

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**Чернівецький національний університет**

**імені Юрія Федьковича**

**Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи**

**Кафедра педагогіки та соціальної роботи**

**ДІЯЛЬНІСТЬ ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ  
ДЛЯ ДІТЕЙ І МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ  
У СИСТЕМІ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ УКРАЇНИ**

**Кваліфікаційна робота**

**Рівень вищої освіти – другий (магістерський)**

Виконала:

студентка II курсу, групи 614

спеціальності 231 Соціальна робота

**Білокопита Оксана Володимирівна**

Керівник:

д. пед. н., проф. Тимчук Л.І.

**До захисту допущено:**

**Протокол засідання кафедри № \_\_\_\_**

від « \_\_\_\_ » листопада 20 \_\_\_\_ р.

Зав. кафедри \_\_\_\_\_ д. пед. н., проф. Тимчук Л.І.

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

\_\_\_\_\_  
(підпис) О.В.Білокопита

Чернівці – 2023

## АНОТАЦІЯ

**Білокопита О.В. Діяльність центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю у системі надання соціальних послуг в Україні.** Кваліфікаційна робота на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 231 Соціальна робота. Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, м. Чернівці, 2023.

У кваліфікаційній роботі розкрито теоретичні засади та охарактеризовано зміст та організаційні засади діяльності центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю у системі надання соціальних послуг в Україні.

У першому розділі охарактеризовано теоретичні засади вивчення діяльності центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю через розкриття сутності понять «інвалідність» і «реабілітація» у контексті сучасних наукових знань; здійснено аналіз концепції реабілітації дітей і молоді з інвалідністю та її суспільно-історичні зміни - від ізоляції до інтеграції і включення,

У другому розділі простежено етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в період незалежності України; проаналізовано типологію центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю відповідно до системи їхнього підпорядкування та напряму надання реабілітаційних послуг; конкретизовано зміст і організаційні аспекти надання реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю в системі державної соціальної політики. На прикладі Буковинського центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Особлива дитина» обґрунтовано ефективність діяльності центрів як форми надання якісних послуг дітям та молоді з інвалідністю, визначено перспективи їх розвитку.

Матеріали дослідження варто використовувати в підготовці майбутніх фахівців соціальної сфери, а також практиці надання соціальних послуг дітям і молоді з інвалідністю в умовах децентралізації, державного управління, розвитку громадянського суспільства.

**Ключові слова:** інвалідність, діти та молодь з інвалідністю, центри реабілітації, розвиток, моделі надання реабілітаційних послуг, соціальні послуги.

## ABSTRACT

**Bilokopyta O.V. Activity of rehabilitation centres for children and youth with disabilities in the system of social services in Ukraine.** Qualification thesis for the second (master's) level of higher education in the speciality 231 Social Work. Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University, Chernivtsi, 2023.

The qualification work reveals the theoretical foundations and describes the content and organisational principles of the activities of rehabilitation centres for children and young people with disabilities in the system of social services in Ukraine.

The first section describes the theoretical foundations of studying the activities of rehabilitation centres for children and young people with disabilities by revealing the essence of the concepts of "disability" and "rehabilitation" in the context of modern scientific knowledge; analyses the concept of rehabilitation of children and young people with disabilities and its socio-historical changes - from isolation to integration and inclusion,

The second section describes the stages of development of rehabilitation centres for children and young people with disabilities during the period of Ukraine's independence; analyses the typology of rehabilitation centres for children and young people with disabilities in accordance with the system of their subordination and the direction of rehabilitation services; specifies the content and organisational aspects of providing rehabilitation services to children and young people with disabilities in the system of state social policy. On the example of the Bukovinian Centre for Comprehensive Rehabilitation for Children with Disabilities "Special Child", the effectiveness of the centres as a form of providing quality services to children and youth with disabilities is substantiated, and the prospects for their development are determined.

The materials of the study should be used in the training of future social workers, as well as in the practice of providing social services to children and youth with disabilities in the context of decentralisation, public administration, and the development of civil society.

**Keywords:** disability, children and youth with disabilities, rehabilitation centers, development, models of rehabilitation services, social services.

## ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДІЯЛЬНОСТІ ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ	7
1.1. Поняття інвалідності в контексті сучасних наукових знань	7
1.2. Реабілітація дітей і молоді з інвалідністю в теоретичних інтерпретаціях	26
РОЗДІЛ 2. НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ ДІТЯМ ТА МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ	41
2.1. Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні	41
2.2. Центр як форма надання якісних послуг дітям та молоді з інвалідністю (на прикладі «Буковинського центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Особлива дитина»)	66
ВИСНОВКИ	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	75
ДОДАТКИ	83

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Курс України на побудову демократичного суспільства з високими соціальними стандартами якості життя актуалізує різні аспекти дослідження та переосмислення вітчизняного досвіду соціальної роботи, пошук відповідей на виклики часу та визначення перспектив подальшого розвитку. Серед багатьох сегментів сучасної соціальної роботи в Україні, включення дітей та молоді з інвалідністю в життя суспільства, є пріоритетним напрямом, в якому центри реабілітації займають ключове місце.

У 90-х роках ХХ століття в Україні, як на державному так і громадському рівнях, започатковано систему соціальних послуг для дітей та молоді з інвалідністю. У 2009 році Україною ратифіковано Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю, яка унормовує питання реабілітації, включення та інтеграцію дітей та молоді з інвалідністю у суспільне життя.

Нині в Україні відбуваються зміни моделі щодо надання реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю – з медичної, соціальної і правової на біопсихосоціальну, що ґрунтується на утвердженні цінностей самостійного способу життя і прав осіб з інвалідністю. У руслі змін відбувається вдосконалення системи надання відповідних соціальних і реабілітаційних послуг, здійснення заходів із забезпечення зайнятості та працевлаштування; формування інклюзивного суспільства та створення умов соціальної інтеграції, безперешкодного середовища, зокрема для маломобільних груп. На часі забезпечення активної взаємодії державних органів та громадських організацій, ефективна діяльність центрів реабілітації осіб з інвалідністю, у тому числі дітей та молоді.

Різновекторні питання соціальної реабілітації є предметом вивчення вітчизняних і зарубіжних науковців та практиків. Загально-технологічні підходи щодо соціальної реабілітації осіб з інвалідністю досліджували вітчизняні науковці: Н. Гусак, І. Іванова, Н. Комарова, А.Кунцевська, Р. Кравченко, Р.Левін, М. Мамчура, О. Молчан, Т. Семигіна, А.Скорбатюк, А. Тиганов.

Вивченню особливостей соціально-педагогічної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю присвячені праці сучасних українських та зарубіжних дослідників: О. Безпалько, Ю. Богинська, Г. Бурова, О. Глоба, А. Капська, Н. Комарова, Н. Мирошніченко, І. Пінчук, С. Толстоухова, А. Шевцов; у тому числі із сім'ями, що виховують дітей з інвалідністю: Т. Алексеєнко, Б. Бейкер, Н. Бутенко, Н. Грабовенко, Н. Заверико, М. Карпа, З. Кияниця, М. Лехолетова, Т. Лях, І. Макарєнко, М. Радченко, Т. Соловійова. Різні питання соціальної реабілітації осіб з інвалідністю висвітлено Н. Гусак, І. Кравченко, О. Молчан. Окремі питання роботи центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю опосередковано представлені в наукових дослідженнях, зокрема, в контексті вирішення питань соціалізації, профорієнтації (Л. Коваленко, Н. Мирошніченко, А. Тиганов), соціальної адаптації (А. Кунцевська, К. Молчанова, Ю. Популященко), формування життєвих компетентностей дітей з інвалідністю в центрах ранньої соціальної реабілітації (В. Ляшенко), фізичної культури в реабілітаційних центрах (О. Яшна). У деяких роботах приділяється увага професійному рівню фахівців, які надають реабілітаційні послуги (Т. Веретенко, Т. Єжова, К. Молчанова, Г. Першко) і управлінському (О. Бацман, О. Бісмак, Д. Дехтяренко).

Актуальність окресленої проблеми, її популярність у науково-практичних дослідженнях, а також власний досвід професійної діяльності, зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи **«Діяльність центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю у системі надання соціальних послуг в Україні»**.

**Мета дослідження** – розкрити теоретичні засади та охарактеризувати змістово-організаційну діяльність центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю у системі надання соціальних послуг в Україні.

**Завдання дослідження:**

- здійснити теоретичний аналіз понять «інвалідність» та «реабілітація» як ключових дефініцій дослідження;
- простежити еволюційний розвиток центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю в Україні;

- охарактеризувати зміст і організаційні аспекти надання реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю в системі державної соціальної політики

**Об'єкт дослідження** – соціальна реабілітація дітей та молоді з інвалідністю.

**Предмет дослідження** – зміст та організаційні засади діяльності центрів реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю в Україні.

**Методи дослідження:** *загальнонаукові* (аналіз, синтез, систематизація, узагальнення) – для обґрунтування вихідних теоретичних положень, формулювання базових понять дослідження; *історико-структурний* – з метою виокремлення та характеристики етапів розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю; *аналітичний* – для визначення змістово-організаційної діяльності центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю, визначення перспектив їхнього розвитку в системі надання соціальних послуг в Україні.

**Теоретичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що: здійснено дослідження розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю; охарактеризовано етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в період незалежності України; проаналізовано типологію центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю відповідно до системи їхнього підпорядкування та напряму надання реабілітаційних послуг; визначено перспективи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в системі надання соціальних послуг в Україні.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у можливостях їх використання у практиці надання соціальних послуг дітям і молоді з інвалідністю в умовах децентралізації, державного управління, розвитку громадянського суспільства. Теоретичні та практичні положення кваліфікаційної роботи бути використані для оновлення змісту навчальних дисциплін «Соціальна робота з різними категоріями населення», «Соціальний супровід клієнта», «Реабілітологія».

**Структура та обсяг роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (75 найменувань), додатків. Загальний обсяг - 87 сторінок.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДІЯЛЬНОСТІ

### ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ

#### 1.1. Поняття інвалідності в контексті сучасних наукових знань

Історичний розвиток зафіксував численні зміни щодо розуміння місця людини у суспільстві, де спершу (до середини ХХ ст.) людина трактувалася виробником матеріальних та духовних благ, цінність якого визначалась з погляду його «корисності». За таких умов та внаслідок своїх порушень людина з інвалідністю трактувалася як неповноцінна: вона або залишалася зі своїми проблемами наодинці, або змушена була пристосовуватися до суспільства чи проживати у спеціально відведених місцях інституалізаційного догляду. Отже, перший підхід у розумінні інвалідності як такий, що пов'язаний зі станом здоров'я людини, поставив в основу медичну модель розуміння «інвалідності» (Основні етапи, 2008). Ствердження *медичної моделі* в ХІХ і ХХ століттях набуло сили завдяки прогресу медичної практики і науки, що надало можливість напрацювати розуміння інвалідності, де біологічною і медичною основою є порушення функціонування структури тіла, що пов'язані з медичними захворюваннями. Ця медична модель інвалідності розглядає інвалідність як особисту проблему і націлена на лікування або догляд. Недолік даної системи полягає у розгляданні її як власної проблеми особистості, а не як проблеми суспільства, де найбільшою меншиною в кожному суспільстві є люди з інвалідністю.

Наразі зміни історичного погляду поставили акцент на соціальному контексті, де обмежені функціональні можливості людини розглядаються як наслідок того, що існуючі соціальні умови не дозволяють їй самореалізуватися та досягнути самостійності (соціальна модель трактування людини з інвалідністю). У 1960-70-ті роки медичне трактування інвалідності було

оскаржено громадським рухом осіб з інвалідністю за незалежне життя і напрацьовані соціальні підходи, у 80-ті роки сформувалась *соціальна модель* розуміння інвалідності (Окун, 1996). Ці підходи зосереджувались на соціальних бар'єрах і явищі дискримінації. Інвалідність стали розуміти як суспільну проблему, а не особисту, і організаційні рішення сфокусували на усуненнях соціальних бар'єрів і дискримінації.

Із прийняттям у 2006 році Конвенції ООН про права людей з інвалідністю набув свого розвитку правовий підхід в *правовій моделі* розуміння інвалідності (Про ратифікацію, 2009). У контексті цього напрямку проблема інвалідності постає в ракурсі «нерівність можливостей при рівності прав» і ставить питання розбудови суспільного устрою життя, де кожна людина може віднайти своє місце у соціальній системі, що розбудовується його членами, у тому числі і людьми з інвалідністю. Сама Конвенція не створила нових прав, вона зробила існуючі права людини доступними для людей з інвалідністю, враховуючи їхні потреби і великий спектр інвалідності, що передбачає такі складові: 1) захист і сприяння в реалізації прав, надання послуг, пов'язаних з інвалідністю; 2) прийняття заходів щодо зміни ставлення та поведінки з усунення стигматизації та маргіналізації осіб з інвалідністю; 3) налагодження політики, законодавства і програм, що ліквідуватимуть бар'єри та гарантуватимуть здійснення цивільних, культурних, економічних, політичних та соціальних прав осіб з інвалідністю (Інвалідність, 2015). Важливим для нас є ст. 19 зазначеної Конвенції, в якій визначається право на самостійне життя осіб з інвалідністю у громаді, що складається з: 1) права вибору; 2) персональної допомоги; 3) доступності до послуг і об'єктів громадського користування. Право вибору стосується самостійних рішень щодо місця і способу життя (Право людей, 2012, с.17), (Додаток А).

У світовій практиці все більше набуває поширення *біопсихосоціальна модель* трактування розуміння інвалідності, інтегруючи всі вище названі пріоритети: медичні показники психофізіологічного стану людини, середовищні чинники та проактивну позицію самої людини, правові засади соціального



ствердження кожного члена суспільства (Реабілітація на рівні громади, с.13-18).

Відтак, у трактуванні поняття інвалідності відіграють роль такі показники: стан здоров'я людини, рівень її функціональності та самостійності в опануванні побутовим, соціальним, професійним життям та ступінь її ймовірної уразливості. Варто зазначити, що традиційно розуміння здоров'я трактувалося як відсутність хвороби, травм, порушень певного спектру. Однак, визначення ВООЗ (1946) істотно розширює це поняття: здоров'я – це «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби і фізичних дефектів» (Статут, 1946). Здоров'я є цінним ресурсом, який дозволяє людям вести особистісно, соціально і економічно продуктивне життя, надаючи їм можливість вільно працювати, вчитися і активно брати участь у житті сім'ї і громади. Доцільно взяти до уваги, що на стан здоров'я людини впливає широкий спектр особистісних, економічних, соціальних чинників і чинників середовища. Ці чинники, зазвичай, звані детермінантами здоров'я, є цікавими і цінними для дослідження: генетичний чинник; індивідуальна поведінка і спосіб життя; зайнятість та умови праці; освіта; мережі соціальної підтримки; культура; стать; природне середовище; медико-санітарне обслуговування (Реабілітація, «Здоров'я»). Саме закладений у перелік захворювань Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем пов'язаних зі здоров'ям Десятого перегляду (МКХ-10) відносяться і захворювання, які можуть спричинити інвалідизацію (Міжнародний класифікатор).

Наразі МКХ, яка націлена на діагностику хвороб, травм і порушень, містить три відмінні один від одного класифікаційні системи, кожна з яких відноситься до різних наслідків хвороби: 1) класифікація порушення представляє розлади на рівні конкретного органу; 2) класифікація знижень працездатності відображає наслідки порушення у вигляді обмеження або відсутності здатності здійснювати діяльність у рамках норми, вона відображає розлад на рівні людини; 3) класифікація соціальної недостатності характеризує порушення, при яких людина може виконувати лише обмежено або не може виконувати зовсім звичайну для його положення роль у житті. Зазначена класифікація вперше

наголосила на зміні підходу до встановлення інвалідності. Однак, практика показала, що окремі її компоненти і життєві обмеження не адаптовані до дітей, не враховують вікові, поведінкові реакції дитини. Загалом МКХ орієнтовано на «наслідки хвороби», тобто на ті порушення, які можуть призвести до інвалідизації і, відповідно, потребують певної системи соціального забезпечення людей з інвалідністю. Класифікатор, зосереджуючись на порушеннях у стані здоров'я, не мав ресурсів для диференційної діагностики щодо ресурсів людини та її соціального контексту розвитку.

Історичний перехід до сучасної біопсихосоціальної моделі реабілітації осіб з інвалідністю спершу був зафіксований представленням ВООЗ у 1980 році у Міжнародній класифікації ушкоджень, порушень життєдіяльності та інвалідності (МКП), що у 2001 року була представлена ВООЗ як удосконалена версія цієї класифікації – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, а з 2007 року – як версію МКФ для дітей та підлітків. Наразі МКП і МКФ одночасно застосовує доповнюючи одна одну класифікаційні системи. Перша орієнтована на медичний аспект і розглядає порушення (симптоми) як складові хвороби, що потребують діагностування і медичного втручання, друга визначає соціальний аспект, де складники добробуту (наприклад, освіта і праця) пов'язані зі складниками здоров'я (Міжнародна класифікація, 2007). Відтак, соціальний та особистісно-правовий компонент постали як провідні у реалізації завдань медичної та фізичної реабілітації осіб з інвалідністю. При цьому, медична концепція трактування хвороб залишається в основі надання реабілітаційних послуг як гаранта відновлення фізичного здоров'я людини та її функціональної спроможності щодо самостійного життя і нормативно закріплюється у Міжнародній статистичній класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ), наразі перегляду 2019 року (МКХ), який вступив у силу 1 січня 2022 року, що привело до зміни парадигми в медичних послугах з медицини захворювань до медицини здоров'я (Міжнародний класифікатор).

Цей контекст постав предметом уваги нової класифікації, яка була

затверджена 22 травня 2001 року на 54-й сесії асамблеї ВООЗ – «Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я» (МКФ), була введена в 2001 році у світову спільноту, і в 2017 році – у законодавство України (Про затвердження, 2017). МКФ є класифікацією Групи міжнародних класифікацій ВООЗ, яка має багатоцільове призначення для використання в різних дисциплінах і галузях: медицина, управління охороною здоров'я, освіта, соціальний захист, страхування, працевлаштування, соціальна політика, законодавство і ін. З огляду на можливість опису за допомогою МКФ показників здоров'я і показників, пов'язаних зі зміною здоров'я, вона може бути застосована не лише для визначення порушень у розвитку організму людини, а й ресурсів для її соціального становлення як самостійного громадянина. МКФ орієнтується не на «наслідки хвороби» (як МКХ), а на «складові здоров'я». «Складові здоров'я» визначають, з чого воно складається, у той час як «наслідки хвороби» звертають увагу на ті впливи, які можуть надавати захворювання і інші зміни здоров'я на кінцевий результат. МКФ також містить перелік факторів зовнішнього середовища, що описують довкілля, в якому живе індивід, а також взаємодію або складні взаємини між зміною здоров'я і різними факторами (чинниками зовнішнього середовища, особистісними факторами). МКФ є науковим інструментом для послідовного порівняння на міжнародному рівні інформації про здоров'я і інвалідність. Саме МКФ фіксує нову парадигмальну модель інвалідності: біопсихосоціальну – розглядає людину в системі соціально-правових координат (Голленвегер, 2014).

Важливим досягненням міжнародної спільноти є створення у 2016 р. Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків (далі МКФ-ДП), прийнятою ВООЗ. МКФ-ДП дає визначення складових здоров'я і пов'язаними зі здоров'ям складових добробуту: активність і участь. У дітей і підлітків ці складові містять функції уваги, пам'яті, і сприйняття, активність і участь, включають ігрову діяльність, формування навичок, сімейне життя і освіту в різних доменах. Цей класифікатор об'єднує різні сфери життя людини з інвалідністю з урахуванням особистої ролі та робить

інвалідність міждисциплінарним поняттям (МКФ-ДП).

Важливим є залучення особи чи дитини з інвалідністю до планування реабілітаційних та відновлювальних заходів. Цей підхід приніс концептуальні зміни в підходах реабілітації.

Науковий аналіз показав, що державна політика, домінуюча концепція розуміння інвалідності та моделі реабілітації знаходяться у позиціях, які обумовлюють одна одну. Наразі, згідно з домінуючим підходом науковці і спеціалісти виокремлюють різні типи моделей розуміння осіб з інвалідністю, зокрема О. Беспалько, А. Капська – за політичними підходами (медична, соціальна, політико-правова, культурного плюралізму); О. Ярська-Смірнова – за розвитком змін у суспільстві (медична, соціальна, політико-економічна, конструктивізму, політичної/культурної меншини, незалежного життя, людської різноманітності, постмодерністська); О. Красюкова-Енс за ідеологічними чинниками (моральна, благодійна, медична, реабілітаційна, економічна, соціальна, британська, Handikap, культурна, правозахисна) (Байда, 2012, с. 28-33).

