондратенка, В. Голковського включають у себе наступні розділи: «Особиста гігієна», «Одяг і взуття», «Житло», «Харчування», «Побутові прилади», «Сім'я», «Культура поведінки», «Транспорт», «Установи та заклади громадського призначення», «Засоби зв'язку», «Засоби комунікації», «Охорона здоров'я».

Оволодіння навичками із соціально-побутового орієнтування полегшує соціально-психологічну адаптацію дітей з порушеннями розвитку до умов життя. Заняття із розділу «Особиста гігієна» дозволяють дітям оволодіти уміннями і навичками гігієни, охорони зору та слуху, догляду за шкірою, збереження та зміцнення власного здоров'я.

Заняття з розділу «Харчування» знайомлять дітей з основними продуктами харчування, способами приготування та зберігання їжі, сервірування столу, складання меню.

Розширенню навичок самообслуговування сприяють тематичні заняття «Одяг і взуття» та «Житло». Вони допомагають у повсякденному догляді за одягом, взуттям та житлом. Шляхи і способи встановлення особистих взаємин у сім'ї, групі, класі, громадських місцях розкриваються в розділах «Сім'я» і «Культура поведінки». Діти навчаються правил поведінки за столом, в музеї, бібліотеці, кінотеатрі, будинку культури тощо.

Важливу роль також відіграє формування у дітей умінь і навичок користуватися засобами зв'язку, транспортом, магазинами, медичною допомогою, розвиток комунікативних умінь у процесі спілкування. Ці уміння і навички формуються під час вивчення розділів

«Транспорт», «Установи та заклади громадського призначення», «Засоби комунікації», «Засоби зв'язку» та «Охорона здоров'я» (Легкий & Якимів, 2016).

#### 4.6.2. Методи та прийоми навчання соціально-побутового орієнтування дітей з різними типами порушень психофізіологічного розвитку

##### ***Навчання соціально-побутового орієнтування дітей з порушенням зору***

Порушення зору – це складна біопсихосоціальна проблема, що характеризується зміною функціонування «всіх рівнів її психічної організації: психофізіологічних реакцій, емоційних станів, особливостей особистості, системи взаємодії» (Дмитренко, Коновалова, & Семиволос, 2020). За наявності порушення зору посилюється емоційна напруга, загострюється сприйняття дитиною важких життєвих ситуацій, ускладнюється вибір засобів для їхнього подолання; «виникають стани інтрапсихічного конфлікту, соціальна дезадаптація, поведінкові порушення» (Дмитренко & Сліпченко, 2019). При цьому зазначені аспекти корелюються зі ступенем виразності порушення та часом його виникнення.

За визначенням К. Дмитренка, розвиток особистості дітей з порушенням зору відбувається в умовах поліфакторної депривації (зорової, соціальної та емоційної), що суттєво утруднює задоволення актуальних потреб дитини та призводить до дефіциту особистісного досвіду (сенсорного, соціального й емоційного), зумовлюючи в подальшому виникнення фрустрації, що виражається у характерних переживаннях і поведінці.

Випадіння або порушення зорових функцій за глибоких порушень зору призводить до неможливості або утруднення зорового відображення світу. У результаті зі сфери відчуттів і сприйняття випадають важливі сигнали, що інформують дитину про властивості предметів і явищ навколишнього світу. Випадіння великої кількості значущих об'єктів, їхніх деталей і ознак зі сфери сприйняття перешкоджають утворенню загальних уявлень, у яких відображені найбільш суттєві властивості й ознаки предметів і явищ (Дмитренко, Коновалова, & Семиволос, 2020).



Оскільки провідний вид соціального навчання в ранньому онтогенезі блокований або редукований унаслідок дії серйозного сенсорного порушення, це суттєво утруднює засвоєння культури людських стосунків, формування соціальних ролей і функцій, набуття соціальних умінь та навичок, необхідних для успішної реалізації цих стосунків. Відповідно значно уповільнюються темпи особистісного зростання, формування необхідних особистісних рис та якостей, психологічних механізмів, форм поведінки, що необхідні для повноцінного життя в суспільстві.

У розвитку дитини з порушеним розвитком можна відзначити три характерні особливості:

1) загальне відставання у порівнянні з однолітками з нормальним зором, що обумовлено меншою активністю в пізнанні навколишнього світу. Це проявляється у сфері і фізичного, й інтелектуального розвитку;

2) до того часу, поки дитина не виробить способів компенсації, уявлення про зовнішній світ будуть неповні, фрагментарні й дитина розвиватиметься повільніше;

3) функції, які страждають менше від порушення зору (мовлення, мислення), розвиваються швидше, хоча й своєрідно, а інші – більш повільно (рухи, орієнтація в просторі).

Труднощі в освітньому процесі:

- неточність уявлень про симетрію й асиметрію;
- труднощі з орієнтацією на аркуші паперу (право/ліво, верх/низ, діагональний напрямок, краї й центр);
- невміння компоувати елементи композиції на аркуші;
- нерозуміння конструктивної побудови букв із деяких елементів, що потім викликає труднощі зі сприйманням складу слова, речення, тексту в цілому;
- слабе відчуття вертикалі й горизонталі, що провокує сповзання текстового рядка вниз або підняття його нагору, різний нахил букв;
- нерозвинене розуміння масштабів, що призводить до невміння варіювати розмір шрифту, створювати шрифтову композицію з виділенням головного в тексті;

- невміння регулювати натиск руки, який залежить від м'язового тонусу п'ясті: занадто затиснута рука або надмірно розслаблена викликають швидку стомлюваність дитини, зайву напругу, що позначається на якості виконання роботи;
- відсутність відчуття формату аркуша і труднощі за його зміни;
- труднощі в роботі зі словесною інформацією в умовах зорової депривації призводять до перекручування уявлень про навколишній світ;
- порушене орієнтування в просторі.

*(Дмитренко & Сліпченко, 2019)*

**Соціально-побутове** орієнтування відноситься до числа корекційних занять, які проводяться з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей розвитку дітей з порушеннями зору.

**Метою** соціально-побутового орієнтування, за авторством О. Легкого (2016) є практична підготовка дітей з порушеннями зору до самостійного життя, формування знань та вмінь, пов'язаних з власною поведінкою у різних життєвих ситуаціях, вироблення навичок спілкування з оточуючими людьми, підготовку до самостійної життєдіяльності, оволодіння життєво важливими побутовими вміннями і навичками.

**Основними завданнями** корекційно-розвиткової програми із соціально-побутового орієнтування у роботі з дітьми з порушенням зору за редакцією О. Легкого (2016) є:

- накопичення й систематизація правильних уявлень про предмети і явища, що знадобляться їм у самостійному житті;
- формування знань, умінь і навичок особистої гігієни й здорового способу життя;
- відпрацювання навичок самообслуговування;
- формування навичок правильного поведіння (у закладі освіти, родині, у громадських місцях й ін.);
- формування навичок спілкування з людьми в різних ситуаціях і мобільності в навколишньому просторі.

На думка вченого, основною організаційною формою навчання соціально-побутового орієнтування є корекційні заняття, зміст яких розкривається в наступних розділах:

- особиста гігієна;
- культура поведінки;
- догляд за одягом та взуттям;
- харчування;
- житло;
- транспорт;
- торгівля;
- засоби зв'язку;
- медична допомога.

Навчання дітей з порушенням зору проводиться за допомогою наступних методів:

- практична робота (у ході практичної роботи кожен учень опановує навички поводження й спілкування, вчиться виконувати необхідні повсякденні дії щодо особистої гігієни, прийому їжі й поведінки за столом, догляду за собою, за одягом, за житловим приміщенням й ін. Практична робота з освоєння тієї або іншої навички містить у собі інструктаж, демонстрацію правильних прийомів виконання дії, відпрацьовування учнями цієї дії за алгоритмом);
- бесіда (важливий метод при проведенні занять із соціально-побутового орієнтування. Вона може бути вступною, а також може використовуватися для закріплення отриманих знань або повторення пройденого. Бесіда завжди повинна супроводжуватися використанням засобів наочності з урахуванням особливостей сприйняття матеріалу даною категорією дітей);
- гра (сюжетно-рольові ігри займають важливе місце при навчанні соціально-побутового орієнтування. Ігри полегшують дітям засвоєння правил поведінки й навичок спілкування);
- екскурсії (екскурсії з соціально-побутового орієнтування займають значне за обсягом місце. Екскурсії можуть носи-

ти ознайомлювальний характер або практичний, можуть випереджати вивчення теми, можуть бути поточними або завершальними.

Оволодіння навичками соціально-побутового орієнтування полегшує соціально-психологічну адаптацію дітей з порушенням зору до сучасних умов життя. Заняття із соціально-побутової орієнтації тісно пов'язані з формуванням життєвих компетенцій та соціалізації учнів з порушенням зору, а також мають важливе практичне значення в повсякденному житті (Легкий & Якимів, 2016).

Особливості психофізичного розвитку дітей зі зниженим зором вимагають специфічної організації змісту освіти, методів і прийомів їхнього навчання і виховання. Спеціально організоване навчання сприяє формуванню життєвих компетенцій у дітей з порушенням зору. Тому навчальним планом спеціальної загальної школи для дітей із порушенням зору або сліпих дітей передбачено блок корекційно-розвивальних занять, однією зі складових якого є орієнтування у просторі. Авторами корекційної програми з «Орієнтування в просторі» С. Кондратенком та В. Голковським розроблено комплексну систему навчання умінь і навичок, спрямовану на формування у дітей з порушенням зору компенсаторних способів діяльності одночасно з корекцією первинних і вторинних порушень розвитку для забезпечення оптимальної інтеграції у сучасні умови життєдіяльності. Програма побудована за концентричним принципом, який передбачає збільшення обсягу та ускладнення змісту матеріалу в кожному класі з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей розвитку дітей з порушенням зором. Програма забезпечує науковість, систематичність і послідовність формування в учнів знань та умінь, має практичну спрямованість. Її зміст зорієнтовано на оволодіння у певній послідовності сенсорними, розумовими та практичними операціями, прийомами, діями, що є основою для формування соціальних компетенцій у дітей з глибокими порушеннями зору. Важкі порушення сенсорної сфери у дітей з порушенням зором впливають на їх розвиток, вносять своєрідність у процес навчання та життєдіяльності. Нечіткість, уповільненість, вузькість

сприйняття обумовлюють труднощі впізнавання, розрізнення предметів і явищ довкілля, їх форм, характерних зовнішніх ознак тощо. Порушення розвитку тактильних відчуттів, загальної та дрібної моторики спричиняє неточність координованих рухів, уповільнення виконання дій, викликає труднощі в орієнтуванні. Сучасний склад вихованців спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з порушенням зору неоднорідний і різниться за ступенем порушення зору, рівнем фізичного та інтелектуального розвитку, умовами виховання. У зв'язку з цим навчання спеціальних умінь та навичок можливе лише за наявності індивідуального підходу до кожної дитини з урахуванням характеру її порушення, особливостей особистості та набутого досвіду життя (Костенко, 2020).

Основні завдання корекційних занять з орієнтування в просторі (Кондратенко, & Голковський, 2016):

- розвиток дрібної моторики;
- розвиток загальної моторики;
- розвиток уявлень про предмети та явища оточуючого простору;
- орієнтування на власному тілі;
- орієнтування в мікропросторі (за столом, на аркуші паперу, на приладі для письма шрифтом Брайля);
- орієнтування в макропросторі (кімната, школа, клас, вулиця, транспорт);
- розвиток готовності збережених аналізаторів (слух, нюх, дотик, залишковий зір) до навчання просторового орієнтування (Інклюзія. Форми роботи, 2019).

Досягнення корекційної мети – розвиток умінь і навичок самостійної роботи і орієнтації у просторі можливий лише при узгодженій роботі вчителя і батьків. Програмою передбачено розвиток індивідуальних можливостей учня – від орієнтації на власному тілі, через засвоєння дрібної моторики, геометричних форм, уявлень про простір класу та інших приміщень загального користування до локомоцій (пересування) у великому замкненому просторі; від початкових рухів і дій під керівництвом вчителя до максимальної

самостійності при пересуванні у відкритому просторі, пізнавальної діяльності в цілому. Розгляд конкретних тем учитель вибирає довільно, в залежності від конкретних результатів кожного учня. У програмі з «Орієнтування в просторі» вказується орієнтовна кількість годин на вивчення кожного розділу, що дає змогу вчителю самостійно збільшувати або зменшувати час на вивчення окремих тем. Успішне засвоєння матеріалу передбачає постійне закріплення сформованих навичок і включення у заняття різноманітних завдань і вправ, пов'язаних з раніше вивченим. З метою підтримання у дітей з порушенням зору інтересу до навчання заняття слід проводити в ігровій формі, використовуючи при цьому посібники, іграшки та дидактичні ігри, натуральні об'єкти, доступні для сприйняття. Особлива роль відводиться вправам, які сприяють розвитку у дітей з порушеннями зору просторових уявлень, розширенню знань про предмети та явища довкілля, вправам з практичним змістом. Значне місце займають екскурсії, практичні заняття, дидактичні ігри з використанням інтерактивних технологій. Оволодіння спеціальними вміннями та навичками полегшує соціально-психологічну адаптацію дітей з порушенням зору до сучасних умов життя (Кондратенко & Голковський, 2016).

### ***Навчання соціально-побутового орієнтування дітей з порушенням слуху***

Життя і діяльність людини вимагають орієнтування в навколишньому світі, що здебільшого залежить від органів чуття – аналізаторів. Більшу частину інформації (93 %) люди отримують за допомогою зорового аналізатора, решту 7% – слуху, нюху, дотику тощо. Однак у пізнанні світу слух суттєво доповнює зір і є провідним аналізатором у сприйнятті мови і музики. За складністю порушення виокремлюють дві основні групи дітей: глухі і слабочуючі.

Глухі – це діти, порушення слуху яких не дає змоги природно сприймати мову і самостійно опанувати її. Залежно від стану мовлення серед глухих виокремлюють немовленневих – ранооглухлі, що народилися з порушенням слуху або втратили слух до початку мовленнєвого розвитку, та мовленневих – пізнооглухлі, що втратили слух у період, коли їхнє мовлення було сформоване.

Слабочуючі – це діти з частковим порушенням слуху, за якого можливий самостійний мовленнєвий розвиток хоча б у мінімальному обсязі. Стан слуху дітей зі зниженим слухом досить різноманітний: від незначного порушення сприйняття і розуміння мови до різкого обмеження сприйняття та розуміння мови розмовної гучності.

За визначенням групи науковців В. Жука, С. Кульбиди, В. Литвинової, С. Литовченко (2020), залежно від стану мови виокремлено дві категорії дітей зі зниженим слухом:

1) слабочуючі діти з важким недорозвиненням мовлення (окремі слова, короткі, неправильно побудовані фрази, грубі порушення лексичного, граматичного, фонетичного ладу мови);

2) слабочуючі діти з незначним недорозвиненням мовлення (володіють розгорнутою фразовою промовою з невеликими відхиленнями у граматичному ладі чи фонетичному оформленні).

Труднощі в освітньому процесі дітей з порушенням слуху обумовлені:

- особливостями сприйняття світу (основний спосіб сприйняття усного мовлення – слухо-зоровий, для повноцінного розуміння мови мовця дитина повинна бачити його обличчя, губи і чути його за допомогою слухового апарату (за наявності);
- часто залишаються пасивними через труднощі орієнтування в просторі;
- віддають перевагу сидячому способу життя, унаслідок чого мають проблеми із опорно-руховим апаратом;
- часто зазнають фізичних ушкоджень унаслідок нещасних випадків через необережність і дезорієнтованість;
- менша стійкість уваги, а отже, значна втомлюваність, оскільки отримання інформації відбувається на слухо-зоровій основі;
- рівень розвитку словесної пам'яті залежить від обсягу словникового запасу, дитині потрібно набагато більше часу на запам'ятовування навчального матеріалу, у разі будь-якого зниження слуху словесна пам'ять значно відстає;
- у дітей з порушенням слуху часто переважає наочно-образне мислення над словесно-логічним;

- нерідко помилкові відповіді або труднощі у відповідях викликані незнанням лексичних значень окремих слів, незнайомим формулюванням висловлювання, незвичною артикуляцією співрозмовника (Дмитренко & Сліпченко, 2019).

Для навчання дітей із порушеннями слуху використовуються такі методи, як і для навчання дітей із нормотиповим розвитком. Проте психофізичні особливості обумовлюють інші способи застосування цих методів.

Методи навчання дітей з порушенням слуху:

- словесні (пояснення, розповідь, бесіда, робота з друківаними текстами);
- наочні (демонстрація, спостереження, екскурсія);
- практичні (вправи, лабораторна робота, гра).

Соціально-побутове орієнтування дітей з порушенням слуху відбувається за допомогою пізнання довкілля: сенсорний розвиток і дослідницька діяльність дитини. Пізнавальний розвиток дітей з порушеннями слуху є однією з важливих складових системи компенсаторно-корекційної роботи. В процесі пізнання довкілля здійснюється:

- 1) цілеспрямоване сенсорне виховання дітей, розвиток мислення (наочно-дійового, образного, логічного) на домовленневому та мовленневому рівнях, уваги, образної і словесної пам'яті, уяви;
- 2) формування способів розумової діяльності (аналізу, синтезу, порівняння, класифікації, узагальнення);
- 3) розвиток мовлення.

На думку групи науковців В. Жука, С. Кульбіді, В. Литвинової, С. Литовченко (2020), корекційними завданнями є такі: проведення цілеспрямованої роботи з розвитку сприймання, аналізу об'єктів, формування умінь та навичок знаходити спільне та відмінне в предметах, що оточують дитину, зокрема пізнання зовнішнього вигляду, будови, способу використання і сфери функціонування найбільш потрібних в житті людини предметів, ознайомлення з умовами існування самої людини і тварин, а також з фенологічними дослідженнями погоди і природи рідного краю. У зміст роботи входить концентричне вивчення предметів і явищ, об'єднаних загальною темою. Трудова



діяльність дитини з порушенням слуху розглядається в комплексі з пізнанням довкілля. Тому праця дитини в природі, побутова праця, самообслуговувальна праця розглядається як складова пізнавальної діяльності. В свою чергу, пізнавальна діяльність виступає як серйозна мотивація трудової діяльності. У процесі трудової діяльності дитина з порушеннями слуху практично пізнає довкілля та своє місце в ньому. В процесі пізнання довкілля діти з порушенням слуху отримують різнобічні враження, уявлення про предмети, що вивчаються, пізнають і досліджують їх безпосередньо в практичних ситуаціях, у різноманітних зв'язках і проявах з іншими предметами, явищами, істотами. Під час такого пізнання в процесі опанування дій з предметами, знайомства з природними явищами, людьми, тваринами, рослинами діти засвоюють і необхідний мовленнєвий матеріал.

Робота над словом, фразою (реченням) продовжується на заняттях з розвитку мовлення, інших заняттях, де реальні предмети є для дітей вже не новими, а застосовуються як своєрідний наочний матеріал.

Основними напрямками навчання є формування у дітей з порушенням слуху пізнавальної активності на заняттях, в інших видах діяльності, в процесі дій з натуральними предметами, з їх зображенням, при перегляді кінофільмів, діафільмів, складанні тематичних альбомів тощо. В усіх випадках в центрі уваги перебувають самі предмети, їх характеристики, дії, факти реальної дійсності.

### ***Навчання соціально-побутового орієнтування дітей з порушенням інтелектуального розвитку***

Порушення інтелектуального розвитку виникають унаслідок органічного ураження кори головного мозку від моменту внутрішньоутробного розвитку до трьох років. Загальною ознакою в усіх учнів з інтелектуальними порушеннями виступає недорозвинення психіки з явними переважаннями інтелектуальної недостатності, що призводить до ускладнень у засвоєнні змісту шкільної освіти та соціальної адаптації (Гладченко & Чеботарьова, 2020).

На думку І. Гладченко, у структурі психіки такої дитини в першу чергу відзначається недорозвинення пізнавальних інтересів і зниження пізнавальної активності, що обумовлено уповільненням темпу психічних процесів, їхньою слабкою рухливістю. За порушень

інтелектуального розвитку емоції, воля, поведінка в деяких випадках і фізичний розвиток набувають певних специфічних ознак, хоча найбільш порушеним є процес мислення і здатність до абстрагування та узагальнення. Унаслідок цього знання учнів про довкілля є неповними і зазвичай спотвореними, а їхній життєвий досвід вкрай бідний. У свою чергу, це обумовлює негативний вплив на опанування навичок читання, письма та лічби у процесі шкільного навчання.

Труднощі в освітньому процесі обумовлені порушенням інтелектуального розвитку (Дмитренко & Сліпченко, 2019):

- зниженою працездатністю, швидкою втомлюваністю;
- обмеженістю кола загальних життєвих уявлень;
- уповільненістю сприйняття і переробки інформації;
- низьким рівнем самоконтролю, критичності, мислення;
- короткочасною пам'яттю, невмінням використовувати допоміжні засоби під час запам'ятовування матеріалу;
- перевагою наочно-дійових форм мислення;
- порушенням загальної та дрібної моторики;
- незрілістю емоційно-вольової сфери;
- недостатньою сформованістю всіх видів діяльності учнів;
- незначним словниковим запасом, наявністю порушення всіх сторін мовлення.

