

*Запорізький обласний осередок  
Всеукраїнської молодіжної громадської організації інвалідів з вадами зору  
“Генерація успішної дії”*

**ІНТЕГРАЦІЯ МОЛОДИ  
З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ  
В СУСПІЛЬСТВО:  
ГРОМАДСЬКО-ПРАВОВІ, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ  
ТА ІНФОРМАЦІЙНО-ТЕХНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ**

**Методичний посібник**

Запоріжжя - 2008

УДК 316.61:376.1 – 056.2 (076)  
ББК С55.133+Ю952 я73  
І 731

*Методичний посібник підготовлений у межах проекту  
“Соціально-психологічний та правовий супровід процесу інтеграції молоді  
з обмеженими фізичними можливостями”  
Запорізьким обласним осередком  
Всеукраїнської молодіжної громадської організації інвалідів  
з вадами зору “Генерація успішної дії”  
за фінансової підтримки Запорізького благодійного фонду  
“Патріот Запоріжжя”*

**І 731** Інтеграція молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство: громадсько-правові, соціально-психологічні та інформаційно-технологічні аспекти: методичний посібник / Є.А. Клопота, В.Г. Бондаренко, О.А. Клопота, С.А. Бондаренко. – Запоріжжя, , 2008. – 114 с.

У методичному посібнику розглядаються різноманітні аспекти інтеграції молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство. Особлива увага приділяється практичним рекомендаціям, щодо правової, соціальної та психологічної сфер життєдіяльності. Надаються конкретні поради по вирішенню проблем які є актуальними для молодих людей з обмеженими фізичними можливостями у повсякденному житті.

Посібник розрахований на молодь, батьків, психологів, педагогів, працівників соціальної сфери.

УДК 316.61:376.1 – 156.2 (076)  
ББК С55.133+Ю952 я73

© Клопота Є.А.,  
Бондаренко В.Г.,  
Клопота О.А.,  
Бондаренко С.А., 2008

## ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА .....	5
РОЗДІЛ 1. Соціально-психологічні основи інтеграції молоді	
з обмеженими фізичними можливостями в суспільство .....	8
1.1. Соціальна інтеграція осіб із функціональними обмеженнями в історичному контексті .....	8
1.2. Характеристика основних видів функціональних обмежень .....	10
1.2.1. Поняття “дитина з обмеженими фізичними можливостями” .....	10
1.2.2. Діти з порушеннями слуху .....	14
1.2.3. Діти з порушеннями зору .....	17
1.2.4. Діти з порушеннями опорно-рухового апарату .....	20
1.3. Соціально-психологічні рекомендації .....	23
1.3.1. Організація реабілітаційної роботи .....	23
1.3.2. Тренінг «Як допомогти вчителям і одноліткам навчитися розуміти дітей із фізичними вадами» .....	25
1.3.3. Програма самотренінгу «Пізнай себе» .....	29
1.4. Загальні рекомендації по допомозі людям із обмеженими фізичними можливостями .....	35
1.4.1. Якщо ви бачите незрячу людину... ..	35
1.4.2. Способи безбар’єрного доступу .....	36
1.5. Гігієна зору .....	37
1.5.1. Організація гігієнічних умов для підтримки та поліпшення зору .....	37
1.5.2. Профілактика розладів зору у дітей .....	38
1.5.3. Організація процесу підготовки домашніх завдань .....	39
1.5.4. Комп’ютерний зоровий синдром .....	39
1.5.5. Фізичне виховання дітей із вадами зору .....	40
1.5.6. Професійна орієнтація учнів з вадами зору .....	41
1.6. Сторінки для батьків .....	42
1.6.1. Дитина-інвалід та її оточення .....	42
1.6.2. Надмірна опіка .....	43
1.6.3. Як навчити незрячу дитину пересуватися? .....	44
1.6.4. Як навчити дитину з вадами зору засвоїти необхідні навички? .....	45
1.6.5. Способи взаємодії з дитиною, яка має функціональні обмеження .....	46
1.7. Технічні засоби реабілітації .....	48
1.7.1. Технічні засоби реабілітації людей, які мають порушення зору .....	48
1.7.2. Технічні засоби реабілітації людей із порушеннями опорно-рухового апарату .....	51
ЛІТЕРАТУРА .....	52

РОЗДІЛ 2. Громадсько-правові основи інтеграції молоді	
з обмеженими фізичними можливостями в суспільство .....	55
2.1. Державна політика у сфері реабілітації інвалідів.....	55
2.2. Поняття інвалідності та її правові наслідки.....	58
2.3. Встановлення інвалідності у дітей.....	63
2.4. Соціальні послуги, що надаються МСЕК.....	65
2.5. Спеціальна дошкільна та загальна освіта дітей та молоді	
з обмеженими фізичними можливостями.....	68
2.6. Навчання молоді з обмеженими фізичними можливостями	
у Вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації .....	79
2.7. Складові системи реабілітації інвалідів .....	81
2.7.1. Індивідуальна програма реабілітації інваліда.....	81
2.7.2. Реабілітаційні заходи та їх основні форми.....	82
2.7.3. Грошові компенсації інвалідам .....	83
2.7.4. Умови для отримання реабілітаційних послуг .....	85
2.8. Основні види реабілітації інвалідів .....	85
2.8.1. Професійна реабілітація.....	85
2.8.2. Працевлаштування інвалідів.....	88
2.8.3. Робоче місце інваліда .....	93
2.8.4. Прийняття, переміщення і звільнення інвалідів з роботи .....	94
2.8.5. Регулювання робочого часу і часу відпочинку інвалідів .....	97
2.9. Санаторно-курортне лікування та відпочинок інвалідів .....	97
2.10. Соціальна допомога дітям-інвалідам та інвалідам з дитинства.....	98
2.11. Пенсійне забезпечення інвалідів .....	100
2.12. Створення умов для безбар'єрного доступу інвалідів до соціальної	
інфраструктури .....	101
2.13. Медичне забезпечення інвалідів .....	104
2.14. Транспортне обслуговування інвалідів .....	104
2.15. Порядок придбання (будівництва) житла для інвалідів .....	105
НОРМАТИВНІ АКТИ ТА ЛІТЕРАТУРА.....	106
ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ.....	109
ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАПОРІЗКИЙ ОБЛАСНИЙ ОСЕРЕДОК	
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІЖНОЇ ГРОМАДСЬКОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ	
ІНВАЛІДІВ З ВАДАМИ ЗОРУ «ГЕНЕРАЦІЯ УСПІШНОЇ ДІЇ» .....	110

## ПЕРЕДМОВА

Зараз в Україні проживає багато людей, які мають ті чи інші відхилення у функціонуванні організму. Більшість із них, внаслідок фізичних і соціальних бар'єрів, позбавлена можливості реалізовувати свої здібності та потреби нарівні з іншими громадянами. Значна частина таких людей, у тому числі й діти, не отримує спеціально організованої корекційної допомоги, що затримує повну реалізацію їх адаптивних та компенсаторних можливостей.

Тільки в останнє десятиліття в нашій країні суспільство звернуло увагу на величезний прошарок осіб, які мають виражені порушення в стані здоров'я. Наприклад, у Запорізькій області нараховується біля 100000 людей, старших 16 років, з інвалідністю різних нозологій. Лише в запорізьких дитячих садках та школах знаходиться 3000 дітей із порушеннями зору.

Проблема інтеграції молоді з обмеженими фізичними можливостями, розвиток соціальноактивної та адаптованої особистості викликає інтерес і увагу вчених різних країн.

Аналізуючи вітчизняний досвід, можна стверджувати, що інтегрування осіб із обмеженими фізичними можливостями відбувається переважно в інвасоціуми, а реабілітація інвалідності - саме для потреб інвасоціумів. Тим часом, інвасоціуми є підструктурами загального соціуму, бо суспільство структурує своїх членів для впорядкування в різні мікро- і макросоціуми, і це є загальною та об'єктивною тенденцією. Але здорові особи майже без перешкод психофізично мігрують між підструктурами суспільства, задовольняючи потреби в новизні емоцій і поповнюючи власний досвід. Така психофізична міграція є одним із чинників особистісного розвитку. Люди з обмеженими фізичними можливостями переважно інтегруються в інвасоціуми, тому що мають менше можливостей вибору соціального середовища; а також внаслідок недостатнього усвідомлення своїх можливостей, апатії, агресії, невпевненості в собі, низького рівня соціальної мобільності; і, нарешті, - неадекватного ставлення суспільства. Примусовість об'єднання інвалідів, з одного боку, обумовлена схожими проблемами та обставинами, а з іншого - загальною тенденцією до інтеграції в межах інвасоціуму. Підкреслимо, що соціальна інтеграція є двостороннім процесом, який припускає взаємне зближення, рух назустріч двох соціальних суб'єктів: осіб із особливими потребами, які прагнуть до включення в суспільство, і самого суспільства, яке повинно створити сприятливі організаційно-функціональні, морально-психологічні й інші умови для такого включення. Тож ефективність соціальної інтеграції детермінується, по-перше, готовністю молоді з обмеженими фізичними можливостями увійти в

життя звичайного суспільства в якості повноправних учасників і, по-друге, готовністю даного суспільства прийняти їх у такій якості.

На сучасному етапі розвитку системи неперервної спеціальної освіти відбувається докорінне переосмислення парадигми навчання й виховання дитини з особливими потребами, оновлення змісту, форм і методів навчання, зорієнтованого на становлення особистості такої дитини як суб'єкта освітньо-виховного процесу, створення сприятливих умов для її фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я, правового й соціального захисту. Економічні умови нашого життя складаються таким чином, що частина дітей та молоді з порушеннями здоров'я залишаються поза спеціалізованим навчанням, тому що там, де вони живуть, немає спеціалізованих шкіл, а оплата їх навчання в іншому регіоні не завжди доступна. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є інтегроване навчання дітей із вадами зору, слуху та порушеннями опорно-рухового апарату у загальноосвітніх школах за місцем проживання. У багатьох зарубіжних країнах успішно впроваджується такий досвід, коли інтегроване та спеціалізоване навчання співіснують. Однак здійснення інтегрованого навчання дітей із обмеженими фізичними можливостями у загальноосвітній школі в умовах нашої країни є проблематичним, тому що ані самі діти із порушеннями зору, слуху та опорно-рухового апарату, ані загальноосвітні школи ще не готові до їх прийняття. Проте сьогодні гуманістичні засади реформування загальноосвітньої школи дедалі більше змушують переосмислювати досвід спеціальної школи, оцінювати її здобутки і те, що потребує змін та вдосконалення.

На законодавчому рівні створюються умови для сприяння соціальній інтеграції людей із обмеженими фізичними можливостями:

- Закон України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" (станом на 12 червня 2007 року);
- Наказ МОН України: № 691 від 2 грудня 2005 року „Про створення умов щодо забезпечення права на освіту осіб з інвалідністю”;
- Указ Президента України № 900/2005 від 1 червня 2005 року „Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями”;
- Указ Президента України № 1228/2007 від 18 грудня 2007 року „Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб із обмеженими фізичними можливостями”.

Розвиток громадського руху на захист прав дітей та молоді з порушеннями психофізичного розвитку та їхніх батьків, насамперед, змушує шукати форми навчання у спеціальній школі, альтернативні інтернатним. Зарубіжні та вітчизняні дослідження показали негативний вплив інтернату на

здоров'я та формування особистості дитини внаслідок ізоляції дітей в особливому мікросередовищі, що ускладнює їх подальшу соціальну адаптацію. Крім того, відрив дитини від сім'ї порушує права батьків. Названі аргументи змусили світову науку і практику шукати інші, досконаліші форми навчання та виховання дітей, які потребують спеціальної педагогічної допомоги. Сьогодні в багатьох розвинених країнах діти із порушеннями психофізичного розвитку інтегруються в єдиній загальноосвітній системі, де вони отримують допомогу спеціальних педагогів у засвоєнні знань, виробленні необхідних навичок.

Діти із обмеженими фізичними можливостями в умовах інтегрованого навчання сприймаються як рівні, навчаючись разом із дітьми, які не мають порушень у розвитку, живуть вдома зі своєю родиною, і це допомагає їм нормально розвиватися; під час навчання вони мають можливість спілкуватися зі своїми однолітками, що надзвичайно важливо для їх розвитку та становлення особистості. Таким дітям важко використовувати специфічні вміння, які були отримані в школі-інтернаті, і перенести в інші умови оточуючого середовища. Інтегроване навчання не потребує деяких витрат, яке необхідне у спеціалізованих школах. В умовах інтегрованого навчання дитина із обмеженими фізичними можливостями адаптується у звичайному середовищі учнів, у той час, як спеціалізована школа створює штучний клімат, який ускладнює подальшу адаптацію в навчальних та трудових колективах.

Таким чином, питання створення оптимальних умов життєдіяльності, відновлення втраченого контакту з навколишнім світом, психолого-педагогічної реабілітації, соціально-трудової адаптації й інтеграції дітей та молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство відносяться сьогодні до числа першорядних державних завдань. Але практичне втілення інтегрованого навчання потребує поступового втілення, збереження попереднього досвіду, всебічної розробки нових технологій та урахування вибору батьків і учнів щодо можливостей отримання освіти у загальноосвітніх школах або у школах-інтернатах. Необхідна підготовка учнів і вчителів загальноосвітніх шкіл до адекватного сприйняття таких дітей. Важливим для втілення моделі інтегрованого навчання є створення інформаційно-технологічних центрів в усіх містах, жорсткий контроль за виконанням існуючих законів і введення курсу "Основи корекційної педагогіки" у ВНЗ України.

# **РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ІНТЕГРАЦІЇ МОЛОДІ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ В СУСПІЛЬСТВО**

## **1.1. Соціальна інтеграція осіб із функціональними обмеженнями в історичному контексті**

Відношення суспільства до індивіда обумовлюється системою факторів, в якій важливу роль відіграють як стан економіки й характер політичних відношень, так і філософські, релігійні, моральні та психологічні погляди людства. Відомо, що на різних етапах розвитку цивілізації існували неоднозначні критерії оцінки людської неповноцінності.

Стародавня Греція демонструє різноманітність у формах суспільного відношення до людини, яка має фізичні обмеження.

Так, наприклад, у Спарті вона не мала права на життя, бо ідеалом вільної людини там був фізично сильний, загартований, стійкий і хоробрий воїн. Тож у суспільстві з подібними ідеалами не залишалося місця для інвалідів, що сприяло формуванню певних форм суспільної свідомості, які відображалися в тому, що від калік, за законом Лікурга, позбавлялися фізично, скидаючи їх з гори Тайче.

У Стародавньому Римі ідеалом і взірцем для наслідування вважався старець, який дотримувався традицій, обраний народом, а культ здорового тіла формував тут таку суспільну свідомість, яка характеризувалася негативним відношенням до усіх, хто не володів необхідними якостями. Про незрячих, а також про людей, що мали інші фізичні вади, говорили як про марноїдів.

Дещо інакше складалося відношення до інвалідів у Стародавніх Афінах, що вважаються оплотом демократії, піднесеного ставлення до людини, здатної до самопізнання і самоствердження, суспільство було більш гуманним щодо цієї категорії людей. Там вважали, що, наприклад, сліпота обмежує лише сприйняття зовнішнього світу і, в порівнянні із зрячими, сліпі навіть мають переваги: краще пізнають власний внутрішній світ, у них глибше розвиваються розум і увага. Аристотель вважав незрячих від народження - „духовно стерильними”, а пізньоосліплених - такими, що мають власну систему для „взаємозв'язків із оточуючими.” В Афінах існували спеціальні програми для навчання незрячих. Як приклад найбільш інтегрованих – Гомер, Цек, Геракліт Ефеський-Темний, Дидим Сліпий.



У країнах із низьким рівнем розвитку аномальні діти залишалися на призволяще. Таке ставлення до цієї категорії дітей відзначалося в деяких місцевостях Індії аж до 19 століття. На Тибеті і в Китаї аномальні діти підлягали знищенню аж до початку 20 століття.

Отже, стародавні уявлення базувалися головним чином на біологічному аспекті функціонування і розвитку індивіда, при цьому не враховувалися інші фактори розвитку особистості і її адаптації в соціумі.

На Україні започаткування соціального забезпечення (призріння) пов'язане з ім'ям Володимира Великого, завдяки якому благодійність стала вважатися найвищою Богоугодною акцією щодо людей, скривджених долею, зокрема скалічених у битвах воїнів. Опікувалися ними і монастирі.

Раннє християнство, як і ранній іслам, закликають допомагати незрячим. Цей гуманістичний принцип сформульовано в Євангелії від Матвія. Однак пізніше християнські держави, зокрема Візантія, застосовують осліплення як одне з найсуворіших покарань, яке часто практикувалося у боротьбі за престол. Відомі такі випадки і на Русі, коли, приміром, був позбавлений зору своїми супротивниками Василько Тербовльський, який допомагав Данилові Галицькому у війнах та походах проти Польщі, Угорщини і Золотої орди, а потім деякий час самостійно правив Волинським князівством.

Найхарактернішим для незрячих України явищем було кобзарство. Зі слів одного з кобзарів, А. Шута: „Кобзар-сліпець існує для того, щоб нагадувати людям про Бога та добрі діла”.

Найвідоміший український кобзар Остап Вересай (1803-1890) осліп на 4 році життя, в 15 років „пішов у науку”, у 1860 Т.Шевченко подарував йому „Кобзар” із дарчим написом, виступав у Києві, Санкт-Петербурзі і, навіть, перед імператорською родиною. На рідній Чернігівщині йому, одному з небагатьох кобзарей, встановлено пам'ятник у 1978 році.