Провідну роль у змінах розуміння інвалідності відіграв громадський рух осіб з інвалідністю ще у 60-х роках ХХ століття, що зніціювався у Північній Америці та Європі та поширився по всьому світу під лозунгом: «Нічого про нас без нас». Засновником його вважають Е. Робертса, який, маючи важку форму інвалідності, вступив до університету Берклі (штат Каліфорнія) і впроваджував ідею самостійного життя людей з інвалідністю у світі. Згідно з цією ідеєю, людина з інвалідністю є частиною суспільства і має жити в суспільстві. Е.Робертс вважав хибним сприйняття людей з інвалідністю як пацієнтів, яких потрібно лікувати або як дітей, за якими потрібно доглядати, ані як героїв, якими варто захоплюватися. Він наголошував, що людина важких форм інвалідності сама здатна обирати як жити і самостійно звертатися за допомогою, але для цього потрібно створити умови. Цей рух отримав назву *незалежного життя*. Унікальним було те, що учасниками руху були особи з інвалідністю з дитинства, які вимагали від держави фінансування реабілітації, доступної освіти,

можливості працевлаштуватись. Сама назва «незалежне життя» мала філософське значення, інвалідність у цьому контексті розглядалась як бар'єр, що не надавав право людині приймати рішення і вільно обирати спосіб життя, будувати взаємозалежні відносини з іншими членами суспільства. У цьому підході люди з інвалідністю розглядались як кращі експерти своїх потреб і тому можуть контролювати і управляти своїм життям: робити вибір (обирати послуги і постачальників послуг); зменшувати психологічну і фізичну залежність від іншої людини (бути максимально самостійними за допомоги реабілітації, технічних засобів і умов середовища); ризикувати чи мати право на успіх чи провал (право на помилку); нести відповідальність за рішення і дії; мати самовизначення і самостійність (Руйнівник міфів, 2014).

Цей рух заклав ґрунтовні підходи для формування методології послуг, умов включення в суспільство осіб з інвалідністю, вплинув на формування принципів Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю: це людина з інвалідністю має брати активну участь в усіх аспектах життя тою мірою, яку вибере; виконувати різні соціальні функції і ролі, у тому числі навчатись, працювати, управляти своїм житлом, створювати сім'ю, відпочивати, відстоювати свої права і виконувати обов'язки громадянина. Для того, щоб людина з інвалідністю, особливо важких і комбінованих форм, мала можливість приймати рішення і визначати свої дії вся система медичної, освітньої, соціальної і реабілітаційної підтримки має містити формування світогляду самостійності, створювати допоміжні послуги та технології, надавати необхідну фінансову підтримку, персональну допомогу для досягнення рівних можливостей. Потрібно зазначити, що цьому руху і його впливу на світову соціальну роботу, засади соціальної реабілітації осіб з інвалідністю не приділяється значна увага українських науковців, лише А. Шевцов досліджував вплив концепції «незалежного життя» на соціально-реабілітаційну роботу (Шевцов, 2007). Світова наукова спільнота ретельно дослідила це явище (Г.ДеДжонг) і визначають два важливих досягнення руху: соціально-політичні зміни (переорієнтація з догляду на реабілітацію і включення) і філософію (формування світогляду особи з

інвалідністю самостійно планувати своє життя, визначати перед собою такі ж цілі і завдання, як інші члени суспільства) (DeJong, 1983).

Доречно приділити особливу увагу важливому поняттю, яке привело до широких міжнародних дебатів у 1970-1980-х роках, переоцінці розуміння потреб, послуг для людей з інвалідністю, розуміння справедливості і рівноцінності – це поняття *«нормалізація»*. Принцип нормалізації був розроблений у шістдесяті роки ХХ сторіччя Бенгтом Нірє зі Шведської асоціації дітей з розумовою відсталістю і американською службою соціального забезпечення. Він порівняв умови життя осіб однієї вікової категорії з інвалідністю і без, виявивши розбіжності стилю життя і соціальну несправедливість. Він зазначав, що у осіб з інвалідністю не змінюється життя у відповідності до вікових потреб, не має можливостей впливати на своє життя, особи з інвалідністю не мали можливості жити активним життям і перебували в ізоляції від суспільства. На вирішення цих питань Б. Нірє (1969) розробив підхід, який був наближений до звичайного стилю життя з урахуванням потреб вікових груп, і включав в себе питання житла, матеріального рівня, способу життя, свободи вибору та ін. (Шлях, 2004, с.28). Він зазначав, що дитина з інвалідністю має такі ж потреби як і інші діти, важлива з яких у любові і прийнятті, що стимулює її до розвитку; дитина з інвалідністю є дитиною і має вести життя найбільш наближене до своїх звичайних ровесників; кращим місцем для розвитку дитини є дім і держава має сприяти, щоб діти з інвалідністю виховувались у сім'ях; вчитися можуть всі діти і навіть зі складними порушеннями розвитку. За визначенням Б. Нірє, звичайний стиль життя для будь якої людини складає: 1) звичайний режим дня (робота, відпочинок і вільний час); можливість самому планувати свій день і змінювати режим дня за своїм бажанням та можливість жити в одному місці, а працювати в іншому; 2) звичайний ритм тижня. Таке ж, як і у інших членів суспільства, чергування робочих і вихідних днів; 3) звичайний ритм року (свята і відпустка такі ж, як у інших людей); 4) звичайний розвиток життєвого циклу (дитинство, підлітковий вік, юність, зрілість і старість); 5) повага і право на самовизначення; 6) звичайні

для даної культури форми статевого життя; 7) звичайні для даної країни економічні форми і права; 8) звичайні для даного суспільства вимоги до навколишнього середовища і житлових стандартів. Б. Нірє вважав, що ці позиції мають закріплюватись нормативно і ціннісно, які стають загальними для суспільства. У Норвегії з 1967 р. концепція нормалізації стала офіційним принципом у державній соціальній політиці (Селігман, 2009, с. 21-32).

Нормалізація стала теорією роботи соціальних служб Великої Британії, Європи, Північної Америки, Ізраїлю, Австралії і інших частинах світу в питаннях роботи з особами важких форм інвалідності, як спосіб і умови життя максимально наближені до звичайних умов повсякденного життя суспільства. У США теорія нормалізації почала застосовуватись на початку 1970-х років, як одна із самих довготривалих і сильних інтеграційних теорій для осіб з важкими формами інвалідності (Шлях, 2004, с.77-110).

Теорію нормалізації вивчали і вітчизняні дослідники з питань соціальної роботи (І. Іванова, 1998, 2011), психології і раннього втручання (Г. Кукуруза, 2013), концептуальних основ інклюзивної освіти (А. Колупаєва (2009), О.Мартинчук (2013, 2018), Ю. Найда, Н. Софій (2007) та ін.). Цей досвід привів до нового погляду на інвалідність: не як медичної проблеми, а соціальної. На сьогодні концепція «нормалізації» визиває суперечливі позиції в наукових колах, що інклюзивний підхід змінив погляд на процеси нормалізації людей з інвалідністю і проголошує необхідність створювати умови для включення, а не лише інтеграції. І ми вважаємо ці позиції перспективними для розвитку концепцій, розуміючи, що українське суспільство набуває досвіду впровадження інклюзивного підходу. Усе ж для питань соціальної реабілітації і соціальної роботи ціннісні надбання концепції нормалізації є актуальними і потребують розгляду з упровадженням у практичну роботу.

Наступний важливий для нашого дослідження підхід «гідність ризику» набув популярності в 1970-х роках, який окреслив правові підходи при взаємодії спеціалістів і осіб з інвалідністю, концепція наголошувала на взаємовпливі важливих для особистості засадах: самовизначення і права на розумний ризик,

на почуття гідності і самооцінки. Концепція впроваджувала ідеї інтеграції людей з інвалідністю в суспільство, а не «захисті». Ця теорія є однією з перших, яка всебічно вивчала системи відповідно до екології людини. Теорія підтримувала рух з деінституціалізації та інтеграції, формувала правову основу для освіти, працевлаштування, життя в суспільстві, медичного обслуговування і громадянства. Концепція була сформованою в 1972 році Робертом Перске у статті «Гідність ризику і розумова відсталість» і застосовувалась для осіб з інтелектуальною інвалідністю, потім поширилась на всі групи представництв людей з інвалідністю, осіб з порушенням психічного здоров'я, дітей (особливо з інвалідністю) (Perske, 1972), осіб похилого віку. У 1980 році Джуліан Вольперт у статті «Гідність ризику» зазначив, що патерналістичний підхід до людей з інвалідністю, пріоритизація захисту прав окремих осіб на незалежне прийняття рішень є обмеженням особистої свободи. Дозвіл людям, які знаходяться під опікою, на ризик може сприйматися як конфлікт обов'язків опікунів у догляді. Тим не менш, концепція наголошує, що надмірний захист, занижені очікування від людини з інвалідністю наносять шкоду її гідності і самооцінці. Право на невдачу і гідність ризику є одним із основних принципів руху незалежного життя осіб з інвалідністю (Wolpert, 1980).

Починаючи з 1983 року багато країн використовують «social role valorization» (SRV) – переоцінку соціальної ролі, як засіб пояснення і систематизації поняття нормалізації. У психології, освіті і соціальній роботі валорізація соціальних ролей розумілась як аналіз людських стосунків і соціальних послуг, сформований Вольфом Вольфенсбергером. По-перше, цей погляд наголошував, що у людей з інвалідністю такі самі потреби як у решти (будинку, сім'я, друзі, робота, захоплення, участь у культурному і політичному житті). Це було корінною зміною поглядів на формування послуг людям з інвалідністю, де акцент робився на відхиленнях від норми і було відправною опорою на класифікаціях осіб з інвалідністю, розміщення в інституалізаційних закладах. По-друге, важливим у погляді нормалізації є погляд на людину з інвалідністю як члена суспільства з такими ж правами як у інших людей. SRV –



це теорія відносин емпіричних знань для проектування і надання формальних і неформальних послуг і відношення до людей з будь-якою потребою або станом, які є знеціненні і виключенні з життя суспільства. Підвищення ролі в суспільстві спрямоване на усунення соціальних і психологічних травм заподіяним вразливим людям і їхньому близькому оточенню (Normalization and Social, 1999).

Данець Нільс Ерік Банк-Міккельсен (1980) зауважував, що нормалізація – це насамперед юридичні та адміністративні принципи рівності всіх перед законом. Громадянство є більш ґрунтовним доповненням до ідеї рівноцінності, що привело до змін законів і утвердженню прав для всіх пригнічених груп. Нове розуміння інвалідності містило оптимістичний погляд на потенціал розвитку особистості. Це було викликом домінуючим поглядам медичної моделі, при яких психічні проблеми і порушення розвитку вважались статичними і хронічними станами. Нові знання, що порушення розвитку – це динамічний стан, на який можна впливати (Normalization).

Погляди нормалізації внесли зміни у підходи соціальної роботи з сім'ями, які репрезентував американський дослідник М. Войсей (1975), він зазначив, що батьки дітей з інвалідністю прагнуть до нормалізації із-за того, що інші особи і організації (асоціації батьків, автори журнальних статей для батьків, священики, різні спеціалісти), які допомагають у догляді за дитиною, очікують від них «нормальності». Вони допомагають батькам зрозуміти своє становище і підказують, що вони мають справлятися якнайкраще з проблемами дитини. М.Войсей вважав, що батьки створюють засади нормалізації, яка містить такі чинники: 1) прийняття неминучого («таке могло трапитися з кожним»); 2) відмова від довгострокових очікувань («переживати неприємності в міру їхнього надходження»); 3) перевизначення понять хорошого і поганого («в порівнянні з іншими нам ще пощастило»); 4) відкриття справжніх цінностей («більше радієш успіхам своєї дитини, коли розумієш, що їх могло б і не бути»); 5) позитивна оцінка страждання («завдяки йому ми стаємо ближче один до одного») і 6) позитивна оцінка «інакшості» («для нього самого краще, що він такий»). Хоча компоненти нормалізації можуть відрізнятися в залежності від

соціального статусу та інших субкультурних факторів, у цілому нормалізований стиль життя для батьків дітей шкільного віку в американському суспільстві містить наступне: 1) один або обоє батьків працюють; 2) діти отримують відповідну їхнім потребам освіту; 3) є доступ до адекватної медичної допомоги; 4) є адекватне житло; 5) налагоджені соціальні зв'язки з рідними та друзями; 6) є час для відпочинку; 7) є свобода відвідування громадських місць; 8) доходів сім'ї вистачає для підтримки прийнятого в сім'ї стилю життя (Селігман, 2009, с.8-79).

Громадський рух ветеранів війни з інвалідністю в США в 1950-х роках за доступне середовище, громадський рух за незалежне життя (громадянські права) осіб з інвалідністю в 1960–1980-х роках, рух нормалізації вплинули на виникнення і формування *концепції універсального дизайну*. *Доступність* стає умовою забезпечення прав осіб з інвалідністю на самостійне і повне життя в суспільстві. Перші зміни відбулись після Другої світової війни: в США прийнято Закон про архітектурні бар'єри (1968); в Великій Британії створено Центр доступного середовища (1969), який в своїй роботі використовує підходи нормалізації; Рада Міністрів Європи прийняла резолюцію ФА.Р. «Про планування та оснащення приміщень з метою доступності осіб з фізичною інвалідністю» (1971) (Що ми знаємо, 2014).

Американський архітектор Майкл Біднер (1970) розширив ідею доступності, яку розглядав як усунення фізичних і ментальних бар'єрів для людей різних видів інвалідності, що заважають розкриттю їхнього потенціалу (Байда, 2012, с. 105-107). Фізична доступність розширила можливості людей з інвалідністю в доступі, але не змінила їхнього статусу і сегрегаційного підходу у виокремленні їх як спеціальної групи. Вивчення і усунення соціально-психологічних, сенсорних, інтелектуальних, ментальних, фізичних, культурних бар'єрів створювало умови для зниження рівня допомоги і послуг для осіб з інвалідністю. Проте підхід зі створення безбар'єрного середовища звужував соціальну політику, обмежуючи створенням умов для конкретних груп населення, так як фіксував погляд на бар'єрах. Крім того, в різних країнах ці

питання вирішувались по-різному. Інший американський архітектор Рональд Мейс в Університеті Північної Кароліни в США заснував Центр доступного житла (1989) і змінив назву на Центр універсального дизайну, де вперше були розроблені сім принципів універсального дизайну і застосовано термін «універсальний дизайн». На думку Рона Мейса, під поняттям універсального дизайну розумілось використання продукції, послуг, архітектурного і інформаційного середовища всіма групами людей без необхідності адаптації чи спеціалізованого дизайну. Цей підхід включав в себе також формування нормативно-правових документів з урахуванням потреб всіх членів суспільства без виокремлення. Універсальний дизайн включає в себе допоміжні присторії, спеціальні можливості та розумне пристосування. Сім принципів складаються з: рівноправного використання; гнучкого використання; простого та інтуїтивного використання; сприйняття інформації, незалежно від сенсорних можливостей користувачів; терпимістю до помилок; низького рівня фізичних зусиль; наявності необхідного розміру та простору (Що ми знаємо, 2014).

Варто зазначити, концепцію універсального дизайну почали використовувати в різних галузях: архітектурі, освіті, медицині, транспорті, сфері обслуговування та інформаційно-комунікативній сфері, політиці, плануванні. Універсальний дизайн – це підхід, який враховує потреби різних категорій населення (дітей, осіб похилого віку, вагітних жінок, осіб з інвалідністю тощо) при прийнятті рішень, яке задовольняє всіх і змінює ситуацію. Врахування принципів універсального дизайну зафіксовано в Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, МКФ, Резолюції Томар ResAP (2001) 1 Комітету Міністрів Ради Європи про введення принципів Універсального проектування і дизайну до всіх навчальних програм професій, що працюють у галузі будівництва життєвого середовища.

Для дослідження питань розвитку наукових підходів до поняття інвалідності вважаємо необхідним розглянути теорію екосистем Бронфенбреннера, яка сформувалась в 1970–1980-х роках як теорія розвитку людини (Крайг, 205, с. 60). Теорія екосистем є однією з ключових у соціалізації

дітей та молоді з інвалідністю. Психолог Урі Бронфенбреннер визначив чотири групи чинників, що мають вплив на соціалізацію людини: 1) мікросистема (сім'я, умови життя, умови розвитку); 2) мезосистема (взаємовідносини в різних групах, в яких перебуває людина: родичи, сусіди, ровесники, друзі і оточення близького оточення тощо); 3) екзосистема (недержавні і державні інститути); 4) макросистема (норми культури і субкультури, цінності, світогляд, що домінує в суспільстві тощо). Він розглядав розвиток як кола систем, які знаходяться в більш широких колах, усередині яких знаходиться дитина.

На теорію екосистем У. Бронфенбреннера посилалися зарубіжні дослідники М. Селігман та вітчизняні О. Беспалько, І. Зверева, А. Капська в розробці засад соціальної роботи з сім'ями, в яких виховуються діти з інвалідністю та соціально-педагогічної діяльності з дітьми та молоддю, з інвалідністю у тому числі.

Після проголошення ООН Міжнародного року осіб з інвалідністю (1981) та під час проведення десятирічної Всесвітньої програми дій стосовно осіб з інвалідністю (1982–1992) (33), почав формуватись підхід з включення осіб з інвалідністю в усі сфери життя суспільства. Спочатку цей підхід розглядався як створення рівних можливостей і інтеграції осіб з інвалідністю. Інтеграцією розуміли як пристосування людини з інвалідністю до суспільного життя (Софій, 2007). При чому економічна і соціальна інтеграція розглядалась як процес і мета одночасно, а одним із засобів досягання цих цілей – реабілітація людей з інвалідністю (Рекомендація R, 1992). З 2000-х років стали розглядати підхід з включення (інклюзії) людей з інвалідністю в усі сфери життя і цей процес є взаємний для суспільства і особи з інвалідністю. Зауважимо, що у міжнародному документі «Стратегія ООН з включення людей з інвалідністю» (2019) зазначено три підходи: 1) два взаємопов'язані компоненти; 2) комплексний характер; 3) координація. У першому підході, який має назву «два взаємопов'язаних компоненти» зазначається, що питання інвалідності потрібно вирішувати системно в усіх галузях життя суспільства, без виокремлення людей з інвалідністю в окрему групу, що інвалідність – це міждисциплінарна проблема.

Другий компонент цього підходу акцентує увагу на тому, що при інклюзії мають зберігатись цільові програми для людей з інвалідністю. Ціль таких програм – включення людей з інвалідністю в суспільство. Другий підхід стратегії – це комплексність, яка розглядається як врахування всіх чинників, таких як стать, вік, місце проживання, що є важливим для розуміння потреб людей різного віку і середовища, в якому вони проживають. Цей підхід також має враховуватись при плануванні послуг і програм. Третій підхід – це координація, що має бути послідовною і скоординованою для прискореного процесу, вивчення досвіду і забезпечення включення людей з інвалідністю. Для нашої роботи цей підхід є важливим, він наголошує на включенні дітей та молоді з інвалідністю в суспільне життя на рівні з іншими членами суспільства і створенні необхідних умов для їх активної участі одночасно.

Сутність наукових підходів до інвалідності характеризувались у термінології. Існує різноманіття визначень інвалідності, сформованих з різних поглядів. В міжнародних нормативних документах визначення інвалідності відображало зміни у підходах і розумінні поняття інвалідності. 44 сесія Парламентської асоціації Ради Європи від 5 травня 1992 року визнала інвалідність як обмеження у можливостях, обумовлене фізичним, психологічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дозволяють людині бути інтегрованою у суспільство і брати участь у житті сім'ї, чи суспільства (Рекомендація R, 1992). Поняття «особа з інвалідністю» за термінологією Всесвітньої організації охорони здоров'я складається з трьох складових: медичної, функціональної і соціальної. А саме: інвалідність є структурним порушенням, який діагностують (impairments), ці порушення можуть привести до втрати або недосконалості навиків необхідних для діяльності (disability), що може створити умови для соціальної дезадаптації, неуспішної чи уповільненої соціалізації (handicap), тому наголошує на необхідності проведення профілактичних заходів, реабілітації і процесу соціалізації (Реабілітація на рівні громади, с.15). Конвенція прав осіб з інвалідністю (2006) наголошує, що розуміння інвалідності еволюціонує,

об'єднує людей «...зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їх повній та ефективній участі в житті суспільства на рівні з іншими...» (Про ратифікацію, 2009). МКФ визначає інвалідність як «парасольковий термін» для визначення порушень, обмеження діяльності чи обмеження участі, які є наслідком взаємодії між людиною і середовищем (Міжнародна класифікація, 2007).

У термінологічному визначенні виокремлюються рівні:

1) особистісний рівень (мікрорівень): особа зі «стійкими розладами функцій організму»;

2) рівень суспільства/ громади (екзо-, мезорівень): «при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності»;

3) державний рівень (макрорівень): «створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист» (Про ратифікацію, 2009). «Функціонування» – це термін, що містить в собі всі функції організму, активність і участь. «Обмеження життєдіяльності» – це термін, що містить в собі порушення, обмеження активності і обмеження участі. Чинники навколишнього середовища визначають бар'єри і перешкоди або елементи, що полегшують (Міжнародна класифікація, 2007). Таким чином, інвалідність більше не розглядається як лінійна модель (наслідок захворювання особи) – її розуміють як інтерактивну модель – це комплекс умов, пов'язаних з динамічною взаємодією особистісних чинників особи, чинниками навколишнього середовища і станом здоров'я людини.

З початку незалежності нашої держави підходи до інвалідності змінювались під впливом міжнародного законодавства, потреб суспільства і наукових досліджень. Ставлення до порушень у розвитку дітей в 90-х роках ХХ століття орієнтувалось на корекцію до «норми» і розглядалось як аномалія чи дефект, і було наслідком підходів дефектологічної науки Радянського Союзу, все ще орієнтованої на корекцію до «норми». Діти, направлялись на навчання до інтернатних закладів Міністерства освіти України, ті діти які визнавались на той

час «ненавчуваними» влаштовувались в інтернатну систему догляду Міністерства соціального забезпечення України. У цей час сформувалась термінологія, яка відображала розуміння і ставлення до інвалідності: «ненормальні діти» (Г. Россолімо, Г. Трошина, А. Бине, початок ХХ ст.), «дефективний» (1920-ті р.), «аномальний» (Л. Виготський, 1930-ті р.), «неповноцінний», «діти з порушеннями» (1970-ті), «з обмеженими можливостями» (І. Харді, 1988 р.) (Корнієнко, 2011; Остролуцька, 2014; Кравченко, 2001; Клішевич, 2020). Ми бачимо, що акцент з невідповідності до «нормального» розвитку змінювався до розуміння різноманітності розвитку людини. У радянській медичній галузі відбулись певні відходи від процесу розвитку світової наукової думки щодо людей з інвалідністю, спричиненою політичною позицією СРСР у використанні психіатрії як каральної. Таким чином, радянські науковці не відвідували міжнародних конференцій, не друкували наукові дослідження у світових наукових журналах, не мали змогу слідкувати за розвитком у світовій психіатрії (Ворен, 2017, с.427). Відгуком створеної тоді системи маємо в сучасній Україні ст. 143 п.3 Сімейного Кодексу України, що батьки можуть залишити дитину в пологовому будинку, якщо дитина має «істотні вади фізичного або психічного розвитку» (Сімейний кодекс, 2021).