Для навчання дітей із порушеннями інтелектуального розвитку використовуються такі методи, як і для навчання дітей із нормотиповим розвитком. Проте психофізичні особливості обумовлюють інші способи застосування цих методів. Насамперед методи навчання мають бути корекційно-розвивальними. Це найсуттєвіша відмінність спеціальних дидактичних методів.

Окрім того:

- дидактичні методи мають бути спрямовані не лише на формування знань, умінь і навичок учнів, корекцію їхнього психофізичного розвитку, а й на моральне виховання;
- методи навчання мають бути доступні й водночас забезпечувати доцільний рівень труднощів з метою стимулювання учнів до розумових дій, докладання вольових зусиль, оптимального розвитку;

- методи слід обирати так, щоб вони забезпечували свідомість і міцність засвоєння знань учнями, формували в них уміння застосовувати теоретичні знання у практичній діяльності в різних умовах;
- поєднувати методи необхідно так, щоб вони сприяли послідовному і системному оволодінню досвідом;
- методи мають стимулювати учнів до самостійної роботи, творчості, ініціативності;
- під час вибору методів слід враховувати не лише загальні психічні, а й індивідуальні особливості учнів: рівень знань, темп роботи, динаміку втомлюваності, обсяг пам'яті, стійкість уваги, довільність психічних процесів дитини, рівень розвитку мовлення та опорно-рухової системи.
- Методи навчання дітей із порушеннями інтелектуального розвитку (таблиця 4.6.2.1) (Гладченко & Чеботарьова, 2020):
- словесні (пояснення, розповідь, бесіда, робота з друкованими текстами);
- наочні (демонстрація, спостереження, екскурсія);
- практичні (вправи, лабораторна робота, гра).

**Таблиця 4.6.2.1.** *Методи навчання дітей із порушеннями інтелектуального розвитку (Гладченко & Чеботарьова, 2020)*

Назва методу	Характеристика методу
<b>Пояснення</b>	Матеріал треба викладати зрозумілими словами, у простій формі, у середньому темпі, а також слід: <ul style="list-style-type: none"> <li>• робити паузу перед формулюванням правила чи поняття;</li> <li>• головні моменти у поясненні виділяти виразними засобами мовлення, за необхідності повторювати;</li> <li>• стимулювати дітей до наведення власних прикладів, самостійного пояснення чи доведення правила;</li> <li>• поєднувати пояснення з бесідою, виконанням практичних вправ;</li> <li>• стимулювати учнів до порівняння, аналізу, логічних міркувань, формулювання висновків (Гладченко &amp; Чеботарьова, 2020)</li> </ul>

<p><b>Розповідь –</b></p>	<p>це послідовний образний виклад матеріалу, спрямований на повідомлення чи опис конкретних фактів, подій, явищ. Розповідь має бути:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• науково правильною, зі заздалегідь перевіреною достовірність фактів;</li> <li>• емоційно забарвленою;</li> <li>• відповідною за структурною будовою до художнього твору;</li> <li>• пов'язаною з подіями сучасного життя, інтересами дитини;</li> <li>• із виділенням фактів, що мають виховну значущість;</li> <li>• із демонстрацією вчителем свого ставлення до матеріалу (емоції, виразність), наведенням власних спостережень, вражень тощо.</li> </ul> <p>Слід стимулювати дітей до висловлення власних вражень від почутого, наведення прикладів із власного життя. Після закінчення розповіді необхідно зробити висновок або виділити головну думку. Тривалість розповіді повинна відповідати віковим та інтелектуальним особливостям дітей (орієнтовно 15 хвилин). З метою ефективності розповідь доцільніше застосовувати у першій половині заняття (Гладченко &amp; Чеботарьова, 2020).</p>
<p><b>Бесіда –</b></p>	<p>це діалогічний метод усного викладу матеріалу. Вимоги до проведення бесіди:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• запитання мають бути чіткі і точні;</li> <li>• запитання слід формулювати у логічній послідовності, лише контрольна бесіда припускає вибірковість запитань;</li> <li>• не слід формулювати подвійних, альтернативних запитань чи таких, що вимагають відповіді «так» або «ні»;</li> <li>• запитання мають бути різноманітні за характером і стимулювати розумову діяльність дитини;</li> <li>• слід давати час на обдумування відповіді;</li> <li>• учитель має реагувати на помилки, неправильні й неточні відповіді (виправляти самостійно і стимулювати до цього дитину);</li> <li>• слід вчити дітей відповідати зрозуміло, логічно, стилістично грамотно;</li> <li>• слід урахувати індивідуальні особливості учнів (Гладченко &amp; Чеботарьова, 2020).</li> </ul>

<p><b>Робота з друківаними текстами</b></p>	<p>Учням з порушеннями інтелектуального розвитку досить важко працювати з друківаними текстами, оскільки вже саме читання є для них складним завданням. Діти часто погано орієнтуються у книжках, не вміють раціонально опрацьовувати, установлювати логічні зв'язки, переносити прочитане на практику. З огляду на це, методика роботи з друківаними текстами має відповідати таким вимогам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• навчання дітей структурних елементів підручників;</li> <li>• формування умінь орієнтуватися у різних друківаних виданнях;</li> <li>• чітка постановка мети роботи з текстом;</li> <li>• використання різних видів роботи з текстами (відповіді на запитання, вибіркове читання, аналіз тексту, словникова робота, переказ тощо);</li> <li>• диференційований добір завдань і текстів;</li> <li>• формування способів самоконтролю за виконанням завдань;</li> <li>• підбиття підсумків роботи з друківаними текстами;</li> <li>• прищеплення інтересу до роботи з книжкою (Гладченко &amp; Чеботарьова, 2020).</li> </ul>
<p><b>Наочні методи</b></p>	<p>є дуже важливими під час роботи з учням з порушеннями психофізичного розвитку, оскільки відповідають наочно-предметному характеру їхнього мислення і сприяють корекції недорозвинених процесів абстрагування та узагальнення.</p> <p>Вимоги до наочності:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• дібрана наочність має служити вирішенню головних навчальних завдань;</li> <li>• слід добирати наочність із найбільшою кількістю ознак, що характеризують необхідний об'єкт;</li> <li>• кількість наочних засобів на занятті має бути обмежена, надавати їх треба послідовно;</li> <li>• наочність має відповідати рівню сприймання та розвитку дитини;</li> <li>• слід поступово ускладнювати добір наочності: від реальних предметів до символічних;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• однаковий навчальний матеріал слід ілюструвати різними видами наочності;</li> <li>• під час сприймання наочності необхідно задіювати найбільшу кількість аналізаторів (зір, слух, дотик, смак);</li> <li>• необхідно стимулювати дітей до аналізу сприйнятого, його опису (Гладченко &amp; Чеботарьова, 2020).</li> </ul>
<b>Спостереження</b>	<p>створює умови для активізації уваги, розвитку наочно-образного мислення, спостережливості, допитливості, стимулювання інтересу до навчання, розширення знань. Оскільки діти з порушенням інтелектуального розвитку не спроможні самостійно планомірно й повно аналізувати об'єкти та явища, їх слід навчати продуктивного спостереження. Для цього необхідно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• підготувати дитину до спостереження;</li> <li>• спостерігати спочатку з дітьми, потім давати завдання для самостійної роботи;</li> <li>• завдання для спостереження слід формулювати чітко й конкретно; спостереження поєднувати із завданням практичного характеру (намалювати побачене, записати висновок тощо); систематично контролювати спостереження учнів і надавати допомогу (Гладченко &amp; Чеботарьова, 2020)</li> </ul>

Серед практичних методів найскладніші для дітей із порушенням інтелектуального розвитку творчі вправи та вправи на застосування набутих знань у нових умовах. Проте з метою розвитку розумової діяльності й самостійності слід поєднувати всі види вправ, не віддаючи перевагу репродуктивним через їхню видиму легкість для дітей. Вправи мають бути пов'язані із життям, практичною діяльністю дітей. Перед виконанням вправ дітям обов'язково надається інструкція. Вона може бути:

- розгорнута – повне словесне пояснення і показ послідовності та способів дій;
- скорочена – пояснення і показ основних методів роботи;
- коротка, узагальнена – називання мети діяльності та завдання.

Важливого значення набуває правильно проведена лабораторна робота, яка сприяє формуванню причинно-наслідкових зв'язків, навчає порівнювати, узагальнювати, обґрунтовувати, робити висновки. Саме тому цей метод вважається практичною діяльністю передусім пізнавального характеру. Особливу увагу слід приділяти інструктажу з техніки безпеки та розгорнутій інструкції з проведення самої роботи.

Ефективним засобом корекції дітей із порушенням інтелектуального розвитку виступає гра. За допомогою різних видів ігор стимулюється психічна і фізична активність, розвивається організованість, покращується самопочуття, формується впевненість у собі, створюються умови для успішної корекції порушень і подальшого розвитку пізнавальної діяльності, моторики; розвиваються моральні якості, виховується активність та ініціативність, створюються передумови включення у суспільну діяльність.

З метою успішного використання гри, як корекційного методу, необхідно дотримуватися наступних вимог: доступність сюжету та відповідність дитячим інтересам, віковим і психофізичним особливостям розвитку дитини – відповідність виду і змісту гри темі заняття. Важливим етапом підготовки до гри є пояснення правил. На перших етапах - обов'язкова участь вчителя у грі, пізніше – його керування грою, допомога дітям у розподілі ролей та створенні сюжету.

Соціальна адаптація осіб з порушеннями інтелектуального розвитку шляхом формування соціальної компетентності досягається в закладі освіти за допомогою використання корекційно-розвиткової програми «Соціально-побутове орієнтування» за авторством Н. Ярмоли (2018). Завдання програми полягає у формуванні тих навичок та вмінь дітей з порушеннями інтелектуального розвитку (в тому числі помірними), які необхідні для свідомого і самостійного (наскільки це можливо) вирішення різноманітних життєвих проблем, зокрема, користування транспортом, засобами зв'язку, організації власного дозвілля і побуту, виконання норм і правил культурної поведінки в суспільстві, родині, формування понять про сімейні

стосунки та родину та формування усвідомленого, відповідального ставлення до міжособистісних стосунків та планування власного сімейного життя.

Вирішення завдань відбувається переважно шляхом практичних завдань, моделювання ситуацій та екскурсій і має чітку послідовність у організації занять з певної теми, як-то:

- 1) бесіда на тему та практичні завдання (з наочним матеріалом);
- 2) моделювання ситуації або екскурсії (подорожі);
- 3) складання чіткого плану подорожі, екскурсії з розподілом обов'язків (якщо необхідно);
- 4) здійснення екскурсії, подорожі, заходу тощо;
- 5) обговорення, аналіз здійсненої подорожі, екскурсії, заходу (Гладченко & Чеботарьова, 2020).

Основною умовою ефективної корекційної роботи є узгодженість дій учителя, вихователя, психолога, батьків, їх контакту між собою, інформованості про роботу один одного, скоординованості планів роботи та передбачає відстрочене у часі повторення пройденого на заняттях матеріалу, розширення і збагачення досвіду, автоматизацію умінь, формування навички застосування отриманих знань та умінь у новій ситуації.

### ***Навчання соціально-побутового орієнтування дітей з розладами аутистичного спектру***

Аутизм і розлади аутистичного спектру (РАС) – це розлади, пов'язані з аномальним біологічно-обумовленим дозріванням головного мозку, що починається ще на стадії ембріона, задовго до народження дитини. Як наслідок, психічна працездатність виявлюється нетиповою, проявляється вже у перші роки життя людини і спостерігається протягом усього життя.

Основними двома симптомами РАС є:

- 1) постійні труднощі у спілкуванні та соціальні й взаємодії;
- 2) патерни (шаблони) обмежених і повторюваних дій та інтересів.

РАС проявляється у різні способи раз від разу. Легка форма, сумісна із самостійним дорослим життям, співіснує з більш серйозними розладами, пов'язаними з вираженим когнітивним дефіцитом, саме через це використовується термін «аутистичний спектр».



У людей з РАС є деякі загальні особливості: вони часто замикаються в собі, з великими труднощами взаємодіють з іншими. Термін «аутизм» походить від грецького *autos*, або «сам», що свідчить про те, що людина не потребує спілкування з оточенням. Разом із цим, вербальна мова і мова жестів можуть бути повністю відсутні або використовуватися нетипово. Зрештою, люди з аутизмом демонструють повторювані моделі поведінки, що не мають конкретної мети, і вельми обмежені інтереси (Стефано Вікарі, 2019).

Труднощі в освітньому процесі дітей з розладами аутистичного спектру обумовлені:

- помітними труднощами під час комунікації з дорослими (обмежене ініціювання взаємодії, ініціювання та ведення діалогу, висловлення міркувань, думок, бажань, запитань; обмежене відстоювання власної позиції);
- помітними труднощами під час комунікації з однолітками (обмежене ініціювання взаємодії, нетипове реагування на соціальні пропозиції чи ініціативи однолітків);
- помітними труднощами в розумінні соціального контексту ситуації;
- помітними труднощами в аналізі та прогнозуванні наслідків дій інших відповідно до контексту ситуації;
- труднощами щодо засвоєння системи соціальної ролі учня (Інклюзія. Форми роботи, 2019).

Для навчання дітей із аутизмом та розладами аутистичного спектру використовуються такі методи, як і для навчання дітей із нормотиповим розвитком. Проте психофізичні особливості обумовлюють інші способи застосування цих методів.

Методи навчання:

- словесні (пояснення, розповідь, бесіда, робота з друкованими текстами);
- наочні (демонстрація, спостереження, екскурсія);
- практичні (вправи, лабораторна робота, гра).

Щоб засвоїти соціально-побутову навичку, дитині з аутизмом та розладами аутистичного спектру необхідно багато тренуватися. Інколи діти не можуть виконати простого завдання, бо не розуміють,

з чого почати, як продовжити і закінчити його. В дітей можуть бути труднощі з узагальненням подібних фактів, психомоторні та сенсорні особливості, які потрібно враховувати в процесі навчання.

**Метою** корекційно-розвиткової програми «Соціально-побутове орієнтування» за авторством О. Лемішко та Г. Попіль є соціальна адаптація осіб з аутизмом та розладами аутистичного спектру шляхом формування соціальних компетентностей. Основною організаційною формою навчання соціально-побутового орієнтування є корекційні заняття, зміст яких розкривається в наступних розділах:

- школа;
- основи загальної гігієни;
- одяг та взуття;
- домівка;
- гігієна харчування;
- соціальна орієнтація.

**Завдання** корекційно-розвиткових занять полягає у формуванні:

- уявлення про призначення основних приміщень навчального закладу та правила поведінки в них;
- елементарних навичок виконання ранкового та вечірнього туалету;
- уявлень про засоби особистої гігієни та їх призначення;
- навичок догляду за своїм тілом;
- вміння розрізняти види одягу та взуття за сезонами;
- елементарних навичок догляду за одягом та взуттям;
- загальних уявлень про значення харчування для людини;
- вміння користуватися основними столовими приборами;
- навичок догляду за своїм житлом;
- вміння використовувати допомогу вчителя у процесі виконання практичних завдань (Лемішко, Попіль, 2020).

**Навчання соціально-побутового орієнтування дітей з порушенням мовлення**

Порушення мовлення – узагальнювальний термін для позначення відхилень від мовленнєвої норми, прийнятої в певному мовленнєвому середовищі, що повністю або частково перешкоджають спілкуванню та обмежують можливості соціальної адаптації людини.

До мовленнєвих порушень, за класифікацією групи науковців К. Дмитренка, М. Коновалова, О. Семиволоса (2020), належать:

- дислалія (порушення звуковимови);
- порушення голосу (дисфонія та афонія);
- ринолалія (порушення звуковимови й тембру голосу, пов'язане із вродженим порушенням будови артикуляційного апарату);
- дизартрія (порушення звуковимови й мелодико-інтонаційної сторони мовлення, зумовлені недостатністю іннервації м'язів артикуляційного апарату);
- заїкання;
- алалія (відсутність або недорозвинення мовлення у дітей, зумовлене органічними ураженнями мозку);
- афазія (повна або часткова втрата мовлення, спричинена органічними локальними ураженнями головного мозку);
- загальне недорозвинення мовлення;
- порушення письма (дисграфія) та читання (дислексія).

Більшість порушень мовлення коригуються в дошкільному та молодшому шкільному віці. Однак трапляються випадки, коли за відсутності корекційного втручання ці труднощі не подолано. У зв'язку з тим, що діти з мовленнєвими порушеннями мають функціональні або органічні порушення в роботі центральної нервової системи, вони часто скаржаться на головний біль, нудоту, запаморочення. У багатьох спостерігається порушення рівноваги, координації рухів, недиференційованість рухів пальців рук та артикуляційних рухів.

Труднощі в освітньому процесі дітей з порушенням мовлення обумовлені (Дмитренко & Сліпченко, 2019):

- характерними рисами для дітей із важкими порушеннями мовлення (дратівливістю, підвищеною збудливістю, руховою розгальмованістю, емоційною лабільністю, розладами настрою, швидкою втомлюваністю);
- порушенням концентрації уваги;
- переважанням образної пам'яті над вербальною;
- низьким рівнем розуміння словесної інструкції;

- слабким рівнем контролю за власною діяльністю;
- порушенням пізнавальної діяльності та низькою розумовою працездатністю;
- труднощами у вимові значної кількості звуків (пропуск, заміна, взаємозаміна, змішування, спотворення чи перестановки);
- нестійким звуковим образом слова;
- недостатньо стійкою та чистою за звучанням вимовою звуків;
- загальною пом'якшеністю мовлення;
- недоліками дзвінкості та оглушення – заміни глухих приголосними парними і навпаки; недоліки твердості та пом'якшення – зміни твердих приголосних парними м'якими звуками і навпаки;
- труднощами при аналізі звукового складу мовлення;
- труднощами у сприйманні мовлення і розумінні з боку оточення;
- незначними помилками у складовій структурі слова і звуконаповненості;
- присутністю помилок у писемній продукції.

«У дітей з ООП, окрім порушень усного і писемного мовлення, спостерігаються значні прогалини у пізнавальному, особистісному розвитку, сенсомоториці, емоційно-вольовій сфері, соматична ослабленість у вигляді частого головного болю, шлунково-кишкових розладів, невротичних проявів, що в цілому утруднює, а іноді й взагалі унеможливорює опанування учнями навчальних предметів, особливо мовного циклу. Саме таким дітям, як у навчальних, так і сімейних умовах, конче необхідне систематичне проведення корекційно-розвивальної роботи, що являє собою цілеспрямований психолого-педагогічний процес, у якому реалізуються спеціальні навчальні, розвивальні та виховні завдання, зміст яких визначений формою, ступенем тяжкості мовленнєвого порушення, механізмами його виникнення, залежністю від інших характеристик сторін психічної діяльності дитини, вікових та індивідуальних психофізичних особливостей» (Рібцун, 2018).

Для навчання дітей із порушеннями мовлення використовують такі методи, як і для навчання дітей із нормотиповим розвитком. Проте психофізичні особливості обумовлюють інші способи застосування цих методів.

Методи навчання:

- словесні (пояснення, розповідь, бесіда, робота з друківаними текстами);
- наочні (демонстрація, спостереження, екскурсія);
- практичні (вправи, лабораторна робота, гра).

### ***Навчання соціально-побутового орієнтування дітей з порушенням опорно-рухового апарату***

Порушення функцій опорно-рухового апарату можуть мати як вроджений, так і набутий характер. Розрізняють такі види порушень опорно-рухового апарату:

1) захворювання нервової системи (дитячий церебральний параліч; поліомієліт);

2) вроджена патологія опорно-рухового апарату (вроджений вивих стегна; кривошия; клишоногість та інші деформації стоп; аномалії розвитку хребта; недорозвинення кінцівок; аномалії розвитку пальців кисті; артрогрипоз);

3) набуті захворювання і пошкодження опорно-рухового апарату (травматичні ушкодження спинного мозку, головного мозку і кінцівок; захворювання скелета (туберкульоз, пухлини кісток, остеомиєліт); системні захворювання скелета (хондродистрофія, рахіт); поліартрит) (Дмитренко & Сліпченко, 2019).

«Школярі із порушеннями опорно-рухового апарату – це досить складний, своєрідний контингент. Внаслідок емоційної незрілості та недостатньої пізнавальної активності у них часто на початок шкільного віку залишається несформованою емоційно-вольова сфера. Це проявляється в тому, що школярі продовжують залишатися в колі дошкільних інтересів. Відсутність шкільних інтересів обумовлює непродуктивність їхньої навчальної діяльності. Також можуть відмічатися прояви дезадаптованої поведінки, що полягають у бурхливих емоційних реакціях, відмові виконувати завдання, демонстрації байдужості» (Колупаєва & Таранченко, 2018).