Таким чином, процес інтегрування в соціум осіб із функціональними обмеженнями в різних історичних умовах відзначався певними особливостями, проте, в усі часи ті з них, хто, незважаючи на об'єктивні чи суб'єктивні перешкоди, досягав успіху, займаючи достойне місце у світі, власним прикладом демонстрували хибність стереотипних уявлень про обмеженість людських ресурсів в умовах обмежень фізичних можливостей. Для того, щоб успішно інтегруватися у суспільство, людині, яка має фізичні обмеження, необхідно порівняно більше зусиль, ніж здоровій, але не внаслідок наявності цих обмежень, а тому, що їй фактично перешкоджають зневага й ігнорування суспільством. При цьому дана категорія людей зустрічається з двома історично обумовленими соціальними способами суспільного відношення до непрацездатних людей: відхиленням і виключенням (сегрегацією і сепарацією).

Ці способи суспільного відношення, що можуть бути ідентифіковані з історичної і соціологічної точки зору як кардинальні явища соціального життя людей, які мають обмежені фізичні можливості, і тому відхиляються від суспільних норм, були домінуючими протягом багатьох сторіч, і досі є центральними проблемами.

## **1.2. Характеристика основних видів функціональних обмежень**

### **1.2.1. Поняття "дитина з обмеженими фізичними можливостями"**

В основі аномального розвитку людини - органічні чи функціональні порушення нервової системи, або периферичні порушення певного аналізатора. Відхилення, в ряді випадків, можуть бути викликані і суто зовнішніми середовищними причинами. Зокрема, несприятливі умови сімейного виховання дошкільника можуть призвести до педагогічної занедбаності. Така дитина на момент вступу до масової школи може відставати від своїх одноліток, які виховуються за сприятливіших обставинах, відчувати помітні ускладнення в засвоєнні навчальної програми.

Основні групи аномалій (функціональних обмежень):

- 1) виражені та сталі порушення слухової функції;
- 2) глибокі порушення зору (сліпота, слабозорість);
- 3) стійкі порушення інтелектуального розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи (розумова відсталість);
- 4) важкі мовні вади;
- 5) комплексні порушення ряду функцій (сліпоглухота; тяжкі порушення слуху або зору у поєднанні з розумовою відсталістю...);
- 6) порушення опорно-рухового апарату;
- 7) затримка психічного розвитку;
- 8) психопатичні форми поведінки.

Залежно від причин виникнення дитячих аномалій їх поділяють на вроджені та набуті.

Вроджені аномалії пов'язані з дією досить різноманітних чинників.

По-перше, це шкідливі впливи під час внутрішньоутробного періоду, насамперед пов'язані зі станом здоров'я та способом життя вагітної.

- I. За наявності ряду захворювань, чи систематичному недоїданні матері, плоду може не вистачити поживних речовин: білків, жирів, вуглеводів, вітамінів.
- II. Негативно відбитися на розвиткові плода можуть також різні інфекційні, вірусні захворювання матері, зокрема токсоплазмоз (основними

поширювачами є свійські тварини та птахи), переходячи на плід від хворої матері, може призвести до вродженої розумової відсталості дитини, ураження органів зору та інших порушень.

- III. Гормональні порушення у вагітної.
- IV. Застосування ряду медикаментів (зокрема антибіотиків, сульфамідних препаратів) без дозволу лікаря, спроби зірвати вагітність, захворювання нирок та печінки, серцево-судинної системи, алкогольні отруєння тощо.
- V. Внутрішньоутробний розвиток може порушитись і в результаті резусної несумісності груп крові матері та плода, що також є причиною різноманітних мозкових уражень дитини.

По-друге, вроджені дитячі аномалії виникають унаслідок дії генетичних (спадкових) факторів.

- I. Можуть успадковуватися певні типи порушень слухового та зорового аналізаторів, деякі форми вродженої розумової відсталості.
- II. Порушення в будові та кількості хромосом, зумовлені аномаліями хромосомних наборів батьків, є причиною виражених форм розумової відсталості у дітей (зокрема хвороба Дауна).
- III. Неповноцінність генеративних клітин батьків, що є основою дії генетичних факторів, сама по собі може бути зумовлена як спадковістю, так і зовнішніми впливами. Зокрема, відзначено, що ураження генеративних клітин матері пов'язане з дією на організм ядерного опромінення, деяких хімікатів, а також загальним довготривалим ослабленням організму.
- IV. Алкоголізм батьків. За даними французьких лікарів, які довгий час спостерігали за дітьми, народженими у родинах алкоголіків, з 57 дітей, що народилися, 25 померли у віці до одного року, 12 страждали на розумову відсталість тяжких ступенів, 11 - на такі важкі захворювання, як епілепсія та водянка головного мозку, і тільки 9 не мали якихось помітних відхилень у розвитку. Навіть помірне вживання алкогольних напоїв може негативно відбитися на розвиткові майбутньої дитини.

Набуті дитячі аномалії, як і вроджені, викликані різноманітними шкідливими впливами на організм дитини при народженні та в наступні періоди розвитку.

- I. Під час пологів неабияку небезпеку становлять механічні ушкодження плода, пов'язані з неправильним його положенням, затяжними пологами (так звані пологові травми).
- II. До тяжких наслідків може призвести пологова асфіксія (зупинка дихання у дитини), небезпечна розладами кровообігу, крововиливами в мозок.

III. У перші роки життя дитини до набутих аномалій розвитку можуть призвести різноманітні інфекційні захворювання: енцефаліт (запалення мозку), менінгіт (запалення оболонок мозку), менінгоенцефаліт, поліомієліт, грип, кір, скарлатина, дизентерія, що викликані хвороботворними мікробами.

IV. Аномалії спричиняють і різні травми, інтоксикації.

V. Захворювання вуха чи носоглотки, ушкодження органів зору можуть призвести до тяжких дефектів відповідних аналізаторів і, як наслідок, до аномального розвитку дитини.

Дослідження соціальної інтеграції людей із обмеженими фізичними можливостями - надзвичайно серйозна і недостатньо вивчена проблема. В останні роки функціональні обмеження розглядаються як суспільний феномен. Моделі інвалідності, що існують зараз, як вважає Зверева, можуть допомогти частково розв'язати особистісні проблеми таких людей.

Зокрема, медична модель інвалідності акцентує увагу на патологіях (вроджених чи тих, що з'явилися), за якими людина відрізняється від інших. При цьому інвалід розцінюється як неповноцінна людина у фізичному чи розумовому плані, або в тому й іншому. Міра неповноцінності визначається тим, наскільки він обмежений у різних сферах людської діяльності, та його спрямованістю до незалежного існування, починаючи від самообслуговування, переміщення, сприйняття світу тощо.

У межах економічної моделі неповноцінними вважаються особи, які працюють за обмеженим часом, мають менше навантаження порівняно зі здоровими людьми чи неспроможні працювати взагалі. Інваліди розглядаються як люди менш продуктивні чи економічно обмежені. Звичайно, економічна модель інвалідності - це результат концепції соціальної корисності, яка, без сумніву, породжує соціальну дискримінацію.

Модель функціональної обмеженості описує (змальовує) неповноцінність як нездатність особи виконувати ті чи інші функції порівняно зі здоровими людьми.

Економічна і функціональна моделі є логічним наслідком медичної моделі. Всі моделі роблять акцент на тому, що саме в даної особи є відсутнім: медична - акцентує відсутність здоров'я, економічна — неспроможність до продуктивної праці, функціональна - неспроможність у широкому розумінні цього слова.

Психологічна модель інвалідності дає аналіз впливу фізичних вад на виникнення психологічних проблем у різні вікові періоди розвитку особистості та особливості їх психокорекції. Фізичні вади значною мірою ускладнюють психологічний розвиток дитини через обмеженість участі у соціальному житті,

спілкуванні, суспільнокорисній діяльності. За таких умов зароджується почуття неспокою, невпевненості в собі, що може призвести у кінцевому результаті до формування комплексу неповноцінності, егоцентричних і антисоціальних психологічних настанов.

Найявний у молоді із обмеженими фізичними можливостями високий рівень тривожності вказує на недовіру до оточуючого світу, загострене відчуття незахищеності. Це проявляється у боязні встановлення нових контактів, особливо з людьми, які не мають фізичних вад; малій активності (особистісній і соціальній); відмові від участі у роботі психокорекційної групи (провідним фактором участі у психокорекції є довіра до організаторів проекту). Базовий атиюд недовіри тісно пов'язаний з агресією, яка проявляється в негативізмі до оточуючих, задрощах, підозрливості, образливості, аутоагресії.

У поведінковій сфері молоді з обмеженими фізичними можливостями переважають:

- залежність (підпорядкування, що здійснює гальмівний вплив на формування власних особистісних установок);
- уникнення різних форм боротьби, що вказує на намагання відійти від взаємодії і зберегти нейтралітет у суперечках;
- схильність до компромісу, навіть якщо це зашкодить своїм власним інтересам.

Встановлено, що молодь із обмеженими фізичними можливостями відчуває й негативний вплив соціальних факторів, що чинять психотравмуючу дію, серед яких:

- неприйняття у ставленні ровесників;
- надмірна увага оточуючих, яка може формувати ефект уявної аудиторії;
- неповна сім'я (батько в 25% випадках залишає сім'ю у випадку народження дитини-інваліда);
- труднощі у процесі навчання внаслідок відсутності доступних освітніх технологій, які б враховували особливості сприйняття інформації людьми з функціональними обмеженнями;
- неправильне виховання (частіше гіперопіка, що призводить до формування егоцентризму, сором'язливості, емоційної незрілості).

Таким чином, серед психологічних особливостей молоді з функціональними обмеженнями: неадекватна самооцінка (частіше занижена); стратегія поведінки "уникнення боротьби"; високий рівень бажання спілкуватися, більша чи менша залежність від людей, але внаслідок негативного досвіду в минулому - неприйняття себе і свого дефекту, знецінення свого внутрішнього світу і неприйняття інших через тривогу.

У випадку завищеної самооцінки обирається стратегія суперництва. Це може бути пояснено тим, що в даній категорії молоді менше виражена соціально-психологічна дезадаптація через заміщення Я-реального на Я-ідеальне, але при цьому залишається болючий минулий досвід і сприйняття іншого тільки як суперника.

Внаслідок дезадаптованості і залежності від інших, люди з особливими потребами часто схильні шукати шляхи вирішення конфлікту на поведінковому рівні за рахунок пристосування до суперника, ригідних форм поведінки, які блокують можливість реалізації свого потенціалу.

В якості важливих чинників розвитку особистості людини з особливими потребами виділяються:

- потреба в позитивній увазі і безумнівному прийнятті з боку батьків і оточуючих: коли дитина відчуває себе прийнятою батьками і однолітками у різні періоди онтогенезу, вона не відчуває спонукання відторгати від себе непривабливі частини свого "Я", тобто прийме свою інвалідність і не буде користуватися деструктивними захисними психологічними механізмами);
- розширення власних ресурсів щодо задоволення своїх потреб;
- створення ситуацій успішної діяльності;
- розвиток ініціативи (якщо батьки не розвивають ініціативу дитини, розвиток автономії блокується і дитина набуває ригідних форм поведінки у вигляді уникнення, залежності та домінування);

Отже, дуже важливо виявити, яким чином психіці, навіть у складних умовах, вдається зберегти свою цілісність, реалізуючи основні функції щодо адекватного відображення оточуючого світу і регуляції поведінки. Крім того, дуже важливо, на нашу думку, дослідити психологічні проблеми, які виникають у людей із обмеженими можливостями та не дозволяють їм повністю реалізувати свій потенціал.

### 1.2.2. Діти з порушеннями слуху

Слухом називається здатність організму сприймати й диференціювати звукові коливання за допомогою слухового (або звукового) аналізатора. Слуховий аналізатор складається із периферичного відділу, тобто звукоприймального рецептора (зовнішнє, середнє, внутрішнє вухо), провідних нервових шляхів та центрального відділу аналізатора (мозкових клітин у скроневій області великих півкуль головного мозку).

Слух відіграє важливу роль у розвитку людини. Втрата слуху, навіть часткова, створює бар'єр між людиною і суспільством, утруднює оволодіння знаннями і спеціальністю, обмежує трудову і суспільну діяльність, затримує розвиток особистості. Людина, позбавлена слуху, не має можливості сприймати

ті звукові сигнали, які дуже важливі для повноцінного пізнання навколишнього світу, для створення повних і всебічних уявлень про предмети і явища дійсності (шелест листя, спів пташок, звучання оркестру тощо).

При тяжких порушеннях слуху людина не здатна користуватись багатьма джерелами інформації (слухати радіопередачі, лекції тощо), повноцінно сприймати зміст телепередач, кінофільмів, театралізованих вистав. Відсутність слуху серйозно обмежує й естетичне виховання особи, адже людина позбавляється можливості нормально сприймати музику.

Найважливіша роль слуху в оволодінні людиною мовою. За відсутності слуху або його значного зниження дитина спонтанно (тобто самостійно, без спеціального впливу ззовні) не оволодіває звуковою словесною мовою, бо позбавлена можливості сприймати мову людей, що її оточують, як необхідні звукомовні зразки для наслідування. Крім того, вона не здатна контролювати вимову різних звуків. Унаслідок цього обмежуються можливості спілкування з людьми, а отже, і пізнання, оскільки одним із важливих засобів передачі інформації є усна мова. Відсутність або недорозвиненість мови, в свою чергу, призводить до порушень у розвитку інших пізнавальних процесів і, головним чином, словесно-логічного мислення.

В оточенні однолітків, що чують нормально, дитина з важкими порушеннями слуху потрапляє в становище певної соціальної ізоляції, тому що її повноцінна участь в ігрових та інших видах спільної діяльності утруднена. Часто й сімейне виховання дитини, яка страждає на ураження слухової функції, має ряд особливостей (надмірна опіка, жалість або, навпаки, грубість батьків, роздратованість), що негативно відбивається на її вихованні. Таким чином, стійке порушення слуху, як первинний дефект, призводить до цілого ряду вторинних відхилень у розвитку, які зачіпають як пізнавальну діяльність, так і особистість дитини в цілому.

Залежно від ступеня ушкодження слуху і від часу втрати (або різкого зниження) його дітей із дефектами слухової функції поділяють на глухих, пізнооглухлих і слабочуючих (туговухих).

Кожне із цих стійких порушень слуху поділяється на вроджену і набуту патологію. Педагогічна класифікація дітей із вадами слуху визначається відповідно до стійких порушень слухової функції.

До категорії глухих належать діти, слух у яких пошкоджений так, що вони самостійно не можуть використати його для розвитку мови. Найхарактернішою рисою їхнього розвитку є те, що вроджене або набуте в самому ранньому (домовному) періоді різке ураження слуху робить неможливим сприйняття мови інших й призводить до глухонімоти, тобто

дитина не оволодіває звуковою словесною мовою без спеціального навчання, оскільки не може сприймати й наслідувати мову оточуючих.

Однак створення спеціальних корекційних умов виховання, які активізують компенсаторні процеси, дає змогу поступово вирівняти їх психічний розвиток.

Отже, в глухих компоненти психіки розвиваються в інших, порівняно з людьми із нормальним слухом, пропорціях. У пізнавальній діяльності глухих більшу роль відіграють наочно-зорові форми пізнання, ніж словесно-логічні. В розвитку словесно-мовної системи писемна мова (як засіб прийому інформації шляхом читання, передачі її шляхом письма) набуває для глухих незрівнянно більшої питомої ваги, ніж усна.

Відчуваючи потребу в спілкуванні з оточуючими, глухі користуються міміко-жестикуляторною мовою, тобто своєрідним засобом передачі інформації. Глухі й люди, які нормально чують, спільно розробили для спілкування простий, але досить виразний спосіб - "мова жестів і знаків" із використанням рук, губ, рота й усього тіла. Завдяки цьому діти, що народилися глухими, училися швидко й граціозно виражати свої потреби, добре сприймаються навколишніми.

Як певна база для розвитку мислення й засіб спілкування, міміко-жестикуляторна мова не може повністю замінити словесну мову - могутній фактор розвитку психіки дитини. Функції її в спілкуванні з людьми досить обмежені, тому що розуміти міміко-жестикуляторну мову й використовувати її для передачі своїх думок може лише людина, яка володіє системою її знаків. У спілкуванні глухих зі спеціально підготовленими людьми, які чують, використання міміко-жестикуляторної мови вкрай обмежене. Тому найважливішу роль у вихованні глухих дітей відіграє формування в них словесної мови. Оволодіння словесною мовою для глухих є життєвою необхідністю, єдиним засобом долучитися до чудової скарбниці людських знань і досвіду, засвоїти велику кількість знань, які виробило людство в процесі свого розвитку.

Основні труднощі в роботі з пізнооглухлими дітьми пов'язані з тим, що в них різко обмежені можливості сприймання розмовної мови інших людей. Тому особливу увагу в корекційній роботі звертають на формування навичок зорового сприймання усної мови за допомогою рухів мовних органів (так зване читання з губ, з обличчя). Безперечно, читання по губах пов'язане зі значними труднощами, оскільки рухи губ, язика, міміка обличчя досить неповно відбивають звукову палітру мови. Однак при спеціальному навчанні діти із глибокими слуховими порушеннями навчаються досить точно користуватися



сформованими навичками зорового сприймання розмовної мови, що значною мірою компенсує втрачену можливість чути мову інших людей.

Інколи на розвитку такої дитини негативно позначається те, що на частковий дефект слухової функції, на відміну від повної відсутності слуху або його різкого зниження, своєчасно не звертають серйозної уваги. Дорослі, не розуміючи справжніх причин помилок та утруднень дитини, вважають її лінивою, малокмітливою й застосовують до неї такі засоби виховного впливу, які призводять до негативних наслідків; дитина зневірюється у своїх силах, стає плаксивою, відлюдненою, необгрунтовано чинить опір вимогам дорослих.

Таким чином, специфічні особливості розвитку різних категорій дітей, які страждають на різні порушення слуху, потребують диференційованого коригуючого підходу до їх навчання й виховання, що є важливим фактором оптимізації компенсаторних процесів.