За часів незалежної України відкрились можливості приєднатись до вивчення досвіду інших країн і надбань світової науки в питаннях інвалідності. Формування і розвиток громадського руху людей з інвалідністю, впровадження засад професійної соціальної роботи і соціальної педагогіки, створення системи соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, центрів реабілітації та розробка нормативно-правового законодавства надали можливість Україні впроваджувати світові підходи до питань інвалідності. Науковий та практичний пошук підходів щодо трактування інвалідності проявився у численних дебатах щодо термінології.

В Україні в 2016-2017 рр. відбулися зміни в нормативно-правовій базі з питань урегулювання термінів, відповідно до вимог Конвенції прав осіб з

інвалідністю, і введено поняття «дитина з інвалідністю», «особа з інвалідністю». Тенденції змін розуміння інвалідності зафіксовано в національній нормативній базі. Наприклад, в Законі України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» з 1991 по 2020 роки відбулося 45 змін. В Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» з 2005 по 2020 рік внесено 22 зміни. Наразі, згідно із законодавством України зазначається, що «...інвалідністю є міра втрати здоров'я (у зв'язку з захворюваннями, травмами і їх наслідками, вродженими вадами), що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити їй соціальний захист...» (Про реабілітацію, 2020). Дискримінація за ознакою інвалідності забороняється (Про основи, 1991).

Зазначаємо, що в контексті соціальної реабілітації важливими є розуміння особливостей адаптації, соціалізації, інтеграції та включення осіб з інвалідністю різних видів інвалідності. Цей підхід не є медичним, так як не розділяє людей за захворюваннями, а навпаки враховує потреби і створює умови для планування послуг і реабілітаційних заходів. У Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (2006) визначають такі види інвалідності, як: фізична, сенсорна, інтелектуальна, ментальна або їхні поєднання (табл. 1.1.)

*Таблиця 1.1.*

### **Диференціація порушень згідно з Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю (розширена диференціація порушень)**

Вид	Порушення
Фізична інвалідність	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Порушення опорно-рухового апарату (ампутації, травми хребта, хвороби кісткової системи, аномалії тощо);</li> <li>- захворювання центральної нервової системи;</li> <li>- хвороби м'язової системи;</li> <li>- хвороби суглобів;</li> <li>- хвороби судин;</li> <li>- соматичні захворювання;</li> <li>- захворювання внутрішніх органів;</li> <li>- хвороби крові;</li> <li>- тощо</li> </ul>



Сенсорна інвалідність	Порушення одного з почуттів: - порушення зору; - порушення слуху; - порушення нюху, смаку; - порушення балансу; - сомато-сенсорні порушення
Інтелектуальна (когнітивна) інвалідність	Розумова відсталість (дорівнює 70 одиницям або нижче при індивідуально проведеному IQ-тестуванні). Рівні враженості розумової відсталості: - легка розумова відсталість від 50-55 до 70IQ - помірна розумова відсталість від 35-40 до 50-55IQ - тяжка розумова відсталість від 20-25 до 35-40IQ - глибока розумова відсталість нижче 20-25IQ - не уточнена розумова відсталість
Ментальна інвалідність	Порушення психіки та поведінки: - психічні захворювання; - емоційно-вольові порушення; - епілепсія; - аутизм; синдром Дауна

*Джерело:* (Остролуцька, 2017, с.163)

Візьмемо до уваги умови, що приводять до інвалідності: генетична, вроджена, набута. Інвалідність може бути: комбінована, прогресуюча, невидима, тимчасова, статична, спричиняти біль. Люди з інвалідністю бувають: різного віку, різні за статтю, різні за рівнем матеріального статку, різної раси та національності, різними за культурним розвитком і різним ставленням до своєї інвалідності. Ступені інвалідності: легка, помірна, тяжка, глибока, не визначена. Усе це важливо розуміти при плануванні та здійсненні соціальної роботи, реабілітаційних заходів з дітьми і молоддю з інвалідністю.

Варто зазначити, що Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ-ДП) визначає величини і вираження порушення:

- 1) відсутні порушення (ніяких, відсутні, незначні у межах 0-4%);
- 2) легкі порушення (незначні, слабкі - 5–24%);
- 3) помірні порушення (середні, значущі – 25-49%);
- 4) тяжкі порушення (високі, інтенсивні – 50–95%);
- 5) абсолютні порушення (повні – 96-100%);

б) не визначене;

7) не застосовується (Міжнародна класифікація, 2007).

Отже, зміни у розумінні поняття інвалідності відбулися із накопиченням і розвитком наукових знань, що сприяло створенню нових підходів до розв'язання проблем інвалідності в суспільстві. Вагомий вплив на зміни парадигм приніс міжнародний рух осіб з інвалідністю за незалежне життя, який вніс концепцію «не робіть для нас без нас», «спочатку людина, потім інвалідність»; концепцію нормалізації життя (наближеного до звичайного, переоцінки соціальних ролей, теорія гідності, рівність перед законом, гідність і право ризикувати); доступності і універсального дизайну; інтеграції і включення. Відбувся перехід від медичного втручання до біопсихосоціального підходу, де важливу роль грає середовище і доступність послуг.

Міжнародна термінологія акцентує увагу не тільки на причинах і функціональних наслідках інвалідності, але звертає увагу на соціальний аспект життя і особисті якості. Це є три рівні взаємозалежних компонентів: організм (біологічний рівень) – індивідуум (психологічний рівень) – особистість (соціальний рівень). З розвитком суспільних процесів і історичних змін розвивається міжнародне законодавство, яке зафіксувало правовий підхід у соціальній роботі з особами з інвалідністю, реабілітації, освіти, медицині. Біопсихосоціальний підхід вніс розуміння ролі самої людини з інвалідністю, щодо якості її життя, важливість залучення її до процесів прийняття рішень.

## **1.2. Реабілітація дітей і молоді з інвалідністю в теоретичних інтерпретаціях**

Аналіз наукових джерел показав, що питання реабілітації осіб з інвалідністю, зокрема дітей та молоді, співпадають із соціальними моделями розуміння самого поняття інвалідності, а також розвиток концепцій реабілітації осіб з інвалідністю мають вплив на зміни парадигм у соціальній політиці держав, соціальної роботи і реабілітації. Якщо в 40-і роки ХХ століття основою політики

щодо хронічно хворих та осіб з інвалідністю були їхній захист і догляд за ними (так звана концепція альтернативних потреб), то з 1950-х років почала розгортатися концепція інтеграції хворих та осіб з інвалідністю у звичайне суспільство; особливий акцент було зроблено на отриманні ними освіти та забезпечення технічними допоміжними засобами. У 1960-і роки відбувся перехід до підтримки і реабілітації у спеціальних школах. Результатом стало усвідомлення інвалідності як пожиттєвої потреби і відмова від догляду і опіки. Так, завершився підхід до осіб з інвалідністю принцип збереження, який домінував у світі і забезпечував медичну допомогу, догляд у великих закладах і психіатричних лікарнях. У 1970–1980-ті роки зароджується ідея самовизначення і рівних можливостей, максимальної адаптації навколишнього середовища під потреби осіб з порушенням здоров'я та інвалідності, всебічної законодавчої підтримки осіб з інвалідністю у сфері охорони здоров'я, освіти, забезпечення трудової діяльності і соціальних послуг. Система медичної реабілітації залежить від економічного розвитку суспільства. У 1990-і сформувався концепція самостійного життя осіб з інвалідністю, у 2000-і – розширення прав і можливостей. У світовій практиці все більше стверджується перехід від первинної медичної моделі інвалідності до біопсихосоціальної, яка інтегрує надбання попередніх моделей, визначаючи порушення як результат взаємодії фізіологічних, психологічних та соціальних процесів (Остролуцька, 2020).

За логікою нашого дослідження розглянемо, як основні моделі розуміння інвалідності вплинули на підходи в реабілітації осіб з інвалідністю (у тому числі дітей та молоді).

У контексті медичної реабілітації найбільш повно принципові положення викладені одним з її засновників К. Ренкером (1980). Це такі, як: 1) реабілітація повинна здійснюватися, починаючи з часу виявлення хвороби або виникнення травми до повернення особи в суспільство (безперервність і ґрунтовність); 2) проблема реабілітації повинна вирішуватися комплексно; 3) доступність реабілітації кожній людині, яка її потребує (доступність); 4) реабілітація повинна бути гнучкою, враховуючі мінливість структури хвороб, технічний прогрес та

зміни соціальних структур (Ренкер, 1980). У документах ВООЗ (1983) зазначається, що реабілітація містить усі заходи, спрямовані на зменшення впливу інвалідизуючих чинників, які призводять до фізичних та інших порушень, обмежуючи їхню соціальну інтеграцію (Попередження інвалідності, 1983). Реабілітація має на меті як адаптацію людей з інвалідністю до навколишнього середовища, так і втручання в їхнє несоціальне оточення та суспільство в цілому з просуванням ідеї соціальної інтеграції.

ВООЗ визначає, що мінімізації інвалідності слугує напрям профілактики на трьох рівнях: 1) первинна профілактика спрямована на раннє виявлення дітей, які потребують реабілітації і втручання, інвестиції в ранню діагностику, лікування, та реабілітацію, а також соціальну адаптацію. Тоді значна частина цих дітей зможе своєчасно отримати допомогу, зменшити ризики інвалідизації; 2) вторинна профілактика являє собою лікування наявних патологічних станів з метою усунення або зниження їхнього впливу на самостійне життя чи адекватної підтримки людини, посилення якості життя засобами реабілітації; 3) третинна профілактика має на меті не допустити поширення наслідків уже існуючих патологічних станів і розладів та запобігти обмеженню активності суб'єкта і сприяти його незалежності, участі та інклюзії (Реабілітація на рівні громади, с. 24).

Така стратегія є підґрунтям соціальної політики багатьох західних країн. Наприклад, дослідник Зборовський К. Є. зазначає, що у Німеччині з 1884 року діє принцип «пріоритету реабілітації над пенсією», відповідно до якого створено систему реабілітації з широким спектром реабілітаційних послуг, відпрацьовано систему медичного, соціального, психологічного супроводу реабілітаційних технологій. Створення спеціалізованих робочих місць та формування відкритого суспільства дало можливість повернути до праці 80% осіб з інвалідністю працездатного віку. Водночас кошти, призначені на пенсії без реабілітації, виділяються особам з важкими формами інвалідності, які не можуть повернутись до роботи і опанувати реабілітаційні програми. Реабілітаційний фонд наповнюється за рахунок тих людей, які працевлаштовані (Зборовський, 2008).

Європейські дослідники Андріано Мілані-Сравенті та Людвіг Отто-Розер (1987) зазначили, що процес у медичній реабілітації обмежується тим, що в ній не враховують потреби людини, а саме в інтерактивних вимірах, яких вона живе, а саме: 1) цілісне вимірювання особистості; 2) вимір приналежності до соціального і фізичного світу особи; 3) вимір її розвитку, яке впливає на її майбутнє. Вони зазначили, що традиційна медицина робить насильницькі втручання, ізолює дитину і заважає її соціальним відносинам, не включає майбутнє особи (Normalität, 1998). Дослідники пропонують практикувати в реабілітації принципи нормалізації задля досягнення терапевтичного ефекту у звичайній життєдіяльності дитини, таким чином розвиваючи альтернативні здібності. Такий підхід потребує від спеціалістів більшого досвіду, чим заняття за певною методикою, потребує емпатичних здібностей наставника. Але ще більш важливим є переоцінка медичної і професійної компетенції в цілому, різниці між медициною хвороби і медициною здоров'я. Остання об'єднує не тільки медичний підхід, а включає психологічний і педагогічний компоненти, що несе у собі повагу до особи людини. На думку авторів, досягнення особистої автономії є індивідуальним корелянтом реабілітації, що є завданням громади. Реабілітація має педагогічні, психологічні та соціально-просвітницькі завдання, медицина для осіб з інвалідністю має справу з функціональними можливостями, тому інтеграція осіб з інвалідністю не є логічним наслідком терапії, а передуює їй.

Заслуговує уваги думка німецького вченого Майкла Ф. Шунтерманна (1999), який розглядав соціально-правову концепцію інвалідності та реабілітації в Німеччині. Він зазначив, що в перехідні часи орієнтація в реабілітації на хворобу мала місце, однак вона мала містити всі заходи до пом'якшення негативних наслідків і станів, які призводять до порушень активності та участі, досягання соціальної інтеграції. Дії мають бути спрямованими не тільки на людей з інвалідністю з порушенням активності та участі в допомозі їм адаптувати своє життя до оточення, але робота має здійснюватись в безпосередньому оточенні (втручання і посередництво) і суспільства в цілому, аби полегшити соціальну інтеграцію. Концепція реабілітації за ВООЗ має

комплексний характер, максимально націленою на участь осіб з інвалідністю та інтеграції в суспільство, що містить профілактичні дії. Тому вважає політику реабілітації, інвалідності і прав людини частиною реабілітації, які реалізуються у послугах (Schuntermann, 1999).

Американський науковець М. Селігман дослідив, що в 1980-х роках медичні сестри і соціальні працівники впроваджували технології сімейного втручання, у багатьох навчальних закладах з підготовки медичних працівників вивчення сімейних систем закладено в навчальні програми. Теорію сімейних систем С. Селігман описує як динамічний процес, у якому задіяні всі члени сім'ї, і якщо професійний вплив здійснюється на одного члена сім'ї, це вплине на всіх інших. Він виділив такі важливі компоненти при роботі з сім'єю: 1) структура сім'ї (характеристика складу сім'ї, культурний стиль, ідеологічний стиль), 2) сімейна взаємодія (підсистеми: чоловік-дружина, батьки-діти, діти- діти, сім'я-родичі-друзі-спеціалісти; згуртованість і пристосовність; комунікація), 3) функції сім'ї (економічна, господарська, дозвілля, соціалізація, самоідентичність, прихильність, освіта/кар'єра), життєвий цикл сім'ї і інвалідність дитини (народження дитини/молодший шкільний вік, шкільний вік, підлітковий вік, дорослішання, постбатьківська стадія), 4) етапи розвитку і криз сім'ї.

Соціально-екологічна модель (еко-карта сім'ї) дає спеціалістам більш ширше розуміння внутрішніх зв'язків і зовнішніх впливів на сім'ю на рівні мікросистем, екосистем, макросистем. Це дозволяє більш ефективно спрямовувати соціальну підтримку і втручання (Селігман). Серед вітчизняних дослідників сімейно-центрований підхід в сім'ях, в яких виховуються діти з інвалідністю вивчали Г. Кукуруза (2013), Ж. Петрочко (2010).

Ще один поширений у реабілітаційній роботі «клієнто-центрований» підхід теж ратує за вирішення проблем на місцевому рівні. Цей підхід заперечує думки, що «вищі органи» краще знають, які необхідно здійснювати втручання ніж самі користувачі. Для постачальників послуг принцип участі користувачів має важливе етичне спрямування і пріоритет «Нічого про нас без нас» (2015), яка вимагає, щоб постачальники послуг ставились до користувачів послуг як до

покупців або клієнтів. Концепція розглядає отримувачів послуг як партнерів у процесі надання послуг, створює коаліції постачальників послуг з організаціями користувачів послуг для лобювання створення необхідних послуг і підвищення їхньої якості. Доцільно оптимізувати участь користувачів послуг у розробці стратегії та у структурі управління постачальників послуг.

«Клієнто-центрований» підхід робить користувача «отримувачем послуг» і надає право управляти індивідуальним бюджетом або прямими виплатами з метою купівлі необхідної послуги коли і де вони обирають.

А. Кунцевська (2019) розглянула модель соціального відновлення в контексті особистісно-орієнтованої допомоги. Вона визначила центральні принципи орієнтованості на людину: повага та інтеграція індивідуальних відмінностей при наданні послуг: розуміння отримувача як унікальної особистості з її особливостями, потребами, цінностями, переконаннями, уподобаннями; гнучкість, що передбачає надання послуг, чутливих до змін у потребах і бажаннях отримувачів. Ця модель відмовляється від підходу, де спеціалісти вирішують за людину її долю, отримувач послуги стає експертом власної ситуації і пережитого досвіду (Кунцевська, 2019).

У відповідь на деінституалізацію активно стала розвиватись психологічна реабілітація, фокус реабілітації перейшов зі слабостей людини з ментальною та інтелектуальною інвалідністю на її сильні сторони, залучення самої людини до процесу реабілітації, розвитку навичок і компетентностей, створення ресурсів. Ці дії підвищували якість життя людини з інвалідністю. Реабілітаційний рух переорієнтував свою роботу на процес поновлення. Один з прикладів реабілітації на рівні громади і процесу поновлення є метод CARE. Це професійний догляд, спрямований на підтримку процесу поліпшення якості життя людини в суспільстві, і власному житті. Розроблявся в Нідерландах з 1987 року на основі ідей з США, Великобританії та інших країн Жаном Пьером Вилкеном та Дирк ден Холландером (Вілкен, 2011). Динамічний метод, що постійно адаптує нові наукові ідеї; розробляє напрями для конкретних груп; є теоретичним і доказовим; використовується в ряді європейських країн і країн Центральної Азії. Метод був

представлений під час семінару в Києві в лютому 2017 року одним із засновників Ж. Вилкеном. Метод CARE складається з нових підходів у питаннях розвитку, де реабілітація заміщується відновленням і здійснюється включення у громаду людей з ментальною і інтелектуальною інвалідностями:

1. Відновлення має кілька значень. Частина відновлення – це повернення в осмислене, звичайне життя великої кількості людей по всьому світу, які зазнали серйозні проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям. Розробники методу вважають відновлення індивідуальним шляхом. Послуги не можуть «принести» відновлення, вони можуть тільки його підтримати. Підхід, заснований на відновленні, значно відрізняється від традиційного підходу до розвитку сфери психічного здоров'я. Особисті відносини та їхня тривалість мають важливе значення у процесі відновлення.

2. Участь означає наступне: участь у різних сферах життя, таких як отримання роботи і освіти. Залучення означає, що навколишнє середовище приймає і підтримує людей, які «інші», так, щоб особи з інвалідністю були членами громади, поважаючи і цінуючи їхні відмінності.

3. Залучення є процесом, під час якого люди і групи людей стають сильними, зростає їхня самовпевненість, самоконтроль та інші якості. Сам процес відновлення можна вважати процесом залучення. Усі стратегії залучення та «будівництва мостів» можуть допомогти у збільшенні рівності.

4. Послуги повинні бути «орієнтовані на людину». Автори методу наголошують, що послуги піклування є стандартизованими, а не орієнтованими на людину. Доступ до послуг особи з ментальною та інтелектуальною інвалідностями має багато бюрократичних правил, що може слугувати ризиком до обмежень і недоступності до них. Якщо послуги є платними, це зменшить коло отримувачів або створить черги. Доступність послуг значною мірою залежить від різних установ, співпраці між фахівцями, особистих ресурсів і особливостей регіону (Вілкен, 2011, с. 117–124).

Визначення поняття соціальної і психолого-педагогічної реабілітації зафіксовано в ЗУ «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». Соціальною



реабілітацією є система заходів: «...спрямована 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 адаптації шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації...»; «...задоволення потреби у забезпеченні технічними і іншими засобами реабілітації...» (Про реабілітацію, 2020).

Психолого-педагогічною реабілітацією є система заходів: «...психологічних та педагогічних, що спрямовані на формування способів оволодіння знаннями, уміннями, навичками...»; «...надання психологічної допомоги, зокрема щодо формування самоутвердження і належної самооцінки особою своїх можливостей...»; «...засвоєння правил суспільної поведінки шляхом здійснення системної навчально-виховної роботи...» (Про реабілітацію, 2020).

Психолого-педагогічна реабілітація, яка розглядається вітчизняними дослідниками як цілісний динамічний безперервний процес розвитку особистості, її самоактуалізації та самореалізації. І. Зверева зазначала, що психолого-педагогічна реабілітація сприяє формуванню «творчої особистості, яка знаходить опору у власному «Я», що є важливою передумовою самоактуалізації людини. Також вона зазначила, що психолого-педагогічна «реабілітація сприяє соціалізації особистості, засвоєнню культурного і духовного досвіду, набутого людством протягом історії. Реабілітація – це складний процес реалізації своїх здібностей, безперервний процес вибору, знаходження себе і вивчення нових способів комунікації. Водночас це процес соціалізації особистості, розвитку громадської відповідальності й активності» (Зверева, 1999). Соціально-педагогічну реабілітацію дітей з інвалідністю концептуально досліджувала А.Капська. У принципах і закономірностях соціально-психологічної реабілітації дітей з інвалідністю А. Капська ще у 2003 році зазначала наступні позиції: 1) зміну суті державної політики стосовно дітей з інвалідністю і вироблення певних механізмів для її реалізації щодо виявлення і врахування їхніх потреб, створення умов для індивідуального розвитку,

реалізації їхнього потенціалу, створення умов для реабілітації, задоволення їхніх інтересів, інтеграції в суспільство, професійну діяльність; 2) реалізацію індивідуальної програми реабілітації кожної дитини з інвалідністю згідно з її реабілітаційним потенціалом, чітко вираженим психолого-педагогічним наповненням усіх реабілітаційних заходів. Заходи мають бути комплексними і неперервними. Дослідниця зазначає, що предметом уваги спеціалістів має бути сім'я; 3) об'єднання зусиль потенціалу суспільства для найповнішого задоволення потреб сім'ї дитини з порушенням розвитку і інвалідністю розглядає як інтеграцію державних, громадських і приватного секторів різного профілю з метою найбільшого задоволення потреб даної категорії сімей у самореалізації (Капська, 2001, с. 37).