Діти з порушенням опорно-рухового апарату зустрічаються з рядом труднощів в освітньому процесі:

- 1) необхідністю виконувати шкільний режим;
- 2) зміною взаємовідносин з дорослими (вчителями) і друзями по класу: замість вільних, нерегламентованих взаємостосунків, які характерні для дошкільного віку, потрібно звикати до інших, більш офіційних, нормативних відносин;
- 3) характер навчальної діяльності різко відрізняється від дошкільної гри.

На думку С. Дмитренка та В. Сліпченко (2019), причинами соціальної дезадаптації, конфліктності дитини можуть бути такі особливості її психіки і особистості (причому, для соціальної дезадаптації достатньо хоча б однієї умови, але дуже часто причини мають комплексний характер), як:

- відсутність навичок спілкування;
- загальна фізична пасивність, показники фізичних якостей не відповідають віковій нормі;
- порушення концентрації уваги;
- труднощі в запам'ятовуванні внаслідок утрудненого сприймання інформації;
- сповільнений мисленнєвий процес;
- неадекватне оцінювання себе в ситуації спілкування;
- емоційна неврівноваженість;
- тривожність і боязнь спілкування;
- абсолютна несформованість навичок навчальної діяльності;
- замкнутість;
- боязнь школи.

Навчання орієнтування в просторі в закладі освіти здійснюється за допомогою використання корекційних програм. Так, програма з корекційно-розвиткової роботи «Корекція розвитку» для 1–4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з порушенням опорно-рухового апарату за авторством О. Чеботарьової (2018) спрямована на:

- збереження природних механізмів розвитку дитини, попередження його викривлення та гальмування;

- активізацію самостійності дитини, розвиток її нахилів та здібностей, навичок взаємодії з дорослим та однолітками, комунікативних навичок;
- соціальний розвиток та адаптацію до шкільного навчання, формування соціально-адаптованої поведінки.

**Завдання** програми з «Корекції розвитку» в розділі соціально-побутового орієнтування полягає у формуванні:

- уявлення про призначення основних приміщень навчального закладу та правила поведінки в них;
- елементарних навичок виконання ранкового та вечірнього туалету;
- уявлень про засоби особистої гігієни та їх призначення;
- навичок догляду за своїм тілом;
- вміння розрізняти види одягу та взуття за сезонами;
- елементарних навичок догляду за одягом та взуттям;
- загальних уявлень про значення харчування для людини;
- вміння користуватися основними столовими приборами;
- навичок догляду за своїм житлом.

Для навчання дітей із порушеннями опорно-рухового апарату використовуються такі методи, як і для навчання дітей із нормотиповим розвитком. Проте психофізичні особливості обумовлюють інші способи застосування цих методів.

Методи навчання:

- словесні (пояснення, розповідь, бесіда, робота з друківаними текстами);
- наочні (демонстрація, спостереження, екскурсія);
- практичні (вправи, лабораторна робота, гра).

#### 4.6.3. Безбар'єрність освітніх послуг як запорука успішної соціалізації осіб з особливими освітніми потребами

Основою для надання безбар'єрних освітніх послуг є міжнародні документи та нормативно-правові акти.

Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року орієнтується на провідні міжнародні документи щодо створення безбар'єрного простору, зо-

крема й для реалізації права на освіту й надання безбар'єрних освітніх послуг.

Основним документом, який закріплює основні права людини, на міжнародному рівні є «Загальна декларація прав людини» (1948 р.). Декларація закріплює також право на освіту, здобуття певного обсягу знань, культурних навичок, професійної орієнтації, що необхідні для нормальної життєдіяльності в сучасному суспільстві.

На принципах недопущення дискримінації та прав людини на освіту ґрунтується «Конвенція з подолання дискримінації в освіті» (1960 р.). «Згідно з нею термін «дискримінація» охоплює будь-яку відмінність, виняток, обмеження або перевагу за ознакою раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного або соціального походження, економічного становища або місця народження, що має на меті (або наслідком якої є) знищення чи порушення рівності відносин у сфері освіти» (Лист Міністерства освіти і науки України «Про методичні рекомендації щодо запровадження безбар'єрності освітніх послуг», 2024).

Загальна декларація прав людини отримала подальший розвиток у «Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права» (1966 р.). У ньому передбачено права кожної людини на обов'язкову й безоплатну початкову освіту, а також на поступовий перехід до безоплатної середньої та вищої освіти.

Одним з ключових документів Організації Об'єднаних Націй, де значна увага приділяється праву дитини на освіту, є «Конвенція про права дитини» (1989 р.), ратифікована Україною в 1991 році. Важливим аспектом Конвенції стало визнання права на освіту дітей з особливими освітніми потребами, а саме з порушенням інтелектуального розвитку, складними/комбінованими порушеннями. Такі діти мають вести повноцінне й достойне життя в умовах, які забезпечують їхню гідність, сприяють почуттю впевненості в собі й найбільш повному залученню в соціальне життя, розвитку їх особистості.

Питання забезпечення права на освіту осіб з інвалідністю на самостійність, соціальну інтеграцію та участь у житті суспільства розглядає «Європейська соціальна хартія» (1996 р.), ратифікована Україною у 2006 році.



У 2009 році Україна ратифікувала «Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю» (2006 р.). Ратифікація Конвенції сприяла переведенню в дію питання надання безбар'єрних освітніх послуг у закладах освіти. Освіта осіб з інвалідністю є обов'язковою і має бути невіддільною частиною системи загальної освіти. Держава має впроваджувати інклюзивну освіту на всіх рівнях і забезпечувати гнучкість освітніх програм, надавати високоякісні навчальні матеріали, а також покращувати підготовку педагогічних працівників.

За результатами Всесвітнього форуму з питань освіти була ухвалена «Інчхонська декларація» (2015 р.). Вона закликає «держави забезпечити інклюзивну та якісну освіту на рівноправній основі, а також надати кожній людині можливість здобувати освіту впродовж усього життя. Декларація лягла в основу освітніх завдань у межах Цілей сталого розвитку, які були затверджені ООН у 2015 році. Підтримуючи проголошені глобальні цілі сталого розвитку та результати їхніх адаптацій з урахуванням специфіки розвитку України, Указом Президента України постановлено забезпечувати дотримання цілей сталого розвитку України на період до 2030 року» (Лист Міністерства освіти і науки України «Про методичні рекомендації щодо запровадження безбар'єрності освітніх послуг», 2024).

Безбар'єрність в освіті розглядається як стан освітнього середовища, який робить можливим залучення всіх учасників освітнього процесу незалежно від статі, стану здоров'я, соціального статусу чи іншого. Це забезпечення рівних прав і можливостей в освіті для всіх. Конституція України зазначає, що всі люди є вільні та рівні у своїй гідності та правах. Вона наголошує, що держава забезпечує доступність і безоплатність дошкільної та загальної середньої освіти в державних і комунальних закладах освіти.

Закон України «Про освіту» гарантує всім дітям право на освіту у всіх державних закладах освіти незалежно від статі, раси, національності, соціального й майнового стану, стану здоров'я, місця проживання та інших чинників. Цей Закон визначає основні терміни та їхні визначення, зокрема й про особу з особливими освітніми потребами, інклюзивне навчання, інклюзивне освітнє середовище, універсальний дизайн у сфері освіти, розумне пристосування тощо.

Про створення умов для безперешкодного доступу дітей з інвалідністю до об'єктів соціальної інфраструктури, зокрема до закладів освіти, йдеться в Законі України «Про охорону дитинства». Визначено, що «всі діти на території України, незалежно від раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного, етнічного або соціального походження, майнового стану, стану здоров'я та народження дітей і їхніх батьків (чи осіб, які їх замінюють) або будь-яких інших обставин, мають рівні права та свободи» (Лист Міністерства освіти і науки України «Про методичні рекомендації щодо запровадження безбар'єрності освітніх послуг», 2024).

Важливою рушійною силою для забезпечення безбар'єрності здобуття освіти є можливість обирати відповідний заклад дошкільної освіти та форму здобуття освіти.

З метою впровадження диференційованого підходу до забезпечення підтримки дітей з особливими потребами, які здобувають освіту в інклюзивних групах закладів дошкільної освіти, внесено зміни до «Порядку організації діяльності інклюзивних груп у закладах дошкільної освіти, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 10 квітня 2019 року №530». Закон України «Про повну загальну середню освіту» (2020 р.) окреслює умови й державну підтримку доступності загальної середньої освіти. Основою безбар'єрності визначено рівність умов і доступу до здобуття загальної середньої освіти, заборона дискримінації, забезпечення територіальної доступності й організація інклюзивного навчання для учнів, які мають особливі освітні потреби. Цим законом передбачено урізноманітнення форм здобуття загальної середньої освіти (Методичні рекомендації щодо запровадження безбар'єрності освітніх послуг у закладах освіти, 2024).

Зміни до «Положення про інклюзивно-ресурсний центр» надають можливість вчасно виявити порушення та скористатися послугою раннього втручання, що спрямована на покращення розвитку дитини й підвищення якості життя родини, її супровід і підтримку. Для забезпечення дітей з особливими освітніми потребами спеціальними засобами корекції психофізичного розвитку, які дають

змогу опанувати освітню програму, розроблено «Типовий перелік засобів корекції психофізичного розвитку дітей з особливими освітніми потребами, які навчаються в інклюзивних групах/класах закладів освіти». У ньому виокремлено 9 розділів, у кожному з яких перелічено засоби й обладнання для організації інклюзивного навчання. Заклади освіти забезпечуються корекційно-розвитковими засобами та корекційно-розвитковими послугами, в тому числі надання корекційних занять із «Соціально-побутового орієнтування», коштами державної субвенції.

Робота з дітьми з особливими освітніми потребами вимагає від учасників освітнього процесу не лише злагоженості й наступності, а й відповідної професійної компетентності. Відповідно до професійних стандартів педагогічні працівники та керівники закладів освіти повинні мати певну готовність і сформовані здатності до забезпечення освіти дітям з особливими освітніми потребами. В закладі має бути створено сучасний універсальний дизайн іпсихолого-педагогічне просвітництво батьків, психолого-педагогічний супровід і підтримку розвитку дитини в умовах родинного виховання, активне залучення батьків як активних учасників освітнього процесу.

При проектуванні, будівництві нових і реконструкції, реставрації, капітальному ремонті наявних закладів освіти обов'язковим є повне забезпечення вимог доступності, зручності, інформативності й безпечності. Якщо в наявних будівлях і спорудах неможливо повністю забезпечити вимоги доступності, зручності, інформативності для потреб осіб з інвалідністю, здійснюється їхнє розумне пристосування. У ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення» встановлено загальні положення щодо забезпечення доступності будівель і споруд, їхнього розумного пристосування з урахуванням потреб маломобільних груп населення, які конкретизуються в інших будівельних нормах з урахуванням специфіки об'єкта нормування.

Ці норми поширюються на проектування, будівництво нових і реконструкцію, реставрацію, капітальний ремонт наявних житлових будинків та громадських будівель і споруд, а також на їхнє розумне пристосування з урахуванням маломобільних груп населення.

Рішення щодо об'єктів повинні враховувати вільний доступ всіх груп населення, зокрема маломобільних. При цьому ці рішення не мають обмежувати умов життєдіяльності інших груп населення, а також ефективності експлуатації будівель. З цією метою елементи будівель і споруд мають бути універсальними. Питання доступності закладу освіти необхідно розглядати комплексно, забезпечуючи доступність прилеглої до об'єкта території (зокрема, паркувальних місць, шляхів руху), входів/виходів, вертикальних і горизонтальних шляхів руху всередині об'єкта, приміщень (зокрема санітарно-гігієнічних), а також укриттів. Усе це є складовими частинами доступності об'єкта.

Крім цього, забезпечення універсального дизайну й розумного пристосування будівель, приміщень і прибудинкових територій та наявність ресурсної кімнати є невіддільною складовою організації освітнього простору для дітей з особливими освітніми потребами в умовах закладу освіти.

Відповідно до листа Міністерства освіти і науки України «Про методичні рекомендації щодо запровадження безбар'єрності освітніх послуг» від 04.09.2024 року № 6/688-24 визначено, що засновник закладу освіти за умови утворення інклюзивної групи/класу має забезпечити в установленому законодавством порядку:

- приведення території закладу, будівель і приміщень у відповідність з вимогами державних будівельних норм щодо закладів освіти й інклюзивності;
- створення відповідної матеріально-технічної та навчально-методичної бази;
- облаштування ресурсної кімнати для проведення психолого-педагогічних і корекційно-розвиткових занять.

### Питання для самооцінювання

1. *Особливості корекційної роботи з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку.*
2. *Зміст і завдання соціально-побутового орієнтування в закладі освіти.*
3. *Методи і прийоми навчання соціально-побутового орієнтування осіб з порушенням зору.*

4. *Методи і прийоми навчання соціально-побутового орієнтування осіб з порушенням слуху.*

5. *Методи і прийоми навчання соціально-побутового орієнтування осіб з порушенням інтелектуального розвитку.*

6. *Методи і прийоми навчання соціально-побутового орієнтування осіб з аутизмом та розладами аутистичного спектру.*

7. *Методи і прийоми навчання соціально-побутового орієнтування осіб з порушенням мовлення.*

8. *Методи і прийоми навчання соціально-побутового орієнтування осіб з порушенням опорно-рухового апарату.*

9. *Безбар'єрність освітніх послуг – як запорука успішної соціалізації осіб з порушенням психофізіологічного розвитку.*

## Література

1. Вікарі Стефано. (2019). *У нас дитина з аутизмом. Допомога сім'ям із дітьми з аутизмом. Практичні рекомендації для батьків і педагогів.* Харків: Видавництво «Ранок», ВГ «Кенгуру».

2. Гладченко, І. В. & Чеботарьова, О. В. (2020). *Учні початкових класів із порушеннями інтелектуального розвитку: навчання та розвиток: навчально-методичний посібник.* Харків: Вид-во «Ранок».

3. Голковський, В. І. & Кондратенко, С. В. (2016). *Програма з корекційно-розвиткової роботи для підготовчих, 1–4 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для сліпих дітей «Орієнтування в просторі».* Київ.

4. Дмитренко, С., & Сліпченко, В. (2019). *Інклюзія. Форми роботи.* Київ: «Видавничий дім «Перше вересня».

5. Дмитренко, К. А., Коновалова, М.В. & Семиволос, О. П. (2020). *Працюємо з «особливою дитиною» у «звичайній» школі.* Харків: ВГ «Основа».

6. Жук, В. В., Кульбіда, С. В., Литвинова, В. В. & Литовченко, С. В. (2020). *Учні початкових класів із порушеннями слуху: навчання та розвиток: навчально-методичний посібник.* Харків: Вид-во «Ранок».

7. Колупаєва, А. А. & Таранченко, О. М. (2018). *Путівник для педагогів та батьків дітей з особливими потребами. Діти з особливими потребами в загальноосвітньому просторі: початкова ланка.* Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру».

8. Костенко, Т. М. (2020). *Учні початкових класів із порушеннями зору: навчання та розвиток: навчально-методичний посібник*. Харків: Вид-во «Ранок».

9. Легкий, О. (2016). *Програма з корекційно-розвиткової роботи для підготовчих, 1–4 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для сліпих дітей та дітей зі зниженим зором «Соціально- побутове орієнтування»*. Київ.

10. Легкий, О. & Якимів, О. (2016). *Програма з корекційно-розвиткової роботи «Соціально-побутове орієнтування» для 5–9 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для сліпих дітей та дітей зі зниженим зором*. Київ.

11. Лемішко, О. М. & Попіль, Г. З. (2020). *Робочий зошит з навчання соціально-побутовому орієнтуванню для дітей з розладами спектру аутизму*. Київ.

12. Лист Міністерства освіти і науки України «Про методичні рекомендації щодо запровадження безбар'єрності освітніх послуг» від 04.09.2024 № 6/688-24.

13. Рібцун, Ю. (2018). *Програма з корекційно-розвиткової роботи «Корекція розвитку» для 1–4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з тяжкими порушеннями мовлення*. Київ.

14. Чеботарьова, О. В. (2018). *Програми з корекційно-розвиткової роботи «Корекція розвитку» для 1–4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з порушенням опорно-рухового апарату*.

15. Ярмола, Н. А. (2018) *Навчальні програми підготовчого, 1–4 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з інтелектуальними порушеннями «Соціально-побутове орієнтування»*. Київ.

#### 4.7. Супровід під час інклюзивного навчання як соціальна послуга для дітей з порушеннями розвитку та інвалідністю

Сучасний підхід до освіти, як особистісно орієнтованого процесу, вимагає пристосування навчальних впливів до індивідуальних особливостей і можливостей кожного учня та студента, створення зручних умов для розвитку його здібностей і можливостей, що набуває особливого значення для навчання осіб з особливими потребами (Шестакевич та ін., 2017).

Створення оптимальних умов для якісного навчання дітей з особливими освітніми потребами, зокрема й організація інклюзивного навчання, не втрачає актуальності в Україні. Інклюзивне навчання визначається як одне з пріоритетних напрямків реформи Міністерства освіти і науки України (Федоренко & Матвієвська, 2024).

Інклюзивне навчання в останнє десятиріччя в Україні є одним із головних завдань модернізації системи спеціальної освіти, головною метою якої є зменшення кількості спеціалізованих інтернатів у країні та дітей з особливими потребами, які перебувають у них, та збільшення їх кількості серед звичайних дошкільних і загальноосвітніх закладів освіти для сприяння соціалізації цих дітей, та надання можливості таким дітям спілкуватися з однолітками без відхилень у розвитку (Русецька, 2018).

Якщо не забезпечити, за умов стихійного зростання мережі освітніх закладів з інклюзивною формою навчання належного супроводу цього процесу, не усвідомити необхідності кадрової, моральної, психологічної та змістово-організаційної готовності освітніх закладів до впровадження освітньої інклюзії, то рівний доступ до якісної освіти дітей з особливостями розвитку може залишитися лише мрією та сама ідея включення цих дітей у освітній простір нівелюється.

Варто зазначити, що у зв'язку з економічною нестабільністю України виникають значні труднощі щодо створення оптимальних умов для динамічного розвитку дітей та відповідного до їхніх потреб родинного й навчального середовища (Русецька, 2018).

Необхідність забезпечення права дітям з вадами розвитку на якісну освіту стала підставою для проведення в Україні експерименту з упровадження інклюзивного навчання, в основу якого було покладено північноамериканську модель. Втім, орієнтуючись на цю модель як зразок чітко окреслених компонентів системи інклюзивної освіти, науковці, практики, громадськість все більше усвідомлюють, що якою б досконалою вона не здавалася, її не можна реалізувати в Україні у чистому вигляді з огляду на соціальні, культурологічні, економічні, історичні, ментальні та інші відмінності, що існують між Україною та західними країнами (Русецька, 2018).

Інклюзивна освіта передбачає організацію якісного психологічного супроводу всіх учасників навчально-виховного процесу: дітей, педагогів, батьків та адміністрації навчального закладу. Ця робота повинна бути спрямована на створення умов, що забезпечують соціальну активність дітей з особливостями психофізичного розвитку, формування в них ціннісних установок, відповідних психічним і фізичним можливостям дитини, розвиток інтелектуальної сфери (Русецька, 2018).

Головною метою психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами є сприяння їх вдалій соціалізації, підготовка до самостійного життя.

У дітей з особливими освітніми потребами соціалізація набуває особливого значення, так як створює реальні можливості для корекції і компенсації порушених функцій, забезпечує залучення до всього, що є доступним (Русецька, 2018).

Однією з умов ефективності інтеграції є наявність грамотної системи психологічного супроводу, що включає, крім систематичного спостереження, індивідуальних програм навчання і корекції, таку важливу складову, як робота з соціальним оточенням, в яке інтегрується дитина (Русецька, 2018).

Психічний розвиток у дітей з ООП детерміновано характером первинного порушення, ступенем його тяжкості, наявністю вторинних порушень, систематичністю отримання психолого-педагогічного супроводу тощо. Негативний вплив військових дій на психічне здоров'я додатково обтяжує розвиток дітей згаданої категорії. У дітей



може виникати відчуття небезпеки, психоемоційного напруження, страху, тривожні розлади, можуть спостерігатися різні форми соціальної, психологічної дезадаптації, втрата сформованих навичок (мовленнєвих, шкільних, соціально-побутових тощо), непродуктивні стратегії подолання труднощів, небажана або нетипова поведінка, агресивність, надмірна рухова активність або навпаки – зазвичай непритаманні дитині в'ялість, рухова загальмованість, сонливість, байдужість, зниження мотивації (Жук та ін., 2022). Травмувальні дії війни на психічне благополуччя зумовлює необхідність розширення меж психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП на рівні закладу освіти (Якимчук, 2023).