Незважаючи на серйозний та різноплановий негативний вплив глухоти й туговухості на розвиток дитини, навіть при найтяжчих ураженнях слухової функції, але при збереженому інтелекті, можливості всебічного розвитку особистості дітей із порушеннями слуху необмежені. Під впливом соціальних факторів (головним чином спеціального навчання), виявляючи наполегливість у подоланні труднощів, викликаних дефектом, люди зі стійкими порушеннями слуху досягають значних успіхів у різних сферах виробничої і суспільної діяльності, в реалізації своїх творчих здібностей.

### 1.2.3. Діти з порушеннями зору

У психічному розвитку дитини важливу роль відіграє оптичне сприймання (зір), яке здійснюється завдяки зоровому аналізатору. Зір відіграє провідну роль в орієнтуванні, пізнавальній та трудовій діяльності людини. За його допомогою сприймаються предмети: розрізняються форми, величини, розміри, відстані, кольори та світлотіні. Через візуальний канал людина здобуває уявлення про себе і світ. Зоровий контроль має велике значення для розвитку рухів людини. Візуальне сприймання людьми одне одного дуже важливе для встановлення міжособистісних стосунків і визначається функціонуванням зорового аналізатора. При порушенні його діяльності у дитини виникають значні труднощі в пізнанні світу та орієнтуванні в ньому, в здійсненні контактів із людьми, що її оточують, у різних видах діяльності.

Зоровий аналізатор складається з трьох відділів: периферійного (око), провідникового (зоровий нерв, зорові та підкоркові нервові утворення), центрального (мозкові клітини в зорових зонах кори головного мозку). Діяльність зорового аналізатора забезпечує сприйняття й аналіз візуальних

подразників. Порушення зору у дітей залежать від сили хворобливих впливів, які зачіпають різні відділи зорового аналізатора.

Відповідно до ступеня порушення функції зорового аналізатора дітей із стійкими порушеннями зору поділяють на сліпих та слабозорих.

Сліпими є діти, в яких зорові відчуття або зовсім відсутні, через що обидва ока втрачають здатність до сприйняття світла і розрізнення кольору (абсолютна, тотальна сліпота), або зберігається відчуття світла чи незначний залишковий зір (максимальна гострота - 0,04 на оці, яке краще бачить із корекцією), недостатній для звичайної життєдіяльності (практична сліпота).

У слабозорих дітей гострота зору на оці, яке краще бачить при корекції звичайними засобами (окуляри), становить від 0,05 до 0,4. До цієї категорії відносять також дітей із дещо більшою гостротою центрального зору, які мають інші дефекти зорової функції (зокрема різке звуження межі поля зору). На відміну від сліпих, у слабозорих дітей навіть значно порушений зір є провідним аналізатором, тобто здійснює в основному безпосереднє сприйняття предметів і явищ навколишньої дійсності. Слабозорі діти зустрічаються частіше, ніж сліпі.

Причини порушення зору в дітей різноманітні. Вроджені порушення зорової функції можуть бути зумовлені генетичними факторами. Крім того, слабозорість може бути викликана (що буває найчастіше) різноманітними хвороботворними впливами на орган зору, який формується в період ембріонального розвитку.

Набута зорова недостатність може бути викликана різними ускладненнями після перенесених загальних інфекційних захворювань організму.

Важливо розрізняти прогресуючі та стаціонарні порушення зорового аналізатора. При прогресуючих дефектах зору спостерігається поступове погіршення зорових функцій, пов'язане з перебігом патологічного процесу.

При порушенні санітарно-гігієнічних умов діяльності дитини, неправильному або слабкому освітленні, непомірному навантаженні на зір може розвинутися зорова недостатність, пов'язана з аномаліями рефракції (заломлювальної функції ока), короткозорість або далекозорість. Тому дуже важливі систематичні перевірки зору в дітей та обов'язкове дотримання порад лікаря в разі виявлення якихось відхилень (зокрема при потребі дитина повинна носити коригуючі окуляри, дотримуватися режиму зорових навантажень тощо).

До стаціонарних дефектів зорового аналізатора належать насамперед деякі вроджені його пороки.

Крім уроджених факторів, стаціонарні дефекти зору можуть виникнути внаслідок захворювань та операцій на очах, якщо патологічний процес припинився та до подальшого зниження зорової функції не призводить.

За часом настання зорового дефекту сліпих поділяють на сліпонароджених (якщо зір втрачено до народження та у віці до трьох років) та осліплених (тих, що втратили зір у наступні періоди життя й зберегли у пам'яті певні зорові образи).

Для забезпечення успішності компенсаторного розвитку сліпих принципово важливо формувати в них високі соціальні установки й мотиви, забезпечувати їх свідомість і активність у різних видах діяльності, виховувати наполегливість і самостійність, оптимізувати процес їх спілкування у колективі.

Часткова й особливо повна сліпота призводить до зміни уявлень індивіда про себе й емоційного відношення до себе, перегляду, переоцінки цінностей і цілей, збільшення соціально - психологічної дезадаптивності, в силу суб'єктивного локусу контролю, втрати свого місця в соціумі. Це відбувається внаслідок порушення гармонії між внутрішнім і зовнішнім світом особистості. У зв'язку з цим, формування адекватного уявлення про себе вважається однією з найважливіших завдань у процесі розвитку гармонійної особистості.

Важливою умовою психологічної адаптованості дитини є гнучкість, коригованість уявлень про себе. Розвинута здатність збирати інформацію, асимілювати її і вносити уточнення в уявлення про себе є відмінною рисою психологічно зрілої особистості.

Уявленням про себе дітей із глибокими порушеннями зору притаманна специфіка, яка обумовлена неможливістю використовувати зорову інформацію для накопичення даних про світ і про себе. Через це уявлення про себе із значно більшою, ніж у зрячих дітей, вірогідністю може перетворитися у закриту систему. Як наслідок, незряча дитина, у більшості ситуацій, керується неточними знаннями, і тому потребує допомоги у їх психологічній корекції.

Аналізуючи особливості розвитку слабозорих дітей, слід звернути увагу на те, що вони (як і діти з іншими частковими дефектами), на відміну від дітей із тотальними порушеннями, не завжди цілком усвідомлюють свій дефект. Внаслідок цього дитина невірно оцінює свої невдачі й труднощі у навчанні, грі, спілкуванні, нерідко вони стають причиною роздратованості, замкненості, негативізму. Тому дуже важливим є своєчасне виявлення часткового дефекту зорової функції у дітей і створення для них спеціальних умов виховання і навчання.

Нами було проведено аналіз психосемантичних уявлень зрячих і незрячих людей про сліпоту, і, виходячи з дослідження, можна стверджувати про поширеність у суспільстві стереотипного образу "типового сліпого", - образу, який, включаючись у структуру взаємин зрячих і незрячих у соціумі, накладає відбиток на формування їх уявлень один про одного, а також незрячих про себе.

Головна особливість цього образу - переоцінка серйозності наслідків дефекту. Іншими словами, зрячій людині соціальна позиція і життя незрячого уявляється більш безнадійною і трагічною, ніж це є насправді. Проте, добре адаптована незряча особистість відчуває себе досить упевнено, принаймні у певних галузях життя і діяльності.

Якщо дитина з глибокими вадами зору отримує допомогу і стимулювання від членів родини, вона, разом з цим, отримує й шанс стати активним членом суспільства і вести повноцінне, самостійне життя. Проте їй потрібна любов, а не жалість. Однак, незрячим дітям дуже часто не дають можливості розвивати власні здібності у повній мірі. Коли рідні перестають очікувати від такої дитини певних досягнень і обмежують можливості пізнання оточуючого світу і власної участі у ньому, вона стає пасивною до власного життя і відстає у своєму розвитку все більше. Надзвичайно важливо як можна раніше надати дитині спеціалізовану допомогу й створити умови для всебічного розвитку, а також можливість постійно пізнавати щось нове про людей і предмети, отримуючи при цьому пояснення про різноманітні дії, вчинки, поведінку оточуючих.

#### 1.2.4. Діти з порушеннями опорно-рухового апарату

Серед дітей з відхиленнями в розвитку виділяють категорію дітей із важкими порушеннями опорно-рухового апарату. Такі порушення спричиняють різні захворювання, найчастіше - це дитячий церебральний параліч, при якому вражаються рухові системи головного мозку. Церебральні паралічі розрізняють за часом виникнення. Інфекції, інтоксикації, травми, перенесені вагітною, особливо в перші 3-4 місяці, можуть призвести до вродженого (внутрішньоутробного) церебрального паралічу. Припологові та післяпологові паралічі пов'язані з травматичними ураженнями головного мозку плода та народженої дитини, порушенням мозкового кровообігу в результаті асфіксії тощо. У дітей, які страждають на дитячий церебральний параліч, спостерігаються важкі порушення рухів рук, ніг, голови, тулуба, зумовлені спазмом м'язової системи, а також надмірні мимовільні, зайві, недоцільні, невпорядковані рухи (повороти, вигинання, тремтіння, посмикування). Затримується загальний розвиток рухових функцій, дитина з помітним запізненням починає тримати голову, повертатися, сидіти, стояти, ходити.

Досить часто церебральний параліч поєднується з органічно зумовленими іншими дефектами розвитку: з порушеннями слуху, розладами рухів очей, різними мовними аномаліями, найчастіше дизартріями, тобто порушеннями вимови, викликаними обмеженою рухливістю артикуляційного апарату. Всі ці дефекти в сукупності призводять до затримки загального розвитку дитини.

Виявляються утруднення в оволодінні читанням, писанням, у формуванні просторових та часових уявлень.

Порушення опорно-рухового апарата у дітей можуть бути пов'язані з м'язовою дистрофією, із захворюванням, яке поступово веде до наростаючої атрофії м'язів без ураження нервової системи.

Залежно від того, у якій групі м'язів переважно розвивається атрофічний процес, м'язова дистрофія викликає різноманітні порушення опорно-рухового апарата - ураження м'язів спини та тазового поясу, м'язів верхніх або нижніх кінцівок тощо.

Серед причин прогресуючої м'язової дистрофії виділяють спадкову схильність, хоча бувають випадки цього захворювання, не пов'язані із спадковістю, а зумовлені загальними захворюваннями організму, зокрема інфекційного характеру, недокрив'ям та ін.

В окремих випадках порушення опорно-рухового апарата у дітей зумовлені й іншими причинами і виникають як наслідки артрогрипозу (гостре інфекційне вірусне захворювання); з ураження суглобів грипоною інфекцією; травм, що викликають механічні пошкодження рухового апарата; вроджених деформацій.

Основним дефектом цієї категорії аномальних дітей є різні вади моторної сфери: серйозні утруднення у виконанні як спонтанних (мимовільних), так і довільних рухів, у пересуванні, значні порушення координації, уповільненість, швидка втомлюваність. Такі діти часто виявляються безпорадними, пасивними, замкненими, уникають контактів із однолітками, позбавлені можливості брати повноцінну участь у рухливих і рольових іграх та інших видах колективної діяльності. Тривале обмеження рухової активності таких дітей, відокремленість від середовища однолітків, які розвиваються нормально, надмірна опіка з боку батьків, загостреність уваги на власному дефекті - все це зумовлює своєрідність їхнього розвитку. Певне звуження джерел життєвого досвіду, пов'язане з хворобою, також може відчутно відбитися на розвитку таких дітей. Так, при вивченні деяких якостей особистості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарата з'ясовано, що в них часто знижені мотиви навчальної діяльності. Це виявляється у пізнавальній пасивності, нерегулярності виконання навчальних завдань, порушеннях уваги при сприйманні навчального матеріалу. Багато хто з підлітків своєрідно проводить свій вільний час надворі, діти менше читають, грають, гуляють, рідше майструють, спілкуються з природою. Значна частина вільного часу хворих підлітків присвячена байдюванню, що пов'язане з пасивністю їхніх позанавчальних інтересів. Вольові риси характеру (цілеспрямованість, наполегливість, ініціативність, самостійність, стриманість) у дітей з порушеннями опорно-рухового апарата розвинені недостатньо. Тут

певну роль відіграє власне захворювання та такі його наслідки, як загальне послаблення організму, труднощі при виконанні діяльності, що вимагає активних рухів, м'язових зусиль, обмеженість моторної діяльності.

Однак, основною причиною зазначених відхилень є своєрідна соціально-психологічна позиція хворої дитини або підлітка, яка виникає внаслідок неправильного ставлення до неї з боку батьків - вони досить часто не надають таким дітям розумної самостійності, знімають з них навіть елементарні обов'язки з самообслуговування, виконання домашніх справ, намагаються задовольнити будь-які їхні бажання та примхи. Дитина звикає до такої надмірної опіки, не вчиться долати труднощі, регулювати свою поведінку та дії вольовими зусиллями. Як наслідок, багато дітей з порушеннями опорно-рухового апарата, поступаючи до спеціальних лікувальних та навчально-виховних закладів, не володіють найпростішими навичками самообслуговування, відмовляються виконувати доручення суспільно корисного та побутового характеру.

Звичайно, така позиція не є характерною для абсолютно всіх дітей. У ряді випадків пов'язані з хворобою переживання, навпаки, викликають у дитини намагання переборювати труднощі, напружувати вольові зусилля, проявляти вимогливість до себе, самодисципліну. Однак для розвитку цих якостей особистості необхідна цілеспрямована педагогічна робота. У системі виховання, навчання та лікування дітей із порушеннями опорно-рухового апарата важливе місце посідає різноманітна трудова діяльність, пов'язана з самообслуговуванням, виконанням суспільно корисних трудових завдань, навчанням ручної праці, професійною підготовкою з ряду доступних спеціальностей з урахуванням особливостей того чи іншого рухового дефекту. Трудове навчання та виховання в таких випадках «виступає» й як лікувальний фактор, є трудотерапією.

Із такими дітьми проводиться також багатопланова спеціальна лікувально-корекційна робота, спрямована на розвиток їхньої рухової сфери, заняття лікувальною фізкультурою, спеціальні рухливі ігри, ортопедична допомога, масаж тощо. Дуже корисно залучати учнів до індивідуальних та колективних спортивних змагань за спеціальними програмами для інвалідів з порушеннями опорно-рухової сфери. Корекційна робота в спеціальних закладах для таких дітей, а також у тих випадках, коли вони навчаються у звичайних масових школах, не обмежується лише розвитком моторики. Вкрай важливо наполегливо формувати мотиви їх навчальної діяльності, враховувати наявні в них нахили та уподобання, розвивати коло інтересів. Особливе значення тут має принцип опори на позитивне в особистості дитини, що активізує її життєву

позицію, вирівнює становище в системі міжособистісних стосунків класного колективу.

### **1.3. Соціально-психологічні рекомендації**

#### **1.3.1. Організація реабілітаційної роботи**

У результаті здійснюваної науково-практичної та корекційної роботи ми пропонуємо деякі рекомендації з організації корекційної та реабілітаційної роботи психологам та соціальним педагогам, які здійснюють корекційну роботу у різноманітних соціальних закладах, реабілітаційних центрах для людей із обмеженими фізичними можливостями, а також у спеціалізованих школах.

Передусім, хотілося б нагадати основні види реабілітації.

Медична реабілітація - це система державних та суспільних заходів, спрямованих на повернення чи включення інвалідів у суспільно корисну працю відповідно до стану його здоров'я, працездатності й особистісних схильностей і бажань.

Професійна реабілітація забезпечує реабілітацію людини як суб'єкта професійної діяльності.

Соціальна реабілітація - це система соціальних, соціально-психологічних, правових, економічних, освітніх заходів, спрямованих на створення умов для подолання обмежень життєдіяльності, підвищення компетентності і соціальної активності.

Соціально-психологічну реабілітацію розглядають як цілісний безперервний процес розвитку особистості. Тому завдання полягає в тому, щоб створити такі соціально-педагогічні умови, які сприятимуть досягненню індивідом своїх цілей, реалізації різноманітних типів поведінки, гнучкої адаптації. Це передбачає, насамперед, атмосферу безперечної ситуації, в якій відсутнє зовнішнє оцінювання, бо, перш за все, за таких умов людина з обмеженими фізичними можливостями зможе себе всебічно проявити.

Основні напрямки роботи:

- 1) здійснення психодіагностичних заходів для визначення рівня самооцінки та самовідношення;
- 2) проведення індивідуальних психологічних консультувань, які спрямовані на підвищення своєї самосвідомості і самопізнання особистості;
- 3) введення в навчальний процес програми соціально-психологічного тренінгу;
- 4) розробка факультативних занять "Професійні можливості людей із порушеннями опорно-рухового апарату, зору, слуху".

Особам із психофізичними порушеннями дуже важко самотійно адаптуватися до умов оточуючого світу і, тим більше, досягти вищого ступеня адаптації і компетентності - інтеграції в суспільстві. Як відомо, самовизначення передбачає активність самого об'єкта, спрямовану як на зміну самого себе відповідно до поставлених цілей, так і на ситуацію, якщо її умови перешкоджають реалізації планів. Велику роль при цьому відіграють процеси самопізнання власних, індивідуальних особливостей, інтересів, нахилів.

Ефективність психокорекційної роботи, спрямованої на формування адекватного уявлення про себе людей із обмеженими фізичними можливостями, забезпечується ґрунтовною проробкою таких складових:

Усвідомлення свого дефекту.

- 1) прийняття свого дефекту;
- 2) оцінка власних можливостей і внутрішніх ресурсів;
- 3) переосмислення своєї життєвої позиції;
- 4) включення нового уявлення про себе в систему повсякденної життєдіяльності особистості.

На нашу думку, зазначені заходи повинні мати позитивний вплив на подальший розвиток особистості молодшої людини з обмеженими фізичними можливостями, її соціально-психологічну адаптацію, а також соціальне становлення та інтеграцію у суспільстві.