Н.Гусак (2013) розглядала аналітичні моделі соціальної реабілітації у сучасній Україні, в яких критеріями розрізнення є погляд на місце та роль особи й держави у процесі соціальної реабілітації. Дослідниця вказує такі три моделі: індивідуалістська модель і надає їй пріоритетну роль у наданні послуг із соціальної реабілітації. Зазначає, що ця модель орієнтується на задоволення індивідуальних потреб отримувачів й провідна роль відводиться громадським організаціям та самими реабілітантами. Друга патерналістська модель розглядає державу основним суб'єктом соціальної реабілітації, що виокремлює певні соціальні групи з метою надання їм послуг без врахування індивідуальних потреб кожного реабілітанта та спрямовує свою діяльність на забезпечення функціонування суспільства без соціальних проблем, таких як безробіття, залежності, асоціальна поведінка. Змішана модель орієнтується на задоволення потреб індивідів та соціальних груп, які об'єднують спільні потреби й передбачає активну участь індивіда, громади й держави у реабілітаційному процесі.

Розуміння соціальної реабілітації у термінах структурно-функціонального підходу дає можливість (Н. Гусак): 1) визначити критерії, за якими визначається група реабілітантів як осіб, чия поведінка відхиляється від норми; 2) розглянути соціальну реабілітацію як процес повернення об'єкта реабілітації (індивіда чи

групи осіб) від соціальної девіації до соціальної норми; виокремити адаптацію як необхідну умову соціальної реабілітації з погляду самого реабілітанта чи групи реабілітантів; 3) продемонструвати взаємостосунки індивід-суспільство у процесі адаптації, коли вони здійснюють взаємовплив один на одного; 4) виокремити конформізм як спосіб адаптації, що, на відміну від інновації, бунту, ретритизму та ритуалізму, не потребує повернення суб'єкта в соціальну систему за допомогою соціальної реабілітації; 5) з'ясувати, що дискримінація обумовлює необхідність соціальної реабілітації (Гусак, 2013).

Науковці зазначають, що питання медичної, соціальної та професійної реабілітації людей з інвалідністю мають вирішуватись комплексно, в якомога ранні терміни з послідовним переходом від одних заходів до інших, які рекомендуються на пізнішому етапі, що особливо стосується дітей та молоді.

А. Шевцов вважає, що універсальна мета комплексного реабілітаційного процесу є багатовимірною і представлена системою таких цілей: 1) відновлення та корекція здоров'я (фізичного, соціального, психічного); 2) соціалізація; 3) соціальна інтеграція; 4) соціальна адаптація; 5) підвищення якості життя; б) формування стилю незалежного життя; 7) формування способу діяльності за типом «повноцінно функціонуюча людина». Він вважає, що зазначені концепти являють собою головні цінності реабілітаційної діяльності та створюють її аксіологічну систему (Шевцов, 2010).

Погоджуємося з українським дослідником В. Мартинюком (2016), який розглядає комплексну медико-соціальну реабілітацію дітей з обмеженнями життєдіяльності у контексті концепції соціальної педіатрії. Він наголошує: а) важливість профілактики інвалідизуючих патологій у дітей; б) формування єдиного реабілітаційного простору навколо дитини з інвалідністю і її родини; в) координацію зусиль міжвідомчих державних організацій і громадськості; г) створення у відповідності до міжнародних стандартів системи комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності, яка забезпечить надання кваліфікованої медичної допомоги, адекватної інклюзії в освітнє середовище; д) ранню профорієнтацію та оформлення життєвого

простору в суспільстві з урахуванням стану їхнього здоров'я (Основи, 2016, с. 12–30).

Ж. П. Вілкен і Д. Холландер розглядають три категорії реабілітаційних послуг: індивідуально-професійна підтримка, програми, служби. Комплексну реабілітацію розглядають як метод, який орієнтований на процес і ціль, які не можливо виконати за отримувача реабілітаційної послуги. Важливим у цьому методі є процес співпраці спеціаліста і отримувача. Ціль розробляється під час реабілітаційної роботи. І таких цілей є дві: довгострокові абсолютні цілі (в основі лежать бажання і мрії отримувача послуг і слугують мотивом; не обов'язково має бути досяжною, ціль окреслює перспективи майбутнього людини; дає напрям для процесу реабілітації, особливо у фазі оцінки; дає енергію співпрацювати отримувачу і спеціалісту) і короткострокові конкретні цілі (робота в щоденному житті). Цей метод є напівструктурованим і гнучким (Вілкен, 2011, с.155).

Розглянемо парадигмальні підходи до реабілітації осіб з інвалідністю та міжнародні нормативи, в яких зафіксовані представлені моделі.

Розвиток наукових підходів та історичне становлення обумовлювалося змінами суспільно-державного укладу життя, рівнем розвитку соціально-економічного добробуту, ствердженням прав людей з інвалідністю у глобальних вимірах суспільства, а також науковими розробками у різних сферах знань (психологічних, медичних, соціально-правових тощо) та громадськими рухами людей із інвалідністю. Встановлено, що парадигмальні зміни в реабілітації осіб з інвалідністю супроводжувалися постійною увагою світової спільноти та за підтримки таких всесвітніх організацій, як ООН, ВОЗ, ЮНЕСКО та ЮНІСЕФ.

*Таблиця 2*

**Парадигмальні підходи до реабілітації осіб з інвалідністю згідно з моделями інвалідності**

<b>Назва моделі</b>	<b>Міжнародні нормативи</b>	<b>У центрі уваги моделі</b>	<b>Парадигмальний підхід</b>	<b>Практики реалізації</b>
---------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

Медична	Міжнародна класифікація порушень, обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності, ICIDH, (1980 р.); МКХ-10 (1998 р.);	Спеціалісти МСЕК, ЛКК, ПМПК (до 2017 р.)	Сегрегація та інституалізація	Лікування та догляд. Медична реабілітація. Трудова реабілітація для деяких категорій. Мінімальне соціальне забезпечення.
Соціальна	МКФ (2001 р.)	Люди з інвалідністю	Інтеграція	Підготовка спеціалістів. Надання комплексу реабілітаційних послуг. Соціальний захист.
Правова	Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (2006 р.)	Люди з інвалідністю як громадяни і носії прав	Включення (інклюзія) Права і гідність осіб з інвалідністю	Створення рівних можливостей: відповідної інфраструктури, законодавства, можливості реалізуватися
Біопсихосоціальна	Проект глобального плану дій ВООЗ щодо інвалідності на 2014-2021 рр. МКФ (2001) МКФ-ДП, (2016)	Структурні порушення; чинники навколишнього середовища; особистісні фактори; участь і діяльність	Власна відповідальність (участь і активність) Включення (інклюзія)	Система реабілітації і допомоги відповідно до індивідуальних потреб осіб у міждисциплінарному підході в інтерактивній динаміці

Наразі, розроблені базові документи світового співтовариства з питань реабілітації визначають її концептуальні підходи як основу стратегічної лінії розвитку реабілітаційних програм.

В Проекті глобального плану дій ВООЗ щодо інвалідності на 2014–2021 рр. визначено мету плану: досягнення оптимального здоров'я, функціонування, благополуччя і прав людини для всіх осіб з інвалідністю: 1) усунути бар'єри і покращити доступ до служб і програм охорони здоров'я; 2) покращити і розширити послуги з реабілітації, абілітації, асистивних технологій, допомоги і підтримки, а також реабілітації на рівні громади; 3) покращити збір даних про інвалідність і надати підтримку дослідженням / моніторингам в області інвалідності і пов'язаних з нею послуг.

У країнах Європейського союзу система реабілітації передбачає отримання людьми з інвалідністю системи послуг за місцем проживання на рівні громади у рамках звичайних соціальних служб і служб охорони здоров'я. Наразі, ВООЗ започаткована міжнародна програма «Реабілітація на рівні громади», яка інтегрує такі напрями: здоров'я, освіта, самозабезпечення, соціальні питання, просування прав і можливостей (Інвалідність, 2014).

Україна, приєднавшись до Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, взяла на себе відповідальність щодо її впровадження. На цей час в Україні прийнято низку законів і нормативів щодо реабілітації осіб з інвалідністю. Згідно із законодавством України концепція реабілітації включає такі напрями як: медичний, фізичний, психологічний, професійний, трудовий, соціальний, психолого-педагогічний та фізкультурно-спортивний, що, наразі, реалізується у тому числі і для дітей та молоді (Про ратифікацію Конвенції, 2009).

В ЗУ «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» зазначено, що метою реабілітації є «...усунення або компенсація наслідків, спричинених стійким порушенням здоров'я, функціонування системи підтримання особами з інвалідністю фізичного, психічного, фізичного благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної і матеріальної незалежності...» (Про реабілітацію осіб, 2020). Натомість, незважаючи на зміну парадигми та політичного устрою країни, першість досягнень у сфері реабілітації осіб з інвалідністю також варто надати медичній сфері, яка продовжує розвивати та удосконалювати власні підходи з питань реабілітації осіб з інвалідністю, у тому числі дітей та молоді. Як приклад, у 2020 році прийнято окремий ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я».

Враховуючи вищезазначене, виокремимо, що в ЗУ «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» визначено, що реабілітація – це «...комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем»; абілітація – це «комплекс заходів, що допомагають особі з вродженими та/або такими, що виникли у ранньому віці обмеженнями повсякденного функціонування досягти оптимального рівня функціонування у її

середовищі...» (Про реабілітацію у сфері, 2020). Робота спеціалістів з реабілітації спрямована не лише на підтримку людини з інвалідністю, а й на її інтеграцію або включення в повне, активне та самостійне життя, навіть, за умов тих чи інших обмежень різноманіття інвалідності (Алексєєнко, 2012).

Саме дане приєднання України до Конвенції про права осіб з інвалідністю надала змогу соціальним працівникам використовувати всі моделі інвалідності. Концептуальне вивчення системи реабілітаційних послуг для дітей та молоді з інвалідністю розкрито у працях А. Капської, Т. Єжової, К. Зборовський, І. Пінчук, С. Толстоухова, (соціальний напрям), А. Шевцова (педагогічний); К. Зеленова, В. Мартинюка, Б.Мойса, Е. Макарова, М. Мамчура (медичний); Т. Алексєєнко, А. Кунцевської, Н. Мирошніченко, Ж. Петрочко, (соціально-педагогічний), Н. Бастун, О. Матрос (психолого-педагогічний); Л.Коваленко, Н.Мирошніченко, А. Тиганов (професійний та трудовий); О. Молчан (соціокультурний); О. Яшної (фізкультурно-спортивний), Т. Дехтяренко (управління корекційно-реабілітаційною діяльністю). Питанням ранньої реабілітації і раннього втручання присвячені роботи Л. Байда, Є. Павлова, О.Іванова, Г. Кукуруза, В. Ляшенко, М.Сварник.

Теоретичні та практичні здобутки у сфері реабілітації довели доречність її спеціалізації, де кожний з її видів має свою специфіку використання форм та методів роботи, засобів впливу з врахуванням типології інвалідності та причин її набуття, а також видів відхилень у розвитку особи з інвалідністю. Науковці засвідчують, що надання різних видів реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю мають опиратися на наступні принципи, які зафіксовані у міжнародних нормативах ВООЗ, а саме: 1) реабілітація є результатом впливу на особистість, її окремі психічні і фізичні функції (відношення, активізація); 2) реабілітація є наступним етапом після адаптації (приспособлення компенсаторних здібностей); 3) реабілітацію дитини не можна розглядати при відмежуванні її від сім'ї, яка зобов'язана сприяти реабілітаційним можливостям; 4) реабілітація – неперервний, але обмежений у часі процес, протягом якого мають з'явитися нові якості дитини; 5) реабілітація має спрямованість, специфіку

для кожного вікового етапу (Рекомендація R, 1992).

Закладені нормативними документами принципи послідовної і глобальної політики на підтримку осіб з інвалідністю та осіб, яким загрожує небезпека отримати інвалідність, спрямовані на профілактику або усунення інвалідності, запобігання її погіршення і пом'якшення її наслідків; гарантію повного і активної участі в житті суспільства; допомога особам з інвалідністю для того, щоб вони могли жити незалежно, за своїм бажанням тощо.

Надання соціальних послуг у сфері реабілітації осіб з інвалідністю має супроводжувати дотримання принципів, які вироблені у сфері міжнародного наукового підходу і законодавства з реабілітації і соціальної роботи: самостійності, взаємодії, універсального дизайну, гідності і прав людини, принципу участі, активності, інклюзії. Процес реабілітації в сучасних умовах спрямовано на те, щоб людина з інвалідністю якнайраніше набула самостійності. Важливим також є доступність отримання реабілітаційних послуг і заходів та їхня максимальна зорієнтованість на потреби отримувача.

Отже, зробимо висновок, що соціальна реабілітація передбачає відновлення втрачених або набутих у процесі соціалізації навичок виконання соціальних відносин і ролей та об'єктивно пов'язана з зазначеними моделями: реабілітацією, соціалізацією, інтеграцією, інклюзією, активізацією. Теоретичні концепції розширюють можливості практичної соціальної роботи з окремими групами отримувачів послуг, даючи для цього теоретичне обґрунтування проблеми, особливостей соціальної групи тощо. З'ясовано, що існують певні розбіжності: теоретики, наприклад, більше схиляються до визначення індивідуального аспекту, наголошують на взаємодії окремої особи та суспільства, а практики вказують на значимість суспільних змін, а саме: готовність соціальних інститутів до інтеграції реабілітованих осіб, відновлення соціального статусу особистості, зміну наявних суспільних цінностей тощо. Безсумнівним залишається те, що репрезентовані нами моделі соціальної реабілітації лише у поєднанні теоретичних та практичних підходів можуть дати цілісне уявлення про соціальну реабілітацію осіб з інвалідністю, її основні складові та поняття.



## РОЗДІЛ 2

### НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ ДІТЯМ ТА МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ

#### 2.1. Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні

Щоб простежити розвиток реабілітаційних центрів в Україні, ми застосували *метод* періодизації, що включає аналіз нормативно-правових документів з питань започаткування та діяльності ЦРДМ з інвалідністю, статистичних даних щодо кількісних і якісних їхніх змін, періодичних видань; розвитку громадських рухів батьків дітей з інвалідністю та інших соціальних інституцій з питань соціально-педагогічної реабілітаційної роботи.

На підставі проведеного аналізу було виокремлено чотири етапи розвитку ЦРДМ з інвалідністю, що спрямовувались процесами інституціоналізації реабілітаційних послуг дітей та молоді з інвалідністю та формувалися як форми локальної допомоги. Ними є: 1) *етап пострадянського спадку, 1991–1992 рр.*;

2) *етап варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи), 1992–2000 рр.*; 3) *нормування соціальних практик реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю, 2000–2007 рр.* 4) *розбудови ЦРДМ з інвалідністю як служб надання якісних та доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління, 2007 р. – донині.* Оскільки кожний попередній етап створює передумови для розвитку наступного, то перехід між етапами не є чітко окресленим, а формалізація року початку наступного етапу співвідноситься із роком прийняття відповідних нормативно-законодавчих актів.

*Характеристика першого етапу – пострадянський спадок.* На основі історіографічного розгляду етапу нами зроблено висновок, що етап тривав у 1991 році і зафіксував у собі сталу інтернатну систему утримання, навчання та

виховання дітей з інвалідністю згідно з профілями (складнощами порушень у розвитку), що діяла в підпорядкуванні трьох актуальних на той час міністерств України: Міністерства освіти та науки, Міністерства праці і соціальної політики, Міністерства охорони здоров'я. Етап вказує на стан системи утримання дітей та молоді з інвалідністю в державних закладах. Так, у системі МОН України для дітей з інвалідністю були створені спеціальні школи- інтернати, що поділялися згідно з нозологіями на 8 видів: для дітей з порушенням опорно-рухового апарату, для сліпих дітей, для дітей зі зниженим зором, для глухих дітей, для дітей зі зниженим слухом, для дітей з важкими порушеннями мовлення, для дітей із затримкою психічного розвитку, для розумово відсталих дітей (Обуховська, 2013). У системі дошкільної освіти працювали спеціальні і комбіновані зі спеціальними групами дошкільні навчальні заклади, заклади компенсуючого типу, дошкільні групи при спеціальних школах. У навчальних закладах діти з інвалідністю отримували корекційні заняття і освіту за спеціальними програмами. У структурі міністерства працювали медико- педагогічні комісії (МПК), які в 1992 році були перейменовані на психолого- медико-психологічні консультації (ПМПК), завданням яких було проведення діагностування розвитку дітей з інвалідністю і визначення їхнього освітнього маршруту. Діти з важкими і комплексними видами інвалідності переважно відносилися до категорії «ненавчуваних» і, як правило, рекомендували батькам віддати дитину в інтернатний заклад Міністерства праці і соціального захисту (Обуховська, с. 9–12).

Система Міністерства праці і соціального захисту України включала будинки-інтернати для дітей з інвалідністю від 4 до 18 років: будинки- інтернати I профілю для дітей з фізичними вадами і нормальним інтелектом дошкільного і шкільного віку, для яких самостійне пересування є значно утрудненим або неможливим, які частково себе обслуговують (змішані за статтю); будинки-інтернати, де можуть одночасно функціонувати відділення II профілю (для дітей з глибокою розумовою відсталістю, які можуть самостійно пересуватись і обслуговуватись (розділені за статтю)), III профілю (для дітей з глибокою

розумовою відсталістю, які можуть самотійно пересуватись і не можуть самотійно обслуговуватись (розділені за статтю)), IV профілю (для дітей різного ступеню розумової відсталості, які мають складні фізичні вади, не можуть самотійно пересуватись та самотійно обслуговуватись (змішані за статтю)). Для дітей з інвалідністю у закладах I та II профілю передбачалось надання медичної реабілітації та консультування, оздоровчо-фізкультурної і навчально-виховної корекції. Однак їхня низька якість не надавала необхідних результатів і після 18 років випускники інтернатів переміщались у заклади для дорослих, таким чином все своє життя проводячи поза межами власної сім'ї в інтернатах закритого типу.

У системі МОЗ функціонували будинки дитини двох типів: загального (для дітей без порушень здоров'я) і спеціалізовані будинки дитини для медико-соціального захисту дітей-сиріт, дітей, які залишились без піклування батьків, з вадами фізичного та розумового розвитку (III-V груп здоров'я), віком від народження до чотирьох років, а також: з органічним ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки; з порушенням функції опорно-рухового апарату, у тому числі з дитячим церебральним паралічем без порушення психіки; з порушенням слуху та мовлення; з порушенням мовлення; з порушенням зору (сліпі та слабозорі); тубінфіковані. При лікувальних закладах була сформована розгалужена система медико-соціальної експертизи (МСЕ) і лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) з встановлення інвалідності і придатності до праці, медичної і трудової реабілітації (Історичні аспекти). При психоневрологічних диспансерах формувались лікарняно-трудоі майстерні, де здійснювалась трудова реабілітація. Але юридичного працевлаштування з нарахуванням трудового стажу і відкриттям трудової книжки, отриманням заробітної плати не було, надавалась грошова винагорода. Майстерні вважались проміжним етапом між лікуванням і працевлаштуванням (Система надання, 2010).

Історіографічний розгляд показав, що соціальна політика СРСР щодо людей з інвалідністю (у тому числі дітей та молоді) носила компенсаційний характер і

була спрямована на надання уніфікованих як грошових виплат так і певних послуг, що не були пов'язані зі специфікою і потребами людини з інвалідністю. Особою з інвалідністю визнавались лише ті особи, в яких знижена або втрачена працездатність: таким чином система реабілітації розвивалась в двох напрямках: медичній і трудовій. Створення незалежної України та кроки імплементації міжнародних правових документів щодо інвалідності, ініціювали розвиток руху осіб з інвалідністю та звернення до потреб за запитів самих користувачів. Відповідно до міжнародних норм відбулись зміни і в підходах до визначення і вирішення проблем осіб з інвалідністю. У 1991 році Україна ратифікувала міжнародну Конвенцію прав дітей, в якій проголошена особлива увага дітям з інвалідністю. Особами з інвалідністю почали визнаватись не тільки тих, у кого була знижена або втрачена працездатність, а й тих, які мали різні обмеження життєдіяльності. Це зумовило посилення реабілітаційної спрямованості державної політики щодо інвалідності, реорганізацію служб медико-соціальної експертизи, формування вітчизняного ринку технічних засобів реабілітації та реабілітаційних послуг. Законодавством були зняті обмеження щодо працевлаштування, освіти та професійної підготовки осіб з інвалідністю I та II групи. Прийнятий у 1991 році Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» сформулював мету державної політики щодо осіб з інвалідністю, яка полягає у створенні правових, економічних, політичних, побутових, соціально-психологічних умов для задоволення потреб у відновленні здоров'я, матеріального забезпечення й посильній трудовій та громадській діяльності. Надбанням етапу пострадянського спадку можна вважати:

– наявність розгалуженої інституційної системи утримання дітей з інвалідністю в інтернатних закладах трьох міністерств: МОН, МОЗ, Міністерства праці і соціального захисту України; створення реабілітаційних послуг в інтернатних та психоневрологічних закладах закритого типу;

– вирішальна роль комісій (ЛКК, МСЕК, ПМПК) у визначенні життєвої долі дитини, особи з інвалідністю;

– вплив міжнародних нормативів на зміну законодавства України щодо

реабілітації осіб з інвалідністю.