Сьогодення внесло корективи в освітянське життя, та незмінним лишилося те, що усі намагаються працювати заради майбутнього дітей. Робота кожного освітянина, вихователя, волонтера, соціального працівника, психолога нині надзвичайно важлива. У стані війни діти з ООП належать до найуразливішої категорії населення. Перебуваючи в небезпеці, в тривалому стресовому стані, дитина позбавлена не лише нормальних умов для розвитку, освіти, а, в першу чергу – базових потреб людини (потреби у їжі, сні, безпеці, соціальній стабільності та ін.). Через відчуття тривоги, напруги, страху, невизначеності ускладнюється процес повноцінної соціалізації дитини, яка і до цього мала низку особливостей і труднощів. Діти, які вимушені бути переміщеними із зони активних бойових дій, постійно мають проблеми, що пов'язані із соціальною адаптацією, перебуваючи (змінюючи) все нові й нові соціальні умови (Колбасова, 2022).

За умов воєнного стану в Україні посилена увага приділяється саме специфіці освітнього процесу, труднощам виховання і психологічного та психічного розвитку дітей з ООП. Це стосується й питання щодо формування загальної компетентності особистості як системи окремих компетенцій, знань і необхідного для її результативної діяльності в соціумі досвіду. У низці урядових нормативно-правових документів, зокрема у Постановах Кабінету Міністрів України (КМУ): від 12 липня 2017 р. № 545 «Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр» (зі змінами, внесеними

згідно з Постановами КМУ № 617 від 22.08.2018; № 983 від 21.10.2020; № 765 від 21.07.2021; № 493 від 29.04.2022) (Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр, 2017); від 10 квітня 2019 р. № 530 «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах дошкільної освіти» (із змінами, внесеними згідно з Постановами КМУ № 769 від 28.07.2021; № 483 від 26.04.2022) (Про затвердження Порядку організації діяльності інклюзивних груп у закладах дошкільної освіти, 2019); від 15 вересня 2021 р. № 957 «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти» (із змінами, внесеними згідно з Постановами КМУ № 483 від 26.04.2022) (Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти, 2021), лежить базове розуміння єдиної загальнодержавної стратегії реформування галузі освіти. Вона базується на принципах недискримінації, врахуванні багатоманітності розвитку людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників, незважаючи на умови, в яких опиняється дитина (Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр, 2017). Тобто однією із ключових ідей втілення стратегії створення сучасного освітнього середовища для дітей з особливими потребами є інклюзивне навчання, незважаючи на соціальний стан чи проблеми держави. Наголосимо, що при вирішенні цих завдань у системі інклюзивного навчання одна з провідних ролей належить інклюзивно-ресурсному центру (Колбасова, 2022).

Інклюзивно-ресурсний центр провадить діяльність з урахуванням таких принципів, як повага та сприйняття індивідуальних особливостей дітей, дотримання найважливіших інтересів дитини, недопущення дискримінації та порушення прав дитини, конфіденційність, доступність освітніх послуг з раннього віку, міжвідомча співпраця (Колбасова, 2022).

Це комплексна система різнобічної, динамічної, корекційної і розвивальної допомоги відповідно до вікових та індивідуальних потреб дітей з ООП. У цьому сенсі саме на інклюзивно-ресурсний центр покладаються величезні сподівання під час воєнних дій та воєнного стану у державі, адже йдеться не лише про комплексну оцінку, а й про

надання системного корекційного супроводу дитині з особливими освітніми потребами незалежно від форми навчання, а також про систему методичної/психологічної допомоги її родині (Колбасова, 2022).

Відстеження психологічного стану дітей з особливими потребами є досить складним процесом, який потребує тісної співпраці усіх спеціалістів, що беруть участь у їх життєдіяльності. І лише на основі цілісного бачення розвитку кожної дитини з особливими освітніми потребами розробляється і реалізується загальна стратегія навчання та розвитку. Метою психологічного супроводу є вивчення особистісного потенціалу дитини, а саме: співвідношення рівня інтелектуального розвитку і вікової норми, розвитку когнітивної та емоційно-вольової сфери, сформованості мотивації до навчання, індивідуальних освітніх труднощів тощо, що насамперед передбачає залучення усіх учасників освітнього процесу (батьків, педагогів, дітей) до реалізації поставлених цілей (Колбасова, 2022).

Запровадження системи психологічного супроводу є дуже актуальним питанням на сьогодні для українського суспільства. Діти з особливими освітніми потребами, починаючи соціалізуватися з дошкільного віку, часто вже не лише не потребують постійної підтримки, а й, навпаки, стають повноцінними членами суспільства. Останніми роками одним з найбільш ефективних засобів успішної соціалізації дітей з особливими освітніми потребами в Україні стала інклюзивна освіта, розвиток якої в Україні розпочався протягом останнього десятиліття, оскільки саме ця форма отримання освіти вбачається найбільш відповідною принципам правової демократичної держави і розглядається в усьому світі в якості однієї з важливих передумов повноцінного входження дітей з особливими освітніми потребами в систему суспільних відносин (Русецька, 2018).

Система психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами спрямована на розвиток та корекцію психологічних особливостей та досягнення дитиною оптимального пристосування до оточення і має навчальний характер, який полягає в оволодінні знаннями, уміннями, навичками ефективного подолання стресових ситуацій, вирішення психологічних проблем з урахуванням індивідуальних і вікових особливостей дитини та актуальної соціальної

ситуації її розвитку. Тобто система освіти має низку стандартних запитів до психологічної служби, одним з яких є допомога дитині в особистісному розвитку, і саме психологічний супровід виступає основним засобом, що сприяє різнобічному розвитку дитини з особливими освітніми потребами.

Психологічний супровід – багатомірна система комплексної психологічної підтримки та допомоги різновіковим особам, що містить різні форми, методи та засоби допомоги у процесі життєдіяльності, навчання, соціалізації, підвищенні резистентності осіб до дестабілізаційних зовнішніх та внутрішніх факторів (Прохоренко та ін., 2020).

Елементом психологічного супроводу є консультативна робота, яка передбачає надання педагогам і батькам допомоги у вихованні та розвитку дитини з ООП. Психологічна підтримка педагогів полягає у розкритті «слабких» і «сильних» сторін когнітивного і особистісного розвитку дитини та визначенні шляхів подолання труднощів у навчанні та соціалізації дітей з ООП. Психологічна підтримка батьків передбачає встановлення довірчих відносин з батьками чи законними представниками; сприяння в усвідомленні особливостей їх дітей та необхідності об'єднання зусиль фахівців і родини у їх подоланні; залучення батьків чи законних представників до корекційно-розвиткової роботи; надання рекомендації щодо подолання можливих труднощів тощо. Важливо наголосити, що однією з умов залучення дитини до інклюзивного навчання є здатність батьків чи законних представників свідомо сприймати стан дитини, уміти співпрацювати з педагогами, виступаючи їхніми активними помічниками, бути добре обізнаними з перевагами і недоліками різних форм навчання, щоб зробити свідомий вибір і компетентно брати участь у навчанні та розвитку (Колбасова, 2022).

Корекційно-розвиткові послуги – це комплексна система заходів супроводження особи з особливими освітніми потребами у процесі навчання, що спрямовані на корекцію порушень шляхом розвитку особистості, її пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та мовлення. Зміст корекційно-розвиткової роботи визначається з урахуванням особливостей розвитку дітей з особливими освітніми потребами, мети, завдань та напрямів такої роботи (Про затвердження

Положення про інклюзивно-ресурсний центр, 2022). Відтак основними завданнями корекційного психологічного супроводу є:

- розвиток емоційно-вольової сфери та корекція її порушень (профілактик та усунення можливих агресивних і негативних проявів, інших труднощів у поведінці; запобігання і подолання негативних рис особистості та формування характеру; формування довільної регуляції діяльності та поведінки; створення умов для формування адекватної самооцінки; формування розуміння змісту і значення різних форм поведінки людей в оточенні у емоційно значущих ситуаціях, оцінка дитиною власної поведінки на підставі отриманих знань і навичок);
- розвиток пізнавальної діяльності та цілеспрямоване формування вищих психічних функцій (стимуляція пізнавальної активності як засобу формування пізнавальної мотивації; розвиток уваги (стійкості, концентрації, підвищення об'єму, переключення); розвиток пам'яті (розширення обсягу, стійкості, формування прийомів запам'ятовування); розвиток сприймання (просторового, слухового);
- просторові і часові уявлен, сенсомоторна координація; формування розумової діяльності (аналізу, порівняння, узагальнення, виділення істотних ознак і закономірностей); розвиток елементарних умовиводів і гнучкості розумових процесів) (Коробова, 2020);
- психологічна терапія, що передбачає допомогу при психологічних порушеннях, допомагає скорегувати поведінку дитини, навчає контролювати надмірність емоцій та почуттів. Існує декілька основних методів психологічної терапії, проте всі вони супроводжуються встановленням особистого контакту фахівця з дитиною з ООП. Знайти спільну мову з дитиною через: спілкування, ігри, книги, казки та іграшки. Під час гри, діалогу, читання вся увага консультанта практичного психолога зосереджена на почуттях, думках і реакції дитини у різних ситуаціях, для того щоб виявити істинну причину порушення самопочуття (Мартинюк & Петринич, 2018).

Для забезпечення повноцінного перебування дитини з особливими освітніми потребами в закладах освіти з інклюзивною формою навчання необхідний відповідний супровід, адже якість освітнього процесу значною мірою залежить від того, наскільки враховуються і реалізуються потенційні можливості навчання та розвитку кожної дитини, її індивідуальні особливості. І якщо робота в таких закладах буде правильно спланована та проводиться систематично, то це забезпечить захист права кожної дитини, а особливо дитини з обмеженими можливостями, на отримання якісної освіти (Олефір, 2021).

Діти з порушеннями психофізичного розвитку вимагають спеціального підходу до їх навчання, розвитку, виховання, особливих педагогічних умов при організації навчальної і виховної діяльності за рахунок реалізації психолого-педагогічного супроводу.

Відповідно до цього в процесі реалізації такого супроводу повинні бути визначені конкретні форми, зміст, технології діяльності фахівців: комплексна діагностика, розвивальна і корекційна діяльність, консультування та освіта педагогів, батьків, інших учасників освітнього процесу.

Велике значення в отриманні якісних результатів роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я має координативність впливів усієї створеної групи супроводу на дітей з особливими освітніми потребами. А саме: керівника закладу, вчителя, корекційного педагога, асистента вчителя, асистента дитини, психолога, реабілітолога, лікарів та батьків. Багато залежить від комплексного підходу всіх членів команди до планування і реалізації корекційно-розвивальних заходів. Основні напрями психолого-педагогічного супроводу в системі інклюзивної освіти (Олефір, 2021):

- попередження виникнення проблем розвитку дитини;
- допомога дитині у вирішенні актуальних завдань розвитку, навчання і виховання;
- психологічне забезпечення індивідуальних освітніх програм;
- розвиток психолого-педагогічної компетентності батьків і педагогів (Олефір, 2021).

До основних технологій психолого-педагогічного супроводу відносяться:

- побудова адекватної можливостям дитини послідовності і глибини подачі програмного матеріалу в контексті адаптації освітньої програми для різних категорій дітей з особливими освітніми потребами по кожній окремій компетенції або по предмету;
- технологія проведення міждисциплінарних консиліумів фахівців, що, в свою чергу, сприяє вибудовуванню пріоритетів і визначенню стратегії медичного та психолого-педагогічного супроводу як в конкретні моменти, так і на тривалі періоди, а також оцінці ефективності тієї чи іншої стратегії супроводу;
- технологія оцінки особливостей і рівня розвитку дитини, з виявленням причин і механізмів його проблем, для створення адекватної абілітації та супроводу дитини та її сім'ї;
- технологія внутрішньогрупових взаємин для вирішення завдань супроводу всіх суб'єктів інклюзивного освітнього простору;
- технологія розвивальної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами, за необхідності, з іншими суб'єктами інклюзивного освітнього простору;
- технологія підтримки учасників освітнього процесу (педагогів, батьків), психологічної роботи з батьківськими і учительським очікуваннями (Олефір, 2021).

Важливим аспектом кожної технології є міждисциплінарний характер, взаємозв'язок діяльності кожного фахівця з іншими фахівцями супроводу, а також певна включність безпосередньо в педагогічну діяльність.

Вся команда, протягом усього періоду перебування дитини з особливими освітніми потребами в закладах загальної середньої освіти, має вивчати можливості такої дитини, її потреби, залучається до вивчення їх індивідуальних особливостей, займається плануванням роботи з ПЕО і безумовно моніторингом не тільки досягнень дитини в усіх сферах розвитку, а й моніторингом реалізації тієї індивідуальної програми розвитку, яка розробляється для цієї конкретної дитини (Олефір, 2021).

Діяльність команди супроводу закладу освіти базується на таких принципах (Шостак, 2023):

- повага до індивідуальних особливостей дитини з ООП;
- дотримання інтересів дитини з ООП;
- недопущення дискримінації та порушення її прав;
- командний підхід;
- активна співпраця з батьками дитини з ООП, залучення їх до освітнього процесу та розробки Індивідуальної програми розвитку;
- конфіденційність і дотримання етичних принципів;
- міжвідомча співпраця (Шостак, 2023).

Команда підтримки закладу освіти працює над розв'язанням різних завдань:

- збір інформації про особливості розвитку дитини, її інтереси, труднощі, освітні потреби на етапах створення, реалізації та моніторингу виконання ІПР;
- визначення напрямів психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг, що можуть бути надані в межах закладу освіти та забезпечення надання цих послуг;
- розроблення ІПР, моніторинг її виконання з метою коригування та визначення динаміки розвитку дитини;
- надання методичної підтримки педагогічним працівникам закладу освіти з організації інклюзивного навчання;
- створення належних умов для інтеграції дітей з ООП в освітнє середовище;
- проведення консультативної роботи з батьками дітей з ООП щодо особливостей їх розвитку, навчання та виховання;
- проведення інформаційно-просвітницької роботи в закладі освіти серед педагогічних працівників, батьків і дітей із метою недопущення дискримінації та порушення прав дитини, формування дружнього та неупередженого ставлення до дітей з ООП (Шостак, 2023).

Організація надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг дитині з ООП відбувається таким чином (Шостак, 2023):



1. Відповідно до висновків ІРЦ і результатів психолого-педагогічного вивчення дитини команда супроводу складає індивідуальну програму розвитку дитини з ООП упродовж двох тижнів від початку освітнього процесу. ІПР погоджується з батьками та затверджується керівником закладу освіти.

2. Команда супроводу періодично переглядає ІПР із метою коригування та визначення прогресу в розвитку дитини: двічі на рік (у ЗЗСО), тричі на рік (у ЗДО).

3. З урахуванням особливостей розвитку дитини з ООП команда супроводу створює індивідуальний навчальний план та індивідуальну навчальну програму (ЗЗСО), індивідуальний освітній план (ЗДО).

4. Команда супроводу визначає способи адаптації освітнього середовища і навчальних матеріалів до індивідуальних особливостей дітей з ООП.

5. Психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги надають на індивідуальних і групових заняттях.

6. У випадку виникнення труднощів у реалізації ІПР команда супроводу звертається до ІРЦ щодо надання методичної допомоги.

7. Команда супроводу складає і узгоджує з батьками розклад проведення корекційно-розвиткових занять із дитиною з ООП.

8. Корекційні заняття проводять педагогічні працівники закладу освіти, залучені фахівці ІРЦ (Про затвердження Примірного положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти, 2018).

Показаннями для посилення уваги фахівців до дітей з ООП під час навчання в період воєнного стану є особливості їхнього психофізичного розвитку і викликані цими особливостями різні типи труднощів, які через негативний психоемоційний вплив загострюються. До прикладу, у дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку спостерігаються випадки посилення заїкання, порушення дихальної функції, що супроводжується надмірним або недостатнім тонусом м'язів як усього тіла, так і артикуляційного апарату тощо (Якимчук, 2023).

Супровід під час інклюзивного навчання проводиться асистентом дитини після оцінки індивідуальних потреб дитини,

розробки індивідуального плану соціальної послуги та укладення договору про надання соціальної послуги. Персональні потреби дитини оцінює спеціаліст із соціальної роботи за участі команди педагогічного та психологічного супроводу дитини. Через місяць з дати надання соціальної послуги можуть повторно переглядатися персональні потреби дитини з метою внесення корективів в індивідуальний план надання соціальної послуги. Сьогодні освітнє середовище має бути мобільним та пристосовуватися до особистих потреб дітей і пристосовувати свою роботу до викликів, пов'язаних із безпекою, воєнними діями, вимушеним переміщенням громадян на безпечні території, знищенням інфраструктури тощо. За цих умов надавачам соціальних послуг вкрай необхідно мати мотивованих спеціалістів, які могли б професійно, якісно та індивідуально надавати соціальні послуги. У вирішенні такої проблеми необхідна організація навчань, онлайн-курсів для соціальних працівників, щоб удосконалювати їх професійні та особисті якості (Данилюк & Дмитришин, 2024).

Пріоритетними завданнями супроводу під час інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами є такі:

- недопущення появи у дитини з особливими освітніми потребами психопатологічних рис особистості під впливом особливих умов її розвитку;
- недопущення затримки не тільки в набутті знань, а й у розвитку особистості, запобігання інфантилізму;
- допомога дітям в опануванні системи відносин зі світом і самим собою;
- стабілізація емоційного стану та зміцнення вольових рис;
- корекційно-розвивальна робота з наявними дефектами;
- стимулювання позитивного ставлення до дефекту, віри в можливість його компенсації;
- оптимізація спілкування дитини з однолітками, батьками, педагогами;
- розробка і впровадження відповідних форм і методів роботи як умов успішного навчання дітей з особливими освітніми потребами (Герасименко, 2019).

Варто зауважити, що команда психолого-педагогічного супроводу є невід’ємним складником якісної інклюзивної освіти. Саме зазначена команда формує індивідуальну програму розвитку дитини, контролює її виконання, за потреби вносить зміни, створює умови для інтеграції дітей з ООП в освітнє середовище та допомагає педагогам організувати інклюзивне навчання (Шостак, 2023).

## Питання для самоперевірки

1. Особливості організації навчального процесу в класах з інклюзивним навчанням.
2. Особливості розроблення Індивідуальної програми розвитку учня інклюзивних класів.
3. Функції та завдання у роботі асистента вчителя
4. Психолого-педагогічний супровід дітей з ООП в умовах інклюзивного навчання.
5. Нормативно-правова база щодо організації супроводу дітей з ООП в умовах інклюзивного навчання.
6. Склад учасників та завдання команди супроводу дитини з ООП.
7. Організація та проведення комплексної оцінки дитини з особливими освітніми потребами.

## Література

1. Герасименко, М. М. (2019). Особливості організації соціально-психологічного супроводу в інклюзивному освітньому закладі. У *Студентський науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення* (с. 167–169). НДУ ім. М. Гоголя.
2. Данилюк, М. М., & Дмитришин, М. В. (2024). Соціальна послуга супроводу під час інклюзивного навчання. *Управління розвитком соціально-економічних систем* (с. 169–171). ДБТУ. <https://repo.btu.kharkov.ua/handle/123456789/50156>
3. Жук, Т. В., Ілляшенко, Т. Д., Каменщук, Т. Д., Обухівська, А. Г., & Якимчук, Г. В. (2022). *Організаційно-функціональні моделі інклюзивно-ресурсних центрів в умовах децентралізації (з досвіду роботи)* (А. Г. Обухівської & Т. Д. Ілляшенко, Ред.). УНМЦ практичної психології і соціальної роботи НАПН України.

4. Колбасова, Х. (2022). Психологічний супровід навчання дітей з ооп за умов воєнного часу: на допомогу батькам та освітянам. *Наукові інновації та передові технології*, (7(9)). [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2022-7\(9\)-46-58](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2022-7(9)-46-58)

5. Коробова, Н. (2020). Особливості розвитку емоційно-вольової сфери дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивно-ресурсного центру. *Сучасні досягнення вітчизняних вчених у галузі педагогічних та психологічних наук* (с. 145–148).

6. Мартинюк, О., & Петринич, О. (2018). Особливості психореакційної роботи практичного психолога у дошкільному закладі. *Суспільні трансформації і безпека: людина, держава, соціум* (с. 32–36). Львівський інститут МАУП.

7. Олефір, Н. В. (2021). Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання. *Theory, practice and science* (с. 295–297). Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. <https://books.google.com.ua/books?id=8WAtEAAAQBAJ&pg=PA295&dq=супровід%20під%20час%20інклюзивного%20навчання&hl=uk&pg=PA297#v=onepage&q&f=false>

8. Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр, Постанова Кабінету Міністрів України № 545. (2017). (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-п#Text>

9. Про затвердження Порядку організації діяльності інклюзивних груп у закладах дошкільної освіти, Постанова Кабінету Міністрів України № 530. (2019). (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2019-п#Text>

10. Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти, Постанова Кабінету Міністрів України № 957. (2021). (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/957-2021-п#Text>

11. Про затвердження Примірного положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти, Наказ Міністерства освіти і науки України № 609. (2018). (Україна).

12. Прохоренко, Л. І., Бабяк, О. О., Засенко, В. В., & Ярмола, Н. А. (2020). *Учні початкових класів із особливими освітніми потребами: навчання та супровід*. Вид-во «Ранок».