А. Ватерман виділяє чотири сфери життя, найбільш значущих для формування ідентичності: 1) вибір професії і професійного шляху; 2) прийняття та переоцінка релігійних та моральних переконань; 3) вироблення політичних переконань; 4) прийняття соціальних ролей, включаючи статеві ролі, й очікування щодо шлюбних та батьківських ролей. Початок зрілого періоду життя - це період завоювання незалежності від батьків, школи, період встановлення дружніх та близьких взаємовідносин.

Допомога людям із функціональними обмеженнями - це складний процес, що потребує, насамперед у напрямі методики соціально-педагогічної моделі соціальної роботи інтегрального підходу, на основі координації роботи спеціалістів різного профілю.

Реабілітація інвалідів зазвичай має дві основні цілі:

- 1) створити такі умови, що дозволяють б кожному інвалідові реалізувати свої можливості, і бути впевненим у собі й жити в тісному контакті з іншими людьми;
- 2) допомогти оточуючим - членам родини, сусідам, школярам - приймати, поважати інвалідів, доброзичливо ставитися, забезпечувати для них рівні можливості й цінувати здібності цих людей.



Один із найвірніших способів забезпечити краще відношення й розуміння потреб людей із функціональними обмеженнями полягає в тому, щоб включати їх і здорових людей у спільну діяльність. Для залучення до участі добре зібрати разом інвалідів і членів їх родин. Ці люди при невеликій підтримці можуть взяти на себе ініціативу в організації й здійсненні програми реабілітації. Найбільш результативні системи реабілітації характеризуються тим, що ними керують і в них працюють лише інваліди, персоніфікуючи нове сприйняття світу, надію на майбутнє, шлях до інтеграції в соціум. Вони працюють із більшою відповідальністю для того, щоб проявити себе, згідно до свого досвіду добре уявляють проблеми, потреби, можливості інвалідів і також часто страждають від неприйняття, невірного розуміння, несправедливості суспільства. Власна слабкість надає їм силу.

### 1.3.2. Тренінг «Як допомогти вчителям і одноліткам навчитися розуміти дітей із фізичними вадами»

Діти можуть бути або дуже жорстокими, або дуже добрими із тими, хто чим-небудь відрізняється від них. Жорстокість проявляється у тому, що вони обзивають, сміються або передражнюють таких людей, і, навіть, можуть заподіяти їм фізичний біль. Але найчастіше дітей-інвалідів однолітки просто не приймають у свої ігри й заняття, відмовляють, роблять вигляд, що їх взагалі не існує, вчиняючи так, боячись усього того, чого не розуміють. Якщо ж вони отримають більше інформації й почнуть краще розуміти людей із функціональними обмеженнями, то зможуть перетворитися в їх друзів і помічників.

Деякі дослідники вважають, що діти, як правило, добріші до дитини із сильними фізичними недоліками, жорстокість же проявляють до тих, у кого менш серйозні захворювання, наприклад, кульгавість.

Одним зі способів допомогти здоровим людям краще зрозуміти проблеми хворих дітей, і навчитися надавати їм допомогу є програма "Дитина - дитині" (однією із складових частин якої є тренінг «Як допомогти вчителям і одноліткам навчитися розуміти дітей з фізичними недоліками»). Це - неформальна, освітня програма, завдання якої навчити дітей шкільного віку та їх вчителів - методам збереження свого здоров'я й взаємодії з іншими дітьми, особливо з тими, хто має проблеми зі здоров'ям. Діти пізнають профілактичні й лікувальні засоби, які зможуть використати у своєму середовищі. Вони навчаються самі і вчать інших. Творець вказаної програми Д. Морли об'єднав групи працівників охорони здоров'я й освіти різних країн. Ним була випущена серія інструкцій, які вчителі й лікарі переробили, виходячи з умов життя дітей у різних країнах.

Застосування програми може здійснюватися:

- вчителями шкіл разом зі школярами, що навчалися за цією програмою у себе в школі;
- працівниками охорони здоров'я;
- психологами, соціальними педагогами, працівниками реабілітаційних центрів;
- батьківськими комітетами;
- будь-якими зацікавленими особами.

Мета програми - допомогти дітям навчитися розрізняти різні види інвалідності і їх прояви; розуміти, що, незважаючи на те, що людина, у якої є фізичні вади, може не справлятися з якоюсь роботою, вона, у той же час, може дуже добре робити інші речі; відшукувати способи допомоги дітям-інвалідам, залучати їх до участі у своїх іграх, допомагати в навчанні й інших заняттях, удосконалювати їхні навички; стати друзями й захисниками будь-якої дитини, що відрізняється від них або особливо в чомусь бідує.

Програма тренінгу «Як допомогти вчителям і одноліткам навчитися розуміти дітей із фізичними вадами» включає 3 основні комплекси вправ:

1. „Уяви себе людиною з порушеннями опорно-рухового апарату”.
2. „Уяви себе людиною з порушеннями слуху”.
3. „Уяви себе людиною з порушеннями зору”.

Вказані комплекси вправ спрямовані на те, щоб допомогти учасникам тренінгу краще пізнати й зрозуміти ті проблеми, з якими стикаються діти-інваліди різних нозологій, різноманітні особливості яких аналізуються у відповідних вправах.

*1. „Уяви себе людиною з порушеннями опорно-рухового апарату”:*

*„Зв'язані коліна.”*

Один із найрозповсюдженіших випадків – коли дитина важко пересувається, через те, що її коліна увесь час притиснуті одне до одного, і тут можна запропонувати кому-небудь з учасників спробувати походити зі зв'язаними в колінах ногами: по рівній поверхні; піднятися чи спуститися сходами; пройти у натовпі... і при цьому відслідкувати власні відчуття (фізичні й психологічні) .

*„Камінці у взутті.”*

Для того щоб уявити собі, що почуває при ходьбі дитина, у якої артрит, учасники тренінгу можуть покласти кілька камінчиків чи дрібних предметів собі у взуття, або ж просто прив'язати їх до своїх підошов, і після цього –

походити; пробігтися; пограти в якусь рухливу гру..., а потім проаналізувати: чому хворі на артрит відмовляються брати участь у подібних заходах.

### *„Рухлива поверхня.“*

Щоб зрозуміти, як важко доводиться тій людині, у якої порушена рівновага, як це буває при ДЦП, можна запропонувати учасникам пройти по поверхні, що рухається, або по підвісній дошці, і відслідкувати власні відчуття.

### *„Спробуй без рук.“*

Допомогти уявити собі, з якими труднощами стикається дитина, яка не може користуватися руками можна, якщо обмотати стрічкою пальці когось так, щоб ними важко було поворухнути, а після цього волонтер спробував би:

- ✓ написати слово;
- ✓ перегорнути сторінку в книзі;
- ✓ налити в чашку води;
- ✓ їсти ложкою;
- ✓ дістати що-небудь із кишені...

Під час виконання вправ учасникам тренінгу слід замислитися, як полегшити ті дії, які вони виконували в процесі роботи і, по завершенні, узагальнити власні враження і висновки групи щодо того, як полегшити життя тих людей, які мають функціональні обмеження аналогічні, або споріднені тим, які тільки-но були «власними», але лишень на час тренінгу.

## *2. „Уяви себе людиною з порушеннями слуху“.*

### *„Слухай“.*

Усі учасники мовчать протягом 3 хвилин і уважно прислуховуються до усіх звуків навколо. По завершенні цього часу вони записують або малюють предмети, які, на їх думку, подавали ці звуки, що вони почули. Вправа завершується обговоренням «почутого» і аналізом того, наскільки спільними були враження.

### *„Що ти сказав?“*

Один учасник закриває свої вуха, а інші, в цей час, розповідають якусь смішну історію. Потім хтось стає «вчителем» і опитує усіх по черзі, у тому числі і того, хто нічого не чув, про зміст історії. Нарешті, той у кого були закриті вуха пояснює, що він відчував, коли мав переповісти розповідь, якої він не чув.

### *„Розмова без слів“.*

Учасники по черзі мають пояснити іншим що-небудь, використовуючи при цьому лише жести, без слів. Інші ж – переказують те, що їм намагалися повідомити. Починати можна з простих фраз («Я хочу спати/пити», «Дайте

м'яча»...), а потім – перейти до більш складних речень («Я бачив поганий сон», «Я загубився і не можу знайти свій дім»...).

По завершенні слід обговорити:

- ✓ Чи важко пояснити щось, якщо не користуватися словами?
- ✓ Як себе почували, коли відчували, що вас ніхто не розуміє?
- ✓ Що робили інші учасники, щоб допомогти вам сказати те, що ви хотіли?
- ✓ Чи могли вони ще якось допомогти? Як саме?
- ✓ Чи змогли б ви допомогти спілкуватися тим, хто не вміє розмовляти?

### 3. „Уяви себе людиною з порушеннями зору”.

#### *„Спіймати злодія”.*

Учасники стають у коло. Один із них із зав'язаними очима – у центрі. Під ноги йому кидають маленькі предмети (камінці, горіхи...). Учні по черзі намагаються підкрастися й поцупити ці предмети. Як тільки той, хто стоїть у центрі, почує «злодія», вказує на нього пальцем, і той вибуває з гри, мета якої – зібрати як можна більше предметів і не бути спійманим.

#### *„Слабкий зір”.*

Комусь із учасників роблять так, щоб він, тимчасово, «погано бачив». Наприклад, одягають дуже сильні окуляри або зав'язують очі яким-небудь матеріалом, який ускладнює бачення. Тепер він має прочитати уривок із книги, надрукованої літерами різного розміру. При цьому аналогічний текст має бути написаний на дошці. Як учасник виконає це завдання? На якій відстані від дошки він зможе прочитати написане? Чи читає цей учасник по книзі також добре, як і інші члени групи?

#### *„Відгадай, хто це (що це)?”.*

Одному з учасників зав'язують очі, і він намагається навпомацки вгадати, хто стоїть перед ним. Аналогічно можна визначати різноманітні предмети.

#### *„Кому належить цей аромат?”.*

Учасник із зав'язаними очима має визначити за ароматом: каву, апельсин, листя чаю, банан, квіти чи трави...

#### *„Сліпий і поводитир”.*

Учасники тренінгу стають парами. Одному зав'язують очі, а інший стає поводитирем, який бере «сліпого» за руку й веде по дорозі, дає визначати навпомацки предмети, що зустрічаються на шляху, оберігає від неприємностей і перешкод. По завершенні вправи слід обговорити:

- ✓ Як себе відчуває людина, яка не бачить?
- ✓ Що робив ваш «поводир», щоб допомогти вам? Чи допомагали його дії? Що міг би він зробити ще, на вашу думку?
- ✓ Чи довіряли ви своєму «поводиреві»?

Усвідомити, як на практиці використати своє розуміння вказаних проблем, діти зможуть, згадавши конкретну людину, яка має ті або інші фізичні вади, особливі труднощі, і проаналізувавши, як допомогти їй виявити свої здібності й, по можливості, стати самостійною.

### 1.3.3. Програма самотренінгу «Пізнай себе»

В основі самовдосконалення особистості знаходиться розвиток свого "Я". Ця проблема тісно пов'язана з формуванням внутрішнього світу людини.

Самовдосконалення складається з трьох взаємозалежних компонентів: самопізнання, самоконтролю і саморегуляції, саморозвитку. Найважливішою умовою кожного з цих компонентів є діяльність людини, спрямована на осмислення власних дій, внутрішніх станів, почуттів, переживань, аналіз цих станів і формулювання відповідних висновків.

Метою програми самотренінгу є навчитися аналізувати свої емоції, почуття, уявлення про себе, свої можливості та здібності.

Зараз ми Вам пропонуємо виконати вправи, які допоможуть глибше зрозуміти себе і свої можливості. Для виконання цих самостійних завдань вам необхідно приготувати зошит і прилади для письма. Вправи ліпше виконувати в окремій кімнаті, де ніхто не буде вам заважати. Виконуючи завдання, не треба квапитися. Уважно дотримуйтесь інструкції до кожної вправи. Виконуйте не більш трьох вправ на день. Якщо все зрозуміло, то давайте почнемо.

Дайте відповідь на кілька питань і запишіть їх у зошиті.

Список питань:

- ✓ Що Ви відчуваєте до себе?
- ✓ Добре або погано Ви ставитесь до своїх вчинків у житті?
- ✓ Хотілось би Вам щось змінити у своєму житті?
- ✓ Від кого або чого залежить формування вашого внутрішнього світу?
- ✓ Що Ви самі можете зробити для розвитку поваги до себе?

*Вправа "Що подобається і не подобається у навколишньому світі".*

Зараз ми Вам пропонуємо взяти свій зошит і розділити один із аркушів навпіл вертикальною лінією. Ліву частину необхідно відмітити знаком (+), а праву (-) знаком. Під знаком (+) перерахуйте те, що особливо подобається (у природі, у людях, у собі і т.д.), а під знаком (-) - те, що особливо неприємно в навколишньому світі. Потім проаналізуйте, який список довший і які емоції Ви відчуваєте.

*Вправа "Зосередження на відчуттях, емоціях, настроях, почуттях, думках" складається з чотирьох етапів:*

- А. Зосередження на тілесних відчуттях.
- Б. Зосередження на емоціях і настрої.

В. Зосередження на почуттях.

Г. Зосередження на думках.

Зараз ми пропонуємо Вам зручно сісти, розслабитися, закрити очі і зосередитися на вищевказаних процесах.

Після закінчення запишіть свої відповіді на такі питання:

Як вдалося концентрування на відчуттях? На яких саме відчуттях Ви зосереджувалися? Які відчуття допомагають Вам цілісно сприймати навколишній світ і самого себе? Які зараз емоції, почуття і настрої переважають? Як вдалося концентрування на думках? Що ви відчули? Проаналізуйте думки, які виникли у вас.

*Вправа "Якості, що допомагають і заважають у спілкуванні".*

Виберіть трьох людей із вашого оточення і попросіть назвати одну якість, яка, на їх погляд, допомагає Вам у спілкуванні, і ту, що заважає. Запишіть ці відповіді та оцініть за 10-бальною шкалою кожен із цих якостей в залежності від її наявності у вас.

*Вправа "Відповідальність".*

На аркуші якомога більше запишіть фраз, які починаються: "Я беру на себе відповідальність за...". А потім запишіть фрази: "Я не беру на себе відповідальність за...".

Проаналізуйте такі питання:

-Чи важко брати на себе відповідальність?

-Що ви відчували зараз?

-За що ви не можете узяти відповідальність?

*Вправа "Десять слів".*

Запишіть, будь ласка, 10 якостей, що характеризують вас, а потім проранжуйте їх у порядку значимості. Далі відбувається їх аналіз (як позитивних чи негативних), а також вибір тих, які є найбільш і найменш вираженими. Після цього зверніться до свого знайомого з проханням заповнити ці якості, що характеризують вас за зазначеною схемою. Потім проаналізуйте ці два списки на співпадіння якостей.

*Вправа "Інвентаризація".*

Ця вправа спрямована на пошук у собі внутрішньої опори. Напишіть про себе дуже коротко: про свої сильні сторони, про те, що вам подобається, цінуєте, приймаєте в собі, про те, що додає вам впевненість у собі та довіру до себе в різних ситуаціях. Не обов'язково підкреслювати тільки позитивні риси характеру. Важливо відзначити те, що є, чи може стати точкою опори в різні моменти вашого життя.

Проаналізуйте такі питання:

-Наскільки ви були відверті?

- Що заважає відкритися іншим?
- Чому ви не завжди можете висловити свої щирі почуття, думки, відношення?
- Що таке саморозкриття? Що воно дає людині?
- Чи добре знають вас інші люди? Чи легко їм розуміти вас?
- Наскільки добре ви знаєте і розумієте себе самі?
- Чи допомагаєте ви іншим краще зрозуміти себе?
- Чи є у вас щось, у чому ви не зізналися б навіть самому собі?

***Вправа "Мінливий світ".***

Зараз сядьте зручно і сконцентруйтеся на своїх відчуттях, почуттях і думках. Через дві хвилини сконцентруйтеся на ідеї мінливості світу: "Наш складний час характеризується швидкими і різкими змінами в найрізноманітніших сферах ...". Потім задайте собі такі питання:

Які думки у вас виникають при цьому?

Як ви відчуваєте себе в цьому мінливому світі?

Які ваші особистісні якості, особливості поведінки допомагають вам жити в ньому, а які заважають?

***Вправа "Мій образ".***

Вправа спрямована на розвиток заглибленого самопізнання. Вам пропонується заплющити очі, цілком розслабитися, відволіктися від усього зовнішнього і цілком зануритися в себе, відчувши своє тіло, свій настрій, і повторювати про себе: "Перед моїм внутрішнім поглядом з'являється образ. Образ стає усе більш чітким. Образ ясно стоїть переді мною. Образ показує мені, хто є Я".

Проведіть аналіз за такою схемою:

- Чи вдалося вам викликати образ?
- Які почуття ви при цьому відчували?
- Що заважало вам зробити цей образ більш чітким?
- Які ваші враження?
- Що нового ви відкрили для себе?

***Вправа "Прийняття себе".***

Вам пропонується заповнити список "Мої недоліки", максимально відверто перерахуйте у ньому усі свої слабкості саме зараз. Потім навпроти кожного недоліку, необхідно відзначити свої достоїнства, тобто те, що можна протиставити недоліку, те, що оточуючі цінують і приймають вже зараз, назвавши цю колонку "Мої достоїнства". Далі згадайте або вигадайте ситуації, коли ці недоліки приносили вам приємні відчуття. На наступному етапі вам необхідно згадати, що з вами відбувається, коли проявляється якийсь з недоліків.

Після цього повільно проговоріть уголос фразу: "Я приймаю себе таким, який я є".