*Характеристика етапу варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи).* Історіографічний розгляд проблеми розвитку ЦРДМ з інвалідністю дав можливість прийти висновку, що цей етап тривав 1992–2000 рр. Етап характеризувався бурхливим розвитком громадського руху батьків дітей з інвалідністю і осіб з інвалідністю, розширенням діяльності структур, які займаються питаннями інвалідності, створенням інноваційних форм ранньої реабілітації дітей з інвалідністю, клубів спілкування, ігротек для дітей з інвалідністю; започаткуванням інституту соціальних педагогів і соціальних працівників; відкриттям центрів соціальних служб для молоді; ініціацією руху за право проживання дітей та молоді з інвалідністю у сім'ях, а не в інтернатних закладах.

Названі зміни стали можливими завдяки нормативних змінам, зокрема, Постанові Кабміну України «Про Комплексну програму розв'язання проблем інвалідності» від 27.01.1992 р. № 31, в якій поставлено завдання організації в кожній області центри медико-соціальної реабілітації з відділеннями для дітей з інвалідністю та окреслені заходи медичної і соціально-трудової реабілітації та визначені напрями їхньої розбудови: профілактика інвалідності, медична, соціально-трудова реабілітація; подання протезно-ортопедичної допомоги і забезпечення транспортними засобами; створення однакових можливостей; створення умов для отримання освіти; культура, відпочинок, фізкультура і спорт, поліпшення матеріально-побутових умов. Конституцією 1996 року Україна проголосила себе демократичною, соціальною, правовою державою, в якій людина, її життя, здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються найвищою соціальною цінністю. У 1994 році створено координуючий орган Рада у справах інвалідів при Кабінеті Міністрів, яка взаємодіє з центральними і місцевими органами виконавчої влади, підприємствами, установами і організаціями. Також, у цей період Україна приєдналась до міжнародного співробітництва завдяки чому міжнародні правові документи стали чинними, зокрема Стандартні правила забезпечення рівних можливостей людей з

інвалідністю ООН (1993), Європейська соціальна хартія (02.05.1996 року).

Натомість система реабілітаційних послуг для дітей та молоді з інвалідністю, як і раніше, продовжує розподілятися між системами міністерств, що все більше зазнає критики з боку громадськості, що ініціює численні інноваційні зміни. Так у системі МОН формується нова парадигма спеціальної педагогіки на основі цінностей гуманізації (мета спеціальної освіти у включенні дитини в широкий спектр соціальних стосунків з урахуванням її індивідуального розвитку і потреб; ідея цілісності людської життєдіяльності і становлення її індивідуальності; освіта протягом життя), фундаменталізації (неприйнятна поляризація норми-аномалії, диференціацією виступає філософсько-категоріальний аналіз явищ; спеціальна освіта залучає дитину до численних норм, які вироблені у процесі розвитку суспільства, однак ці норми індивідуалізуються в розвитку дитини, стають нормами поведінки) та інтеграції (спільне навчання дітей з різним ступенем здоров'я; визнання права кожної дитини на отримання освіти; інтеграційні тенденції є у змісті спеціальної освіти; інтеграція визнається кінцевою метою навчання) (Колупаєва, 2009, с.5-16). Почалось переосмислення спеціальної освіти дітей з інвалідністю. Критиці піддавались як термінологія «дефективна», «аномальна», сегрегаційна система інтернатних закладів, випадання з системи освіти дітей з важкими формами інвалідності, відсутність психолого-педагогічної допомоги дітям з легкими формами інвалідності.

Існуюча система шкіл-інтернатів перестала задовольняти потреби дітей, батьків і суспільства: соціальна ізоляція, відірване проживання дитини з інвалідністю від сім'ї сприяли процесам сегрегації і маргіналізації. У загальноосвітніх школах збільшується кількість дітей з інвалідністю, які опановують навчальну шкільну програму, цей вид освіти стали називати «інтегрована освіта» (Софій, 2007). А. Обуховська зазначає, що у багатьох випадках це була «вимушена і хаотична інтеграція» із-за відсутності системи раннього втручання і реабілітації, якісної діагностики, психолого-педагогічного супроводу дітей з легкими формами інвалідності (Обуховська, 2013, с.11–13).

Так, з 1997 року в професійно-технічних навчальних закладах м. Києва розпочалось навчання дітей з інвалідністю з числа випускників спеціалізованих шкіл-інтернатів за такими професіями: для учнів з порушенням слуху – кухар-кондитер (ПТУ № 33), оператор електронно-обчислювальних машин (ПТУ № 1, 6, 11), штукатур, лицювальник-плиточник, столяр-будівельний, паркетник (ВПУ № 26), швачка, кравець (ПТУ № 39, 46, 49); для учнів з порушенням зору – оператор комп'ютерного набору (ВПУ № 43), для учнів з порушенням розумового розвитку і ДЦП – слюсар-ремонтник взуттєвого виробництва, складальник взуття, взуттьовик з індивідуального пошиття взуття (ПТУ № 12) (Про становище інвалідів, 2002, с.70-72). У 1998 році створюється навчальний заклад інтегрованого типу – Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна», Київська міська державна адміністрація стає співзасновником університету (Про становище інвалідів, 2002, с. 72- 79).

Серед численних ініціатив доречно відмітити значення громадського руху батьків дітей з інвалідністю, завдяки якому було лобійовано розробку положення про навчально-реабілітаційні центри – заклади освіти, що було затверджено наказом МОН (від 28 серпня 1997 № 325) і, наразі, втратило чинність. Центри мали забезпечувати умови для відновлення здоров'я, соціальної адаптації, професійної орієнтації дітей, що мають органічні та функціональні захворювання внутрішніх органів та систем або вади психофізичного розвитку. Метою діяльності центру було здійснення комплексної медичної, психологічної, педагогічної реабілітації дитини з порушенням розвитку. Центр мав змогу мати у своєму складі дошкільне відділення, середню загальноосвітню школу I, I-II, I-III ступенів, філіали (окремі групи) професійно-технічних навчальних закладів освіти I-II рівнів акредитації з заочною чи стаціонарною формами навчання, відділення медичної реабілітації, соціально-психологічну службу, клуби, студії, гуртки, секції, що створюються регіональними позашкільними закладами як на своїй базі, так і у приміщенні центру. Комплектування закладів вихованцями здійснювалось спеціальними комісіями управлінь освіти державних адміністрацій або ПМПК. У питаннях отримання професійної освіти у

професійно-технічних училищах відкривались спеціалізовані групи для студентів за певною нозологією інвалідності (Остролюцька, 2012).

Водночас при Міністерстві праці та соціального захисту України продовжувала діяти сегрегаційна система інтернатних закладів для дітей та молоді з інвалідністю. Система соціального захисту осіб з інвалідністю перебувала у стадії становлення та розвитку, тривав пошук напрямів діяльності та основних функцій органів праці і соціального захисту на всіх рівнях управлінської діяльності. У 1994 році в місті Миколаїв (за рішенням районних виконавчих комітетів Заводського, Центрального, Ленінського, Корабельного районів) при територіальних центрах були створені відділення ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів. До кінця століття в Миколаївській області їх нараховували 16 відділень за підтримки Фонду соціального захисту інвалідів (Про схвалення, 1999).

У Міністерстві охорони здоров'я України в цей період служби медико-соціальної експертизи почався новий етап – формування державних основ соціальної інтеграції та реінтеграції людей з інвалідністю. У системі МОЗ діяли будинки дитини, оновлене Типове положення про будинок дитини затверджено наказом МОЗ у 1998 році. Медична допомога дітям з інвалідністю надавалась лікувально-профілактичними закладами як за місцем проживання, так і спеціалізованими центрами (гематологічним, щелепно-лицьової хірургії, онкологічним тощо). З листопада 1993 року почалась тісна співпраця між Баварією (Німеччина) і Україною в медичній і соціальній сфері і мала на меті створення в нашій країні соціально-педіатричних структур. Провідну роль на себе взяли МОЗ України і Головне управління охорони здоров'я КМДА, зі сторони Німеччини Мюнхенський дитячий реабілітаційний центр та кафедра соціальної педіатрії та підліткової медицини університету Мюнхена.

У результаті співпраці в 1996 році згідно з Розпорядженням Кабінету Міністрів України створено Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України, який у системі МОЗ зазначено як головний державний заклад, який формує політику у сфері медико-



соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи. Рішенням Вченої медичної ради МОЗ України (1998) у лікувально-профілактичних закладах МОЗ України впроваджена Модель медико-соціальної реабілітації дітей з ураженням нервової системи «Тандем-партнерство», «Дитина-сім'я- фахівець», що затверджені на основі методики медико-соціальної реабілітації, які використовувались в Українському медичному центрі реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ, реабілітаційному центрі «Еліта», Донецькому реабілітаційному центрі, Українському центрі санаторно-курортної реабілітації дітей з органічними ураженням нервової системи «Хаджибей», всього в 19 центрах.

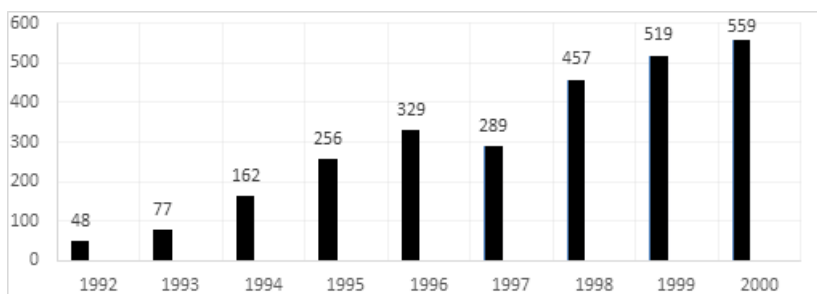
Система центрів реабілітації створена в ряді областей: Волинській, Вінницькій, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Одеській, Полтавській, Тернопільській, Чернівецькій, Чернігівській. Крім того медична допомога дітям з інвалідністю надавалась у профільних інститутах та спеціалізованих відділеннях обласних дитячих лікарень.

Міністерство України у справах молоді і спорту створено в 1992 році, у 1996 реформовано в Міністерство України у справах сім'ї та молоді в підпорядкуванні якого у період з 1992 по 1994 роки були створені Український державний, обласні, міські (у містах республіканського значення), районні та районні у містах центри соціальних служб для молоді (далі ССМ), завданням яких було брати участь у реалізації державної молодіжної політики і надавати соціальні послуги та соціальну допомогу молодим громадянам. Одними з перших центри соціальних служб для молоді були створені в Херсонській, Донецькій, Рівненській областях.

Постановою колегії Міністерства України у справах молоді та спорту від 30.12.94 р. за № 32-а було затверджено Комплексну програму розвитку соціальних служб для молоді на 1994-1997 роки, яка передбачала план розвитку та поширення ЦССМ в Україні.

У першому Положенні про діяльність соціальних служб для молоді (1992) стояли завдання соціальної опіки молоді з інвалідністю, їхнього становлення і

розвитку; створення соціально- реабілітаційних центрів. А це значить, що питання підтримки молоді, яка проживає в сім'ї і громаді, їхня реабілітація і інтеграція в суспільство стали визнаними і актуальними для державної молодіжної політики тих часів.



*Рис.* Графік динаміки створення центрів соціальних служб для молоді 1992–2000 рр.

Завданням ССМ було брати участь у реалізації державної молодіжної політики і надавати соціальні послуги та соціальну допомогу молодим громадянам. Як зазначає І. Д. Зверева, у цей час у системі ССМ сформувався єдиний напрям діяльності ССМ «соціальна робота з дітьми та молоддю з особливими потребами», куди входили категорії дітей і молоді з інвалідністю, і сиріт.

Основними напрямками соціальної роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю є: соціальна профілактика, соціальне обслуговування, соціальна реабілітація (реконструкція соціально-культурного оточення з залученням волонтерів-ровесників без інвалідності, активізація соціально-культурних і соціально-педагогічних функцій конкретної особи у задоволенні соціальних потреб, самоактуалізація і соціалізація засобами розвитку креативності особистості, розвитку творчого потенціалу).

У цей період в Україні почав активно розвиватись спорт для осіб з інвалідністю. Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» було засновано 1993 року відповідно до спільної постанови Міністерства України у справах молоді та спорту, Федерації професійних спілок України та Національного комітету (Федерації) спорту осіб з інвалідністю України від 14.01.1993 № 29/п-2/6 «Про створення Українського та обласних

центрів інвалідного спорту». Основним напрямком роботи системи «Інваспорт» є реабілітація осіб з інвалідністю засобами фізичної культури і спорту, їхня інтеграція в суспільство. З 1998 року активно почали створюватись фізкультурно-спортивні та оздоровчі клуби осіб з інвалідністю, які почали об'єднуватись у національні Федерації. У міжнародному параолімпійському русі Україну представляють Національний Комітет спорту інвалідів України, створений ще в 1990 році.

Результатами другого етапу можна вважати:

–розвиток ініціатив громадських батьківських організацій дітей з інвалідністю у створенні центрів реабілітації дітей з інвалідністю;

–створення перших центрів реабілітації для дітей з інвалідністю в системі Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти України; реабілітаційних програм та спортивної реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю, які проживають у сім'ях при соціальних службах Міністерства молоді і спорту України (Міністерства України у справах сім'ї та молоді);

–формування реабілітаційних програм і центрів у межах медичної і соціальної реабілітаційної моделі одночасно;

–підготовка спеціалістів професійної соціальної роботи з дітьми і молоддю з інвалідністю, які проживають у сім'ях і введення спеціальностей соціальних працівників, соціальних педагогів.

*Характеристика етапу нормування соціальних практик щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю.* Цей етап (2000 – 2007 рр.) визначався прийняттям низки Законів України, які легалізували створення соціальних послуг і сформували нормативно-правові основи з питань реабілітації осіб з інвалідністю (у тому числі дітей та молоді). Це такі Закони України: «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» (2000) та «Про психіатричну допомогу» (2000). У цей час відбулась стабілізація економіки країни та поліпшенню фінансувань програм соціального захисту (в тому числі щодо реабілітації), активізуються розробки національних програм реабілітації осіб з інвалідністю; створення розгалуженої системи нових соціальних

інститутів – центрів реабілітації (соціальної, медико-соціальної, професійної, соціально-психологічної, навчально- реабілітаційної), в яких набувають розвитку соціальна, психолого-педагогічна реабілітація; введення нової інституції соціальних послуг, які базувались на створеній інституційній системі державних закладів і організацій.

У цей період гостро постає проблема державного регулювання та реалізації програм професійної реабілітації і зайнятості осіб з інвалідністю. Практично на самий початок знаходяться питання формування доступного для осіб з інвалідністю середовища життєдіяльності.

Указ Президента України (від 24 травня 2000 № 717) «Основні напрями соціальної політики на період до 2004 року» визначає важливе завдання удосконалення соціального захисту осіб з інвалідністю: необхідність створення умов для забезпечення повноцінного життя, гарантування рівних з усіма іншими громадянами можливості участі в економічному, соціальному і політичному житті держави. Верховною Радою України в цей час приймаються ЗУ «Про охорону дитинства» (2001), «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми, молоддю» (2001), «Про соціальні послуги» (2003) – формується інститут соціальних послуг, «Про ратифікацію Конвенції про професійну реабілітацію та зайнятість осіб з інвалідністю» (2003), «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» (2005), Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями» (2005), «Про затвердження типової програми реабілітації інвалідів» (2006), «Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації)» (2007), «Про затвердження Порядку надання інвалідам, дітям-інвалідам і дітям до двох років, які належать до груп ризику щодо отримання інвалідності» (2007), «Про затвердження Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року» (2007), «Про затвердження положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда» (2007);

Розпорядження Кабінету України «Про схвалення Концепції ранньої реабілітації дітей-інвалідів» (2000), «Про затвердження Концепції соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю» (2004). Етап нормалізував ініціативи попереднього варіативного етапу і привів до створення у громадах соціальних і реабілітаційних послуг.

Нова галузь «соціальні послуги» була започаткована в Україні з 2003 року з прийняттям першого закону «Про соціальні послуги». Соціальні послуги мали замінити існуючу з радянських часів систему соціального обслуговування населення, яка складалась з мережі закладів та установ, утримання яких здійснювалось повністю за державні кошти, орієнтувалася в більшості не на потреби людей, а можливості бюджету, оцінка якості послуг не здійснювалась. Новоутворена система, за оцінками експертів, базувалась переважно на державних і комунальних закладах соціального обслуговування і потребувала змін. При Міністерстві освіти та науки України в цей період з 2002 по 2004 рік відбулась перша реорганізація ПМПК та закріплення її діяльності на постійній основі: прийнято нове Положення про діяльність, яке регулювало діяльність як самостійних постійно діючих установ освіти з чітко визначеними функціями і напрямками діяльності, розмежовувало завдання Центральної, обласних і районних (міських) консультацій.

Таким чином, була сформована мережа консультації, методичний супровід яких здійснювала Центральна консультація, яка стала структурним підрозділом Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи АПН України. У робочому часі спеціалістів ПМПК вперше передбачено індивідуальні корекційні заняття з дитиною. Врегулювання умов праці спеціалістів і діяльності ПМПК дозволило працювати системно, вийти на більш якісний рівень роботи, розвинути нові види роботи від діагностування, корекції до консультацій і проведення профілактичних заходів.

У цей час формується нова філософія ставлення до людей з інвалідністю, захисту прав дітей з інвалідністю і їх як батьків. Водночас система освіти України, на думку А.Г.Обуховської, має не гнучку жорстку систему задоволення

права на здобуття освіти дітьми з інвалідністю, монопольну систему спеціальних навчальних закладів. Тим не менш, Указом Президента України (2002) затверджується Національна доктрина розвитку освіти, в якій визначено рівний доступ до освіти дітей з особливостями психічного і фізичного розвитку.

На необхідності інтеграції дітей з інвалідністю в загальний освітній процес зосереджено увагу в Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки, затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України (2002). У 2001 році кількість учнів з інвалідністю, які навчаються у професійно-технічних навчальних закладах збільшилось на 44,7%, у вищих навчальних закладах – у 2,1 рази, ніж у 1994 році (Про становище інвалідів, 2008, с.88–91). У 26 вищих навчальних закладах функціонують спеціальні групи для студентів з порушенням слуху і зору. У педагогічних навчальних закладах розпочато підготовку фахівців «фізична реабілітація» (Про становище інвалідів, 2008, с.91–95).

У Міністерстві праці та соціального захисту України в 2001 році на базі Миколаївського центру «Надія» утворено Державний комплекс ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, створена Міжвідомча координаційна рада з питань ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів на чолі з Віце-прем'єр-міністром України, представниками Міністерства праці та соціальної політики, МОЗ, МОН, громадських організацій осіб з інвалідністю.

Спільним наказом з МОН, МОЗ і Фондом соціального захисту інвалідів підписано наказ (2002) «Про затвердження типового положення про центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів». Створення системи ранньої реабілітації дітей з інвалідністю від нуля до 7 років мало здійснювати ранню соціальну реабілітацію без відриву від сім'ї і за участі членів сім'ї, ранню соціальну інтеграцію в суспільство, поступову інтеграцію дітей з інвалідністю до дошкільних закладів і загальноосвітніх шкіл, перебування дитини в дитячому колективі без ізоляції від суспільства; мало завершити формування цілісної реабілітаційної системи в Україні.

Планувалося впровадження системи ранньої реабілітації дітей з

інвалідністю зі створення Всеукраїнської мережі центрів з розрахунку: 1) Державний комплекс ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м.Миколаїв); 2) обласні центри ранньої реабілітації дітей з інвалідністю (один на область); 3) районні центри (відділення) ранньої соціальної реабілітації (один центр на кожний район області).

Станом на 01.07.2008 року функціонувало 222 центри (відділення) соціальної реабілітації дітей-інвалідів (Про становище інвалідів, 2008, с. 105–109). Для здійснення заходів професійної реабілітації в 2001 році Указом Президента України (2001) відкрито Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів (Лютіж, Київська обл.), в якому проходили професійну реабілітацію особи з інвалідністю за дев'ятьма робітничими професіями.

З часом виходить наказ від 13.02.2007 № 201 (Мінюст від 06.03.2007 № 201/13468) «Про затвердження Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів», яке розпочинає формувати систему реабілітаційних закладів для дітей з інвалідністю при Міністерстві.

Реабілітація, як система, в Україні формується державним і недержавним сектором, починаючи з 2007 року, майже всі центри реабілітації, що створені громадським сектором, перейшли в підпорядкування Мінсоцполітики як державні установи з отриманням державного фінансування. У громадському секторі залишилось працювати 80 центрів реабілітації осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю. Наразі таке об'єднання державних і недержавних секторів скоріше свідчить не про розбудову системи реабілітаційних послуг для дітей і молоді з інвалідністю, а про відсутність державних механізмів підтримки розвитку послуг у громаді на основі соціального замовлення.