13. Русецька, О. М. (2018). *Особливості психологічного супроводу дітей з особливими потребами в умовах інклюзивного навчання у закладах дитячої освіти*. [Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра, Маріупольський державний університет]. Репозитарій Маріупольського державного університету. <http://repository.mu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1719>

14. Федоренко, О. Ф., & Матвієвська, Л. В. (2024). Актуальність взаємодії асистента вчителя з учасниками команди супроводу дітей з аутизмом в інклюзивному освітньому середовищі. *Актуальні проблеми соціальної роботи та інклюзивної освіти в сучасних умовах* (с. 99–102). ДДПУ імені І. Франка. [https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/49674/1/L\\_Matviyevska\\_O\\_Fedorenko\\_Konf\\_2024\\_FPSRSO.pdf](https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/49674/1/L_Matviyevska_O_Fedorenko_Konf_2024_FPSRSO.pdf)

15. Шестакевич, Т. В., Пасічник, В., & Кунанець, Н. Е. (2017). Інформаційно-технологічний супровід інклюзивного навчання в Україні. *Штучний інтелект*, (2), 26–36. <http://dspace.nbu.gov.ua/handle/123456789/133660>

16. Шостак, О. О. (2023). Психолого-педагогічний супровід дітей з ООП в інклюзивному середовищі закладу освіти. У *Modern methods for the development of science* (с. 262–266). European Conference. <https://eu-conf.com/ua/events/modern-methods-for-the-development-ofscience/>

17. Якимчук, Г. (2023). Психологічний супровід дитини з особливими мовленнєвими потребами в умовах інклюзивного навчання під час війни. У *Інклюзивна освіта: ідея, стратегія, результат* (с. 325–329). ТНПУ ім. В. Гнатюка. [https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/736124/1/ЯкимчукГВ\\_Tezu\\_Inklyz\\_osvita-325-329.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/736124/1/ЯкимчукГВ_Tezu_Inklyz_osvita-325-329.pdf)

## РОЗДІЛ 5

# ЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ЇХНІМИ СІМ'ЯМИ

### 5.1. Глобальні та національні етичні стандарти соціальної роботи

Етичні стандарти соціальної роботи є основою професійної практики, що забезпечує якісне надання послуг і захист прав усіх учасників соціального процесу. Важливість дотримання етичних принципів відзначається як на глобальному, так і на національному рівнях. У цьому підрозділі розглянемо ключові документи, що визначають ці стандарти, а також їх значення для соціальних працівників, які працюють з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями.

Глобальні етичні стандарти

Одним із основних документів, що формулює глобальні етичні принципи соціальної роботи, є «**Глобальна декларація етичних принципів соціальної роботи**». Вона була затверджена Міжнародною федерацією соціальних працівників та Міжнародною асоціацією шкіл соціальної роботи у 2018 році й замінила собою всі попередні документи, які визначають міжнародні підходи до етики соціальної роботи – «Етика соціальної роботи: принципи і стандарти», 1994 рік; «Етика соціальної роботи, декларація принципів», 2004 рік (Семигіна, 2021).

Глобальна декларація визначає дев'ять основних принципів, які мають керувати діяльністю соціальних працівників на міжнародному рівні. У табл. 5.1.1 представлено ці принципи (Семигіна, 2019) та пояснення щодо їх застосування.

**Таблиця 5.1.1. Етичні принципи соціальної роботи (2018 рік)**

<i>Назва принципу</i>	<i>Пояснення</i>	<i>Практичне застосування у соціальній роботі в контексті інвалідності</i>
<p><b>1. Визнання гідності людини</b> <i>(Recognition of the Inherent Dignity of Humanity)</i></p>	<p>Кожна людина має право на повагу та гідне життя незалежно від її соціального статусу, віку, статі, раси, релігії чи інших характеристик</p>	<p>Завжди поважайте гідність кожної дитини та членів її сім'ї незалежно від їхнього стану здоров'я, соціального статусу чи інших обставин</p>
<p><b>2. Сприяння правам людини</b> <i>(Promoting Human Rights)</i></p>	<p>Соціальні працівники повинні захищати і просувати права людини відповідно до міжнародних документів</p>	<p>Підтримуйте дітей з інвалідністю та їхні сім'ї у реалізації їхніх прав на освіту, медичну допомогу, соціальні послуги та рівний доступ до всіх сфер життя</p>
<p><b>3. Сприяння соціальній справедливості</b> <i>(Promoting Social Justice)</i></p>	<p>Соціальні працівники мають обов'язок боротися за соціальну справедливість та рівні можливості для всіх</p>	<p>Працюйте над забезпеченням рівного доступу до соціальних послуг для всіх дітей з інвалідністю незалежно від їхнього економічного становища або місця проживання</p>
<p><b>4. Сприяння праву на самовизначення</b> <i>(Promoting the Right to Self-Determination)</i></p>	<p>Кожна людина має право приймати власні рішення щодо свого життя</p>	<p>Заохочуйте дітей з інвалідністю та їхні сім'ї приймати рішення щодо їхнього життя та майбутнього, розвивайте сильні сторони та ресурси своїх клієнтів</p>

<p><b>5. Повага конфіденційності та приватності</b> (<i>Respect for Confidentiality and Privacy</i>)</p>	<p>Соціальні працівники зобов'язані зберігати конфіденційність інформації про своїх клієнтів</p>	<p>Забезпечуйте захист особистої інформації про дітей та їхні сім'ї, дотримуючись норм конфіденційності</p>
<p><b>6. Сприяння праву на участь</b> (<i>Promoting the Right to Participation</i>)</p>	<p>Клієнти мають право брати активну участь у процесі надання соціальних послуг</p>	<p>Активно залучайте дітей з інвалідністю та їхні сім'ї до прийняття рішень щодо послуг, які вони отримують, ставтесь до них, як до експертів власної ситуації</p>
<p><b>7. Ставлення до людей як до цілісних індивідів</b> (<i>Treating People as Whole Persons</i>)</p>	<p>Соціальні працівники повинні враховувати всі аспекти особистості при наданні допомоги, спиратися на холистичний (біопсихосоціальний) підхід</p>	<p>Підходьте до кожної дитини та її сім'ї, як до унікальних особистостей, беручи до уваги всі аспекти їхнього життя</p>
<p><b>8. Етичне використання технологій та соціальних медіа</b> (<i>Ethical Use of Technology and Social Media</i>)</p>	<p>Необхідно відповідально використовувати технології, забезпечуючи конфіденційність і захист даних</p>	<p>Використовуйте цифрові інструменти, зокрема онлайн-консультації або підтримку через соціальні мережі, етично і відповідально</p>
<p><b>9. Професійна доброчесність</b> (<i>Professional Integrity</i>)</p>	<p>Соціальні працівники повинні дотримуватися високих моральних стандартів і відповідальності</p>	<p>Завжди дотримуйтеся високих етичних стандартів у взаємодії з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями</p>

Дотримання цих принципів сприяє підвищенню довіри до професії соціальної роботи та забезпечує якість надання послуг.



## ДОДАТКОВІ РЕСУРСИ

Повний текст документу «Глобальна декларація етичних принципів соціальної роботи» доступний українською мовою тут:

\* <https://grani-print.dp.ua/index.php/jaysrt/article/view/135>

\* <https://bit.ly/3EFnu7l>

Розглянемо два кейси, які ілюструють етичні ситуації при наданні соціальних послуг дітям з інвалідністю:

### Кейс 1: Право на самовизначення

Ситуація: Олена, 10-річна дівчинка з аутизмом, потребує підтримки для участі в шкільних заходах. Її мати, пані Ірина, вважає, що Олена повинна відвідувати звичайну школу, але навчальний заклад пропонує їй спеціальну програму. Пані Ірина стурбована, що спеціальна програма обмежить можливості Олени та не дозволить їй розвивати соціальні навички.

Етичні аспекти:

1. *Право на самовизначення*: Соціальний працівник повинен підтримати Олену в її праві на вибір навчального закладу. Це означає, що думка Олени, навіть якщо вона не може висловити її словами, повинна бути врахована.

2. *Сприяння соціальній справедливості*: Соціальний працівник має забезпечити рівні можливості для Олени, щоб вона могла брати участь у звичайному шкільному житті. Це включає взаємодію з педагогами та розробку індивідуального плану підтримки.

3. *Визнання гідності людини*: Олена має право на повагу та підтримку незалежно від своїх обмежень. Соціальний працівник повинен захищати її гідність в усіх ситуаціях.

### Кейс 2: Конфіденційність та довіра

Ситуація: Максим, 8-річний хлопчик з фізичною інвалідністю, отримує соціальні послуги через місцевий центр. Під час однієї з сесій Максим розповідає соціальному працівнику про свої страхи та переживання щодо свого стану. Соціальний працівник обіцяє Максиму зберегти все в таємниці, але далі виявляється, що інформація, яка стосується Максимового психологічного стану, стала відома іншим працівникам центру, оскільки працівник поділився нею під час чергової наради в центрі.

Етичні аспекти:

1. *Повага конфіденційності та приватності*: Соціальний працівник зобов'язаний дотримуватися конфіденційності інформації, що стосується Максима. Втрата довіри може призвести до того, що Максим більше не захоче ділитися своїми переживаннями.

2. *Професійна доброчесність*: Соціальний працівник повинен дотримуватися високих моральних стандартів, включаючи етичні зобов'язання щодо збереження конфіденційності. Порушення цієї обіцянки може серйозно зашкодити репутації професії соціальної роботи.

3. *Ставлення до людей як до цілісних індивідів*: Соціальний працівник повинен розуміти, що психологічні та емоційні аспекти важливі для розвитку Максима, а підтримка його психологічного стану є невід'ємною частиною комплексного підходу до соціальних послуг.

Ці кейси висвітлюють важливість дотримання етичних стандартів у практиці соціальної роботи з дітьми з інвалідністю, враховуючи їхні права, потреби та гідність.

### **Національні стандарти**

В Україні діє **Етичний кодекс спеціалістів із соціальної роботи України**, затверджений наказом Міністерства у справах молоді та спорту у 2005 році. Його сформовано на основі вже нечинного міжнародного документу «Етика соціальної роботи: принципи і стандарти» (1994 рік).

Цей документ визначає такі етичні принципи діяльності, якими мають послуговуватися вітчизняні соціальні працівники:

- повага до гідності кожної людини;
- пріоритетність інтересів кожної людини;
- толерантність;
- довіра і взаємодія у розв'язанні проблем клієнта;
- доступність послуг;
- конфіденційність;
- дотримання норм професійної етики (Міністерство у справах молоді та спорту, 2005).

## ДОДАТКОВИЙ РЕСУРС

Повний текст документу «Етичний кодекс спеціалістів із соціальної роботи України» доступний українською мовою тут:

\* <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1965643-05/stru>

Отже, одним із визначальних моментів роботи соціального працівника є засвоєння моральних принципів професійної діяльності, що зумовлюють специфічні професійні проблеми, зокрема, проблему моральної відповідальності перед клієнтом, колегами, спеціальністю та суспільством (Петрук, 2022).

## ПОРАДИ СОЦІАЛЬНИМ ПРАЦІВНИКАМ ЩОДО ЕТИЧНОЇ ПОВЕДІНКИ

- Поважайте гідність кожної дитини та її сім'ї, уникайте стигматизувальних термінів.
- Інформуйте сім'ї про їхні права та доступні соціальні послуги.
- Захищайте інтереси дітей з інвалідністю перед державними установами.
- Працуйте над усуненням бар'єрів для доступу до соціальних послуг.
- Залучайте дітей та сім'ї до прийняття рішень щодо їхнього життя.
- Забезпечуйте конфіденційність інформації про клієнтів.
- Залучайте сім'ї та дітей до планування реабілітаційних програм.
- Враховуйте всі аспекти життя дитини для забезпечення індивідуального підходу.
- Використовуйте цифрові технології етично, захищаючи особисті дані.
- Постійно вдосконалюйте професійні навички та дотримуйтеся етичних стандартів.
- Етичні принципи соціальної роботи також віддзеркалені в державних стандартах надання соціальних послуг, які містять окремих розділ «Принципи надання соціальної послуги».

Розглянемо, як приклад, **Державний стандарт денного догляду дітей з інвалідністю** (Міністерство соціальної політики України, 2023).

## **Принципи надання соціальної послуги денного догляду дітей з інвалідністю**

### **1. Доступність та відкритість:**

- надавач соціальної послуги провадить свою діяльність у приміщенні, обладнаному та пристосованому для обслуговування отримувачів соціальної послуги, яке відповідає державним будівельним нормам і стандартам. Прилегла територія до приміщення надавача соціальної послуги має відповідати державним будівельним нормам і стандартам, у тому числі інклюзивності споруд;
- надавач соціальної послуги вживає заходів щодо інформування отримувачів соціальної послуги, їхніх законних представників про зміст соціальної послуги, порядок звернення за її наданням, порядок і умови її надання. Така інформація висвітлюється, зокрема, в засобах масової інформації, розміщується на офіційному вебсайті надавача соціальної послуги, офіційних вебсайтах місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, на спеціальних стендах у приміщеннях надавача соціальної послуги (в доступних для отримувачів соціальної послуги та їхніх законних представників місцях). Інформація на стендах викладається на контрастному фоні шрифтом, розмір якого дає змогу вільно прочитати текст, зокрема особам з порушеннями зору, та має бути візуально доступною для осіб, які переміщуються у кріслах колісних. Інформація також надається у спеціальних листівках, буклетах, брошурах, за потреби – із застосуванням рельєфно-крапкового шрифту (шрифту Брайля) для отримувачів соціальної послуги, які не бачать, але читають за допомогою цього шрифту. Інформація для отримувачів соціальної послуги подається мовою, доступною для розуміння та читання особами з інтелектуальними порушеннями;
- надавач соціальної послуги надає отримувачам соціальної послуги та законним представникам можливість відвідати

приміщення, де надаватиметься соціальна послуга, з метою ознайомлення з умовами перебування та спілкування з мультидисциплінарною командою / працівником, які надаватимуть соціальну послугу.

## **2. Визнання гідності, повага та недискримінація:**

- працівники надавача соціальної послуги з повагою та толерантністю ставляться до отримувачів соціальної послуги, дотримуються принципів недискримінації за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, стану здоров'я, етнічного та соціального походження, громадянства, сімейного та майнового стану, місця проживання, мовними та іншими ознаками відповідно до Закону України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні»;
- працівники надавача соціальної послуги забезпечують право отримувача соціальної послуги, його законного представника вільно висловлювати свою думку з усіх питань, що стосуються отримувача, враховують цю думку при плануванні та наданні соціальної послуги, ставляться з повагою до інтересів та переконань отримувача соціальної послуги;
- надавач соціальної послуги забезпечує догляд отримувача соціальної послуги працівником/ працівницею однієї з них статі (якщо серед працівників надавача соціальної послуги представлені працівники різної статі), забезпечує можливість усамітнення під час переодягання і гігієнічних процедур з дотриманням санітарних норм та правил. Під час ставового виховання дотримується гендерного підходу, правил приватності та поваги до отримувача соціальної послуги;
- заходи із дотримання особистої гігієни та інші заходи з догляду за тілом отримувача соціальної послуги провадяться працівником надавача соціальної послуги у зачиненій кімнаті або за ширмою і з обмеженою кількістю помічників (у разі необхідності);
- у разі виникнення в отримувача соціальної послуги проблем або дискомфорту під час проведення заходів з догляду

працівник, який здійснює догляд, припиняє ці заходи, з'ясує причини проблеми чи дискомфорту та переглядає умови та способи проведення таких заходів.

Працівник, який здійснює догляд, в разі зміни / відпустки забезпечує передання інформації щодо проведення заходів з догляду за отримувачем соціальної послуги іншому працівнику.

Працівник надавача соціальної послуги максимально обмежує здійснення ним заходів з догляду, які отримувач соціальної послуги може провести самостійно, за потреби допомагає, контролює та стимулює отримувача до самостійного догляду за собою.

### **3. Індивідуальний підхід:**

- надавач соціальної послуги при плануванні та наданні соціальної послуги визнає та враховує потреби отримувача соціальної послуги, його фізичний та психічний стан, поведінкові особливості, характеристики діяльності та участі в різних сферах життєдіяльності з урахуванням його сильних сторін;
- отримувачу соціальної послуги, законним представникам пропонуються можливі рішення та рекомендації для досягнення визначених в індивідуальному плані цілей роботи, їхня думка враховується під час розроблення та виконання індивідуального плану;
- надавач соціальної послуги максимально забезпечує звичний для отримувача соціальної послуги розпорядок дня, необхідні умови харчування, догляду, дотримання особистої гігієни, враховує інтереси та здібності при організації дозвілля;
- взаємодія із законними представниками отримувача соціальної послуги будується на засадах партнерства, врахування особливостей сім'ї, сімейної історії та ресурсів у забезпеченні догляду та виховання дитини;
- працівники, які надають соціальну послугу, у разі погіршення стану здоров'я отримувача соціальної послуги або настання інших випадків, які можуть викликати негативні наслідки для нього, негайно інформують про це законного представника отримувача соціальної послуги для вжиття заходів з надання відповідної допомоги.

#### **4. Законність та безпека отримувачів соціальної послуги:**

- надавач соціальної послуги не допускає негуманних і дискримінаційних дій, жорстокого поводження щодо отримувача соціальної послуги;
- законним представникам отримувача соціальної послуги надається вичерпна інформація про порядок оскарження непрофесійних дій працівників надавача соціальної послуги;
- надавач соціальної послуги інформує отримувача соціальної послуги (відповідно до віку та рівня розвитку) та його законного представника про їхні права, обов'язки, а також про державні та громадські організації, діяльність яких спрямовується на захист прав людини, про порядок оскарження дій надавача соціальної послуги;
- надавач соціальної послуги інформує законного представника отримувача соціальної послуги про відповідальність, передбачену законодавством, у разі застосування ним фізичного чи інших форм насильства стосовно працівників надавача соціальної послуги;
- працівники надавача соціальної послуги мають надавати законним представникам отримувача соціальної послуги або контактній особі отримувача соціальної послуги (визначеній законними представниками у письмовій формі) інформацію про нещасні випадки, які сталися з отримувачем соціальної послуги протягом дня, виражені зміни у його функціональному стані чи поведінці тощо;
- працівникам надавача соціальної послуги забороняється використовувати в особистих цілях речі та майно отримувачів соціальної послуги, отримувати від них або їхніх законних представників кошти, подарунки тощо;
- надавач соціальної послуги в разі виявлення факту жорстокого поводження, загрози життю чи здоров'ю отримувача соціальної послуги, домашнього насильства інформує про це службу у справах дітей або відповідальних працівників / виконавчий орган місцевої ради, які (який) проводять (проводить) роботу з прийому та реєстрації заяв і повідомлень

про вчинення насильства, уповноважені підрозділи органів Національної поліції України у порядку, встановленому законодавством.

5. Право на приватність та конфіденційність інформації:

- надавач соціальної послуги поважає право отримувача соціальної послуги на приватність. Надавач соціальної послуги не повинен вимагати від отримувача соціальної послуги або його законного представника інформації особистого характеру, яка не має важливого значення для оцінювання індивідуальних потреб та/або організації надання соціальної послуги. До інформації, отриманої надавачем соціальної послуги, застосовується принцип конфіденційності;
- надавач соціальної послуги вживає заходів щодо захисту персональних даних відповідно до вимог Законів України «Про інформацію», «Про захист персональних даних», «Про психіатричну допомогу», іншої конфіденційної інформації щодо отримувача соціальної послуги та його законного представника;
- надавач соціальної послуги зобов'язаний ознайомити законного представника отримувача соціальної послуги із заходами щодо дотримання принципу конфіденційності;
- працівники надавача соціальної послуги, які безпосередньо надають соціальну послугу, інформують законного представника отримувача соціальної послуги про нерозголошення отриманої ними конфіденційної інформації.

Надавач соціальної послуги може розкривати конфіденційну інформацію за наявності згоди законного представника отримувача соціальної послуги або у випадках, встановлених законодавством.

6. При наданні соціальної послуги забезпечується **дотримання інших принципів**, визначених законодавством та рекомендованих об'єднаннями працівників системи надання соціальних послуг, об'єднаннями надавачів та отримувачів соціальних послуг.



## 5.2. «Нічого для нас без нас»: залучення дітей з інвалідністю та їхніх сімей до ухвалення рішень

Принцип «Нічого для нас без нас» став ключовою ідеєю сучасної соціальної роботи з дітьми з інвалідністю. Він наголошує на тому, що рішення, які стосуються дітей, мають ухвалюватися з їхньою участю або участю їхніх сімей. Це не лише питання інклюзії, а й важливий етичний аспект, що забезпечує дотримання прав людини, зокрема права на самовизначення та активну участь у процесах, що стосуються життя дитини.

Цей принцип також віддзеркалює ту парадигму соціальної роботи, яка орієнтується на сильні сторони клієнтів, розглядає клієнтів соціальної роботи як таких, що є найкращими експертами щодо власного становища (Столярик & Семигіна, 2022).