### *Вправа "Уяви себе дитиною".*

Перерахуйте, будь ласка, на аркуші все те негативне, що батьки, вчителі, родичі говорили про вас. А далі згадайте позитивні висловлювання.

Проаналізуйте, Який із цих списків довший? Який з них у більшій мірі визначає ваше ставлення до себе?

### *Вправа "Чарівна крамниця".*

Пропонуємо вам зосередитися на уявленнях про себе, своїх особливостях, їх аналізі і обмірковуванні того, що вам хотілося б змінити. Це дозволяє прийти до думки, що для придбання чогось нового завжди необхідно щось віддавати. Також замисліться про найбільш істотні життєві ваші цілі. Подивіться на самих себе. А тепер прослухайте уважно інструкцію:

"Влаштуйтеся зручніше. Кілька разів глибоко вдихніть, видихніть і цілком розслабтеся. Уявіть собі, що ви йдете вузькою стежкою крізь ліс. Уявіть природу, яка оточує вас. Озирніться навколо. Сутінно чи світло в цьому лісі? Що ви чуєте? Які запахи ви відчуваєте? Що ви ще відчуваєте?"

Раптово стежка повертає і виводить вас до якогось старого будинку. Вам стає цікаво, і ви заходите усередину. Ви бачите полицки, шухляди. Усюди стоять судини, банки, коробки. Це стара крамниця, причому чарівна. Тепер уявіть собі, що там сидить продавець. Ласкаво просимо! Тут ви можете придбати що-небудь, але не речі, а якості або риси характеру - усе, що побажаєте. Але є одна умова: за кожну якість, кожне бажання ви повинні віддати що-небудь, іншу якість або від чогось відмовитися.

### *Вправа "Найгірше і найкраще".*

Випишіть п'ять найприємніших і найнеприємніших подій у своєму житті, а після кожного пункту відзначте, через кого чи через що відбулася ця подія. Під час аналізу отриманих результатів необхідно звертати увагу на наступне:

- ✓ які події згадалися легше;
- ✓ через кого чи що відбулася більша кількість подій, приємних, чи неприємних, від загального числа (необхідно зробити підрахунок).

Замисліться над проблемою: міра відповідальності людини за власне життя, ефективність спілкування з іншими людьми.

### *Вправа "Сила мови".*

Запишіть три фрази, що починаються зі слів "Я повинен". Потім вимовіть ці фрази уголос. Далі використовуються ті ж самі фрази із заміною "Я повинен" на "Я хочу". Потім три пропозиції "Я боюся, що..." замінюються на "Я хотів би...". Все інше залишається без змін.



Відзначте, що дуже незвично говорити ті самі фрази, змінюючи початок, тому що при цьому змінюється і їх зміст. Запишіть своє враження.

### *Вправа "Емоційна автобіографія".*

Вам необхідно написати автобіографію свого емоційного життя, свій емоційний автопортрет у теперішньому часі, дати майбутню емоційну біографію, причому як бажану, так і небажану. Далі проаналізуйте, чим відрізняється ваша теперішня і майбутня автобіографія.

### *Вправа "Лист".*

Будь ласка, напишіть собі листа. Спробуйте в ньому дати ваше реальне бачення себе. Будьте максимально відверті. Опишіть усе, що вас хвилює, радує, що заважає вашому самовираженню. Нехай це буде лист-звернення до самого себе.

*Вправа "Конверт відвертості".* Вправа спрямована на саморозкриття й усвідомлення своїх бажань, цілей.

Давайте проаналізуємо наступні питання:

- Якби ви могли перетворитися у тварину, то в яку, і чому саме в цю?
- Якщо б ви змогли на тиждень помінятися місцями з кимось, то кого б ви для цього обрали і чому?
- Якби добра чарівниця пообіцяла виконати три ваших бажання, то чого б ви побажали?
- Якщо б протягом одного дня ви були невидимі, то як би ви цим скористалися?
- За якими критеріями ви обираєте собі друзів?
- У якій країні ви хотіли б жити?
- Якби вам запропонували намітити план вашого життя, якими б були три найголовніші цілі?
- Якби вам не заважали життєві обставини, то в який навчальний заклад ви б вступили?

### *Вправа "Стріла життя".*

Уявіть різні варіанти стрілок: прямі, кругові, зигзагоподібні, хвилясті й виберіть для себе ту з них, що відповідає вашому власному життєвому циклу.

Проаналізуйте свої уявлення:

Чому вами обрано саме цю форму стріли?

Де ви зараз знаходитеся на цій стрілі?

### *Вправа "Планування майбутнього".*

Запишіть та проаналізуйте наступні пункти:

- Що робити (мета).
- Коли (терміни).

- Як (засоби, дії).

*Вправа "Закінчи речення".*

Зараз вам пропонується письмово закінчити речення:

- "Я дуже хочу, щоб у моєму житті було..."
- "Я зрозумію, що маю щастя, коли..."
- "Щоб бути щасливим сьогодні, я (роблю)..."

*Вправа "Двадцять бажань".*

Тепер вам пропонується двадцять разів закінчити речення "Я хочу...". Записуються усі бажання, що спадають на думку, незважаючи на їх реальність чи прийнятність.

*Вправа "Ресурси".*

Давайте поміркуємо над такими питаннями: Що може допомогти в досягненні ваших цілей? Чим з цього ви вже володієте (риси характеру, наявність друзів...)?

Необхідно записати чотири свої сильні якості, що стануть ресурсами і будуть сприяти досягненню поставлених цілей.

*Вправа "Мої досягнення".*

Запишіть те, що вам вже вдалося досягти на даний момент життя.

*Вправа "Моя професія".*

Пропонуємо вам записати професію, якою хотіли би опанувати у житті. Необхідно виділити якості, якими повинен володіти такий фахівець. Далі проаналізуйте свої якості, які є вже в наявності, а яких ще не вистачає для майбутньої професії.

*Вправа "Кіно".*

Будь ласка, уявіть, що через 10 років про вас зняли фільм, а зараз якимсь дивом вам вдалося його подивитися. Необхідно записати, як головний герой фільму виглядає, чим займається, й описати основні кадри з цього фільму.

Проаналізуйте такі питання:

- Чи задоволені ви цим фільмом?
- Що сподобалося більш за все?
- Чи є щось таке, що зовсім не сподобалося?
- Якщо ви чимось не задоволені, що б хотілося змінити у своєму образі майбутнього? Що для цього потрібно зробити?

Однак ця програма самовдосконалення все ж може залишитися лише наміром, якщо у вас відсутнє головне - прагнення до досягнення наміченого, а також якщо ви не володієте методами і прийомами роботи над собою, вміннями самоорганізації. Робота над собою - це постійна праця, яка вимагає від вас витримки, терпіння, сили волі, оптимізму.

Напуттям на вашому шляху професійного і особистісного становлення можуть стати заповіді творчої особистості П. Вайнцвайга:

1. Будь господарем своєї долі.
2. Досягни успіху там, де це можливо.
3. Внеси свій конструктивний внесок у загальну справу.
4. Будуй свої відносини з людьми на довірі.
5. Розвивай власні творчі здібності.
6. Культивуй у собі хоробрість.
7. Піклуйся про своє здоров'я.
8. Не зневіряйся в собі.
9. Намагайся мислити позитивно.
10. Співстав матеріальне благополуччя з духовним задоволенням.

#### **1.4. Загальні рекомендації по допомозі людям із обмеженими фізичними можливостями**

##### **1.4.1. Якщо ви бачите незрячу людину...**

Якщо ви зустріли таку людину на вулиці або в якій-небудь установі, скористайтеся наступними рекомендаціями:

1. Запитайте, чи потребує така людина допомоги.
2. Допомагаючи, перш за все, переконайтеся в тому, що слабовора людина має уявлення про оточуючі предмети, для чого надавайте їй словесні коментарі; допоможіть їй отримати інформацію про ціни у магазині, кафе, тощо.
3. Якщо вас запитують про напрямок, не варто говорити «там», «туди», або вказувати рукою, краще надавайте словесні пояснення (зліва, справа...).
4. Допомагаючи незрячому знайти шлях, надайте йому можливість тримати вас за руку.
5. Будь ласка, пам'ятайте, що людина, яка здатна використовувати зір досить ефективно для здійснення однієї операції, не зможе якісно виконувати з цим же рівнем зору інші операції.
6. Якщо Ви спілкуєтеся з незрячим, не треба кричати, а говоріть спокійно і чітко, наявність вад зору не означає наявність вад слуху.
7. Не намагайтеся визначити: що людина бачить, а чого вона не бачить, запитайте в неї.

#### 1.4.2. Способи безбар'єрного доступу

Пропонуємо рекомендації, що полегшать життя і пересування у просторі незрячим, які зазвичай використовують тростину, а також іншим людям з функціональними обмеженнями.

1. Пішохідні доріжки повинні бути чистими від сторонніх предметів і позначатися кольоровими поручнями.

2. Пішохідні маршрути повинні бути безпечні і доступні для людей із обмеженими фізичними можливостями, а особливо для незрячих.

3. (а) Плануючи пішохідні переходи, варто віддавати перевагу "звуковим" переходам.

(б) Стандартне покриття тротуарів варто використовувати для того, щоб дати сигнал незрячій людині, яка пересувається, про місце знаходження пішохідного переходу.

4. Невеликі зміни рівня підлоги краще здійснювати через підйоми і схили, тобто похилими площинами, ніж через сходишки.

5. Необхідно звернути особливу увагу водіїв будь-якого виду транспорту на «Правила дорожнього руху», а саме: правило № 18.5, у якому говориться про те, що незряча людина з тростиною може переходити дорогу у будь-якому місці. Потрібно, щоб на це правило робили акцент працівники ДАІ на екзаменах, коли людина отримує права водія.

6. Дорожні роботи і будівельні ліси варто влаштовувати і обгороджувати так, щоб уникнути травм.

(а) Дорожні роботи варто обгороджувати в міцні бар'єри, пофарбовані в яскраві кольори й освітлювані в нічний час. Ці огороження повинні доходити до рівня поясу людини і бути суцільними, щоб за допомогою тростини можна було б їх розпізнати.

(б) Стовпи будівельних лісів треба обгортати яскраво пофарбованими матеріалами чи яскраво фарбувати. Їх також варто висвітлювати в нічний час і, по можливості, обгортати частини, які виступають на рівні голови (чи нижче) перехожого, частини в м'які матеріали достатньої товщини.

7. Запарковані машини і велосипеди не повинні перегороджувати шлях незрячим пішоходам.

8. Достатнє освітлення й підсвічування, колірний контраст, розмаїтість у структурах поверхонь стін і підлоги можуть значно допомогти незрячій і слабоворій людині відчути себе впевнено й у безпеці.

9. Там, де це можливо, сходишки повинні супроводжуватися зміною якості поверхні під ногами. Перед початком підйому (спуску) край кожної сходишки повинний бути пофарбований і оббитий контрастним покриттям, білим чи жовтим.

10. Поручні біля сходин, а також пандуси можуть допомогти людям з обмеженими фізичними можливостями, зробивши їх пересування та орієнтацію набагато легшою.

11. Якщо автобусна зупинка не має спеціальних навісів, варто зробити навколо неї тротуар з інших матеріалів, які незряча людина могла б сприймати як сигнал.

12. Коли це можливо, водії повинні повідомляти пункти призначення перед відправленням транспортного засобу. Назва кожної зупинки повинна бути оголошена також і після прибуття.

13. Усі робітники громадського транспорту повинні отримати певну базову підготовку про те, як допомагати людям із вадами зору, слуху і з порушеннями опорно-рухового апарату.

14. Дизайн і розташування оголошень і вивісок загального користування повинні відповідати меті - бути легко доступними для прочитання, при цьому вони не повинні являти собою перешкоду і уникати можливості зіткнення з об'єктом для незрячого чи слабозорого.

15. Звукові сигнали як можна частіше повинні доповнювати візуальні.

16. Усі службовці будь-яких установ та організацій повинні бути ознайомлені з проблемами у пересуванні незрячих, слабозорих та інших категорій людей із обмеженими фізичними можливостями.

Ми сподіваємося, що ці рекомендації допоможуть наблизити наше суспільство до держави, у якій будуть створюватися рівні можливості для всіх громадян України незалежно від фізичних обмежень.

## **1.5. Гігієна зору**

### **1.5.1. Організація гігієнічних умов для підтримки та поліпшення зору**

Надмірна напруга зору сприяє розвитку короткозорості або косоокості. Очі напружуються при недостатньому освітленні, а також при сильному пристосуванні ока до навколишнього середовища. Гігієнічні заходи з охорони залишкового зору у дітей та підлітків мають бути спрямовані на створення умов для полегшення роботи очей й профілактики їх стомлення. При встановленні режиму дня для особи з вадами зору необхідно мати на увазі загальний стан її організму, а також наявність інших дефектів органів і функціональних систем.

В основі гігієнічних заходів щодо охорони зору дітей - раціональне освітлення робочого місця і приміщень. Своєчасна зміна видів діяльності, обстановки, у якій проводяться навчальні заняття, може сприяти підвищенню працездатності дітей. Так, періодична зміна положення тіла, очей, відпочинок під час уроку чи виконання домашніх завдань попереджає появу стомлення.

Особливу увагу батькам необхідно звертати на правильну організацію перегляду телевізійних передач. На жаль, є родини, де цим нормам не приділяється увага і, навіть заохочується, коли діти довго дивляться телевізор, і тому не заважають дорослим. Гігієнічні дослідження показують, що деякі школярі просиджують перед телевізором 14 - 30 і більше годин на тиждень, що стає й однією з причин дитячої нервозності.

Як часто можна дивитися телевізійні передачі?

Дошкільникам можна дивитися тільки спеціально призначені для них телевізійні передачі тривалістю 10-15 хв. Молодшим школярам - тільки дитячі передачі. Учні середніх і старших класів можуть дивитися телепередачі не частіше одного-двох разів на тиждень (якщо це не порушує встановлений для них розпорядок дня). Через кожні 40 хв треба дати відпочинок для очей протягом 10-15 хв. Після перегляду спектаклю або повнометражного фільму займатися читанням, малюванням і т.п. не рекомендується. Телевізор треба дивитися в освітленій кімнаті, а не в темряві. Відстань від очей до телевізора повинна бути в 5-7 разів більше величини діагоналі екрана телевізора; інакше кажучи - 2-3 м від телевізора. З огляду на те, що слабозорі мають низьку гостроту зору, їм можна знаходитися в півтора метрах від телевізора.

Від того, як дотримуються правила гігієни, залежить ступінь стомлення органів зору, а також збереження їх повноцінної функції. Вчені пов'язують порушення зору із загальним станом організму і рекомендують залучати дітей до занять з фізичної культури, які є вкрай необхідними і мають не тільки оздоровче, а й психологічне значення. Зрозуміло, фізичні навантаження повинні дозуватися з урахуванням віку і підготовленості дитини.

### 1.5.2. Профілактика розладів зору у дітей

Починаючи з віку двох-трьох років, можна навчати дітей різних вправ для очей. Перетворивши ці вправи з гри на звичку, можна домогтися того, щоб дитина включала вправи в комплекс повсякденних гігієнічних процедур. Кращий час для цього - після ранкового туалету й обіднього сну. Коли вчитель проводить із дітьми зорові вправи під час уроку (протягом 30 - 60 с), це, окрім поліпшення зору, й позитивно позначиться на продуктивності праці і, як наслідок цього, на успішності учнів.

Якщо Ви хочете поліпшити зір дитини, то підберіть їй іграшки, що стрибають і рухаються, будь-які ігри з м'ячем. Попросіть вчителя посадити дитину ближче до дошки у класі, щоб вона змогла дивитися без напруги і, якщо це можливо, без окулярів. Для вироблення правильних зорових звичок у дітей, навчайте їх періодично кліпати очима, слідкувати запостою, частіше змінювати фокусування очей із ближніх на далекі об'єкти.

Також необхідно звертати увагу на гігієну освітлення під час зорової роботи. Відзначимо, що світло повинне падати на книгу, папір, зошит рівномірно, у той же час голова й обличчя дитини повинні залишатися в тіні. Найкраще займатися з настільною лампою, залишаючи при цьому і загальне освітлення. Особливо це важливо в темний час дня. Потрібно уникати нахилу голови близько до предмета роботи, найкраща відстань для зорової діяльності 30 - 35 см. Шкідлива звичка читати лежачи може стати одним із провокуючих короткозорість факторів. І, звичайно, не треба забувати про правильне положення тіла.

### 1.5.3. Організація процесу підготовки домашніх завдань

До виконання домашніх завдань краще приступати після обіду й проведеного на відкритому повітрі відпочинку. Перед початком виконання домашніх завдань треба добре провітрити приміщення, вмикати світло, якщо денного світла не досить, приготувати, усе необхідне для роботи.

Для слабозорих дітей передбачена наступна тривалість виконання домашніх завдань: у першому класі - 40 хв; у другому й третьому - до однієї години; у четвертому й п'ятому - 1,5 год.; у шостому й сьомому - 2 год.; у восьмому й дев'ятому - 2,5 год.; у десятому й дванадцятому - 3,5 год. Занадто довге виконання домашніх завдань, сприяє інтенсивному наростанню втоми, неуважності, зниженню працездатності. Виконання письмових завдань треба чергувати із виконанням усних, а через кожні 30-40 хв. самостійної роботи - відпочинок протягом 10-15 хв. Крім того, під час готування домашніх завдань не треба забувати про фізкультурні паузи.

### 1.5.4. Комп'ютерний зоровий синдром

Серед гігієнічних проблем сучасності гігієна праці користувачів ПК відноситься до числа найбільш актуальних.