Установою, на яку покладено координуючу та методологічну функцію організації діяльності мережі реабілітаційних закладів для дітей з інвалідністю, функцію підвищення кваліфікації фахівців центрів соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, є Державний комплекс соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Миколаїв), який підпорядкований Мінпраці України. У 2007 році наказом міністерства створено Методичну раду з питань реабілітації інвалідів і дітей-

інвалідів, що сприяло впровадженню єдиного системного підходу до роботи реабілітаційних установ сфери управління Мінпраці України.

У Міністерстві охорони здоров'я України у класифікатор професії введено фах «фізична реабілітація» (2000). З причин збільшення динаміки інвалідності серед населення країни, розробляється Комплексна програма профілактики інвалідності серед дітей та населення працездатного віку на період 2000-2005 роки. Основним напрямом медико-соціальної допомоги дітям з інвалідністю є профілактика та подальше удосконалення спеціалізованої медичної допомоги, зокрема започатковано проведення масового скринінгу новонароджених на виявлення і своєчасну діагностику станів, які приводять до ранніх інвалідизуючих станів.

Міністерство України сім'ї та молоді України в 2000 році реорганізовано в Державний комітет молодіжної політики, спорту і туризму України, а в 2002 році Державний комітет України у справах сім'ї та молоді, у 2004 році перейменовано у Міністерство України у справах сім'ї, дітей та молоді, а в 2005 році в Міністерство сім'ї, молоді та спорту. Весь цей час діє Український державний центр соціальних служб для молоді, який здійснює організаційно-правове, науково-методичне керування системою ССМ. У 2001 році виходить постанова Кабміну України про оновлене положення про діяльність соціальних служб, де визначено завдання і функції: здійснюють соціально-реабілітаційні заходи щодо відновлення соціальних функцій, соціальне обслуговування дітей, молоді та сімей шляхом надання їм соціально-педагогічних, психологічних, юридичних, соціально-економічних, соціально-медичних, та інформаційних послуг тощо. Служби стали центрами реалізації соціальних програм і координації спеціалізованих формувань, які розвивались за різними актуальними напрямками соціальної роботи.

Одне із таких спеціалізованих формувань «Центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями» створено наказом Держсоцслужби від 04.09.2002 № 80. У Україні діє 38 центрів соціальної реабілітації для дітей та молоді з інвалідністю: м Київ (18), Донецькій (11),



Одеській (3), Львівській (2), Житомирській, Запорізькій, Луганській, Рівненській областях (по 1).

У серпні 2004 року виходить Постанова Кабміну України «Про заходи щодо вдосконалення соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю», в якій визначається нове положення про діяльність ЦССМ, змінюється назва і розширюються функції і повноваження. Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (далі – ЦСССДМ) є спеціальним закладом, що забезпечує організацію та проведення у відповідній територіальній громаді соціальної роботи із соціально незахищеними категоріями сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги. Розширюються напрями соціальної роботи, виокремлюються нові категорії отримувачів послуг. Соціальні послуги, що надаються: інформаційні, соціально-педагогічні, психологічні, соціально-медичні, соціально-економічні, юридичні.

Щодо соціальної роботи з дітьми і молоддю з інвалідністю в 2005 році прийнято постанову Кабінету Міністрів України від 08.09.2005 № 877 «Про примірне Положення про центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями».

В Україні діяло: 2006 – 4, 2007 – 8, 2010 – 14, 2011 – 15 , 2012 – 17, 2013 – 19, 2014 – 16, 2017 – 18, 2018 – 13, 2019 – 16 центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями у 6 регіонах (5 – у Києві, 2 – у Івано- Франківській області, 1 – у Закарпатській, 3 – у Вінницькій, 3 – в Одеській областях). Рівень підпорядкованості: обласного – 4; міського – 4; районного – 3; районного у містах – 5.

Також, у 2001 році створено Національний центр параолімпійської і дефлімпійської підготовки та реабілітації інвалідів за фінансування Фонду соціального захисту інвалідів.

Результатами третього періоду є:

- створення нормативно-правової бази регулювання реабілітації осіб з інвалідністю і надання соціальних послуг;
- розвиток ЦРДМ з інвалідністю (соціальної, медико-соціальної,

професійної, соціально-психологічної, навчально-реабілітаційної) у чотирьох міністерствах України;

- введення у класифікатор професій «фізична реабілітація».

*Характеристика етапу розбудови ЦРДМ з інвалідністю як служб надання якісних та доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління (2007 р. і донині).*

Початок цього етапу можна зафіксувати як зміни у системі реабілітації і наданні соціальних послуг, що був обумовлений реформуванням соціальних послуг (2007 р.), процесами деінституціалізації (2009 р.), реформою державного управління (децентралізація) і розбудовою громад (2014 р.).

Цей етап характеризується визначенням місця та напрямів розвитку ЦРДМ у реформованій системі державного управління, пошуку відповідних форм надання дітям та молоді з інвалідністю якісних та доступних послуг на рівні громади без їхнього вилючення із сімейного оточення; запровадження нових підходів до фінансування послуг – перехід від утримання установ до фінансування послуг.

З 2013 року Міністерство соціальної політики України вводить державні стандарти соціальних послуг, серед яких реабілітація осіб з інтелектуальними та психічними розладами. Однак уніфікований характер стандартів, як мінімального гарантованого державою пакета послуг, хоч і посилював забезпечення їхньої доступності, створення ринку соціальних послуг та визначав вимоги до підготовки необхідного кадрового забезпечення, однак все ще не міг врахувати повноту всієї специфіки потреб, особливостей надання соціальної допомоги, підтримки, реабілітації дітей й молоді з інвалідністю та їхніх сімей.

Також у цей період постають актуальними питання захист прав дитини (у тому числі з інвалідністю) та врахування її думки у прийнятті рішень щодо неї. Також відмітимо, що основним досягненням з 2011 по 2014 рр. став перехід від діяльності, спрямованої на боротьбу із наслідками порушень прав дітей, до заходів щодо профілактики, створення умов для забезпечення права кожної дитини на виховання в сім'ї, запобігання її соціальному сирітству. Цьому

слугував указ Президента України від 25.08.2015 № 501 «Про затвердження Національної стратегії у сфері прав людини» та Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки», що були спрямовані на зміни існуючої системи інституційного догляду та виховання дітей, як такої, що не відповідає запитам та потребам дітей (наразі з інвалідністю) і вимагає створенню системи підтримки дитини у сім'ї. Стратегія базується на таких принципах: безпека і благополуччя дитини є пріоритетом державної політики; сім'я є найкращим середовищем для виховання та розвитку дитини; збереження сім'ї для дитини є головною умовою забезпечення найкращих інтересів дитини та її благополуччя; державою заохочується та підтримується відповідальне батьківство; реформування системи інституційного догляду та виховання дітей проводиться з урахуванням потреб, думки та інтересів кожної дитини; залучення дітей до прийняття рішень, що стосуються їхнього життя та майбутнього. Важливий вплив на розбудову системи реабілітації і соціальних послуг вплинула ратифікація Україною Конвенції ООН прав осіб з інвалідністю (2009 р.) Згідно з Конвенцією система послуг людям з інвалідністю має здійснюватися у відповідності до принципів (ст. 3): недискримінація, співучасть, автономія, свобода вибору, соціальне включення, гендерна рівність, рівні можливості.

Нова редакція Закону України «Про соціальні послуги» (2019 р.) також створює умови для покращення організації сфери соціальних послуг на рівні об'єднаних територіальних громад, чому слугує і розпочата у країні в цей період деінституалізація та реформа державного управління (2014 р.), спрямовуючи розвиток реабілітаційних і соціальних послуг безпосередньо у громади. Децентралізація змінює повноваження від державних органів органам місцевого самоврядування і враховує потреби місцевих громад.

Відповідно, соціальні послуги, послуги реабілітації, потреби в послугах мають формуватися на рівні місцевої громади.

Наразі у структурі МОН України пошук форм надання якісних послуг ініціює створення (наказ МОН від 16.08.2012 № 920, зареєстрований у Мінюсті

05.09.2012 № 1502/21814) навчально-реабілітаційних центрів (далі НРЦ) задля реалізації права на освіту дітей з особливими освітніми потребами, зумовленими складними вадами розвитку, їхньої інтеграція в суспільство шляхом здійснення комплексних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, здобуття освіти відповідного рівня, розвиток та корекцію порушень. Виходить постанова КМУ від 06.03.2019 № 221 «Про затвердження Положення про спеціальну школу та Положення про навчально-реабілітаційний центр».

Ще однією структурою МОН постають новостворені (2017) Інклюзивно-ресурсні центри (далі ІРЦ), а існуюча система ПМПК втрачає свої повноваження. Станом 2020 р. кількість зареєстрованих інклюзивно-ресурсних центрів склала 638, діяльність яких спрямована на проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини, надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг та забезпечення права дітей з особливими освітніми потребами віком від 2 до 18 років на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти, у тому числі, у закладах професійної (професійно-технічної) освіти.

У сфері медицини теж відбулися зміни щодо приділення уваги питанням реабілітації осіб з інвалідністю, Так у 2008 році створено Український науково-практичний медичний центр неврології і реабілітації з метою надання спеціалізованої консультативно-діагностичної, стаціонарної наркологічної та реабілітаційної допомоги дітям, особам з обмеженою життєдіяльністю; координацію питань формування мережі відповідних закладів охорони здоров'я; виконання наукових досліджень та впровадження сучасних досягнень науки з питань неврології та реабілітації населення.

А у 2018 році розроблено Концепцію соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності), Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020».

У МОЗ діє 360 медико-соціальних експертних комісій, з яких 138 спеціального профілю. З метою впровадження міжнародних стандартів реабілітації і доступності до реабілітаційних заходів прийнято ЗУ від 03.12.2020

№ 1053-IX «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я».

Особливого значення у розбудові послуг Центрів все більше починають займати превентивні програми. Так за підтримки Євросоюзу та технічної допомоги програми Twinning в Україні започатковується розроблення законодавчих і адміністративних засад щодо запровадження системи раннього втручання. Тож у плануванні послуг починає надаватися пріоритет превентивним заходам, що втілюється у створенні служб при громадських організаціях по наданню послуги раннього втручання у тому числі і реабілітації дітей, які мають ризик інвалідності.

У системі МОЗ також запроваджується (2010 р.) створення центрів медико-соціальної реабілітації раннього втручання у структурі будинків дитини з метою втручання для надання допомоги дітям з інвалідністю з урахуванням: категорій дітей, які потребують постійного медичного спостереження і відповідних лікувально-діагностичних реабілітаційних заходів, матеріально-технічних ресурсів закладів системи охорони здоров'я, професійного кадрового потенціалу. Відповідно набуває сили і розвиток системи паліативного догляду дітей: створюються центри паліативної допомоги дітям, формуються виїзні мультидисциплінарні бригади відповідно до рекомендацій ВООЗ. Затверджується Постанова КМУ від 10.08.2019 № 675 «Про затвердження Положення про центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям».

Станом на 1 січня 2011 року у системі Міністерства праці та соціальної політики України функціонувало 207 реабілітаційних установ для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, з них 81 центр соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, у тому числі Державний комплекс соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Миколаїв), 110 реабілітаційних відділень для дітей-інвалідів у складі територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг). Кількість дітей з інвалідністю, які отримали реабілітаційні послуги у вищезазначених реабілітаційних установах, за даними Міністерства праці та соціальної політики України, у 2010 році складала 15,2 тис. осіб (9,2% від загальної чисельності дітей-інвалідів).

З 2013 року створену систему реабілітації дітей та осіб з інвалідністю в системі Мінсоцполітики почали реформувати, у 2017 р. діяло п'ять типів реабілітаційних установ (державної і комунальної власності): центри професійної реабілітації осіб з інвалідністю – 4 установи; центри соціальної реабілітації дітей з інвалідністю – 118 установ; центри комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю – 29 установ; реабілітаційні установи змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень – 2 установи; центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями – 18.

У контексті реформи деінституціалізації розглядаються питання створення інноваційних відділень, а саме: денного догляду, п'ятиденного стаціонарного догляду, транзитного перебування, підтриманого проживання, паліативного догляду тощо; реабілітаційні заходи зазначаються як одні з пріоритетних у діяльності будинку-інтернату.

У 2018 р. введено нову редакцію Порядку надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації), в якій замінено поняття «реабілітаційні послуги» на поняттям «послуги з комплексної реабілітації (абілітації)» у зв'язку з тим, що реабілітаційні установи з метою практичної реалізації Конвенції, Закону та інших підзаконних актів у цій сфері вже надають послуги з комплексної реабілітації (абілітації), ефективність яких доведено завдяки можливостям одночасного застосування різних видів реабілітаційних заходів, виходячи з реальних потреб кожного отримувача послуг. У 2019 р. здійснено перехід системи отримання реабілітаційних послуг і забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення шляхом запровадження адресного підходу за принципом «гроші ходять за людиною», перейшовши від фінансування установ і підприємств-виробників до оплати фактично наданої послуги, яку обирає людина.

На цьому етапі відбулось перепідпорядкування мережі ЦСССДМ від Міністерства сім'ї, молоді і спорту України до Міністерства соціальної політики

України. Починаючи з 2013 році запроваджуються нові підходи до забезпечення соціальної підтримки вразливих верств населення у складних життєвих обставинах, оптимізується система соціальної допомоги та послуг: у штати ЦСССДМ вводились посади фахівців соціальної роботи. Фахівець із соціальної роботи на 80% менеджер, який залучає ресурси місцевої громади на вирішення проблем конкретної сім'ї; діагност сімейних проблем, тобто вміє правильно діагностувати проблематику складних життєвих обставин сім'ї; координатор діяльності максимально можливих державних та недержавних суб'єктів соціальної роботи, що залучаються в інтересах сім'ї з дитиною; це спеціаліст, який може дати фахові рекомендації на психологічну, педагогічну, правову тематику.

У 2016 р. було введено нові типові структура і штати центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді для надання спеціалізованих послуг у громадах (наказ Мінсоцполітики від 29.06.2016 № 709, зареєстровано в Мін'юсті 11.07.2016 за № 939/29069), зокрема, посади практичного психолога, юрисконсульта, соціального педагога та фахівця із соціальної роботи. Запроваджено новий підхід до визначення кількості штатних одиниць – відповідно до потреб кожної громади у тих чи інших послугах. У 2019 р. ЦСССДМ реформували в центри соціальних служб (56).

Натомість трансформаційні зміни міністерств створюють певні труднощі. Так, з листопада 2011 року питання соціального захисту дітей було віднесено до компетенції Мінсоцполітики, а категорія «молодь» залишилася в компетенції Міністерства молоді та спорту України, завданнями якого є реалізація державної молодіжної політики у сфері фізичної культури та спорту, тим самим визначаючи і напрям надання реабілітаційних заходів. Станом на 2020 р., до системи закладів фізичної культури і спорту осіб з інвалідністю «Інваспорт» входили 25 регіональних центрів з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт», 80 їхніх відділень у регіональних та місцевих центрах, 24 дитячо-юнацькі спортивні школи для осіб з інвалідністю і 148 фізкультурно-оздоровчих клубів. Український центр з фізичної культури і спорту осіб з інвалідністю

«Інваспорт» забезпечує діяльність штатної збірної команди України з видів спорту осіб з інвалідністю.

Результатами етапу є: схвалення міжнародних та вітчизняних нормативних документів з питань захисту прав осіб з інвалідністю (у тому числі дітей та молоді), де особливе значення займає ратифікація Україною Конвенції прав осіб з інвалідністю, в якій визначено принципи взаємодії з особою з інвалідністю, у т.ч. створення послуг для осіб з інвалідністю, реабілітації; розвиток ЦРДМ відбувається відповідно до змін нормативно-законодавчої бази, що, наразі, визначається процесами децентралізації, наближення послуг до їхніх користувачів та розвитком громад; реформування соціальних послуг, розширення спектра соціальних послуг дітям з інвалідністю і підтримки їхніх сімей; створення послуг для молоді з інвалідністю (особливо мультиінвалідності) з підтримки самостійності та життя у громаді.

Згідно проведеного хронологічного й предметного аналізу, нами був складений перелік типів реабілітаційних установ різних відомств, з виокремленням тих, які функціонують для дітей та молоді з інвалідністю.

*Таблиця*

**Типологія (класифікація) реабілітаційних закладів осіб з інвалідністю (підпорядкування різних міністерств)**

Тип	підпорядкування	назва	діти з інвалідністю	молодь з інвалідністю	особи з інвалідністю
Реабілітації у сфері охорони здоров'я (медичної реабілітації)	МОЗ	Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України	+	-	-
		центр реабілітації та паліативної допомоги	-	+	+
<i>центри (відділення) медико-соціальної реабілітації дітей з інвалідністю (реорганізуються)</i>		+	-	-	
<i>центри (відділення) медико-соціальної та трудової реабілітації психічно хворих (реорганізуються)</i>		-	+	+	
Медико-соціальної реабілітації					



		<i>відділення медико-соціальної реабілітації дітей з інвалідністю (реорганізуються)</i>	+	-	-
Соціальної реабілітації	Мінсоцполітики	<i>центр соціальної реабілітації дітей з інвалідністю (реорганізуються)</i>	+	-	-
Психолого-педагогічної реабілітації		центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями	+	+	-
	МОН	навчально-реабілітаційний центр	+	-	-
Фізичної реабілітації		-			
Професійної реабілітації		<i>центр професійної реабілітації осіб з інвалідністю (реорганізуються)</i>	-	+	+
Трудової реабілітації	Мінсоцполітики	<i>центр трудової реабілітації для розумово відсталих інвалідів м. Києва з відділенням соціальної адаптації (реорганізовано)</i>	-	+	-
Фізкультурно-спортивної реабілітації	НКСІУ (ММСУ)	Всеукраїнський реабілітаційно-відновлювальний спортивний центр Національного комітету спорту осіб з інвалідністю України (НКСІУ)	+	+	+
		Західний реабілітаційно-спортивний центр Національного комітету спорту осіб з інвалідністю України (Львівська обл.)	+	+	+
		<i>Національний центр паралімпійської та дефлімпійської підготовки та реабілітації інвалідів (м. Євпаторія) (анексований)</i>	+	+	+
Змішаного типу	Мінсоцполітики	центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю	+	-	-
		центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю	+	+	+
		<i>реабілітаційна установа змішаного типу для осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю (реорганізуються)</i>	+	-	-
		<i>реабілітаційна установа змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень (реорганізуються)</i>	+	+	+

Проведений нами аналіз діючих реабілітаційних закладів констатує трансформацію системи реабілітації і реабілітаційних закладів. Виявлено вісім типів центрів реабілітації, які здійснювали свою роботу для дітей та молоді з інвалідністю у чотирьох міністерствах.

Після внесених змін у нормативно-правову базу в 2018–2020 роках, центри

трансформуються в чотири типи центрів реабілітації: медичної (закладах охорони здоров'я), психолого-педагогічної, фізкультурно-спортивної, змішаного типу.

Спостерігаємо зміни в підходах до реабілітації, розвиток соціальних послуг, програм, центрів/служб для вирішення актуальних проблем дітей та молоді з інвалідністю.

## **2.2. Центр як форма надання якісних послуг дітям та молоді з інвалідністю (на прикладі «Буковинського центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Особлива дитина»)**

Буковинський центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Особлива дитина» – реабілітаційна установа, цільовим призначенням якої є здійснення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на створення умов для всебічного розвитку дітей з інвалідністю віком до 18 років та дітей віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності (для попередження інвалідності), засвоєння ними знань, умінь, навичок пересування, комунікації, орієнтації в просторі, контролю за своєю поведінкою, самообслуговування, до навчання з метою досягнення і збереження їхньої максимальної незалежності та реалізації особистого потенціалу.

Центр працює у сфері реабілітації з 2007 року.

Центр «Особлива дитина» є закладом для дітей з інвалідністю та дітей, які знаходяться в групі ризику по виникненню інвалідності, та мають відповідні медичні показники і потребують спеціальних умов для отримання реабілітації.

В середньому 500 дітей з різними вадами розвитку отримують щорічно в Центрі комплексну (медичну, соціальну, психологічну, педагогічну, ерготерапевтичну, фізичну) реабілітацію та ранню професійну орієнтацію. Середній термін перебування дитини на реабілітації складає 3 місяці.

Пацієнтами центру є діти з різними захворюваннями: органічним

ураженням нервової системи (наслідки нейроінфекцій, черепно-мозкової травми, дитячий церебральний параліч, мікроцефалія та інші хвороби), порушеннями опорно-рухового апарату, психічними розладами (гіперактивний розлад, розумова відсталість, аутизм) та генетичними захворюваннями (синдром Дауна, та іншими). Більше 75 % - діти з середньою та важкою інвалідністю.

Діти відвідують реабілітаційні заняття з супроводжуючою особою згідно індивідуального плану та графіку реабілітації, який складається реабілітаційною комісією Центру при її поступленні до установи на підставі діагностичних обстежень, у відповідності до лікарських рекомендацій та цілей реабілітації. Також на початковому етапі здійснюється всебічна діагностика та встановлюються короткочасні та дальні досяжні цілі в межах реабілітаційного потенціалу дитини.

Напрямки реабілітації, за яким працює БЦКРДІ «Особлива дитина», спрямовані на розвиток комунікативних та фізичних навичок, а також відновлення або компенсацію умінь, необхідних дитині, щоб почуватися максимально незалежною у суспільстві.

Кожен вид реабілітації – інтерактив, фізична терапія, ерготерапія, медична реабілітація - має за мету допомогти маленькому пацієнту подолати проблеми зі здоров'ям та адаптуватися до умов повноцінного життя.

Діяльність інтерактивного відділу направлена на розвиток навиків, що потрібні дитині для якісної комунікації. Процес спілкування ми розглядаємо не як просто можливість говорити та слухати у дитини, але й сприймати, аналізувати інформацію та діяти відповідно ситуації.