### Важливість участі

Участь дітей з інвалідністю та їхніх батьків у процесі ухвалення рішень є важливим кроком для забезпечення їхніх прав і включення до суспільства. Це гарантує, що їхні інтереси та потреби будуть враховані в повному обсязі на всіх етапах планування та реалізації соціальних програм (Montreuil et al., 2021; Tandy & Heffernan, 2005). Такий підхід підсвітлює значення етичних принципів у роботі соціальних працівників, що націлені на повагу до гідності та автономії кожної дитини.

Дотримання принципу участі знаходить відображення в Глобальній декларації етичних принципів соціальної роботи (Семигіна, 2019), де наголошується на:

- *Розвитку самооцінки та можливостей*: Соціальні працівники мають сприяти повній участі людей у суспільному житті та процесах ухвалення рішень, які впливають на їхнє життя;
- *Формулюванні політики через участь*: Сприяння створенню таких умов і процесів, де люди мають можливість активно брати участь у визначенні політичних рішень;
- *Інклюзії осіб, позбавлених можливостей*: Підтримка та активне залучення тих, хто через соціальні або інші фактори не має доступу до ресурсів чи можливості брати участь у суспільних процесах.

На принципі участі наголошує й Комітет соціального захисту ЄС, який у жовтні 2010 року затвердив Добровільну європейську рамку якості соціальних послуг (The Social Protection Committee, 2010). Цей документ визначає основні принципи та критерії оцінки, що можуть бути застосовані до різних соціальних послуг на національному, регіональному та місцевому рівнях.

Одним з ключових аспектів забезпечення якості послуг вважається встановлення поважних відносин між надавачем та отримувачем послуг, які оцінюють рівень задоволеності користувачів, а також заохочують їх до активної участі у плануванні та вдосконаленні послуг. Участь і розширення повноважень (імпаурмент, наснаження) розглядаються як важливі складові цього процесу: постачальники послуг повинні активно залучати користувачів і їхніх сімей до прийняття рішень, що стосуються планування, надання та оцінки послуг. Послуги мають бути зорієнтовані на визначення особистих потреб користувачів і зміцнення їхніх можливостей, дозволяючи їм контролювати своє життя. Це передбачає також проведення діалогу з організаціями, що представляють їхні права та інтереси, та періодичний моніторинг задоволеності користувачів наданими послугами.

Найпростіший крок до реалізації принципу «Нічого для нас без нас» – **це співпраця з батьками та опікунами** у процесі розробки планів підтримки, які відповідають індивідуальним потребам дитини, що створює умови для інтегрованого підходу до ухвалення рішень. Тут можливо, приміром, використовувати такі підходи, як:

- **Партнерські консультації:** Співпраця з батьками та опікунами, щоб спільно розробляти плани підтримки та заходи, що відповідають потребам дитини;
- **Залучення мультидисциплінарних команд:** Спільна робота різних фахівців – соціальних працівників, психологів, педагогів – дозволяє врахувати всі аспекти потреб дитини та її родини. Батьки розглядаються як частина цих команд.

**Залучення самих дітей з інвалідністю до ухвалення рішень** – це складний, але надзвичайно важливий процес, який вимагає

виразних підходів і методів. Соціальні працівники відіграють ключову роль у забезпеченні того, щоб ці діти мали можливість бути активними учасниками процесів, що впливають на їхнє життя. Для того, щоб залучення було ефективним і відповідало етичним стандартам, варто застосовувати низку підходів, які дозволяють не лише почути дітей, але й створити умови для їхнього реального впливу на рішення.

**Підходи до залучення дітей з інвалідністю до ухвалення рішень:**

1. *Партнерський діалог:* Залучення дітей з інвалідністю до діалогу має починатися з партнерської взаємодії, яка передбачає повагу до думки дитини незалежно від її віку чи стану здоров'я. Важливо забезпечити умови, де діти почуваються безпечно і впевнено у висловлюванні своїх думок. Це можна здійснювати через регулярні індивідуальні консультації, де діти можуть розповісти про свої потреби, очікування і бажання щодо підтримки чи послуг, які вони отримують. Такий діалог будується на рівноправній основі та дає можливість дітям відчувати свою значущість і участь у процесі ухвалення рішень.

2. *Індивідуалізація підходів до спілкування:* Не всі діти можуть висловити свої думки в звичний спосіб. Для цього необхідно використовувати індивідуальні методи спілкування, які враховують фізичні та когнітивні можливості дитини. Це можуть бути невербальні методи, такі як міміка, жести або спеціальні пристрої для комунікації, що полегшують процес взаємодії. Наприклад, використання планшетів з програмами для альтернативної комунікації може дати дитині можливість передавати свої думки за допомогою символів або малюнків. Це особливо важливо для дітей з обмеженою мовленнєвою активністю або порушеннями розвитку.

3. *Групові дискусії та фокус-групи:* Діти з інвалідністю можуть брати участь у групових обговореннях, які стосуються питань, важливих для них та їхніх родин. Формат фокус-груп дозволяє дітям обмінюватися думками та ідеями з іншими дітьми або молоддю, що дає можливість розширити їхнє бачення проблем та знайти спільні рішення. У такій атмосфері діти можуть відчувати підтримку однолітків і бути більш відкритими до обговорення питань, що їх хвилюють.

4. *Мультидисциплінарний підхід*: Залучення дітей до процесу ухвалення рішень має здійснюватися через співпрацю різних фахівців, що працюють з дитиною та її сім'єю. Соціальні працівники можуть організовувати консультації за участі психологів, педагогів, лікарів та інших спеціалістів для того, щоб забезпечити комплексний підхід до розв'язання проблем дитини. Така взаємодія дозволяє врахувати всі аспекти життя дитини і створити індивідуальний план підтримки, в якому враховуються її побажання.

5. *Застосування творчих методів для вираження думок*: Дітям може бути легше висловлювати свої думки через творчі методи, такі як малювання, музика або театральні постановки. Це дає можливість дітям висловлювати свої почуття та бажання через інші форми комунікації, що дозволяє соціальним працівникам глибше розуміти їхні потреби. Творчі методи можуть допомогти подолати бар'єри комунікації і дати дітям більше свободи у вираженні своїх думок.

6. *Використання сучасних технологій*: Технології можуть відігравати важливу роль у залученні дітей до процесу ухвалення рішень. Наприклад, використання відеозв'язку, інтерактивних платформ або спеціальних додатків для обміну інформацією дозволяє дітям більш активно брати участь у дискусіях незалежно від їх фізичних можливостей. Це особливо корисно для дітей, які мають обмежену мобільність або потребують допоміжних засобів для спілкування.

7. *Освіта та інформація для дітей*: Для того щоб діти могли брати участь у процесі ухвалення рішень, їм необхідно забезпечити доступ до відповідної інформації. Це може включати розробку матеріалів, зрозумілих для дітей з різними рівнями розвитку, які пояснюють їхні права, можливості та процедури прийняття рішень. Наприклад, створення інфографік або анімаційних відео може допомогти дітям краще розуміти складні теми.

8. *Співпраця з сім'ями*: Соціальні працівники можуть підтримувати активну співпрацю з батьками або опікунами дітей з інвалідністю для залучення дітей до ухвалення рішень. Родини відіграють ключову роль у цьому процесі, оскільки саме вони є основними представниками інтересів дитини. Важливо, щоб батьки були активно

включені в діалог, допомагаючи дитині висловлювати свої думки та враховуючи її інтереси під час ухвалення рішень.

Залучення дітей з інвалідністю до процесу ухвалення рішень несе ряд етичних викликів, які соціальні працівники повинні ретельно враховувати, щоб забезпечити дотримання прав та гідності дітей, а також їхні найкращі інтереси. Ці виклики можуть стосуватися як специфічних потреб дітей, так і загальних етичних принципів, пов'язаних із їхньою участю в процесах, що безпосередньо впливають на їхнє життя.

**Основні етичні труднощі залучення дітей з інвалідністю до ухвалення рішень:**

1. **Баланс між захистом і автономією:** Одним із найбільших етичних викликів є забезпечення правильного балансу між наданням дітям права на самовизначення та потребою в їх захисті. Діти з інвалідністю можуть бути більш вразливими до маніпуляцій або тиску, тому соціальні працівники повинні стежити за тим, щоб участь дітей у процесі ухвалення рішень була добровільною і ґрунтувалася на розумінні ситуації. При цьому важливо дати дітям можливість висловлювати свою думку, не створюючи для них надмірного емоційного чи психологічного навантаження.

2. **Оцінка здатності дитини приймати рішення:** Етично складним є питання оцінки здатності дитини до ухвалення рішень. Діти з різними формами інвалідності можуть мати різні рівні когнітивного розвитку або навичок комунікації. Соціальні працівники стикаються з викликом визначення того, наскільки дитина здатна розуміти наслідки певних рішень і чи може вона самостійно приймати важливі рішення. Існує ризик недооцінки здатностей дітей або, навпаки, надмірної віри в їхню здатність ухвалювати відповідальні рішення.

3. **Конфлікт інтересів між дитиною та сім'єю:** Часто інтереси дитини та її сім'ї можуть не збігатися. Це створює складну етичну ситуацію, коли соціальні працівники повинні шукати шляхи для досягнення компромісу або виступати на захист дитини, навіть якщо це суперечить бажанням батьків. Етична проблема полягає в тому, що батьки зазвичай мають право ухвалювати рішення за своїх дітей, але іноді ці рішення можуть не відповідати найкращим інтересам самої дитини. У таких випадках соціальним працівникам доводиться

ся виступати як посередникам і захисникам прав дитини, що може створювати конфліктні ситуації.

4. **Конфіденційність та приватність:** Забезпечення конфіденційності інформації є важливим етичним аспектом роботи з дітьми. Соціальні працівники повинні дбати про те, щоб особиста інформація про дитину та її сім'ю залишалася конфіденційною і не була розкрита без згоди відповідних осіб. Це стає ще складніше, коли дитина бере участь у групових консультаціях або обговореннях. Забезпечення конфіденційності та одночасне залучення дитини до активної участі в ухваленні рішень вимагає ретельного контролю за тим, як і з ким ділиться інформація.

5. **Моральне навантаження на дитину:** Залучення дітей з інвалідністю до ухвалення рішень може створювати додаткове моральне та емоційне навантаження на дитину. У ситуаціях, коли необхідно приймати складні або відповідальні рішення, дитина може відчувати тиск і тривогу, що впливає на її емоційний стан. Це може стати проблемою, якщо дитина не повністю розуміє, що від неї очікується, або не відчуває підтримки під час прийняття рішень.

6. **Труднощі з адаптацією підходів до різних форм інвалідності:** Діти з різними типами інвалідності мають різні потреби і можливості, тому універсальні підходи до залучення дітей до ухвалення рішень можуть бути неефективними. Це створює етичний виклик для соціальних працівників, які повинні знайти індивідуальний підхід для кожної дитини, забезпечуючи її рівноправну участь у процесі. Залучення дітей із серйозними фізичними або когнітивними порушеннями може вимагати використання спеціальних технологій чи методів комунікації, що може бути складним для реалізації.

7. **Вплив соціальних і культурних факторів** Соціальні та культурні норми можуть впливати на сприйняття участі дітей у прийнятті рішень. У деяких суспільствах чи родинях діти традиційно не беруть участі у важливих рішеннях, що може створювати етичні бар'єри для соціальних працівників, які намагаються реалізувати принцип «Нічого для нас без нас». Соціальні працівники повинні бути обізнані щодо культурних контекстів і працювати з родинами, щоб сприяти зміні поглядів на участь дітей з інвалідністю в ухваленні рішень.

Етичні виклики в залученні дітей з інвалідністю до процесу ухвалення рішень вимагають від соціальних працівників тонкого підходу та глибокого розуміння як етичних принципів, так і специфіки роботи з дітьми. Важливо пам'ятати, що кожна дитина є унікальною і соціальні працівники мають працювати над створенням умов, які максимально сприятимуть реалізації прав дитини на участь у процесах, що впливають на її життя, при цьому захищаючи її гідність, автономію та добробут.

Давайте розглянемо кейс, зосереджений на соціальній роботі та етичних викликах залучення дітей з інвалідністю.

### **Кейс: Розробка програми підтримки для дітей з інвалідністю**

**Ситуація:** Соціальний працівник працює над розробкою нової програми підтримки для дітей з інвалідністю у місцевій громаді. У рамках програми планується створення клубу для дітей, де вони зможуть спілкуватися, грати та отримувати навички, що сприятимуть їх соціалізації. Соціальний працівник організовує зустріч з батьками та їхніми дітьми, щоб обговорити, які види діяльності та підтримки можуть бути корисними.

Етичні виклики:

1. *Залучення дітей з обмеженими комунікативними можливостями:* Деякі діти можуть не мати можливості висловити свої думки та потреби. Це ставить під сумнів, наскільки адекватно враховані їхні інтереси у програмі. Соціальний працівник повинен знайти способи залучити цих дітей, використовуючи адаптивні засоби комунікації.

2. *Балансування інтересів батьків і дітей:* Батьки можуть мати власні уявлення про те, що є найкращим для їхніх дітей, які не завжди збігаються з бажаннями самих дітей. Соціальний працівник повинен вміти балансувати між інтересами батьків і правами дітей, гарантуючи, що рішення враховують думки самих дітей.

3. *Етика участі:* Необхідно переконатися, що всі діти, незалежно від ступеня обмеження їх можливостей, мають реальну змогу брати участь у процесі ухвалення рішень. Це може включати

не лише їхні думки, а й досвід та почуття щодо програми. Соціальний працівник повинен створити безпечний простір, де діти можуть вільно висловлювати свої думки.

4. *Доступність інформації*: Соціальний працівник має забезпечити, щоб усі учасники (як діти, так і їхні батьки) мали доступ до чіткої та зрозумілої інформації про програму, щоб вони могли зробити обґрунтований вибір щодо участі у ній.

Цей кейс демонструє важливість етичних аспектів залучення дітей з інвалідністю до процесів, які безпосередньо впливають на їхнє життя, а також демонструє виклики, з якими стикаються соціальні працівники в цій сфері.

### **ПОРАДИ СОЦІАЛЬНИМ ПРАЦІВНИКАМ ЩОДО РЕАЛІЗАЦІЇ ПРИНЦИПУ «НІЧОГО ДЛЯ НАС БЕЗ НАС»**

- Впевніться, що інформація про програми та послуги, які надаються, є зрозумілою та доступною для дітей з інвалідністю та їхніх сімей.
- Слухайте думки, побоювання та бажання дітей і їхніх родин, демонструючи повагу до їхнього досвіду та перспектив.
- Створіть середовище, в якому діти зможуть вільно висловлювати свої думки та почуття без страху бути засудженими.
- Залучайте дітей та їхні сім'ї до обговорення рішень, які стосуються їхнього життя, забезпечуючи їм активну участь у плануванні та реалізації програм.
- Підбирайте різноманітні методи та інструменти, які допоможуть дітям з інвалідністю висловити свої думки (графічні моделі, спеціалізовані технології).
- Постійно вдосконалюйте свої навички в роботі з дітьми з інвалідністю, щоб краще розуміти їхні потреби та очікування.
- Залучайте до роботи мультидисциплінарні команди, щоб мати змогу враховувати різні аспекти потреб дітей і їхніх сімей.
- Проводьте регулярну оцінку впливу прийнятих рішень та програм, щоб упевнитися, що вони відповідають потребам дітей з інвалідністю та їхніх сімей, вносячи корективи за необхідності.



### 5.3. Етичні дилеми у соціальній роботі з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями

Соціальна робота з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями часто супроводжується численними етичними дилемами, які потребують ретельного аналізу та зваженого підходу.

**Дилема** — це ситуація, в якій особа або група осіб стикається з необхідністю зробити вибір між кількома альтернативами, кожна з яких може мати свої позитивні або негативні наслідки.

Ці дилеми виникають через конфлікт між етичними стандартами, правами дітей, потребами сімей та реаліями соціальної роботи.

У літературі (Хлебик, 2023; Rothman, 2018; Steiner, 2021; Wilkins, 2012) описані деякі з основних етичних дилем, з якими можуть стикнутися соціальні працівники.

#### *1. Право на самовизначення чи захист дітей*

Соціальні працівники повинні враховувати, що діти з інвалідністю мають право на самовизначення. Однак це може конфліктувати з їхнім захистом. Наприклад, якщо дитина бажає брати участь у ризикованих діяльностях, соціальний працівник може опинитися перед вибором: поважати право дитини на вибір або вжити заходів для її безпеки.

#### *2. Участь сім'ї чи інтереси дитини*

Соціальні працівники часто стикаються з ситуаціями, коли інтереси батьків і дитини не збігаються. Деякі батьки можуть намагатися обмежити можливості своєї дитини в ім'я захисту або з власних страхів. Соціальний працівник повинен знайти баланс між підтримкою родинного зв'язку та забезпеченням прав дитини на розвиток і участь у житті.

#### *3. Інклюзія чи спеціалізація*

Важливою дилемою є вибір між інклюзією дітей з інвалідністю у звичайні освітні та соціальні програми та їхньою участю у спеціалізованих програмах, що можуть краще відповідати їхнім потребам. Соціальні працівники повинні оцінити, які умови забезпечать кращу підтримку та розвиток для дитини.

#### 4. Ресурси чи потреби

Обмежені ресурси можуть зумовити етичні дилеми в питанні, як краще їх розподілити. Соціальні працівники можуть опинитися в ситуації, коли потрібно приймати рішення про пріоритетність надання послуг певній групі дітей з інвалідністю, що може викликати незадоволення серед інших.

#### 5. Культурні цінності чи універсальні права

Соціальні працівники повинні враховувати культурні та соціальні цінності родин, з якими вони працюють. Однак це може вступати в конфлікт із універсальними правами дітей. Наприклад, традиційні погляди на виховання можуть обмежувати свободу дітей, що суперечить етичним стандартам соціальної роботи.

Розглянемо детальніше приклад етичної дилеми, що стосується цифровізації в соціальній роботі з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями:

#### **Дилема: Цифровізація послуг соціальної роботи на противагу доступності та приватності**

Ситуація: У зв'язку з упровадженням цифрових технологій у соціальну роботу, багато організацій починають використовувати електронні платформи для надання послуг, збору інформації та моніторингу стану дітей з інвалідністю. Це може включати використання онлайн-систем для запису на прийом, електронних форм для збору даних про потреби дітей і їхніх сімей, а також віртуальні консультації.

Етична дилема

- *Переваги цифровізації:* Цифровізація може підвищити ефективність та доступність соціальних послуг, дозволяючи швидше реагувати на потреби сімей. Вона може також спростити процес збору інформації, зробити послуги більш зручними та персоналізованими, а також забезпечити кращу комунікацію між соціальними працівниками та родинами.
- *Недоліки та ризики:* Проте не всі діти з інвалідністю та їхні сім'ї мають рівний доступ до цифрових технологій. Багато з них можуть стикатися з труднощами в користуванні електронними платформами через технічні обмеження або

відсутність необхідних навичок. Крім того, цифровізація може загрожувати приватності та безпеці особистої інформації дітей. У разі витоку даних або неналежного використання інформації може постраждати не лише конфіденційність, але й довіра між соціальними працівниками та родинami.

*Питання для обмірковування:*

– Як соціальні працівники можуть забезпечити рівний доступ до цифрових послуг для всіх дітей з інвалідністю незалежно від їхніх можливостей чи ресурсів?

– Які заходи слід вжити для захисту приватності та безпеки особистої інформації дітей у цифровому середовищі?

– Які альтернативи можуть бути запропоновані для тих, хто не має можливості користуватися цифровими технологіями?

Ця дилема ілюструє складність балансування між перевагами цифровізації та етичними зобов'язаннями соціальних працівників щодо забезпечення доступності, приватності та безпеки дітей з інвалідністю.

*Підходи до розв'язання етичних дилем*

Розв'язання етичних дилем у соціальній роботі вимагає систематичного підходу, який враховує специфіку ситуації, потреби клієнтів та етичні стандарти професії. Ось кілька ключових етапів, які можуть допомогти соціальним працівникам у вирішенні етичних дилем:

### *1. Ідентифікація проблеми*

Першим кроком є чітке визначення етичної дилеми. Соціальний працівник повинен проаналізувати ситуацію, виявити суперечливі інтереси та питання, що потребують розгляду.

### *2. Збір інформації*

Зібрати всі необхідні дані, включаючи інформацію про дитину, її потреби, сімейний контекст та всі можливі наслідки запропонованих рішень. Це може включати консультації з іншими фахівцями, збори відгуків від сімей або використання наявних ресурсів.

### *3. Аналіз етичних принципів*

Розглянути, які етичні принципи, такі як автономія, справедливість, добробут, конфіденційність та інклюзія, мають стосунок до даної ситуації. Важливо оцінити, як кожне рішення вплине на ці принципи.

#### 4. Обговорення з колегами

Проведення обговорення з іншими соціальними працівниками або членами мультидисциплінарної команди може надати нові перспективи та допомогти уникнути можливих упереджень. Колективне мислення може призвести до кращих рішень.