Нині, у зв'язку з глобальною комп'ютеризацією збільшується кількість скарг від людей, які працюють із комп'ютером. Можна сказати, що ми зіткнулися з новою й досить частою формою очної патології - Комп'ютерним Зоровим Синдромом. Ця патологія є реакцією органу зору на надлишкове навантаження. Несприятливим фактором світлового середовища є невідповідність нормативним значенням рівнів освітленості робочих поверхонь столу, екрана, клавіатури. Нерідко на екранах спостерігається дзеркальне відображення джерел світла і навколишніх предметів. Усе вище викладене утруднює роботу і призводить до порушень основних функцій зорової системи.

Органічних захворювань очей тривала робота з комп'ютером не викликає проте результатом її стає поява чи прогресування вже наявної, короткозорості.

Сухість очей - розповсюджена проблема серед користувачів комп'ютером. Для зменшення синдрому "сухого ока" при роботі на комп'ютері слід, насамперед, забезпечити такі умови роботи: установити екран монітора так, щоб його центр був на 10-20 см нижче від ока користувача), вибрати правильну відстань (не менш 30 см). Крім того, варто частіше згадувати про необхідність часто мигати при перших ознаках сухості ока; час від часу закривши очі, зробити ними кругові (обертальні) рухи. Корисно влаштовувати 2-х - 3-х хвилинні перерви в роботі.

Для додаткового захисту очей від комп'ютерного випромінювання, можливе використання окулярів зі спеціальними лінзами, що спрямовані на підвищення зорових функцій, зменшення зорових навантажень і захист очей від надлишкової світлової радіації.

Варто пам'ятати, що стан здоров'я й зору дитини не завжди дозволяє займатися в обраному їм гуртку. У той же час дитину не можна примушувати до занять, до яких вона не має інтересу. Наприклад, учням з дуже низькою гостротою зору, з такою важкою патологією, як глаукома, висока короткозорість, дистрофія сітківки й ін., не рекомендується займатися в тих гуртках, робота яких пов'язана із зайвою зоровою напругою (вишивання, малювання, випилювання й ін.). Таким дітям краще відвідувати музичні, хорові, танцювальні гуртки, займатися ліпленням і т.д. Робота із пластиліном, картоном, папером і т.п. сприяє розвитку точних, швидких і різноманітних рухів дрібних м'язів рук, що поліпшує й рівень інтелектуального розвитку в цілому.

Дуже корисні для слабозорих школярів заняття співом, музикою, хореографією, які сприяють вихованню у дітей почуття ритму, мають велике корекційне значення, сприяючи вдосконалюванню функцій рухового аналізатора.

Навчальні заняття в школі повинні чергуватися з активним відпочинком, що включає прогулянки, рухливі ігри, спортивні розваги й т.п., що розвивають швидкість, спритність, погоджену роботу м'язів. Під час ігор відбувається вдосконалювання зору. Наприклад, ігри в м'яч зміцнюють м'язи тулуба, розвивають окомір, удосконалюють координацію рухів; хода на лижах, катання на санках розвивають самостійність, активність, виробляють витривалість.

#### 1.5.5. Фізичне виховання дітей із вадами зору

Фізичне виховання слабозорих дітей має свої особливості, які обумовлені не тільки порушенням зору, але й наявністю вторинних відхилень у фізичному й психічному розвитку: викривлення хребта, порушення постави, труднощі орієнтування в просторі, порушення координації рухів. Регулярні, правильно



організовані фізичні вправи ефективно впливають на центральну нервову систему, поліпшують діяльність серцево-судинної системи, нормалізують роботу органів дихання; підвищують показники фізичного розвитку, збільшують працездатність; роблять рухи більш впевненими, чіткими, погодженими; сприяють виробленню правильної постави, що є однією з важливих умов нормальної діяльності внутрішніх органів. Крім того, для дітей із порушеннями опорно-рухового апарата й захворюваннями серцево-судинної системи доцільні заняття з лікувальної гімнастики.

Фізичні навантаження повинні відповідати функціональним можливостям організму дітей, віку, стану здоров'я й зору. Припустиме для кожного фізичне навантаження повинне визначатися лікарем-офтальмологом і педіатром.

Дітям із короткозорістю, глаукомою, афакією та ін. протипоказані вправи, пов'язані з тривалим і різким нахилом голови вниз, струсом тіла, вело- і мотоспорт, гірськолижний спорт, гра в хокей.

Перш ніж приступити до занять яким-небудь видом спорту, треба порадитися з лікарем.

Невід'ємною частиною фізичного виховання є загартовування. Сутність його полягає в систематичному тренуванні теплорегулюючих механізмів, спрямованих на підвищення стійкості організму до впливу зовнішнього середовища, особливо різних метеорологічних факторів.

Найбільш доступними засобами загартовування є сонце, повітря й вода.

Сонячні промені можуть стати причиною так званої "снігової сліпоти", при якій спостерігається різь в очах, біль, сльозотеча, набряк і почервоніння слизової оболонки повік й ока. От чому під час прогулянок по відкритій місцевості, яскраво освітленої сонцем, рекомендується користуватися світлозахисними окулярами, що охороняють очі не тільки від яскравого світла й променистої енергії, але й від засмічення. Тому їх можна носити й у вітряну погоду. Важливо, щоб скло у світлозахисних окулярах мали не пластмасову, а скляну поверхню.

#### 1.5.6. Професійна орієнтація учнів з вадами зору

Вибір професії має винятково важливе значення в житті людини. Нерідко слабозорі переоцінюють свої сили й зорові можливості й обирають професію, що надалі може погіршити стан їхнього зору. Тому дуже важливо вчасно й правильно визначити сферу їхньої майбутньої діяльності. Різні види трудової діяльності висувають різні вимоги до зору, тому питання про професійну орієнтацію слабозорих дітей повинне зважуватися на основі обліку зорових можливостей і специфіки вибраної професії.

Варто мати на увазі, що ці учні не мають виконувати трудову діяльність, що вимагає високої гостроти зору, нормального стану поля зору, бінокулярного зору й пов'язана з необхідністю розрізняти й розглядати дрібні деталі предметів.

Даючи рекомендації із профорієнтації, необхідно мати на увазі стан зорових функцій, характер патології, його прогноз і плин. Наприклад, слабозорим із високою короткозорістю не можна виконувати роботи з великим, постійним зоровим навантаженням (кресляр, бухгалтер, коректор, годинникар, складач і ін.), а також роботи, що вимагають великої фізичної напруги (вантажник, каменотес, грабар і ін.).

Слабозорим із пігментною дистрофією сітківки протипоказані всі види робіт, проведені у вечірні й нічні години.

Диференційований підхід до вибору професії учнями шкіл для слабозорих сприяє збереженню їхнього зору й більшої ефективності соціально-трудової реабілітації.

## **1.6. Сторінки для батьків**

### **1.6.1. Дитина-інвалід та її оточення**

Багато чого з того, що полегшує або ускладнює життя дитині, пов'язано не з хворобою як такою, а з тим, як до цього ставляться оточуючі – вдома й у громадських місцях.

Актуальним є питання про те, як залучити інвалідів, їхнє найближче оточення із числа дорослих і дітей до активної участі; допомогти впоратися із труднощами й зайняти гідне місце в житті суспільства; зрозуміти, що в них ті ж соціальні потреби, що й в інших людей. Вони хочуть, щоб їх любили й поважали, хочуть грати й пізнавати навколишній світ разом з іншими дітьми й дорослими. Їм потрібні умови, щоб розвиватися, повною мірою реалізуючи свої фізичні й розумові здібності, незалежно від їхнього рівня. Їм необхідно відчувати себе бажаними членами родини й суспільства. Нажаль, інваліди, у тому числі й діти, не мають реальної можливості повністю реалізувати себе. Дуже часто оточуючі бачать лише тільки їх недоліки або відхилення й не цінують наявні достоїнства. Найчастіше причина неправильного відношення знаходиться у відсутності інформації. Так, деякі батьки, які вважають, наприклад, що параліч, викликаний поліомієлітом або ДЦП, «заразний», забороняють своїм дітям наближатися до паралізованої дитини.

Невизнання здібностей і можливостей інвалідів може викликати зневагу або навіть відмову від них. У багатьох країнах батьки віддають своїх хворих

дітей на виховання дідусям і бабусям (багато хто із цих дітей, ставши дорослими, віддано піклуються про цих вже старих дідусів і бабусь.).

Страх перед незвичайним, незрозумілим - причина багатьох випадків негативного ставлення до інвалідів. Чи нададуть суспільство й родина такій людині можливість бути рівноправним членом, нерідко залежить від ступеня її безпорадності. У деяких районах Африки, наприклад, діти, які страждають на поліомієліт, але намагаються пересуватися, хоча б за допомогою фіксуючих пристроїв або на милиць, мають непоганий шанс бути прихильно прийнятими суспільством. Зовсім інше відношення чекає тих на дітей, які так і не зуміли піднятися на ноги, бо хоча й багато хто з них здатні навчитися якомусь ремеслу і самостійно прокормитися, чимало таких хворих все ж умирає дуже рано - від голоду або відсутності виходу.

### 1.6.2. Надмірна опіка

Одна з найрозповсюдженіших проблем - надмірна опіка хворих дітей, коли рідні роблять за дитину все або майже все, перешкоджаючи, тим самим, розвитку її самостійності й оволодінню необхідними навичками. Нерідко навіть дитину з порівняно незначними фізичними недоліками батьки не пускають грати з іншими дітьми, а потім і до школи (боячись, що її будуть дражнити, або вона буде відставати від інших). Обмежуючи можливість такій дитині брати участь у житті суспільства, вони тим самим сприяють укоріненню думки, про те, що інваліди не можуть і не повинні цього робити.

Використовуючи свій життєвий досвід, батьки, які мають дітей із обмеженими фізичними можливостями, намагаються зробити так, щоб їх діти могли брати участь у домашніх роботах, і в той же час виконувати необхідні їм фізичні лікувальні вправи.

Діти з фізичними вадами, якщо їх не обмежувати, із завидною наполегливістю винаходять способи пересування, спілкування, задоволення своїх потреб. Багато чого з того, що вони роблять інтуїтивно, фактично є "терапією", пристосованою самою дитиною до власних потреб. При незначній допомозі, заохоченні й свободі дій дитина з фізичними недоліками часто стає сама для себе терапевтом. Бо, подібно іншим дітям, інстинктивно усвідомлює, що в житті нічого не можна відкласти на завтра, і що власне тіло й внутрішній світ є об'єктами для дослідження, використання й переробки. Краща терапія - залучення дитини до повсякденного життя, яке неможливе без ігор, роботи, спілкування з іншими дітьми.

У людей з обмеженими фізичними можливостями наявною є досить велика залежність від сім'ї, зокрема від матері, тому важливо, щоб батьки приймали свою дитину такою, якою зробила її природа, бо прийняття є

основою допомоги дитині-інваліду. Абсолютне прийняття породжує природну любов. Природа тим самим балансує несправедливість. У зарубіжній літературі є термін «достатньо хороша мати». Він означає, що мати не повинна бути ідеальною: їй потрібно бути достатньо хорошою. Якщо вона буде ідеальною в реакціях на потреби дитини, то та стане залежною. Дитина обов'язково повинна звертатися до власних ресурсів і розвивати здібності щодо самозадоволення власних потреб. Коли дитина не відчуває своєї ефективності, вона відчуває себе безпорадною і починає пристосовуватися до потреб матері, щоб одержати бажане. У даному випадку виробляється хибне "Я", тобто свої бажання і поведінкові реакції дитина пристосовує до дій оточуючих. Така поведінка батьків перешкоджає інтеграції дитини в соціум, і в юнацькому віці, якщо діти продовжують проживати в очікуванні постійної опіки, це істотно заважає їх соціальній адаптації.

При народженні дитини з серйозними розладами здоров'я існує досить високий ризик материнського неприйняття. Така дитина – випробування, яке ставить під загрозу сімейні відносини і може негативно вплинути на інших дітей у сім'ї. Діти з фізичними вадами часом обмежені в контактах із тілом матері тому, що через медичні проблеми або неприйняття такої дитини до них рідше торкаються, з ними менше розмовляють; вони обмежені й у можливості звернути увагу батьків на свої потреби та нагороджувати їх позитивними емоціями, коли ці потреби задовольняються. Як наслідок, все це впливає на нормальний хід розвитку, діти стають менш активні в іграх і їм важче сприймати інформацію, яка надходить із зовнішнього середовища. Довіра до світу виникає внаслідок розумної, помірної турботи матері.

Діти-інваліди часто ростуть чужинцями, не можуть працювати, створювати власні родини й мати дітей, нормально спілкуватися з оточуючими. Причина цього – не фізичні недоліки, а перешкоди, створені суспільством. Для того, щоб надати більше можливостей людям з функціональними обмеженнями, необхідно, перш за все, ставитися до них як до рівноправних членів суспільства. Інваліди і їх рідні повинні діяти самі: об'єднуватися, шукати засоби й можливості самореалізації, а також змінювати своє відношення й відношення оточуючих до цієї проблеми. І, нарешті, уже домігшись суспільного розуміння й підтримки, вони можуть відстоювати свої права.

### 1.6.3. Як навчити незрячу дитину пересуватися?

1. Коли дитина почала повзати, залишені в різних місцях іграшки стимулюватимуть її інтерес до оточуючого середовища і його освоєння.

2. Коли дитина починає ходити, необхідно, щоб усі речі перебували на своїх місцях і, тому, не було несподіваних перешкод, що забезпечить формування впевненості дитини у власній здатності до вільного пересування.
3. Різноманітні фізичні вправи допоможуть більш вільно володіти власним тілом.
4. Стимулювання дитини до всіх тих занять, які природні для однолітків, дасть їй змогу повноцінно розвиватися.
5. Оберегаючи від травм, не треба занадто опікуватися: усі діти, які навчаються ходити падають, і незряча дитина – не виняток.
6. Важливо, тренуючись на м'якій поверхні, навчитися падати (виставляти руки уперед і згинати ноги у колінах при падінні).
7. Корисно навчити дитину орієнтуватися навпомацки ( по меблях, стінах, штахетниках, рослинах...).
8. Доцільно провести «екскурсію» за тими маршрутами, де дитина найчастіше буде ходити, і показати орієнтири (стовпи, дерева, кущі, будівлі...).
9. Можна дати дитині один палець і вести її так, щоб вона йшла на крок позаду супроводжуючого; з часом на цьому ж маршруті вона може йти сама в кількох кроках від супроводжуючого, розмовляючи з ним про орієнтири на шляху.
10. Аналіз того, як змінюється звук кроків при наближенні до стін або ж відкритої місцевості, навчить дитину визначати відстань до предметів.
11. Використання тростини не тільки допомагає знайти шлях, а й надає впевненості, особливо в незнайомій місцевості.

#### 1.6.4. Як навчити дитину з вадами зору засвоїти необхідні навички?

1. Важливо вчити дитину ставити посуд та інші предмети, що легко розбити, чи перекинути на одне й те саме місце і, запам'ятавши, шукати їх не перевертаючи.
2. Ризик щось розлити на столі зменшується, якщо, протягуючи руку, тримати кисть тильною стороною вгору.
3. Коли дитина вміє вже визначати час за годинником, можна запропонувати їй уявити тарілку як циферблат, визначати, навпроти якої години розташована та чи інша їжа на тарілці.
4. Корисним буде навчити дитину розпізнавати навпомацки різноманітні форми, розміри, «фактуру» предметів, складати різні елементи у певному порядку.

5. Можливість допомагати в хатніх справах навіть у ранньому віці (спочатку за допомогою дорослих, потім поступово й самостійно) дозволить незрячій дитині вдосконалювати свої навички, а також відчутти себе причетним до життя і справ родини, поруч і нарівні з іншими.
6. Якщо дитина з вадами зору матиме достатньо іграшок, що допомагають розвитку дрібної моторики - здібності впізнавати пальцями дрібні деталі, форми..., то вона буде не тільки добре підготованою до читання й писання за шрифтом Брайля, а й матиме більш високий рівень пізнавальних здібностей.
7. Розвиток соціальних навичок є необхідним для подальшої інтеграції в соціум, тому доцільно змалечку привчати дитину до суспільного життя, знайомлячи її з різними людьми, стимулюючи її спілкування з ними в найрізноманітніших життєвих ситуаціях.

#### 1.6.5. Способи взаємодії з дитиною, яка має функціональні обмеження

Величезну роль у розвитку дитини відіграє ставлення до неї того члена родини або реабілітаційного працівника, який навчає її нових навичок. Це відношення впливає на швидкість і якість засвоєння цих навичок. Найважливіше, що воно може позначитися на довірі дитини, її поведінці й готовності вчитися. Є кілька простих способів, які допоможуть дитині краще підготуватися до оволодіння різноманітними навичками, доброзичливо ставитися до оточуючих, охоче відгукуючись на їхні прохання.

1. Частіше хваліть дитину або давайте якусь, хоч маленьку, нагороду, коли в неї що-небудь добре виходить (або коли старанно намагається). Покажіть дитині свою радість, коли в неї щось виходить. Похвала за успіхи діє набагато краще, ніж лайка або покарання за невдачу.
2. Коли дитина намагається щось зробити, але в неї не виходить, краще обійти це мовчанням або просто сказати: «На жаль, не вийшло. Ну, нічого, іншим разом вийде».
3. Більше розмовляйте з дитиною. Пояснюйте все, що ви робите, просто й дохідливо. Хоча, навіть, може здаватися, що дитина не розуміє або не реагує, однак, більше з нею розмовляйте. Якщо ви вважаєте, що вона не чує, кажіть і в той же час використовуйте мову жестів.
4. Допомагаючи дитині освоювати нові навички, направляйте її рухи своїми руками. Використовуйте дзеркало для того, щоб допомогти дитині ліпше взнати своє тіло й навчитися володіти руками.
5. Спонукайте дитину рухатися, намагаючись дістати те, що вона хоче. Навіть на ранніх вікових етапах невірні завжди давати усе дитині в руки: використовуйте бажання дитини як можливість застосувати навички

володіння тілом і мовою, намагаючись дотягтися, повертаючи корпус, піднімаючись, підповзаючи, виконуючи будь-яку фізичну дію для одержання бажаного.