Окрім налагодження процесу вербальної комунікації, що передбачає використання людської мови, фахівці працюють над встановленням навиків невербальної комунікації в тому числі за допомогою інтерактивних засобів (електронних комунікативних книг, програмного забезпечення). В даному відділі до роботи з дітьми залучені психологи, дефектологи, логопеди, вчителі-реабілітологи та їх асистенти.

Ерготерапія як комплекс реабілітаційних заходів для дитини з інвалідністю спрямована на відновлення повсякденної діяльності маленького пацієнта.

Основним засобом терапевтичного впливу ерготерапевта є заняттєва активність (заняття) – цілеспрямована діяльність у сфері продуктивної діяльності (навчання, роботи), самообслуговування, та дозвілля, яку ерготерапевт обирає, адаптує і використовує враховуючи індивідуальні потреби, вподобання та можливості дитини, а також фактори середовища життєдіяльності.

В нашому центрі реабілітації ерготерапевтичні втручання представлені заняттями, що мають за мету навчання навичкам самостійного пересування, підбору допоміжного обладнання, застосування інтерактивних девайсів для автоматизації використання кухонних приладів, приготування та вживання їжі, самостійній діяльності в домашніх умовах, навчання елементів самодогляду, розвиток творчих здібностей та розвиток навиків, що необхідні для можливості навчання в закладах освіти та взаємодії з однолітками в групах.

Основним завдання ерготерапевтичного втручання є розвиток, відновлення, або ж компенсація необхідних навиків дитини для досягнення максимального рівня незалежності у процесі навчання, самодогляду та проведення дозвілля.

Результати ерготерапевтичного втручання:

- розширення заняттєвої участі;
- удосконалення рухових та когнітивних навиків;
- розвиток навиків самообслуговування;
- покращення взаємодії з однолітками та дорослими;
- адаптація та модифікація середовища, в якому перебуває дитина відносно потреб;
- підбір та застосування допоміжного обладнання.

Перед ерготерапевтичним втручанням проводиться оцінка стану кожної дитини. При проведенні діагностики обов'язково враховується індивідуальна психосоціальна ситуація конкретної дитини. Залежно від рівня розвитку і індивідуального стану дитини використовуються різні ерготерапевтичні концепції і методи.

Заняття проводяться у малогруповій та індивідуальній формі, що залежить від цілей реабілітації, потреб та можливостей маленького пацієнта.

Кожна дитина та кожен з вікових періодів розвитку дитини має свої особливості, тому застосування фізичної терапії передбачає перш за все урахування вікових потреб та особливостей розвитку маленького пацієнта.

Важливим етапом проведення фізичної терапії для дитини, що має інвалідність, або знаходиться у групі ризику виникнення інвалідності є період від народження до 3 років. У цьому періоді, вік до року виділяється окремо, оскільки до 12 місяців дитина повинна оволодіти великою кількістю рухових умінь і навичок, зробити величезний стрибок у фізичному розвитку.

Застосування кінезотерапії, Бобат-терапії, масажу, рефлекторних вправ, спеціальних пасивних та активних вправ сприяє удосконалення наявних рухових навичок та корекції фізичного розвитку дитини.

У даному віковому періоді дитина має освоїти фундаментальні рухові навички, які в подальшому може розвивати та на основі яких формуватимуться наступні складні рухові реакції, великі моторні функції.

Метою застосування фізичної терапії у дітей з інвалідністю є:

- розвиток та корекція основних рухових функцій;
- навчання та сприяння формуванню правильних рухових стереотипів на ранніх етапах розвитку дитини;
- стимулювання та корекція розвитку реакцій рівноваги;
- пригнічення впливу патологічних процесів та нормалізація м'язового тону;
- попередження виникнення різного роду ускладнень (контрактур, деформацій та ін.).

Медичний супровід у центрі представлений системними оглядами дітей з інвалідністю, що знаходяться на реабілітації в стаціонарному відділенні та в відділенні денного стаціонару лікарями – дитячим неврологом, дитячим ортопедом, педіатром. Окрім цілодобового перебування в стаціонарному відділенні, всі маленькі пацієнти знаходяться під пильним

професійним наглядом медичних сестер.

Установа розташована у приміщенні, що складається з 1 корпусу, 2 поверхів, відокремленою навколишньою територією з ігровим майданчиком. На першому поверсі розміщені кабінети для проведення занять, на другому стаціонарне відділення (5 палат, 20 ліжок). Щоденно в центрі перебуває та отримує реабілітаційні послуги близько 60 дітей з інвалідністю.

Кабінет ЛФК: шведська стінка, система THERA BAND, профілактор Євмінова, набір гімнастичних палиць, тренажер «степпер», мотомед, гімнастичні м'ячі, реабілітаційний стіл для проведення пасивної гімнастики, шафа для обладнання.

Кабінет масажу: рукомийник, масажний стіл, гімнастичні м'ячі, шафа та полиці для обладнання, телевізор, іграшки.

Кабінет кінезотерапії: нейроортопедичні костюми «Атлант», гімнастичні м'ячі, гімнастичні палиці, шведська стінка, тренажер TRX, бігова доріжка, реабілітаційні стільці, медична кушетка, полиці для обладнання та документації.

Кабінет Бобат-терапії: реабілітаційний стіл для проведення Бобат-терапії, батут, футбольні ворота, набір сенсорних м'ячів, набір гімнастичних м'ячів, реабілітаційна гойдалка, скейти, вертикалізатор, ролатори, шведська стінка, м'які модулі, іграшки та силіконові тренажери для розвитку дрібної моторики, шафа для обладнання, стельовий підйомник для тренувань самотійної ходьби.

Кабінет сенсорної інтеграції: гамак, реабілітаційний брус, реабілітаційна гойдалка, сухий басейн, тренажери космонавт та «Перекотиполе», набір сенсорних м'ячів, матеріали для розвитку дрібної моторики, дерев'яні розвиваючі іграшки, сенсорні книжки, м'які модулі, письмовий стіл, шафа для обладнання.

Кабінет фізіотерапії та голкорексфлексотерапії: стерильний столик, полиці для обладнання, медична кушетка, міостимулятор, апарат для проведення електрофорезу, пробірки стерильними голками для рефлексотерапії,

стерилізатор.

Ерготерапевтична зала для розвитку фізичних здібностей: модульна система «Сад» для всебічного розвитку фізичних здібностей, підвісні системи для покращення моторики рук, кінестетична приставка X-BOX, модуль – рухлива сітка, риболовний контейнер, дидактичний матеріал, шафа для обладнання.

Ерготерапевтична зала для розвитку творчих здібностей: станок для обробки дерева, інструментарій для роботи з деревом, піч для випікання з глини, імітований магазин для готової продукції, стіл для роботи з матеріалами, полиці для зберігання робіт, фарби, олівці, інший матеріал для творчості.

Ерготерапевтичний кабінет – кімната доведення: кухонні меблі з регулюванням висоти, стіл для роботи, квіти для проведення гарденотерапії, інтерактивні кнопки для автоматизації роботи електричних приладів, спеціалізований посуд, роздатковий матеріал.

Ерготерапевтичний кабінет – житлова кімната-лабораторія: меблеве оснащення у вигляді домашньої кімнати, стенд для тренування використання побутових предметів, рукомийник, реабілітаційні столи та крісла, додаткові матеріали.

## ВИСНОВКИ

За результатами теоретичного аналізу основних понять дослідження здійснено соціально-історичний та парадигмальний аналіз концептуальних підходів щодо розбудови системи реабілітаційних послуг.

З'ясовано, що незалежно від напрямку функціонування, реабілітаційні центри як організаційні структури соціальних інститутів, виступають суб'єктом діяльності, що формують зв'язки між індивідом та спільнотою засобом надання та розвитку в громаді реабілітаційних послуг, що забезпечують у людей відчуття стабільності й захищеності.

Визначено, що реабілітаційні послуги є предметом міждисциплінарних досліджень: медицини, права, державного управління, психології та соціальної педагогіки і соціальної роботи, що передбачає їхнє врахування в міждисциплінарному контексті дослідження.

Уточнено сутність поняття «центр реабілітації дітей та молоді з інвалідністю», що нами розглядається як інтеграційний компонент до складу якого входять: різнопрофільні фахівці, які мають відповідну освіту і кваліфікацію, володіють реабілітаційними технологіями, розвивають свої компетенції, мають сформоване відношення до інвалідності; змістово-методичне забезпечення реабілітаційної діяльності центрів; реабілітаційні (абілітаційні) програми і підходи з питань підготовки до самостійного життя і включення дітей та молоді з інвалідністю в суспільство.

Охарактеризовано етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в період незалежності України, представлено типологію реабілітаційних закладів, розширено їхню класифікацію.

Простежено, що система центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в період незалежності України складалася у зміні таких етапів: пострадянський спадок (1991–1992), варіативного розвитку (державні та громадські ініціативи) (1992–2000), нормування соціальних практик щодо реабілітації дітей та молоді з інвалідністю (2000–2007), розбудови центрів реабілітації дітей та молоді з



інвалідністю як служб надання якісних та доступних послуг в умовах децентралізованого державного управління (2007 – до нині)). Установлено, що четвертий етап (розбудови центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю) не отримав очікуваного завершення і був пролонгований у низці заходів реформи соціальних послуг (розпочата у 2007), деінституалізації закладів державного утримання дітей та молоді з інвалідністю (2009), децентралізації державного управління та розбудови громадянського суспільства (2014).

Проаналізовано змістово-організаційну діяльність центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю. Виявлено продуктивні реабілітаційні практики роботи з дітьми та молоддю з інвалідністю, які визначали діяльність центрів реабілітації, а саме: розвиток дітей з інвалідністю, інклюзивний підхід (взаємодія дітей різної інвалідності зі звичайними ровесниками-волонтерами), активна участь, майданчик змін ставлення до розуміння інвалідності, відповідальність і самостійність.

З'ясовано, що основний зміст діяльності центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю складають такі напрями, як: діагностично-корекційний; розвиток дітей та молоді з інвалідністю; формування навичок соціальних компетентностей та самостійного життя; розвиток творчих здібностей; фізкультурно-спортивна активність; соціокультурна діяльність; профорієнтація; психолого-педагогічна підтримка членів сімей дітей та молоді з інвалідністю; волонтерська робота; соціалізація і програми включення.

Як перспективи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в системі надання соціальних послуг в Україні розглядаємо такі: актуалізація меж відповідальності суб'єктів соціальної реабілітації дітей та молоді в центрах реабілітації з дотриманням принципу участі і єдиних реабілітаційних цілей; врахування системи цінностей суб'єктів соціальної реабілітації; запровадження інклюзивного підходу в діяльність центрів реабілітації; делегування права професійним командам центрів реабілітації визначати її форму; визнання ключової ролі спеціалістів у наданні якісних послуг і носіїв цінностей парадигмальних змін; здійснення заходів з профілактики професійних

захворювань фахівців центрів та розвиток їхніх соціально-педагогічних компетентностей; створення єдиної інтегрованої інформаційної мережі надання реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю у громаді; організація та проведення постійно діючих освітніх заходів, обмін досвідом роботи спеціалістів центрів реабілітації; запровадження у професійну підготовку фахівців соціальної сфери в закладах вищої освіти інноваційних спеціалізацій; організація та проведення дослідницької роботи щодо напрацювання інноваційних практик; проведення моніторингу і оцінки якості надання послуг у центрах реабілітації дітей та молоді з інвалідністю тощо.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Алексеевко Т. Ф. Реабілітація. *Енциклопедія для фахівців соціальної сфери*. І. Д. Зверева, Т. Ф. Алексеевко, Т. М. Басюк [та ін.]; за заг. ред. проф. І. Д. Зверевої. Сімферополь : Універсум, 2012. С. 168-171.
- Байда Л., Красюкова-Енс О. Інвалідність та суспільство : навч. посіб. Київ, 2012. 184 с.
- Безпалько О. В. Центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями. *Енциклопедія для фахівців соціальної сфери*. І. Д. Зверева, Т. Ф. Алексеевко, Т. м. Басюк [та ін.]; за заг. ред. проф. І. Д. Зверевої. Сімферополь : Універсум, 2012. С. 476-478.
- Вілкен Ж. П., Холландер Д. Відновлення та реабілітація. Комплексний підхід. М. : Глобальна ініціатива в психіатрії, 2011. 296 с.
- Ворен (ван) Р. Холодна війна в психіатрії. Здоровий глузд і його вороги. Київ, 2017. 536 с.
- Голленвегер Дж. Визначення та класифікація інвалідності. Вебінар 2: Супровідний технічний буклет / Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ). 2014. 36 с.
- Гусак Н. Є. Інституціоналізація соціальної реабілітації в українському суспільстві : дис. ... канд. пед. наук : 22.00.04. Київ, 2013. 226 с.
- Зборовський К. Є. Групи самодопомоги в технології соціальної реабілітації інвалідів : учбово-метод. посіб. Мінськ : Громадська організація «Білоруська асоціація соціальних працівників», 2008. 156 с.
- Зверева І. Д. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю в Україні : теорія і практика : монографія. Київ, 1999. 333 с.
- Інвалідність : Проєкт глобального плану ВООЗ щодо інвалідності на 2014-2021 рр. : Доповідь Секретаріату. Всесвітня організація охорони здоров'я : вебсайт. 2014. 31 с. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175505>
- Іванова І. Б. Соціальна робота з людьми з особливими потребами : навч. посіб. Київ : Задруга, 2011. 416 с.

Іванова І. Б. Соціально-педагогічна робота з дітьми-інвалідами в системі соціальних служб для молоді : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка» / Київ, 1998. 17 с.

Інвалідність, інтеграція, здоров'я і права людини. *Охорона здоров'я і права людини* : ресурсний посібник. Розділ 9 / Центр здоров'я та прав людини імені Франсуа-Ксав'є Баню та Фонд відкритого суспільства. 2015.

URL:

[http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user\\_upload/PDF/%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%80%D1%81/%D0%A0%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%80%D1%81\\_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B4%D1%96%D0%BB\\_9.pdf](http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/PDF/%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%80%D1%81/%D0%A0%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%80%D1%81_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B4%D1%96%D0%BB_9.pdf)

Інформація про стан додержання Закону України «Про загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2016 року : Лист Генеральної прокуратури України від 30.11.2011 № 07/3-222 вих.11.

Історичні аспекти становлення служби медико-соціальної-експертизи життєдіяльності осіб з особливими потребами в Україні. *Він. обл. центр медико-соціальної експертизи* : вебсайт. URL:

<http://vinmse.vn.ua/history/>

Капська А. Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: навч.-метод. посіб. Київ : УДЦССМ, 2001. 220 с.

Капська А. Й. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями : навчально-метод. посіб. для соц. працівників і соц. педагогів. Київ : ДЦССМ, 2003. 168 с.

Клішевич Н. А., Різак І. М. Особливості соціальної роботи з дітьми із інвалідністю у Великій Британії. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 5: Педагогічні науки : реалії та перспективи. 2020. Вип. 75. С. 107–110.

Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта : реалії та перспективи : монографія. Київ : Саммит-книга, 2009. 262 с.

- Корнієнко С. Теоретичний аналіз спеціального понятійного апарату на відповідність завданням забезпечення прав дітей-інвалідів в Україні. *Вісник Нац. академії держ. управління при Президентові України*. 2011. № 3. С. 271–277.
- Кравченко Р. І. Соціальна робота з розумово відсталими людьми : навч. посібник. Київ, 2001. 140 с.
- Крайг Г., Бокум Д. Психология развития, 9-е издание. СПб. : Питер, 2005. 940 с. ил.
- Кукуруза Г. В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'я, що виховують дітей раннього віку з порушенням розвитку : монографія. Харків: Точка, 2013. 244 с.
- Кунцевська А. Моделі соціального відновлення в контексті особистісно-орієнтованої парадигми. *Вісник Київ. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка*. Серія «Соціальна робота» / голов. ред. О. В. Чуйко. Київ, 2019. № 1 (5). С. 47–51.
- Мартинчук О. В. Вплив філософського знання на розробку проблеми освітньої інтеграції дітей з особливими потребами. *Science and Education a New Dimension: Pedagogy and Psychology*. 2013. Vol. 3. С. 101–107.
- Мартинчук О. В. Підготовка фахівців зі спеціальної освіти до професійної діяльності в освітньому середовищі : монографія. Київ: Центр учбової літератури, 2018. 430 с.
- Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я: діти та підлітки / ВОЗ. 2007. 366 с.
- Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я / ВОЗ. 2007. 256 с.
- Міжнародний класифікатор хвороб: десяте видання.  
<https://www.surgery.org.ua/Documents/Details/aa535505-419d-4d67-a9e7-5c6d4b8f1ced?title=MizhnarodniiKodifikatorKhvorobMkhh10>
- Нічого для нас без нас : посібник з інклюзивного прийняття рішень для державних органів / упоряд. В. О. Азін. Київ : Ленвіт, 2015. 102 с.

- Нормативно-правова база: щодо діяльності центрів соціальних служб для молоді / упоряд.: Р. Г. Драпушко, С. В. Толстоухова, О. К. Шатохіна, С. А. Петрова Київ : УДЦССМ. 1999. 200 с.
- Обуховська А. Г. Діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій в умовах інтеграції дітей з особливими освітніми потребами –Київ : Укр. НМЦ практичної психології і соц. роботи, 2013.
- Окун А. М. Рівність та ефективність: великий компроміс : пер. з англ. / Інститут демократії імені Пилипа Орлика, 1996. 149 с.
- Основи соціальної педіатрії : навч.-метод. посібник : у 2-х т. / За ред. В. Матринюка. Київ : Верес, 2016. Т. 1. 480 с.
- Основні етичні та антропологічні питання в роботі з людьми з обмеженими можливостями : матеріали Міжнар. конференції / відв. за вип. О. Титова. Мінськ, 2008. 86 с.
- Остролуцька Л. І. Етапи розвитку центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю за часів незалежності України. *Scientific Journal Virtus*. 2020. № 44, Мај. Р. 127–132.
- Остролуцька Л. І. Соціальна робота з дітьми та молоддю з інвалідністю: міфі та українська реальність. *Педагогічний Альманах*. 2012. № 16. С. 242–247.
- Остролуцька Л. І. Формування професійної термінології в соціальній роботі і результат впливу її на суспільство. *Соціальна робота: теорія, історія, інноватика*: матеріали VIII Між. Нар. наук.-практ. Конф., 15-16 травня 2014, м. Київ / М-во освіти і науки України, НТУУ «КПІ», фак. соціології і права; улад.: А. А. Мельниченко, П. В. Кутуєв, А. О. Мігалуш. К.: Політехніка, 2014. С. 36–37.
- Остролуцька Л. І., Луценко І. В. Соціальна робота з сім'ями, в яких є особи з інвалідністю. *Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми*: посіб. у 2-х ч.; Ч 2 / А.В. Аванесова, О.В. Безпалько, Т.П. Цюман та ін.; за заг. ред. Т.В. Журавель, З.П. Кияниці. К.: ОБНОВА КОМПАНІ, 2017. С. 161–190.
- Остролуцька Л. І. Концепції реабілітації в контексті системних, інституційних

і історичних змін. *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка*. 2020.№ 2(333). С. 260–273.

Петрочко Ж. В. Дитина у складних життєвих обставинах: соціально- педагогічне забезпечення прав : монографія. Рівне : О. Зень, 2010. 210 с.

Право людей з інвалідністю на самостійне життя та повноцінну участь у житті суспільства : тематична доповідь, опублікована Комісаром Ради Європи з прав людини. Страсбург, 2012. 51 с. URL: <https://rm.coe.int/16806da91b>

Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків : розпорядження Кабінету Міністрів України № 1008-р від 27 груд. 2017. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1008-2017-%D1%80#Text>

Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні : Закон України, док. № 876-ХІІ від 02.03.1991. *Відомості Верховної Ради УРСР*. 1991. № 21. С. 252.

Про ратифікацію Конвенції про права осіб з інвалідністю і Факультативного протоколу до неї : Закон України, док. № 1767-VI від 16.12.09. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1767-17#Text>.

Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні : Закон України, док. № 2961-IV, ред. від 31.12.2020. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>

Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України, док. № 1053- IX, ред. від 13.12.2020. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

Про соціальні послуги : Закон України, док. № 2671-VIII від 17.01.2019. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19> (дата звернення: 21.01.2021).

Про соціальні послуги : Закон України, док. № 966-VI від 19.06.2003 (втратив

чинність). *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/966-15#Text> (дата звернення: 21.01.2021).

Про становище інвалідів в Україні та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами. Державна доповідь / Мінпраці України. Держ. підпр. «СОЦИНФОРМ». Київ, 2002. 160 с.

Про становище інвалідів в Україні. Національна доповідь / Мінпраці України, Держ. установа “Наук.-дослід. ін-т соц.-труд. відносин”. Київ, 2008. 200 с.

Про схвалення досвіду роботи Миколаївської облдержадміністрації та Фонду України соціального захисту : розпорядження Кабінету Міністрів України від 3 груд. 1999 р. № 1329-р. *ЛІГА ЗАКОН* : вебсайт. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KR991329>.

Шлях до роботи: Новий погляд на реабілітацію / пер. зі швед.: Т.Антончик, Л. Копочель, О. Сочнева. Мінськ : Технопринт, 2004. 256 с.