#### 5. Вибір альтернатив

Розглянути можливі варіанти дій, їх переваги та недоліки. Соціальні працівники повинні визначити, які рішення відповідають етичним стандартам і забезпечують найкращий інтерес для дитини та її сім'ї.

#### 6. Оцінка наслідків

Оцінити потенційні наслідки кожного варіанту. Це допоможе зрозуміти, які рішення можуть мати позитивний або негативний вплив на дитину, її родину та ширшу спільноту.

#### 7. Рішення та дії

Прийняти рішення на основі проведеного аналізу. Важливо бути готовим до активних дій та впровадження рішення, що було обрано.

#### 8. Моніторинг та оцінка

Після реалізації рішення важливо проводити моніторинг та оцінку його впливу на ситуацію. Якщо результати виявляться незадовільними або етичні питання залишаться невирішеними, може стати необхідним повернутися до попередніх етапів і скоригувати дії.

#### 9. Рефлексія

Оцінити процес прийняття рішення, проаналізувати, що спрацювало, а що ні, та внести зміни до своїх підходів у майбутньому. Це сприятиме розвитку професійних навичок і покращенню якості роботи.

Використання цього структурованого підходу допомагає соціальним працівникам ефективно розв'язувати етичні дилеми, зберігаючи при цьому високі стандарти професіоналізму і дотримуючись прав дітей з інвалідністю та їхніх сімей.

При розв'язанні етичних дилем у нагоді можуть стати деякі методологічні підходи, описані науковцями.

Однією з таких моделей є **чотириточкова модель**, запропонована американським дослідником Джеймсом Дюбоа (DuBois, 2007).

Вона відома за аббревіатурою SFNO (де S – stakeholders, зацікавлені сторони; F – facts, факти; N – norms, норми; O – options, варіанти). Кожна літера в аббревіатурі SFNO спонукає фахівців розглянути можливі етичні перешкоди (табл. 5.3.1).

**Таблиця 5.3.1. Модель SFNO**

<b>Зацікавлені сторони</b> (Stakeholders)	* Хто має зацікавленість у прийнятті рішення? * На кого суттєво вплине прийняте рішення?
<b>Факти</b> (Facts)	* Які саме питання можуть спричинити розбіжності? * Які факти стосуються рішення?
<b>Норми, правила</b> (Norms)	* Які етичні принципи, норми чи цінності на кону? * Які з них є релевантними, а які можуть призвести до конфліктів чи зумовлювати незгоду?
<b>Варіанти</b> (Options)	* Які дії чи політика заслуговують серйозного розгляду? * Якщо етичний ідеал неможливий, які компромісні рішення є найбільш привабливими?

Модель допомагає соціальним працівникам структурувати процес прийняття рішень, враховуючи ключові елементи, які можуть вплинути на етичні результати, зокрема в контексті інклюзії дітей з інвалідністю та їхніх сімей. Застосування цієї моделі дозволяє фахівцям глибше аналізувати ситуації, враховуючи різноманітні потреби та права дітей і їхніх родин. Такий методологічний підхід спонукає до уважного розгляду можливостей, які сприяють інтеграції та забезпечують підтримку, спрямовану на досягнення позитивних результатів для всіх учасників процесу. Отже, соціальні працівники можуть більш ефективно виявляти потенційні ризики, знаходити компроміси і забезпечувати етичну основу своїх рішень, що є особливо важливим у роботі з вразливими групами.

Модель «Дія – рішення» (Childress et al., 2002; Pies & DuBois, 2008) пропонує ще один корисний підхід для розв'язання етичних дилем у соціальній роботі. Ця модель зосереджується на етичних міркуваннях,

які можуть виникати під час проведення досліджень або впровадження соціальних програм, і є особливо важливою для роботи з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями. Основні компоненти цієї моделі:

1. *Необхідність (Necessity)*

Чи необхідно порушувати ті цінності чи норми, що обмірковуються, для завершення дослідження або впровадження інтервенції?

Ця модель допомагає соціальним працівникам чітко визначити, чи справді є потреба у втручанні, враховуючи особливі обставини дітей з інвалідністю та їхніх родин. Зрозуміння необхідності таких дій допомагає уникнути ненавмисного порушення етичних норм.

2. *Ефективність, раціональність (Effectiveness)*

Чи буде методологія ефективною для досягнення мети дослідження або інтервенції?

Соціальні працівники можуть оцінити, чи обрані методи адекватні для досягнення бажаних результатів у контексті інклюзії, що є критично важливим для підтримки дітей з інвалідністю.

3. *Пропорційність (Proportionality)*

Чи є бажана мета настільки важливою, щоб виправдати переоцінку певного принципу чи цінності?

Цей аспект допомагає оцінити, наскільки вагомі результати можуть бути досягнуті і чи варто за це йти на компроміси в етичних принципах.

4. *Найменше порушення (Least infringement)*

Чи розроблена методологія таким чином, щоб мінімізувати порушення принципів або цінностей, яким вона суперечить?

У роботі з дітьми з інвалідністю ця складова є важливою, оскільки необхідно дотримуватися прав і гідності дітей та їхніх сімей, намагаючись уникати будь-якої можливої шкоди.

5. *Належний процес (Proper process)*

Чи приймалось рішення прозоро, за участю клієнтів, громади та з належними дозволами?

Важливість участі сімей у процесах прийняття рішень підкреслює значення прозорості та партнерства, що зміцнює довіру та співпрацю між соціальними працівниками і родинами, з якими вони працюють.

Застосування цієї моделі допомагає соціальним працівникам приймати обґрунтовані рішення, зважаючи на етичні виклики, та забезпечує підтримку й захист дітей з інвалідністю і їхніх родин.

При розв'язанні етичних проблем у соціальній **роботі важливо враховувати контекст**, у якому відбуваються ці процеси. Контекст може включати соціальні, культурні, економічні та політичні фактори, які впливають на потреби та права дітей з інвалідністю та їхніх сімей. Наприклад, специфічні умови, пов'язані з пандемією COVID-19, вимагали від соціальних працівників адаптувати свої методи та підходи, щоб відповідати новим викликам і забезпечити етичність у своїй практиці (Banks et al., 2020).

Дослідження показують, що розуміння контексту, в якому працюють соціальні працівники, є критично важливим для ефективності інтервенцій та прийняття етичних рішень (Rogowski, 2024). Врахування контексту допомагає ідентифікувати унікальні потреби клієнтів і розробити підходи, які будуть адекватними та чутливими до їхніх ситуацій, забезпечуючи належну підтримку для дітей з інвалідністю та їхніх родин.

## Питання для обмірковування

1. *Які етичні принципи, норми або цінності, на вашу думку, є найбільш важливими у соціальній роботі з дітьми з інвалідністю? Як вони можуть конфліктувати між собою у різних ситуаціях?*

2. *Наведіть приклади, коли порушення етичних принципів може бути виправдане (наприклад, для захисту дитини). Які фактори можуть вплинути на ваше рішення?*

3. *Уявіть ситуацію, в якій батьки дитини з інвалідністю відмовляються від рекомендованого лікування. Як би ви, як соціальний працівник, підійшли до цього питання? Які етичні аспекти ви повинні врахувати?*

4. *Яка ваша особиста думка про етичні дилеми в соціальній роботі? Поділіться прикладом з власного досвіду або навчання, де ви стикалися з етичними питаннями.*

## 5.4. Оцінка етичності поведінки соціальних працівників

Оцінка етичності поведінки соціальних працівників, які працюють з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями, є важливою складовою професійної практики, що впливає на якість надання соціальних послуг. Вона базується на принципах етики, професійних нормах та стандартних процедурах, що забезпечують справедливість, повагу до прав клієнтів і дотримання етичних норм.

Існує кілька методів та інструментів, які можуть бути використані для оцінки етичної поведінки соціальних працівників:

Методи оцінки етичної поведінки:

1. *Самооцінка*: Соціальні працівники можуть проводити власну оцінку своєї діяльності, ґрунтуючись на етичних кодексах та стандартах. Це допомагає їм регулярно рефлексувати над своїми діями та відповідністю етичним нормам, зокрема при роботі з дітьми з інвалідністю. Такий підхід стимулює особисту відповідальність та розвиток професійної компетентності.

2. *Колегіальна оцінка*: Оцінювання професійної поведінки колег може відбуватися через анкети, спостереження чи обговорення реальних ситуацій під час супервізій. Такий метод допомагає соціальним працівникам отримати зворотний зв'язок від своїх колег, особливо щодо складних етичних дилем у роботі з дітьми з інвалідністю, і може сприяти спільному пошуку рішень та поліпшенню практики.

3. *Оцінка керівництва*: Керівники організацій можуть оцінювати етичну поведінку своїх підлеглих шляхом регулярних співбесід, аналізу звітів та спостереження за їхньою роботою. Оцінка може включати аспект професійної компетентності та етичності при роботі з уразливими групами, такими як діти з інвалідністю, з метою забезпечення дотримання прав та стандартів.

4. *Оцінка клієнтів*: Клієнти (або їхні представники) можуть оцінювати етичну поведінку соціальних працівників через анкети чи інтерв'ю. Це особливо важливо в роботі з дітьми з інвалідністю, де увага до їхніх потреб, конфіденційності та залучення до прийняття рішень має вирішальне значення.

5. *Оцінка за допомогою етичних комітетів*: У випадку підозр на порушення етичних норм етичні комітети можуть проводити



розслідування скарг клієнтів чи працівників. Такі комітети забезпечують об'єктивний розгляд ситуацій і можуть рекомендувати заходи для вирішення конфліктів.

Для того, щоб відстежувати дотримання етичних стандартів в організаціях, що надають соціальні послуги, має бути розроблена система моніторингу та звітності.

Інструменти для оцінки етичної поведінки соціальних працівників:

1. *Етичні кодекси*: Етичні кодекси соціальної роботи є базовими документами, що окреслюють очікування щодо професійної поведінки соціальних працівників. Вони слугують орієнтиром для самооцінки та оцінки з боку інших осіб.

2. *Анкети*: Анкетування дозволяє зібрати відгуки соціальних працівників, клієнтів та колег про етичність професійної діяльності. Це зручний метод для збору якісних та кількісних даних щодо етичних аспектів роботи.

3. *Спостереження*: Безпосереднє спостереження за роботою соціальних працівників дає можливість оцінити їхню поведінку в реальних ситуаціях. Це може бути особливо корисним під час взаємодії з дітьми з інвалідністю, щоб перевірити, чи дотримуються працівники етичних стандартів у повсякденній роботі.

4. *Розслідування*: Якщо є підозри на порушення етичних норм, може бути проведене розслідування, яке передбачає збір доказів, аналіз фактів і прийняття відповідних рішень щодо етичної поведінки соціальних працівників.

Вибір методів залежить від:

- Цілей оцінки: чи йдеться про формальну оцінку для звітування, чи для розвитку професійних навичок;
- Контексту роботи: специфіка роботи з дітьми з інвалідністю може вимагати особливої уваги до конфіденційності, прав клієнтів, а також адаптації методів оцінки до потреб сімей;
- Наявності ресурсів: чи є в організації етичний комітет, можливість проведення анкетування, супервізій або спостережень.

При оцінюванні етичності поведінки соціальних працівників, які надають соціальні послуги дітям з інвалідністю та їхнім сім'ям, мож-

ливо враховувати такі *критерії*, як дотримання етичних кодексів; відповідність етичним принципам; повага до прав клієнтів; взаємодія з клієнтами; професійна компетентність; об'єктивність та неупередженість; відповідальність за рішення; рефлексія і самооцінка (табл. 5.4.1),

**Табл. 5.4.1.** *Критерії оцінки етичності поведінки соціальних працівників, які працюють з дітьми з інвалідністю та їхніми сім'ями*

<i>Критерії оцінки</i>	<i>Питання для оцінки</i>
<b>Дотримання етичних кодексів</b>	Наскільки соціальні працівники дотримуються етичних кодексів, зокрема тих, що стосуються роботи з дітьми з інвалідністю? Особлива увага приділяється забезпеченню прав та інтересів цієї уразливої групи.
<b>Відповідність етичним принципам</b>	Оцінка того, як соціальні працівники застосовують етичні принципи (повага до гідності, права на рівне ставлення та відповідальність) у роботі з дітьми з інвалідністю, зокрема в питаннях доступу до послуг та рівноправної участі у суспільному житті.
<b>Повага до прав клієнтів</b>	Чи забезпечують соціальні працівники права дітей на самовизначення, участь у прийнятті рішень щодо їхнього життя? Враховується також залучення батьків чи законних представників до процесу прийняття рішень, коли це необхідно.
<b>Взаємодія з клієнтами</b>	Якість комунікації з дітьми та їхніми сім'ями з урахуванням специфічних потреб дітей з інвалідністю. Чи здатні працівники адаптувати методи взаємодії, щоб вислуховувати та враховувати бажання й потреби дітей, а також забезпечувати їхню участь у процесі прийняття рішень?
<b>Професійна компетентність</b>	Чи володіють соціальні працівники спеціалізованими знаннями та навичками для роботи з дітьми з інвалідністю? Оцінюється здатність до ефективного вирішення етичних дилем, пов'язаних зі специфічними потребами цієї цільової групи. Регулярні тренінги та освіта в галузі етики та соціальної роботи з інвалідністю є важливими для підвищення їхньої компетентності.

<i>Критерії оцінки</i>	<i>Питання для оцінки</i>
<b>Об'єктивність та неупередженість</b>	Чи здатні соціальні працівники приймати рішення на основі об'єктивних критеріїв, уникати дискримінації на основі стану здоров'я, інвалідності чи соціально-економічного статусу дітей?
<b>Відповідальність за рішення</b>	Соціальні працівники повинні усвідомлювати наслідки своїх рішень для добробуту дітей з інвалідністю та їхніх сімей. Оцінюється те, наскільки вони готові взяти відповідальність за наслідки своїх дій і рішень у контексті цієї групи.
<b>Рефлексія і самооцінка</b>	Соціальні працівники повинні регулярно рефлексувати над своєю етичною поведінкою, зокрема у роботі з дітьми з інвалідністю. Важливим є обговорення етичних дилем, участь у супервізії та отримання підтримки колег у вирішенні складних питань.

Отже, оцінка етичної поведінки соціальних працівників є багатогранним процесом, який має враховувати різні аспекти діяльності та специфіку роботи з уразливими групами, такими як діти з інвалідністю та їх сім'ї.

### **Практичні рекомендації щодо впровадження системи оцінки етичності поведінки соціальних працівників**

#### **Впровадження регулярної самооцінки соціальних працівників**

*Рекомендація:* Розробити спеціальні форми для самооцінки етичної поведінки, що ґрунтуються на етичних кодексах. Включити туди ключові питання про роботу з дітьми з інвалідністю, їхніми сім'ями з акцентом на дотримання прав, повагу до гідності та забезпечення конфіденційності.

*Практичне застосування:* Працівники можуть щомісяця або щокварталу заповнювати ці форми й обговорювати результати з супервізором для отримання зворотного зв'язку та планування подальшого розвитку.

## **Регулярні супервізії з фокусом на етичні питання**

*Рекомендація:* Включати етичні питання до кожної супервізії, під час якої соціальні працівники можуть обговорювати реальні випадки зі своєї практики. Особливо важливо розглядати ситуації, що стосуються дітей з інвалідністю та етичних дилем, з якими стикаються працівники.

*Практичне застосування:* Супервізори можуть використовувати заздалегідь підготовлені сценарії або конкретні приклади для спільного аналізу з працівниками.

### **Оцінка клієнтами (дітьми та їхніми батьками)**

*Рекомендація:* Створити анкети для клієнтів, які враховують специфіку роботи з дітьми з інвалідністю, щоб зібрати відгуки про якість взаємодії соціальних працівників. Анкети повинні бути адаптовані для дітей з різними потребами.

*Практичне застосування:* Розробити спрощені анкети для батьків і дітей, де будуть питання про відчуття поваги, участі у прийнятті рішень, підтримки та конфіденційності. Використовувати ці анкети після ключових етапів роботи (наприклад, після завершення програми підтримки).

### **Використання колегіальної оцінки під час супервізій та тренінгів**

*Рекомендація:* Запровадити колегіальну оцінку під час тренінгів або супервізійних зустрічей, де колеги оцінюють етичність дій один одного на основі реальних кейсів. Це дозволить працівникам обмінюватися досвідом і знаходити спільні рішення етичних проблем.

*Практичне застосування:* Проводити регулярні тренінги з етики, де кожен соціальний працівник аналізує випадки своїх колег, звертаючи увагу на етичні аспекти, зокрема в контексті роботи з дітьми з інвалідністю.

### **Навчання та підвищення кваліфікації з етичних аспектів соціальної роботи**

*Рекомендація:* Розробити та впровадити навчальні програми з етичних питань, що мають регулярний характер. Особлива увага має приділятися роботі з уразливими групами, такими як діти з інвалідністю.

*Практичне застосування:* Організовувати щорічні семінари чи онлайн-курси, де соціальні працівники зможуть обговорювати нові етичні виклики та шляхи їх вирішення. Залучати експертів із права та етики до проведення таких навчань.

## Формування етичного комітету в організації

*Рекомендація:* Створити етичний комітет у соціальній службі, який би займався оцінкою та розглядом етичних питань, особливо тих, що виникають у роботі з дітьми з інвалідністю.

*Практичне застосування:* Регулярні засідання комітету, на яких розглядаються скарги або складні випадки. Комітет може також надавати рекомендації щодо покращення етичної поведінки працівників.

Всі ці заходи допоможуть не лише підвищити дієвість соціальної роботи, а й сприяти розвитку культури етичної рефлексії серед соціальних працівників, зокрема у складних питаннях, пов'язаних із наданням підтримки дітям з інвалідністю та їх сім'ями, забезпечення їхньої соціальної реабілітації та впровадження інклюзивних підходів.

### Кейси для рефлексії та дискусій

- Етичним кодексом організації заборонено приймати будь-які подарунки від клієнтів. Під час відвідування родини, яка перебуває під соціальним супроводом, дитина з інвалідністю захотіла подарувати соціальному працівнику іграшку, яку вона сама спеціального для нього зробила і дуже пишається тим, що їй вперше вдалось виконати таку складну роботу. Як би ви вчинили: взяли подарунок від дитини чи ні? Чому? Аргументуйте свою поведінку.
- Під час консультації з батьками дитини з інвалідністю один з батьків зізнався, що застосовував фізичне покарання до дитини, але просить не розголошувати цю інформацію, оскільки це може зашкодити його роботі. Як ви вчините? Чи повідомите про цей випадок відповідні органи, чи дотримаетесь конфіденційності? Чому?
- Соціальний працівник супроводжує дитину з інвалідністю на регулярні сеанси терапії. Мати дитини після важкої бесіди з лікарем емоційно звертається до вас з проханням про психологічну підтримку та пораду. Як ви вчините? Чи підтримаєте її як професіонал, чи порадите звернутися до іншого фахівця для психологічної підтримки? Наведіть свої міркування щодо вибору власної поведінки.

- Ви дізналися, що один із ваших колег, який також працює з дітьми з інвалідністю, особисто знайомий із сім'єю, яку він супроводжує. Чи маєте ви повідомити керівництво про цей можливий конфлікт інтересів? Чому?
- Ви маєте обмежений час для відвідувань і раптово дізналися про кризову ситуацію в родині, з якою працюєте. Проте у вас вже заплановано консультацію з іншою сім'єю, яка також потребує вашої підтримки. Як ви вирішите, якій родині приділити увагу в першу чергу? Чому?
- Під час тривалого співробітництва з сім'єю дитини з інвалідністю ви стали свідком їхніх життєвих труднощів та перемог. Мати дитини запросила вас відвідати сімейне свято. Як ви вчините: приймете запрошення чи відмовитеся? Чому?
- Ви дізналися, що один із батьків дитини, яку ви супроводжуєте, має переконання, які суперечать вашим особистим етичним чи моральним цінностям (наприклад, щодо виховання дітей). Як ви вчините, щоб зберегти професійну нейтральність, але водночас захистити інтереси дитини? Чому?

## Література

1. Міністерство соціальної політики України (2023). *Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги денного догляду дітей з інвалідністю: наказ № 119-Н*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0898-23#Text>

2. Міністерство у справах молоді та спорту України (2005). *Про затвердження Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України: наказ № 1965*. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1965643-05/stru>

3. Петрук, В. (2022). Етичні засади роботи соціального працівника з дітьми з інвалідністю. *Ввічливість. Humanitas*, 5, 52–60.

4. Семигіна, Т. (2021). *Міжнародна соціальна робота: пріоритети та стандарти*. Київ: Академія праці, соціальних відносин і туризму.

5. Семигіна, Т. (2019). Нові глобальні етичні принципи соціальної роботи. *Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму*, 1, 70–85.

6. Столярик, О. & Семигіна, Т. (2022). Підхід, орієнтований на сильні сторони: огляд основних принципів. *Ввічливість. Humanitas*, 4, 59–67.

7. Хлебик, С. Р. (2023). *Етика соціальної роботи: навчально-методичний посібник*. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя.