6. Зробіть навчання забавою. Якщо вправу перетворити на гру, дитина навчиться набагато швидше, а всім учасникам цей процес доставить набагато більше задоволення.
7. Продовжуйте займатися з дитиною доти, поки їй цікаво. Як тільки заняття перестає бути забавою, припиніть його або внесіть які-небудь зміни, щоб зробити його більше захоплюючим і викликати новий інтерес.
8. Самостійність. Допомогати треба тільки за потреби. Намагайтеся зацікавити дитину вчитися робити самостійно все, що їй потрібно (поступово, щораз трохи більше того, що вона вже вміє).
9. Діти часто додають найбільші старання, коли їм чого-небудь дуже хочеться, а поруч немає нікого, хто б міг допомогти. Навчити дитину - важливо, але не менш важливо давати їй можливість досліджувати, випробовувати свої власні сили.
10. Якщо ви будете квапитися, змушувати їх виконувати занадто багато або занадто швидко, дитина, якщо не буде справлятися, зможе втратити всяке бажання вчитися й взагалі перестати цим займатися.
11. Використовуйте допомогу інших дітей, коли дитина відмовляється випробовувати нові іграшки, пристосування, спеціальні засоби: якщо спочатку їх випробує інша дитина (старші брат, сестра, знайомий) і покаже, що їй це подобається, то дитині, яка до цього боялася, теж захочеться спробувати.
12. Золоте правило реабілітації: коли дитині важко що-небудь робити або вона робить це повільно й невміло, для розвитку дитини корисніше, якщо дати їй можливість зробити це самостійно, підтримуючи й заохочуючи, але допомагаючи лише тими способами, які дозволяють дитині в міру сил самій себе обслуговувати.
13. Пам'ятайте! Важливою є якість навчання, терпіння, а не те, скільки часу ви на це витрачаєте.

Дитина, у якої є фізичні вади, не може робити все так само добре, як здорові діти. Але дуже часто вона уміє що-небудь робити добре й навіть краще, ніж інші. Так, у дитини зі слабкими ногами, яка ходить на милицях, часто бувають дуже сильні руки. У незрячих - відмінний слух.

Набагато краще визнати й похвалити те, що вміє робити дитина, ніж жаліти й висловлювати співчуття.

## 1.7. Технічні засоби реабілітації

В останні роки отримала велике значення ідея загального доступу до різноманітної інформації осіб із функціональними обмеженнями. Мета універсальної доступності - гарантувати кожному, незалежно від сенсорних, фізичних або пізнавальних недоліків, можливість використання інформаційної техніки й всіх пов'язаних із цим переваг.

### 1.7.1. Технічні засоби реабілітації людей, які мають порушення зору

Одним із суттєвих технічних засобів реабілітації для незрячих і слабоворих людей є звичайний або переносний комп'ютер, на якому встановлені спеціальні звукові програми з мовним доступом до екрану. За допомогою комп'ютера абсолютно незряча людина може читати, набирати тексти, працювати в мережі Інтернету, а також сканувати літературу та виконувати інші види робіт.

#### 1. Існує таке програмне забезпечення компанії Freedom Scientific:

- JAWS for Windows – найбільш популярна та поширена у світі програма доступу до екрану комп'ютера для інвалідів із вадами зору. Незрячі за допомогою синтезованої російської, української та іноземних мов, а також Брайлівського дисплею можуть отримувати інформацію з екрану комп'ютера.
- MAGic – програма збільшення екрану комп'ютера для інвалідів по зору. Дозволяє слабоворим збільшувати екран від одного до 16 разів. Програма надає озвучені підказки та читає текст на екрані. Може працювати сумісно з JAWS.
- Програми JAWS та MAGic постачаються з російським інтерфейсом та синтезаторами російської та української мов власної розробки.

#### 2. Існує також апаратне забезпечення:

- SARA – скануюча та читаюча машина. Простий у використанні прилад для читання вголос плоскодрукованих книг. Документ за допомогою однієї кнопки сканується та читається вголос.
- Брайлівські дисплеї Focus та PAC Mate. За допомогою Брайлівських дисплеїв незрячі тактильно читають текст шрифтом Брайля. Ці дисплеї сумісні з JAWS та іншими програмами доступу до екрану.
- PAC Mate 20 та 40 – недорогі портативні Брайлівські дисплеї, відповідно на 20 та 40 клітинок. Використовуються з портативними тифлокомп'ютерами PAC Mate, ноутбуками та настільними комп'ютерами.



- Focus 40 та 80 – Брайлівські дисплеї, на 40 та 80 клітинок. Виготовлені за найсучаснішими технологіями дисплеї Focus ідеально сумісні з JAWS і найбільш зручні для роботи в операційній системі Windows.
- Toraz – настільні відеозбільшувачі надають можливість слабоворим переглядати друкований та рукописний текст та дрібні деталі простіше, ніж будь-коли раніше. Тільки помістіть листа або малюнок на пересувний планшет читання, дайте рівень збільшення та кольори відображення, щоб переглядати зображення найкращим чином для Вашого зору. Ваш документ буде показано на екрані великим розміром. Все, що поміщено на планшет читання, може бути збільшено.
- Oral – портативний найменший в світі відеозбільшувач, він має найкращі характеристики, які тільки можуть бути у такого ультракомпактного приладу. ORAL надає найкращі рішення задач, які щоденно виникають у слабоворих людей, котрі через свій знижений зір часто потребують сторонньої допомоги при читанні текстів та перегляді дрібних зображень. Рівень збільшення від 4,5 до 9 разів на вбудованому десятисантиметровому екрані. Вбудована перезаряджувана батарея розрахована на 4 години постійної роботи.

**3.** Для того, щоб бути незалежними від сторонньої допомоги, придбайте мобільний телефон – смартфон, в який необхідно встановити спеціальну звукову програму, і тоді незряча людина самостійно зможе виконувати всі дії, не зважаючи на рівень або відсутність зору. Наприклад, програми компанії Code Factory (Mobile Speak) – програма доступу до екрану мобільних телефонів (смартфонів Symbian) для незрячих.

Mobile Magnifier – програма збільшення екрану смартфонів для слабоворих.

Mobile Speak Pocket – Програма доступу до екрану кишенькових комп'ютерів та комунікаторів для незрячих.

Mobile Magnifier Pocket – Програма збільшення екранів КПК для слабоворих.

Усі вказані програми комплектуються синтезаторами російської мови.

#### **4. Брайлівські принтери компанії ViewPlus**

Високоякісні брайлівські принтери використовуються для друку тексту та рельєфної тактильної графіки за допомогою рельєфно-крапкового шрифту Брайля. Найбільш популярна в світі технологія Tiger ® дозволяє отримувати Брайлівський друк та тактильну графіку найвищої якості. Принтери безшумні та прості у використанні. Вони не потребують додаткової шумоізоляції.

- ViewPlus Pro Gen 2 Braille Printer –найшвидший та універсальний, який тільки може бути, Tiger® Braille Printer! Швидкість друку – 100 символів в секунду.
- ViewPlus Max Braille Printer самий швидкий та універсальний принтер із настільних Брайлівських принтерів. Якщо Ви не хочете платити за надпотужну машину, а бажаєте відповідний настільний Брайлівський принтер, який, окрім всього іншого, може працювати з папером великого розміру, багатоцільовий Max Braille Embosser дозволить Вам здійснити це з легкістю. Швидкість друку – 60 символів за секунду.
- ViewPlus Cub Braille Printer – високоякісний та швидкісний принтер компактного настільного виконання. ViewPlus Cub – це ідеальне рішення для користувачів, які в основному використовують формати 8.5 x 11, А 4 або меншого розміру, окрім того, бажають мати можливість швидко та безшумно отримати Брайль та тактильну графіку безпосередньо з використовуваних програм Windows . Швидкість друку – 50 символів за секунду.
- ViewPlus Cub Jr Braille Embosser принтер безшумно та з легкістю друкує Брайль та тактильну графіку високої якості. Швидкість друку: 30 символів за секунду.
- ViewPlus Emprint SpotDot™ Braille Printer технологія SpotDot™ = Tiger ® Braille (найпопулярніша в світі технологія друку) + чорнило. Надруковані документи візуально ідентичні надрукованим на струменевому принтері HP. Унікальний Emprint™ SpotDot принтер також робить папір рельєфним на дотик. Створює тактильні кольорові малюнки та діаграми, рельєфний текст та математичні знаки.

5. Поряд із виробництвом високотехнологічних апаратів для незрячих не треба забувати й про такі елементарні, але необхідні прилади, як: наручні годинники із брайлівськими позначками й великими цифрами, будильники, таймери, прилади для письма, мірні й кухонні прилади, термометри, магнітофони, диктофони й ін.

Відмінність сучасних приладів у тому, що вони практично всі "мовні", аж до сільнички й перечниці. "Мовні" прилади корисні тим людям, які не володіють системою Брайля.

Дуже незначні зміни відбулися у виробництві приладів для письма, тим часом в інших країнах випускаються вдосконалені прилади (наприклад, з нумерацією рядків, зі зручними тримачами для паперу стандартних і нестандартних розмірів). Таке ж положення із брайлівськими грифелями. Незрячим людям потрібні й більше сучасні вимірювальні пристрої, прилади для кухні, годинники, допоміжні засоби для орієнтування в просторі.

### 1.7.2. Технічні засоби реабілітації людей із порушеннями опорно-рухового апарату

Велику частку серед дітей із обмеженими можливостями займають діти з діагнозом "дитячий церебральний параліч". Специфіка недуги показує, що вони мають потребу в спеціальних меблях, обладнанні, пристроях, які б полегшували побутове самообслуговування й життєву адаптацію.

Ортопедичні засоби допомагають становленню рухової активності і запобігають формуванню контрактур.

При пересуванні ефективними є такі засоби, як: коляски з ручним управлінням та автовізки; милиці; пандуси; ліфти; планки та поручні.

Вдома допомагають такі пристосування, як: пандуси; сидіння у ваннах; виделки, ножі, ложки, модифіковані для кращого захвату; автоматичне відкривання дверей.

Корекція рухових дій рук сприяє покращенню пози дитини в цілому. Всі рухи тренуються спочатку пасивно, а потім активно: при вдяганні, під час прийому їжі, при купанні, грі, а старшими дітьми – за словесною інструкцією. Розвиток функцій рук тісно пов'язаний із формуванням загальної моторики. Особливо важливе значення мають руки для формування реакцій рівноваги, захищаючи дитину від травмування при паданні (захисні реакції). Маніпулятивна функція кистей - вища форма предметної діяльності, яка найбільше розвинена в людини. Руки рук тісно пов'язані з мовленням і є важливим фактором його формування. Отже, тренування функцій кистей покращує не лише рухові можливості дитини, але і розвиток психічних і мовних навичок. Розвиваючи функцію кисті, особливу увагу слід приділити тренуванню захвату й відпускання предмета, стимулюванню ізольованих рухів пальців і ін.

Корекцію патологічних поз слід розпочинати якомога раніше, оскільки аномальний розподіл м'язового тону швидко призводить до формування контрактур і деформацій, гальмує становлення довільної рухової активності. Спеціальні пристосування та прийоми частково попереджують та запобігають небажаним новоутворенням.

Допоміжні засоби:

- лангети, шини, татори, коміри, валики, вантажі, щити - сприяють збереженню правильного положення тіла;
- плавальний круг - для зменшення активності АШТ – рефлексу Моро й збільшення можливостей рухової активності кінцівок;
- стілець із пристосуваннями для утримання правильної пози, сидячи з клином, валиком між ногами, мішечками з піском, гумові надувні іграшки;
- куток кімнати - для кращої фіксації спини та кінцівок;

- опорні пристосування для ходи: рами-каталки; палички для вироблення ходи забезпечують фіксацію колінних і гомілкових суглобів, розведення стегон, випрямлення тулуба, рівномірну опору на стопи, і застосовуються у разі, коли дитина сама не може коригувати патологічні пози в процесі ходи;

- ортопедичні апарати та взуття зменшують згинальну установку ніг, надають фізіологічного положення стопам;

- функціональний бандаж - зменшення приведення, внутрішньої ротації та згинання стегон, покращує ходу типу "ножиць", не заважаючи активним рухам у тазобедрених суглобах;

- апарат для корекції "кінської стопи" покращує умови стояння і ходи, сприяє опорі на п'ятку й коригує положення стопи.

При спілкуванні із людиною з ДЦП можуть допомогти такі технічні засоби:

- схематичні зображення (ілюстрації, символи);
- мовні синтезатори (спеціальна апаратура), що озвучує текст;
- засоби, які допомагають оволодіти навичками писання.

Допоміжними засобами під час навчання є:

- спеціальні комп'ютери для тих, хто не може користуватись клавіатурою;
- магнітофони, диктофони для запису інформації;
- калькулятори для формування математичних навичок.
- збільшені моделі олівців, записників

Використання зазначених засобів необхідно розпочинати на ранній стадії, якомога раніше. Це зумовлено великою пластичністю мозку дитини в перші роки життя, коли рухи активізуються могутньою стимуляцією; виробляються нормальні реакції випрямлення й рівноваги, доцільні довільні рухи; тонус м'язів і активність рефлексів ще не такі високі. Імпульси поступають до нервової системи через зір, слух, нюх, дотик. Навчання рухів іде паралельно набуттю сенсорного досвіду й повністю залежить від нього.

Вказані допоміжні засоби і технології не тільки слугують виробленню практичних життєвих навичок, а й сприяють досягненню незалежності, самореалізації й інтеграції в соціум зумовлена тому їх.

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. - М.: Педагогика, 1991. – 87 с.
2. Байкина Н.Г. Диагностика и коррекция двигательной сферы у лиц с нарушением слуха. - Запорожье: ЗГУ, 2003. - 232 с.

3. Башкирова И.Л. Подходы к построению стратегии взаимодействия педагога и родителей, воспитывающих ребенка с нарушениями зрения // Научный часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. Зб. Наукових праць. – К.: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2008. - № 10. С. 3-7.
4. Биик Дж. У. Тренинг преодоления социофобии. Руководство по самопомощи / Перев. с англ. Н. Рассказовой. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. — 226 с.
5. Вознюк Л.М., Длимчук Н.Б., Мерленко І.М., Петрович В.С. Дитячий церебральний параліч: поради батькам і педагогам. - Луцьк, 2002.- 74 с.
6. Дандур'янц О.І. Прилад для сліпих з тактильним індикатором // Научный часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. Зб. Наукових праць. – К.: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2008. - № 10. С. 35-40.
7. Ермаков В.П. Профессиональная ориентация учащихся с нарушениями зрения: Медицина, психология, педагогика: Пособие для учителя / Под ред. В.И. Селиверстова. — М: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. — 176 с.
8. Засенко В.В. Проблема підготовки випускників шкіл глухих і слабочуючих до самостійного життя // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції / Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин. - К.: Просвіта, 1994. - С. 172-175.
9. Клопота Е.А. Роль зрения в формировании "Я - образа" человека // Люди з обмеженими можливостями: європейські перспективи спільного навчання та проживання: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції 6-8 червня 2003 р. - Запоріжжя: ЗДУ, 2003. - С. 37-41.
10. Ковалевский Е.И. Офтальмология: Учебник. - М.: Медицина, 1995. - 480 с.
11. Ковчина І.М. Сучасні технології соціальної роботи за рубежом. Навчально-методичний посібник. За заг. ред. А.Й. Капської. - К.: Логос, 2001. -96с.
12. Козлов Л.А. Социальная работа за рубежом: состояние, тенденции, перспективы: Сборник научных очерков. — М.: Флинта, 1998. — 224 с.
13. Кузнецов М.А., Клопота Е.А. Психосемантический анализ представлений зрячих и незрячих людей о слепоте и личности слепого человека // Вісник Харківського університету. Сер. психологія. - № 550. - С. 155-158.
14. Литвак А.Г. Теоретические основы тифлопсихологии. - Л.: ЛГПИ, 1973. - 155 с.
15. Ляшенко В.І. Умови формування життєвої компетентності дітей- інвалідів: Методичні рекомендації для спеціалістів соціальної реабілітації. – Миколаїв, 2003. – 55 с.
16. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. - М., 1992. - 74 с.

17. Никулина Г.В. Формирование коммуникативной культуры лиц с нарушениями зрения: Теоретико-экспериментальное исследование. - СПб.: КАРО, 2006. - 400 с.
18. Романенкова Л.О. Професійна підготовка соціальних педагогів до роботи в галузі охорони здоров'я / Монографія. – Запоріжжя, 2008. – 388 с.
19. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. Том I / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. - М.: Антидор, 1998. – 224 с.
20. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями: Том II / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. - М.: Антидор, 1999. – 648 с.
21. Синьов В.М., Коберник Г.М. Основы дефектології: Навч. посібник - К.: Вища шк., 1994.-143 с.
22. Соціальна робота з людьми з особливими потребами: Методичні матеріали для тренера / Упоряд: О.В. Безпалько та інші; Під заг. ред. І.Д. Звереві. — К.: Наук, світ, 2002.— 55 с.
23. Хинш Р., Виттманн С. Социальная компетенция / Пер. с нем. -Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2005,-192 с.
24. Ярмаченко Н.Д. Проблема компенсации глухоты. - К.: Освіта, 1976. - 53 с.
25. Ясавеев И.Г. Конструирование социальных проблем средствами массовой коммуникации. - Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 2004. - 200 с.