Руйнівник міфів : Незалежне життя / Європейська Мережа Незалежного Життя. 2014. URL: [http://www.enil.eu/wp-content/uploads/2012/06/ENIL-Myth-Buster\\_Russian-version.pdf](http://www.enil.eu/wp-content/uploads/2012/06/ENIL-Myth-Buster_Russian-version.pdf)

Реабілітація на рівні громади. Компонент "Здоров'я". Всесвітня організація охорони здоров'я : веб-сайт. <https://resources.relabhs.org/uk/resource/community-based-rehabilitation-cbr-guidelines-uk/>

Реабілітація на рівні громади. Настанови РГ. Вступна інформація. Всесвітня організація охорони здоров'я : веб-сайт. <https://resources.relabhs.org/uk/resource/community-based-rehabilitation-cbr-guidelines-uk/>.

Рекомендація R (92) Комітету міністрів державам-членам про послідовну політику щодо інвалідів: Комітет Міністрів Ради Європи від 9 квітня 1992 р. *База даних «Законодавство України»* / ВР України. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_128#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_128#Text)

Ренкер К. Основы реабилитации : науч. обзор. Москва : Всесоюзный научно-



- исследоват. институт мед. и медико-технической информации. Москва, 1980.
- Селігман М., Дарлінг Р. Звичайні сім'ї, особливі діти : пер. з англ. Вид. 2-е. М. : Теревинф, 2009. 368 с.
- Система надання психіатричної допомоги дітям в Україні: спроба аналізу / упоряд. Т. С. Яблонська. Київ : Асоціація психіатрів України, 2010. 71 с.
- Сімейний кодекс України : ред від 01.01.2021. База даних «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text>
- Софій Н. З., Найда Ю. М. Концептуальні аспекти інклюзивної освіти / *Інклюзивна школа : особливості організації та управління* : навч. метод. посібник / кол. авт.: А. А. Колупаєва, Н. З. Софій, Ю. М. Найда та ін. / за заг. ред. Л. І. Даниленко. Київ, 2007. 128 с.
- Стратегія Організації Об'єднаних Націй з включення осіб з інвалідністю. *Организация Объединенных Наций* : веб-сайт. URL: <https://www.un.org/ru/content/disabilitystrategy/>
- Статут Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я : затв. Міжд. конф. охор.здор, Нью-Йорк, 1946. *Всесвітня організація охорони здоров'я* : веб-сайт. URL: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution>.
- Шевцов А. Г. Концепція «незалежне життя» особистості у соціально-реабілітаційній роботі. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 11: Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Київ, 2007. Вип. 6. С. 21–32.
- Шевцов А. Г. Освітні системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності : автореф. дис. ... д-ра. пед. наук : 13.00.03. Київ, 2010. 46 с.
- Що ми знаємо про Універсальний дизайн? : Запис семінару «Універсальний Дизайн: міжнародний досвід та найкраща практика», проведеного у м. Київ 13-14 травня 2014 р. / UNDP Ukraine. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=S0EvgsLtAkg>
- DeJong G. Defining and implementing the independent living concept. *Independent living for physically disabled people*. 1983. Vol. 24.

- Normalität für Kinder mit Behinderung: Integration : Texte und Wirkungen von Ludwig-Otto ROSER / Hrsg: Jutta Schöler; Mit 14 Beitr. von Ludwig-Otto Roser Jahren sowie Beitr. von: Klaus Christ. von: Klaus Christ. Berlin : Luchterhand, 1998. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/schoeler-normalitaet.html>
- Normalization and Social Role Valorization at a quarter-century: Evolution, impact, and renewal. *A Quarter-Century of Normalization and Social Role Valorization*. Ottawa : University of Ottawa Press, 1999. URL: <https://books.openedition.org/uop/2491>
- Normalization. *The Minnesota Governor's Council on Developmental Disabilities* : Website. URL: <https://mn.gov/mnddc/parallels/five/5c/4.html>
- Perske R. The dignity of risk and the mentally retarded. *Mental retardation*. 1972. Vol. 10, No. 1. URL [https://mn.gov/mnddc/ada-legacy/pdf/The\\_Dignity\\_of\\_Risk.pdf?fbclid=IwAR0fsHo3ohMuAscPRctc235eL-dNw6\\_z4X1NFknIIDgODQCHOU-w696Y118](https://mn.gov/mnddc/ada-legacy/pdf/The_Dignity_of_Risk.pdf?fbclid=IwAR0fsHo3ohMuAscPRctc235eL-dNw6_z4X1NFknIIDgODQCHOU-w696Y118)
- Schuntermann M. F. Behinderung und Rehabilitation: Die Konzepte der WHO und des deutschen Sozialrecht. *Die neue Sonderschule. Zeitschrift für Theorie und Praxis der pädagogischen Rehabilitation*. 1999. № 44(5). S. 342–363. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/schuntermann-who.html>
- Wolpert J. The Dignity of Risk. *Transactions of the Institute of British Geographers*. 1980. Vol. 5(4). P. 391–401. 11 p. DOI:<https://doi.org/10.2307/622018>

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### **Розвиток правової моделі інвалідності і питань реабілітації**

Розглянемо еволюцію розуміння інвалідності від медичної моделі до соціальної, правової в контексті формування міжнародного законодавства.

Протягом перших п'ятдесятьох років діяльності ООН люди з інвалідністю пройшли шлях від пасивного прийняття надаваних їм послуг до активної заяви про свою силу й упевненість у своїх здатностях і готовності вести незалежне життя в розрахунок тільки на себе.

У 1948 році Генеральна Асамблея ООН затвердила Загальну декларацію прав людини. У декларації було вказано про рівність всіх людей на право життя, свободи, особисту недоторканість на рівні закону, на соціальне забезпечення, на відпочинок, дозвілля, на освіту тощо. Для реалізації цих положень у 1948 році була створена Міжнародна федерація по позасімейному вихованню ЮНЕСКО, в 1946 Надзвичайний фонд захисту дітей ЮНІСЕФ.

У 1955 році Генеральною Асамблеєю ООН була прийнята Декларація прав людини. Відповідно до пункту 25 Декларації, кожна людина має «право на забезпечення на випадок безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, настання старості або іншого випадку втрати засобів до існування по незалежним від нього обставинам».

У Німеччині в 1951 рік прийнято постанову «Про навчання і виховання дітей і підлітків зі значними фізичними і психічними дефектами».

Договори про права людини, які прийняті у 1966 році: Міжнародний пакт про цивільні й політичні права та Міжнародний пакт про економічні, соціальні й культурні права, установили нові антидискримінаційні принципи. Ці два договори доповнили положення Декларації прав людини й разом з нею становлять Міжнародний білль про права людини. Особи з інвалідністю найбільш гостро потребували визнання основних прав і свобод людини.

Основним напрямом перших десяти років роботи ООН за питаннями інвалідності було їхнє соціальне забезпечення. Це здійснювалось у розробці механізмів і програм у впровадженні соціального добробуту й забезпечення. Питання прав більше розглядалось для людей з фізичними порушеннями, пізніше ООН зосередила свою увагу на *запобіганні інвалідності й реабілітації*. Секретаріат ООН, Економічна й Соціальна Рада і його допоміжний орган, Соціальна комісія були головними органами в роботі над цими питаннями.

Під час шостої сесії в 1950 році Соціальна комісія розглянула дві доповіді: «Соціальна реадaptaція осіб, що втратили працездатність» і «Соціальна реадaptaція сліпих». На цій же сесії Соціальна комісія розглянула доповідь Міжнародної програми соціальної допомоги для незрячих осіб та рекомендації щодо питань реабілітації, навчання й працевлаштування незрячих. Пізніше Економічна й Соціальна Рада розробила програму реабілітації людей з фізичною інвалідністю та профілактики й лікування сліпоты.

З 26 лютого по 3 березня 1950 року в Женеві відбулася конференція, на якій обговорювалися питання координації роботи спеціалізованих установ у галузі реабілітації осіб з інвалідністю. У конференції брали участь Секретаріат ООН, ВООЗ, ЮНЕСКО, Міжнародна організація у справах біженців і ЮНІСЕФ. Було ухвалено рішення про встановлення міжнародних стандартів у сфері освіти, лікування, навчання й працевлаштування осіб з інвалідністю, причому особлива увага була звернена на потреби незрячих осіб у найменш розвинених країнах.

Наприкінці 50-х рр. ХХ ст. діяльність ООН з питань осіб з інвалідністю змінила спрямованість із соціального добробуту на соціальне забезпечення. У 60-х роках переоцінка проведеної політики привела до деінституалізації й сприяла більше повній інтеграції людей з осіб з інвалідністю в різні сфери діяльності суспільства. Діяльність міжнародних організацій з питань осіб з інвалідністю змінювалась і реалізовувалась різними програмами ООН з реабілітації й запобіганню інвалідності.

ООН почала інформаційну компанію з нової теми (профілактики інвалідності і

реабілітації) шляхом звичайного поширення просвітницьких публікацій з питань політики відносно людей з інвалідністю.

70-і роки ХХ століття відзначені новим підходом розуміння інвалідності. Поняття прав людини стосовно осіб з інвалідністю починають ставати загальноприйнятими у всьому світі. Протягом цього десятиліття Генеральна Асамблея прийняла дві важливі декларації щодо осіб з інвалідністю: Декларація про права розумово відсталих осіб (резолюція 2856 (XXVI) від 20 грудня 1971 року) забезпечила механізм захисту їхніх прав на національному й міжнародному рівні.

Резолюцією 3447 (XXX) від 9 грудня 1975 року Генеральна Асамблея прийняла Декларацію про права осіб з інвалідністю: захист, що заохочувала, права осіб з інвалідністю на національному й міжнародному рівнях. У Декларації визнавалося, що люди з інвалідністю мають ті ж цивільні й політичні права, що й інші особи, включаючи право на заходи, призначені для того, щоб дати їм можливість придбати якомога більшу самостійність.

1980 року – Міжнародна класифікація ушкоджень, порушень життєдіяльності та інвалідності. Зауважимо на те, що в ХХ столітті активно формувалось розуміння необхідності реабілітації осіб з інвалідністю. І перші досягнення відбувались саме в медичній і трудовій реабілітації. Розуміння медичної реабілітації за останні десятиліття зазнала значної еволюції.

1981 рік, проголошений Міжнародним роком осіб з інвалідністю, був ознаменований численними програмами, дослідницькими проектами, рекомендаціями й новими стандартами в області політики. Протягом року була проведена велика кількість симпозіумів і конференцій, включаючи установчий конгрес Міжнародної організації осіб з інвалідністю, що пройшов у Сінгапурі з 30 листопада по 6 грудня. Створений у 1977 році Цільовий фонд Організації Об'єднаних Націй для проведення Міжнародного року осіб з інвалідністю одержав у формі пожертвувань від держав-членів понад 510 тисячі доларів США.

3 грудня 1982 року Генеральна Асамблея прийняла Всесвітню програму дій відносно осіб з інвалідністю. Програма передбачала політичні рішення, спрямованих на підтримку осіб з інвалідністю у трьох головних напрямках: попередження інвалідності, відновлення працездатності (економічної незалежності) й створення рівних можливостей для осіб з інвалідністю.

Програма дій і Міжнародний рік осіб з інвалідністю ознаменували початок нової ери, в якій поняття «особа з інвалідністю» визначається як відносини між особою з інвалідністю і оточенням. Обов'язковою умовою при цьому є знищення існуючих бар'єрів і досягнення повної участі осіб з інвалідністю в житті суспільства. Основними цілями й завданнями Програми є: 1) підтримка повної й ефективної участі людей з інвалідністю в соціальному житті й розвитку; 2) заохочення прав і захист достоїнства людей з інвалідністю; 3) сприяння одержанню рівного доступу до працевлаштування, інформації, товарів і послуг.

Проголошення Десятиліття осіб з інвалідністю ООН у грудні 1982 року привело до підвищеної активності спрямованої на поліпшення стану й становища в суспільстві осіб з інвалідністю. Особлива увага приділялася залученню нових фінансових ресурсів, поліпшенню можливостей на створення робочих місць й збільшенню активності осіб з інвалідністю в житті суспільства й країни.

На цьому етапі ООН разом з Генеральною Асамблеєю, наголошували, що люди із психічними або фізичними порушеннями мають користуватися тими ж правами при працевлаштуванні, що й інші кваліфіковані громадяни. Було прийнято зобов'язання про введення рівних можливостей працевлаштування для всіх людей незалежно від їхнього походження й віросповідання, етнічного походження або інвалідності.

Талліннські керівні принципи (1989 р.) діяльності в галузі розвитку людських ресурсів щодо інвалідності прискорили визнання осіб з інвалідністю як суб'єктів, що самостійно вирішують свою долю, а не індивідуумів, які є залежними об'єктами уряду.

30 вересня 1990 року прийнята Всесвітня Декларація про забезпечення виживання, захисту й розвитку дітей, в якій зазначено, що варто приділяти більше уваги, виявляти піклування і надавати підтримку дітям з інвалідністю, а також іншим дітям, які знаходяться у

вкрай важких умовах. Такі діти потребують особливої уваги, захисту і допомоги з боку сімей та спільноти. Держави повинні проводити заходи в інтересах розвитку дітей.

17 грудня 1991 року Генеральна Асамблея установила Принципи захисту осіб з порушенням психічного здоров'я й покращення психіатричної допомоги. Двадцять п'ять принципів визначають основні свободи й права. Крім цього вони включають також право на життя в суспільстві, право діагностики психічного захворювання, права й умови утримання в психіатричних установах. Правила є керівними принципами для держав – членів ООН, спеціалізованих установ, регіональних і міжнародних організацій, допомагають їм глибше оцінити проблеми, що перешкоджають здійсненню основних свобод і прав психічно хворих осіб.

16 грудня 1992 року Генеральна Асамблея призвала держави – члени ООН проводити кожного року 3 грудня заходи із відзначення Міжнародного дня осіб з інвалідністю. У цьому ж році Економічна й Соціальна Рада привітала проголошення Економічною й соціальною комісією для Азії й Тихого океану Азіатсько-тихоокеанського десятиліття осіб з інвалідністю, 1993-2002 роки. Дане рішення було прийнято з метою більше ефективного здійснення Всесвітньої програми дій відносно осіб з інвалідністю в Азіатському й Тихоокеанському регіоні.

20 грудня 1993 року Генеральна Асамблея прийняла Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю. Програма ООН, що стосується осіб з інвалідністю, є основною програмою з питань інвалідності в рамках діяльності Організації Об'єднаних Націй. Вона здійснюється Відділом соціальної політики й розвитку Департаменту по економічних і соціальних питаннях Секретаріату ООН [260].

Правила передбачають, що реабілітаційні заходи повинні включати в себе відновлення функцій або компенсацію втрати. Реабілітація може відбуватися на будь-якому етапі життя людини, але, як правило, відбувається протягом обмежених періодів часу і включає в себе одне або декілька заходів. Реабілітація може варіюватися в діапазоні від базових заходів, які можуть надаватися співробітниками громадських центрів і членами сімей інвалідів, до більш складних заходів, що вимагають участі терапевтів. Успішна реабілітація вимагає залучення всіх секторів у галузі розвитку, включаючи охорону здоров'я, освіту, самозабезпечення і соціальну захист.

Протягом наступних 50 років ООН сприяє змінам у кращу сторону не тільки для осіб з інвалідністю, а для всіх людей: створення «суспільства для всіх».

У 2006 році Генеральна Асамблея ООН прийняла Конвенцію про права осіб з інвалідністю, яка стала результатом багаторічних дій у ставленні до людей з інвалідністю, ґрунтується на прийнятій ООН «Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю» (1993 р.),

«Всесвітньої програми дій у ставленні до людей з інвалідністю» (1982 р.), доповнюючи межі в області прав людини. Зазначена Конвенція була розроблена комітетом у склад якого входили представники урядів, національні правозахисні інститути, неурядові організації і організації громадського сектору осіб з інвалідністю, у тому числі і з України. Прийняття Конвенції стало новою ерою в області прав людей з інвалідністю, охоплює важливі сфери, такі як: доступність, особиста мобільність, автономність, освіта, реабілітація та зайнятість і впроваджує новий підхід – правову модель інвалідності. У Конвенції перелічені заходи, які мають вжити країни-учасники для забезпечення прав людям з інвалідністю.

У Проекті глобального плану дій ВООЗ щодо інвалідності на 2014-2021 рр визначено мету плану: досягнення оптимального здоров'я, функціонування, благополуччя і прав людини для всіх осіб з інвалідністю: 1) усунути бар'єри і покращити доступ до служб і програм охорони здоров'я; 2) покращити і розширити послуги з реабілітації, абілітації, асистивних технологій, допомоги і підтримки, а також реабілітації на рівні громади; 3) покращити збір даних про інвалідність і надати підтримку дослідженням/моніторингам у галузі інвалідності та пов'язаних з нею послуг.

У 2019 році ООН прийняло важливий документ – «Стратегію з інклюзії осіб з

інвалідністю», яка базується на трьох головних підходах у справі інклюзії осіб з інвалідністю: 1) два взаємопов'язаних компоненти, що інвалідність це міждисциплінарна проблема (перший компонент) і потрібно цільове програмування (другий компонент); 2) комплексний характер компонентів, пов'язаний з такими факторами, як стать, вік, місце проживання впливає на формування особистості; 3) координація, яка є послідовною для пришвидшення прогресу вивченого накопиченого досвіду і забезпечення інклюзії осіб з інвалідністю. Стратегія має 4 ключові показники реалізації: 1) керівництво, стратегічне планування, управління (керівники вищої ланки кожної організації мають виступати за інклюзію ціленаправлено осіб з інвалідністю, проводити огляд реалізації політики/стратегії організації, вживати необхідних заходів); 2) інклюзія (має забезпечуватись і всебічно; приміщення, робочі місця, інформаційна і комунікаційна інфраструктури, участь у заходах – все має бути доступним для людей з інвалідністю); 3) програмна діяльність; 4) організаційна культура (працевлаштування у свої організації осіб з інвалідністю і створювати для них умови; навчання співробітників, щоб вони глибше розуміли проблеми осіб з інвалідністю; покращення комунікації для забезпечення прав людей з інвалідністю; розповсюдження інформації про необхідність інклюзивного підходу) [34; 35; 58; 152; 229; 250].

### **Особливості Європи в питаннях правової концепції осіб з інвалідністю**

Важливим документом прийнятий напередодні сесії парламентської асоціації були Рекомендація R (92) 6 Комітету міністрів Ради Європи державам- членам про послідовну політику щодо осіб з інвалідністю від 9 квітня 1992 року. У документі визнано, що реабілітація осіб з інвалідністю, у результаті якої досягається їхня економічна і соціальна інтеграція, є обов'язком суспільства та гарантією їхньої людської гідності і рішення проблем, що виникають у цьому суспільстві перед особами з інвалідністю. Що ці питання необхідно включити в першочергове завдання будь-якої соціальної політики. Наголошено, що інтеграція осіб з інвалідністю – це завдання не тільки держави, а й суспільства в цілому і всіх його членів, представників і установ. Турбота про осіб з інвалідністю має бути обов'язком не тільки сім'ї, друзів і сусідів, але і всіх членів суспільства, які повинні усвідомлювати, що вони теж зобов'язані зробити для осіб з інвалідністю якомога більше звичайне життя і забезпечити участь у житті суспільства.

Країни ЄС проводять політику подальшого реформування реабілітаційної підтримки осіб з інвалідністю і забезпечення послуг за місцем проживання таких громадян у рамках звичайних соціальних служб і служб охорони здоров'я. Проводились дослідження з міжнародного порівняння між системами соціальної безпеки в розвинених країнах. Усі вони прийшли до висновку, що реальне порівняння систем і їхньої ефективності не можливе, тому що: 1) у кожній системі своя історія, 2) економічні ситуації в країнах розрізняються, кожна країна по-своєму реалізує ці завдання.

Зазначена більшість досліджень проводиться на глобальному рівні і розрізняють Скандинавську, Англосаксонську і Німецьку моделі. Порівняння послуг у цих дослідженнях на практичному рівні не проводиться. Спостерігається загальноєвропейська тенденція підвищення відповідальності за заходи щодо професійної реінтеграції на рівні спільноти. Політика розвивається таким чином, що послуги з професійної реінтеграції повинні надаватися поряд з місцем проживання клієнта.

Гарними прикладами для демонстрації розвитку професійних послуг на рівні спільноти є Данія та Ірландія, де в кожній спільноті є конкретна відповідальність за зайнятість громадян з інвалідністю.

Тенденції в Європі до зменшення колективної оплати послуг і приватизації послуг по реінтеграції створюють умови для розширення спектру послуг і вибору. Одним з варіантів, які використовуються владою є впровадження відкритого конкурентного ринку за допомогою системи тендерів на послуги з соціальної реабілітації. Це спостерігається в Німеччині та Нідерландах. Іншим варіантом є створення системи, в якій послуги з реабілітації реалізуються в рамках тимчасових проектів. Такий проект може тривати кілька років, але не продовжується

після закінчення своєї діяльності. Італія є однією з країн, де діє така система.

Розробка спеціального законодавства в деяких країнах, зусилля громадських рухів за права осіб з інвалідністю, наприклад, прийняття Мадридської Декларації Європейським Форумом осіб з інвалідністю (2002), прийняття Конвенції ООН з прав осіб з інвалідністю, а також представлення нової класифікації МКФ з особливим акцентом на участь, сприяли визнанню по всьому світу осіб з інвалідністю як рівних громадян суспільства.

Наступні стратегії (скорочення фінансових ресурсів) і зростаючий вплив самих отримувачів послуг (наприклад, через індивідуальний бюджет) приведуть до того, що особи з інвалідністю стануть більш активними і відповідальними користувачами послуг. Отже, особи, що визначають політичний курс, так само, як і постачальники послуг, повинні дуже серйозно поставитися до девізу «Нічого про нас без нас».