8. Banks, S., Cai, T., De Jonge, E., Shears, J., Shum, M., Sobočan, A. M., ... & Weinberg, M. (2020). Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses. *International social work*, 63(5), 569–583.

9. DuBois. (2007). *A framework for analyzing ethics cases*. [https://www.researchgate.net/publication/242419386\\_A\\_FRAMEWORK\\_FOR\\_ANALYZING\\_ETHICS\\_CASES](https://www.researchgate.net/publication/242419386_A_FRAMEWORK_FOR_ANALYZING_ETHICS_CASES)

10. Montreuil, M., Bogossian, A., Laberge-Perrault, E., & Racine, E. (2021). *A review of approaches, strategies and ethical considerations in participatory research with children*. *International Journal of Qualitative Methods*, 20, 1609406920987962.

11. Pies, R. & DuBois, J. M. (2008). *Ethics in Mental Health Research, Principles, Guidance and Cases*. Oxford: Oxford University Press.

12. Rogowski, S. (2024). *Critical social work with children and families: Theory, context and practice*. Policy Press.

13. Rothman, J. (2018). *Social work practice across disability*. Routledge.

14. Steiner, O. (2021). Social work in the digital era: Theoretical, ethical and practical considerations. *The British Journal of Social Work*, 51(8), 3358–3374.

15. Tandy, K. B., & Heffernan, T. (2006). Representing Children with Disabilities: Legal and Ethical Considerations. *Nevada Law Journal*, 6 (3), 1396.

16. The Social Protection Committee. (2010). *A Voluntary European Quality Framework For Social Services*. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6140&langId=en>

17. Wilkins, D. (2012). Ethical dilemmas in social work practice with disabled people: The use of physical restraint. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16(2), 127–133.

## Додаток

# ПОСЛУГИ ТА ПІЛЬГИ ДЛЯ ОСІБ, У Т. Ч. ДІТЕЙ, З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ<sup>1</sup>

Соціальний захист осіб з інвалідністю є складовою діяльності держави щодо забезпечення прав і можливостей осіб з інвалідністю нарівні з іншими громадянами та полягає у наданні пенсії, державної допомоги, компенсаційних та інших виплат, пільг, соціальних послуг, здійсненні реабілітаційних заходів, встановленні опіки (піклування) або забезпеченні стороннього догляду. Порядок та умови визначення потреб у зв'язку з інвалідністю встановлюються на підставі висновку медико-соціальної експертизи та з урахуванням здібностей до професійної і побутової діяльності особи з інвалідністю.

**Основні види соціальних послуг, якими можуть скористатися особи з інвалідністю**

1. **Інформування та консультивання:** надання допомоги в аналізі життєвої ситуації, визначенні основних проблем та шляхів їх вирішення, складання плану виходу і складної життєвої ситуації, психологічне консультивання.

2. **Підтримане проживання:** надання місця для проживання; навчання, розвиток та підтримка навичок самостійного проживання; допомога в організації розпорядку дня, веденні домашнього господарства (закупівля і доставка продуктів харчування, ліків та інших товарів, приготування їжі, косметичне прибирання); організація медичного патронажу; допомога у представництві інтересів, організації взаємодії з іншими фахівцями та службами, отриманні безоплатної правової підтримки; надання інформації з питань соціального захисту населення.

3. **Догляд, у тому числі вдома, стаціонарний та денний** (для осіб, які частково або повністю втратили/не набули здатності до

---

<sup>1</sup> Послуги та пільги для осіб з інвалідністю: що, як, де можна отримати? Публікація 28.12.2023 р. Міністерство соціальної політики України: офіційний сайт. URL: <https://www.msp.gov.ua/news/23405.html>



самообслуговування): допомога в самообслуговуванні, забезпечення потреб у догляді, розвитку життєвих навичок; забезпечення умов для денного перебування та харчування; надання реабілітаційних послуг; психологічна підтримка, організація дозвілля.

4. **Натуральна допомога:** надання харчових, продуктів і засобів особистої гігієни, санітарно-гігієнічних засобів та засобів догляду, одягу, взуття та інших предметів першої необхідності; забезпечення паливом; пошиття одягу, ремонт одягу та/або взуття; надання перукарських послуг; прання білизни та одягу; допомога у ремонтних роботах; обробіток присадибної ділянки, косіння трави біля будинку, рубання та розпилювання дров; косметичне, вологе, генеральне прибирання тощо.

5. **Переклад жестовою мовою:** передбачається переклад жестовою мовою під час відвідування особами з порушеннями слуху та мовлення: органів державної влади та місцевого самоврядування, зокрема органів Пенсійого фонду України, Державної служби зайнятості; банківських установ; виконавців комунальних послуг, об'єднання співвласників багатоквартирного будинку (ОСББ); підприємств з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації; закладів охорони здоров'я, медико-соціальних експертних комісій (МСЕК), лікарсько-консультативних комісій (ЛКК) та аптек; закладів освіти, в яких навчаються діти нечуючих батьків, для комунікації із педагогічними працівниками цих установ тощо; при купівлі товарів, робіт і послуг; інших установ, закладів, підприємств, організацій (за згодою надавача соціальної послуги); при вирішенні громадських, особистих та побутових питань (за згодою надавача соціальної послуги).

6. **Персональний асистент:** допомога та догляд, фізичний супровід для забезпечення самостійності та інтеграції в суспільство; сприяння в реалізації прав у сферах соціального захисту, зайнятості, охорони здоров'я, освіти і науки, доступність інфраструктури та інші.

7. **Соціальна реабілітація** (для осіб з інтелектуальними та психічними розладами): навчання, формування, розвиток та підтримка соціально-побутових навичок (самообслуговування, комунікації, позитивної поведінки, приготування їжі, користування грошима, орієнтування тощо); допомога в забезпеченні технічними засобами

реабілітації, навчанні навичкам користування ними; психологічна підтримка, консультування щодо соціального захисту населення; організація дозвілля, спортивно-оздоровчої, технічної та художньої діяльності, працетерапія; арт-терапія; консультування щодо соціального захисту населення.

8. **Соціальна адаптація:** допомога в інтеграції особам з інвалідністю в соціум (психологічна допомога, розвиток соціальних навичок, відновлення та зміцнення родинних і товаристських зв'язків, організація дозвілля, допомога в пошуку роботи, а також відновлення комунікативних навичок).

9. **Тимчасовий відпочинок** (для осіб, які доглядають за дітьми / особами з інвалідністю): забезпечення тимчасового догляду для особи з інвалідністю за місцем її проживання на період відсутності осіб, які здійснюють догляд за людьми з інвалідністю.

10. **Фізичний супровід** (для осіб з інвалідністю, зокрема з інтелектуальними, сенсорними, фізичними, моторними, психічними та поведінковими порушеннями) – надання допомоги при переміщенні у громадських місцях і транспорті; відвідуванні установ та закладів освіти, надавачів медичних, соціальних та реабілітаційних послуг тощо; купівлі товарів, робіт і послуг.

11. **Транспортні послуги** (одноразова транспортна послуга для осіб, які з об'єктивних (обґрунтованих) причин не можуть користуватися громадським транспортом, щоб дістатись до закладу, який надає соціальні, адміністративні послуги, медичну допомогу, здійснює реабілітацію): забезпечення перевезення маломобільних осіб спеціальним транспортним засобом, соціальним таксі із супроводжуючим або придбання (компенсація вартості) палива.

### **Реабілітація осіб з інвалідністю**

В умовах повномасштабної війни стрімко зростає потреба у своєчасному та ефективному наданні реабілітаційних послуг. Адже кількість осіб з інвалідністю (у т. ч. дітей з інвалідністю) збільшилась більше ніж на 100 тис. осіб. Для порівняння, у довоєнний період щорічне зростання становило в середньому 13 тисяч. У зв'язку з цим Уряд ухвалив рішення про надання допоміжних засобів реабілітації для військових та цивільних, постраждалих внаслідок війни

незалежно від встановлення інвалідності; забезпечення учасників бойових дій протезними виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, або спеціальними виробами для занять спортом; можливість дострокової заміни засобів реабілітації, пошкоджених або знищених внаслідок війни; запровадженням під час дії воєнного стану екстреного (кризового) надання значної більшості соціальних послуг за спрощеною процедурою тощо.

**Реабілітація дітей з інвалідністю** здійснюється відповідно до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення реабілітації дітей з інвалідністю, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27.03.2019 № 309 (зі змінами). Перелік реабілітаційних установ, які надають такі послуги, розміщено за посиланням:

<https://www.ispf.gov.ua/diyalnist/reabilitaciya-ditej/perelik-reabilitacijnih-ustanov> .

Вартість реабілітаційних послуг для кожної дитини визначається реабілітаційною установою відповідно до індивідуальної програми реабілітації.

Гранична вартість реабілітаційних послуг на рік для однієї дитини, яка відповідно до індивідуальної програми реабілітації за більшістю основних категорій життєдіяльності має обмеження I та II ступеня, не може перевищувати 16 тис. грн, III ступеня – 25 тис. грн.

Гранична вартість реабілітаційних послуг на рік для однієї дитини-сироти, дитини, позбавленої батьківського піклування, яка відповідно до індивідуальної програми реабілітації за більшістю основних категорій життєдіяльності має обмеження I, II, III ступеня, збільшується на 50 відсотків для кожного ступеня.

Реабілітаційними послугами в межах їх граничної вартості одна дитина може бути забезпечена декілька разів протягом бюджетного року. Реабілітаційні послуги можуть надаватися у стаціонарі та амбулаторно.

Вартість витрат реабілітаційної установи на реабілітаційні послуги для однієї дитини становить не менше ніж 60 відсотків граничної вартості реабілітаційних послуг для однієї такої дитини. У граничну вартість реабілітаційних послуг, які надаються амбулаторно,

можуть включатися витрати на харчування дитини. У граничну вартість реабілітаційних послуг, які надаються в стаціонарі, може включатися вартість проживання та харчування дитини, одного з батьків чи законного представника дитини або супроводжувальної особи.

Відшкодування вартості реабілітаційних послуг для дітей здійснюється місцевими органами в межах бюджетних коштів шляхом їх безготівкового перерахування реабілітаційним установам як оплати за надані послуги відповідно до укладених договорів на підставі актів наданих послуг у розмірі, що не перевищує встановленої граничної вартості реабілітаційних послуг, а якщо вартість таких послуг є меншою від граничної, – у розмірі, що не перевищує фактичної вартості реабілітаційних послуг.

Дорожню карту отримання та надання реабілітаційних послуг згідно з Порядком № 309 розміщено за посиланням:

<https://www.ispf.gov.ua/diyalnist/reabilitaciya-ditej/poryadok-zabezpechennya-reabilitacijnimi-zahodami>

**Електронний кабінет особи з інвалідністю** забезпечує зручний оперативний спосіб подачі пакету документів для забезпечення допоміжними та іншими засобами реабілітації онлайн. Детальну інформацію щодо реєстрації в електронному кабінеті та користування ним розміщено за посиланням:

<https://ek-cbi.msp.gov.ua>

### ***Пільги для осіб з інвалідністю***

Окрім спеціальних соціальних послуг для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю ,безплатно або за зниженими тарифами надаються пільги на:

- індивідуальні програми реабілітації, послуги з соціально-побутового і медичного обслуговування, допоміжні засоби реабілітації (засоби для пересування, протезні вироби, сурдотехнічні засоби, мобільні телефони для письмового спілкування тощо);
- вироби медичного призначення (індивідуальні пристрої, протези очей, зубів, щелеп, окуляри, слухові та голосотворювальні апарати, ендопротези, сечо- та калоприймачі тощо);

- крісла колісні з електроприводом – за наявності відповідного медичного висновку;
- безплатну спеціалізовану медичну, дефектологічну і психологічну допомогу та безплатне протезування у відповідних державних і комунальних закладах охорони здоров'я (для дітей з інвалідністю та дітям з інтелектуальними або фізичними порушеннями).

Крім того, передбачено й низку інших пільг. Наприклад:

**Пільги на оплату житлово-комунальних послуг, придбання твердого палива і скрапленого газу.** Надаються особам з інвалідністю внаслідок війни у розмірі 100-відсоткової знижки плати у межах соціальних норм і нормативів користування житлово-комунальними послугами.

**Безкоштовні путівки в санаторії** (за наявності медичних показань). Батькам дітей з інвалідністю виплачується допомога з тимчасової непрацездатності за увесь період санаторно-курортного лікування дитини. Для того щоб отримати виплати, потрібно за місцем роботи надати медичний висновок про необхідність стороннього догляду за дітьми.

**Отримання у власність автомобіля.** Особа з інвалідністю, а також її законний представник у випадку неієздатності, чи дитина з інвалідністю має право безплатно отримати у власність автомобіль, що був наданий безплатно або на умовах пільг, включаючи транспортні засоби, отримані як гуманітарну допомогу, після його 10-річного терміну використання.

Особа з інвалідністю внаслідок війни має право на позачергове безплатне забезпечення автомобілем (за наявності медичних показань для забезпечення автомобілем) на термін експлуатації до десяти років (з наступною заміною на новий), виплата компенсації на бензин (пальне), ремонт, технічне обслуговування автомобілів або на транспортне обслуговування.

**Безплатне чи пільгове придбання лікарських засобів.** Особи з інвалідністю, які отримують пенсію на рівні або нижче мінімального розміру, або державну соціальну допомогу замість пенсії, а також діти з інвалідністю мають право на безоплатні лікарські препарати

за лікарськими рецептами при амбулаторному лікуванні. Особи з інвалідністю I та II груп можуть отримати медикаменти за лікарськими рецептами з 50 % оплатою їх вартості (за умови амбулаторного лікування). Особи з інвалідністю внаслідок війни та особи, що прирівнюються до них, отримують пільгу на безплатне одержання медичних виробів за рецептами лікарів, право на безплатне отримання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та медичних виробів за рецептами лікарів, право на позачергове безплатне зубопротезування (за винятком протезування з дорогоцінних металів), безплатне забезпечення іншими протезами і протезно-ортопедичними виробами.

Також особи з інвалідністю за умови медичних показань мають право на безплатне забезпечення санаторно-курортними путівками. Крім того, держава надає соціально-побутове та медичне обслуговування (сурдотехнічні засоби, протези та протезні вироби, окуляри, слухові і голосоутворювальні апарати). Особи з інвалідністю внаслідок війни мають право на щорічне медичне обстеження і диспансеризацію із залученням необхідних спеціалістів.

**Позачергове обслуговування осіб з інвалідністю.** Особи з інвалідністю, діти з інвалідністю та особи, які супроводжують осіб з інвалідністю I групи або дітей з інвалідністю (не більш як одна особа, яка супроводжує особу з інвалідністю I групи або дитину з інвалідністю), мають право на позачергове обслуговування в будь-яких касах, а також на підприємствах, в установах та організаціях усіх форм власності та підпорядкування, які надають будь-які послуги населенню. Крім того, особи з інвалідністю внаслідок війни мають право на позачергове обслуговування амбулаторно-поліклінічними закладами, а також позачергову госпіталізацію.

**Пільговий перетин кордону.** Особи з інвалідністю, які прямують на лікування (за наявності підтвердних документів), особи з інвалідністю I групи та діти з інвалідністю мають право на пріоритет перед іншими особами на проходження передбачених законодавством видів контролю в пунктах пропуску через державний кордон України, контрольних пунктах в'їзду на тимчасово окуповані території та виїзду з таких територій. Разом з такими особами у

пріоритетному порядку можуть слідувати особи, які їх супроводжують (не більше двох), та, у разі необхідності, – близькі родичі першої лінії спорідненості.

У пунктах пропуску через державний кордон України для автомобільного сполучення та контрольних пунктах в'їзду-виїзду на тимчасово окуповані території пріоритет може надаватися при слідуванні в пішому порядку або на легковому автомобілі за умови відсутності в транспортному засобі, в якому прямують зазначені особи, інших (крім визначених цією статтею) осіб.

**Пільговий проїзд осіб з інвалідністю.** Особи з інвалідністю I та II групи, діти з інвалідністю та особи, які супроводжують осіб з інвалідністю I групи або дітей з інвалідністю (не більше однієї особи, яка супроводжує особу з інвалідністю I групи або дитину з інвалідністю), мають право на безплатний проїзд у пасажирському міському транспорті (крім таксі) за наявності посвідчення чи довідки, зазначених у цьому Законі, а в разі запровадження автоматизованої системи обліку оплати проїзду – також електронного квитка, який видається на безплатній основі.

Особи з інвалідністю, діти з інвалідністю та особи, які супроводжують осіб з інвалідністю першої групи або дітей з інвалідністю (не більше однієї особи, яка супроводжує особу з інвалідністю або дитину з інвалідністю), мають право на 50-відсоткову знижку вартості проїзду на внутрішніх лініях (маршрутах) повітряного, залізничного, морського, внутрішнього водного та автомобільного транспорту в період з 1 жовтня по 15 травня.

**Пільговий проїзд осіб з інвалідністю внаслідок війни.** Особи з інвалідністю внаслідок війни мають право на безплатний проїзд усіма видами міського пасажирського транспорту, автомобільним транспортом загального користування в сільській місцевості, а також залізничним і водним транспортом приміського сполучення та автобусами приміських і міжміських маршрутів, у тому числі внутрірайонних, внутрі- та міжобласних незалежно від відстані та місця проживання за наявності посвідчення встановленого зразка, а в разі запровадження автоматизованої системи обліку оплати проїзду – також електронного квитка, який видається на безплатній

основі. Це право поширюється і на особу, яка супроводжує особу з інвалідністю I групи.

Особам з інвалідністю внаслідок війни I і II груп надається право безплатного проїзду один раз на рік (туди і назад) залізничним, водним, повітряним або міжміським автомобільним транспортом, а особам, які супроводжують осіб з інвалідністю I групи (не більше одного супроводжуючого), – 50-процентна знижка вартості проїзду один раз на рік (туди і назад) зазначеними видами транспорту. Особам з інвалідністю внаслідок війни та особам, які супроводжують у поїздках осіб з інвалідністю I групи (не більше одного супроводжуючого), надається право користування міжміським транспортом зазначених видів у період з 1 жовтня по 15 травня з 50-процентною знижкою вартості проїзду без обмеження кількості поїздок. Пільгове перевезення осіб з інвалідністю здійснюють усі підприємства транспорту незалежно від форми власності та підпорядкування.

**Освіта.** Спеціальні умови для здобуття вищої освіти за державним замовленням і за рахунок цільових пільгових державних кредитів надаються:

- особам з інвалідністю, які не спроможні відвідувати навчальний заклад (за рекомендацією органів охорони здоров'я та соціального захисту населення);
- особам, у яких є захворювання, зазначені у Переліку захворювань та патологічних станів, що можуть бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання;
- особам з інвалідністю I, II групи і дітям з інвалідністю віком до 18 років, яким не протипоказане навчання за обраною спеціальністю.

У разі складання вступних іспитів з позитивним результатом до професійно-технічних навчальних закладів поза конкурсом захищуються діти з інвалідністю та особи з інвалідністю, яким не протипоказане навчання за обраною спеціальністю. За інших рівних умов переважне право на зарахування до професійно-технічних навчальних закладів мають особи з інвалідністю, у яких обидва батьки є особами з інвалідністю; один з батьків є особою з інвалідністю, а



інший помер; одинока матір є особою з інвалідністю; батько є особою з інвалідністю та виховує дитину без матері.

Під час навчання зазначеним категоріям громадян стипендія (у разі призначення) та пенсія (державна соціальна допомога особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю) виплачуються у повному розмірі. Особи з інвалідністю внаслідок війни мають право на державну цільову підтримку для здобуття ними та їх дітьми професійної (професійно-технічної), фахової передвищої та вищої освіти у державних та комунальних закладах освіти. Для дітей з інвалідністю, які потребують опіки і стороннього догляду, за згодою батьків / опікунів забезпечується навчання в загальноосвітніх (у т. ч. спеціальних) навчальних закладах за навчальними програмами, у тому числі і в домашніх умовах.

Діти з інвалідністю, які перебувають у реабілітаційних закладах, мають право здобувати освіту за індивідуальними навчальними програмами. Студентам, які є дітьми з інвалідністю, та особами з інвалідністю I–III групи, призначається соціальна стипендія та може надаватися додаткова соціальна і матеріальна допомога

*Для нотаток*

*Навчальне видання*

На шляху до інклюзії:  
соціальна робота з дітьми  
з інвалідністю та їхніми сім'ями

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 21,62.  
Наклад 500 пр. Зам. № 540.

ТОВ «505»  
м. Житомир, вул. М. Бердичівська, 17А.  
тел.: 073 101 22 33  
*Свідоцтво серія ДК №5609 від 21.09.2017 р.*

Друк та палітурні роботи ФОП О.О. Євенок  
м. Житомир, вул. М. Бердичівська, 17А  
тел.: 073 101 22 33, e-mail: [bookovych@gmail.com](mailto:bookovych@gmail.com)  
*Свідоцтво серія ДК №3544 від 05.08.2009 р.*