## **РОЗДІЛ 2. ГРОМАДСЬКО-ПРАВОВІ ОСНОВИ ІНТЕГРАЦІЇ МОЛОДІ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ В СУСПІЛЬСТВО**

У цьому розділі ми розглянемо основи законодавства щодо соціальної захищеності інвалідів в Україні. Законодавчою базою її є Конституція України, Закони України, підзаконні акти, міжнародно-правові акти затверджені Верховною Радою України. Основну увагу приділено нормам законодавства, які безпосередньо визначають життя окремих інвалідів, їх правове становище, стосунки між ними та органами влади й місцевого самоврядування. Необхідно зауважити, що нормативна база є достатньо якісною, але громадяни з особливими потребами недостатньо інформовані про неї, тому не вміють відстоювати власні права. Зрозуміло, що не завжди й державні органи дотримуються законів, але необхідно знати законодавство України і вчитись відстоювати власні права. Маємо надію, що наша праця стане в нагоді для вирішення проблем інтеграції й реабілітації дітей та молоді з обмеженими фізичними можливостями.

### **2.1. Державна політика у сфері реабілітації інвалідів**

Згідно зі світовою статистикою кількість інвалідів коливається у межах 7-10 % від населення країни. Для України цей показник становить майже 3 млн. осіб (6,3 % населення), із них 150 тис. дітей. За останні п'ять років кількість інвалідів в Україні зросла майже на третину. Лише тих, хто став інвалідом внаслідок Чорнобильської катастрофи, стає щороку, залежно від регіону, більше на 12-21 %. Неухильно зростає й кількість осіб, які стали інвалідами через ендокринні розлади та нещасні випадки.

Причини інвалідності різні: до 84 % - унаслідок загального захворювання, 9,3 % - інваліди з дитинства, 3,7% - унаслідок трудового захворювання, 3,4% - інваліди із числа військовослужбовців. За групами хвороб інвалідів у працездатному віці на хвороби системи кровообігу припадає 19,8 %, 16,2 % - онкозахворювання, 13,4 % - травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин. У причинній структурі дитячої інвалідності перше місце посідають хвороби нервової системи – 24 %. Усе це вказує на те, що держава мусить вживати заходів для зменшення інвалідності, створювати належні умови життєдіяльності осіб з обмеженими можливостями.

Згідно зі ст. 4 Закону України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” від 21 березня 1991 року, діяльність держави стосовно інвалідів полягає у створенні правових, економічних, політичних, соціально-

побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їхніх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посильній трудовій та громадській діяльності. Соціальний захист інвалідів полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, орієнтації та сприйняття інформації, протезування, пристосованого житла, у забезпеченні опіки або стороннього догляду, а також пристосуванні проектування населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку до потреб інвалідів.

Політика держави щодо соціального захисту інвалідів базується на таких принципах:

**1. Принцип верховенства закону.** Він полягає у тому, що регулювання соціального захисту інвалідів здійснюється законодавством України. У випадках, коли договорами (угодами) між Україною та іншими державами передбачені інші положення, ніж ті, що передбачені законодавством України, застосовуються положення, встановлені цими договорами (угодами). Забороняється застосування нормативних актів органів державної влади та органів місцевого самоврядування, які у будь-який спосіб створюють для інвалідів умови, що обмежують їх права, передбачені законодавством України;

**2. Принцип юридичної рівності й недискримінації** полягає у рівності перед законом усіх інвалідів, крім випадків, коли їх обмеження передбачене законодавством України щодо їх дієздатності; у забороні будь-яких дій, результатом яких є обмеження прав і дискримінація інвалідів, крім випадків, коли обмеження прав передбачено чинним законодавством; недопустимості обмеження дієздатності інваліда без судового рішення;

**3. Принцип захисту інтересів інвалідів.** Україна як держава: забезпечує рівні з усіма іншими громадянами можливості інвалідам у реалізації громадянських, економічних, політичних та інших прав і свобод, передбачених чинним законодавством; створює умови для надання інвалідам адресної грошової допомоги та можливості для проходження індивідуального санаторно-курортного лікування; забезпечує інвалідів необхідними засобами орієнтації та сприйняття інформації, протезування, пересування, в тому числі транспортними засобами; частково компенсує витрати інвалідів на ремонт транспортних засобів; створює необхідні умови для працевлаштування інвалідів, їх освіти, професійної підготовки та соціально-трудової реабілітації.

Основними напрямками соціальної політики стосовно інвалідів є:

- профілактика інвалідності, як система державних заходів з попередження інвалідності;
- медико-соціальна експертиза, що базується на нових визначеннях інвалідності;



- реабілітація інвалідів, спрямована на поновлення здоров'я і особистого статусу інваліда, професійних і соціальних зв'язків;
- соціальне обслуговування інвалідів, що передбачає вдосконалення і розвиток нових форм допомоги і видів послуг;
- створення безбар'єрного середовища, що забезпечує нормальну життєдіяльність інвалідам у різних сферах перебування.

Реалізація державної політики у сфері реабілітації інвалідів покладається на органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які у співпраці та партнерстві із громадськими організаціями інвалідів забезпечують розробку й виконання програм для запобігання виникненню інвалідності, компенсації вад і розладів функцій організму особи, створення умов для їх усунення шляхом медичної, психолого-педагогічної, психологічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів. За допомогою законодавства втілюється у життя соціальна політика держави. Прийняте законодавство щодо інвалідів має бути фінансово забезпечене та передбачати санкції за його невиконання.

Важливими складовими державної політики у сфері реабілітації інвалідів є державні соціальні нормативи у сфері реабілітації та державні типові програми реабілітації інвалідів.

Державні соціальні нормативи у сфері реабілітації інвалідів встановлюють вимоги до змісту та обсягу реабілітаційних заходів з відновлення та компенсації обмежених функціональних можливостей інваліда з урахуванням оцінки стану його здоров'я щодо здатності до самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, контролювання своєї поведінки, навчання і зайняття трудовою діяльністю.

Державні соціальні нормативи у сфері реабілітації інвалідів розробляються центральними органами виконавчої влади у межах їх повноважень за участю реабілітаційних установ, відповідних науково-дослідних установ, на основі наукових досліджень.

Державна типова програма реабілітації інвалідів визначає гарантований державою перелік послуг з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються інваліду, дитині-інваліду з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання безоплатно або на пільгових умовах. Державна типова програма реабілітації інвалідів розробляється центральним органом виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики за участю інших центральних органів виконавчої влади, які здійснюють державне управління системою реабілітації інвалідів, з урахуванням пропозицій

всеукраїнських громадських організацій інвалідів. Державна типова програма реабілітації інвалідів і порядок її реалізації погоджується з Радою у справах інвалідів при Кабінеті Міністрів України та затверджується Кабінетом Міністрів України.

## **2.2. Поняття інвалідності та її правові наслідки**

Офіційне визначення термінів “інвалідність”, “інвалід”, “дитина-інвалід” дається в Законі України “Про реабілітацію інвалідів в Україні”. Згідно з ним **інвалідність** – міра втрати здоров’я та обмеження життєдіяльності, що перешкоджає конкретній особі здійснювати діяльність у спосіб та в межах, що вважаються для особи нормальними залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів, або позбавляє її відповідної здатності чи можливості. **Інвалід** – особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності, викликає в особи потребу в соціальній допомозі та посиленому соціальному захисті, а також виконання з боку держави відповідних заходів для забезпечення її законодавчо визначених прав. **Дитина-інвалід** – особа віком до 18 років (повноліття) зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності та викликає необхідність надання їй соціальної допомоги і захисту.

Інвалідність пов’язана із втратою здоров’я та обмеженням життєдіяльності. Втрата здоров’я – це наявність хвороб і фізичних дефектів, які призводять до фізичного, душевного і соціального неблагополуччя. Життєдіяльність – повсякденна діяльність, здатність організму особи здійснювати діяльність у спосіб і межах звичайних для людини, обмеження життєдіяльності – повна або часткова втрата особою внаслідок захворювання, травми або вроджених вад здатності або можливості самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, орієнтації, контролювання своєї поведінки (стаття 1 Закону України “Про реабілітацію інвалідів в Україні”).

В інструкції про встановлення груп інвалідності, затвердженій Наказом МОЗ України від 7 квітня 2004 року № 183, дається визначення **обмеження життєдіяльності** як неможливість виконувати повсякденну діяльність способом та в обсязі звичайних для людини, що створює перешкоди у соціальному середовищі, ставить її в незручне становище порівняно зі здоровими і виявляється частково або повною втратою здатності до

самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, навчання, контролю за поведінкою, а також значним обмеженням обсягу трудової діяльності, зниженням кваліфікації і призводить до соціальної дезадаптації.

Критеріями життєдіяльності є:

- *здатність до пересування* – можливість ефективно пересуватися у своєму оточенні (ходити, бігати, долати перепони, користуватися особистим та громадським транспортом). Параметри оцінки – характер ходьби, темп пересування, відстань, яку долає хворий, здатність самостійно користуватися особистим та громадським транспортом;
- *здатність до самообслуговування* – можливість ефективно виконувати повсякденну побутову діяльність і задовольняти потреби без допомоги інших осіб. Параметри оцінки – інтервал часу, через який виникає потреба в допомозі: епізодична допомога (рідше одного разу на місяць), регулярна (декілька разів на місяць), постійна допомога (декілька разів на тиждень – регульована або декілька разів на день – нерегульована допомога);
- *здатність до орієнтації* – можливість самостійно орієнтуватися у просторі та часі, мати уявлення про навколишні предмети. Основними системами орієнтації є зір та слух. Параметри оцінки – можливість розрізняти зорові образи людей та предметів на відстані, що збільшується, і в різних умовах, розрізняти звуки та усну мову за відсутності або наявності перешкод і ступеня компенсації порушення слухового сприйняття усної мови іншими способами; необхідність використання технічних засобів для орієнтації та допомоги інших осіб у різних видах повсякденної діяльності;
- *здатність до спілкування* – можливість установлювати контакти з іншими людьми та підтримувати суспільні взаємозв'язки за допомогою мови, читання, письма, жестової чи знакової мови. Параметри оцінки – характеристика кола осіб, з якими можлива підтримка контактів, а також потреба у допомозі інших осіб у процесі навчання і трудової діяльності;
- *здатність контролювати свою поведінку* – можливість поводитися відповідно до морально-етичних і правових норм суспільного середовища. Параметри оцінки – здатність усвідомлювати себе і дотримуватися встановлених суспільних норм, ідентифікувати людей та об'єкти і розуміти стосунки між ними, правильно сприймати, інтерпретувати й адекватно реагувати на традиційну і незвичну ситуації, дотримуватися особистої безпеки, особистої охайності;
- *здатність до навчання* – можливість сприймати, засвоювати та накопичувати знання, формувати навички й уміння (побутові, культурні, професійні та ін.) у цілеспрямованому процесі навчання; можливість до професійного навчання – здатність до оволодіння теоретичними знаннями і

практичними навичками та уміннями конкретної професії. Параметри оцінки – можливість навчання у звичайних або спеціально створених умовах (спеціальний навчальний заклад або група, навчання в домашніх умовах та ін.); обсяг програми, строки і режим навчання; можливість освоєння професій різного кваліфікаційного рівня або тільки окремих видів робіт; необхідність використання спеціальних засобів навчання і залучення допомоги інших осіб;

- *здатність до трудової діяльності* – сукупність фізичних та духовних можливостей людини, що визначається станом здоров'я, який дозволяє їй займатися різного роду трудовою діяльністю. Професійна працездатність – здатність людини якісно виконувати роботу, передбачену конкретною професією, яка дозволяє реалізувати трудову зайнятість у певній сфері виробництва відповідно до вимог змісту й обсягу виробничого навантаження, установленого режиму роботи та умов виробничого середовища. Параметри оцінки – збереження або втрата професійної здатності, можливість трудової діяльності за іншою професією, яка за кваліфікацією відповідає попередній, оцінка допустимого обсягу роботи у своїй професії та посаді, можливість трудової зайнятості в звичайних або спеціально створених умовах. Порушення професійної працездатності – найчастіша причина соціальної недостатності, яка може виникати первинно, коли інші категорії життєдіяльності не порушені, або вторинно – на основі обмеження життєдіяльності. Здатність до праці за конкретною професією в інвалідів з обмеженням інших критеріїв життєдіяльності може бути збережена повністю або частково чи відновлена засобами професійної реабілітації, після чого інваліди можуть працювати у звичайних або спеціально створених умовах з повною чи неповною тривалістю робочого часу.

Медико-соціальні експертні комісії (МСЕК) визначають ступінь обмеження життєдіяльності, тобто величину відхилення від норми діяльності людини. Виділяють такі 3 ступені обмеження життєдіяльності:

*Помірно виражене обмеження життєдіяльності* зумовлене такими порушеннями функцій органів і систем організму, що призводять до помірного обмеження можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

**Перший ступінь** означає здатність:

1. до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;
2. пересування самостійно з тривалішою витратою часу, пересування із зупинками і скорочення відстані;
3. здобуття знань у навчальних закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму навчального процесу та (чи) з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб;

4. виконання трудової діяльності за іншою спеціальністю за відсутності зниження кваліфікації чи зменшенні обсягу виробничої діяльності та неможливості виконання роботи за своєю попередньою професією;

5. орієнтації з використанням допоміжних засобів;

6. спілкування, що характеризується зниженням швидкості;

7. часткового зниження можливості самостійно контролювати свою поведінку (**III група**).

Виражене обмеження життєдіяльності обумовлюється порушенням функцій органів та систем організму, що полягає у вираженому порушенні можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності. **Другий ступінь** означає здатність:

1. до самообслуговування з використанням допоміжних засобів та за допомогою інших осіб;

2. пересування самостійно з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб;

3. навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в домашніх умовах;

4. виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (чи) спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

5. орієнтації, що потребує допомоги інших осіб;

6. спілкування з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб;

7. частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб (**II група**).

**Значне обмеження життєдіяльності** виникає внаслідок значних порушень функцій органів чи систем організму, що призводить до неможливості або значного порушення здатності чи можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності та супроводжується необхідністю в сторонньому догляді. **Третій ступінь** означає нездатність:

1. до самообслуговування та повну залежність від інших осіб;

2. пересування самостійно з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб;

3. навчання;

4. трудової діяльності;

5. орієнтації (дезорієнтації);

6. спілкування;

## 7. контролю за своєю поведінкою (**I група**).

Створення належних умов для життєдіяльності інвалідів, попередження інвалідності є одним із пріоритетних напрямів реабілітації інвалідів. *Усунення обмежень життєдіяльності* – система заходів, спрямованих на створення умов для досягнення або відновлення особою оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівнів життєдіяльності та забезпечення їй законодавчо визначених прав. *Попередження інвалідності* – здійснення комплексу медичних, гігієнічних, фізичних, педагогічних, психологічних, професійних та інших заходів, спрямованих на профілактику переходу захворювання, наслідків травми або вади у постійне обмеження життєдіяльності чи інвалідність особи або на зменшення тяжкості інвалідності (ст. 1 Закону України “Про реабілітацію інвалідів в Україні”).

Інвалідність характеризується поєднанням біологічних (медичних) і соціальних факторів. Біологічний фактор відображає характер захворювання і ступінь вираження функціональних порушень, причини патологічного процесу, адаптаційні й компенсаторні можливості організму, клінічний прогноз захворювання. До соціальних факторів інвалідності відносять характер виконуваної роботи і вимоги, що пред’являються при цьому до організму, професія, кваліфікація, освіта, санітарно-гігієнічні й виробничі умови праці, матеріально-побутові умови. Крім соціальних і біологічних факторів, на інвалідність впливають психологічні особливості особи: установка на працю, нахили, характер, взаємовідносини в колективі, ступінь соціальної комфортності.

Залежно від ступеня обмеження життєдіяльності встановлюються I, II, III групи інвалідності, а також її причини, однією з яких є інвалідність з дитинства.

Підставою для встановлення **I групи** інвалідності є стійкі, значно вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, неспроможності до самообслуговування і викликають потребу в постійному, що не регулюється, сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

Підставою для встановлення **II групи** інвалідності є стійкі, визначеної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини при збереженій здатності до самообслуговування, однак не викликають потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

Підставою для встановлення **III групи** інвалідності є стійкі, помірної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням,

наслідками травм або уродженими дефектами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності, в тому числі працездатності, які потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

### **2.3. Встановлення інвалідності у дітей**

Показаннями для встановлення інвалідності у дітей є патологічні стани, які виникають при вроджених, спадкових, набутих захворюваннях та після травм. Перелік медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 18 років затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства фінансів України від 8 листопада 2001 року № № 454; 471; 516.

Установлення у дитини медичних показань для визнання її інвалідом віком до 18 років здійснюється лікарсько-консультативними комісіями дитячих обласних, багатопрофільних міських лікарень, спеціалізованих лікарень, диспансерів, де діти перебувають на диспансерному облікові та спеціалізованому лікуванні, Української дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ", Українського центру медичної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, клінік науково-дослідних установ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України після стаціонарного або амбулаторного обстеження. При обстеженні в названих закладах наявність у дитини медичних показань для визнання її інвалідом віком до 18 років обґрунтовується лікуючим лікарем у первинній медичній документації: медичній карті стаціонарного хворого або історії розвитку дитини за підписами лікуючого лікаря, завідувача відділення (поліклініки) та заступника головного лікаря з медичної частини із зазначенням згідно з Міжнародною класифікацією хвороб діагнозом та кодом. Аналогічний запис заноситься до виписки з медичної карти стаціонарного хворого або консультативного висновку спеціаліста за підписами лікуючого лікаря, завідувача відділення (поліклініки), заступника головного лікаря з медичної частини, засвідченими печаткою лікувально-профілактичного закладу. Виписка з медичної карти стаціонарного хворого або консультативний висновок спеціаліста видаються батькам дитини, усиновителям, опікунові або піклувальнику.

Визнання дитини віком до 18 років інвалідом та оформлення медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років здійснюється лікарсько-консультативною комісією дитячого лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання дитини після особистого огляду її та за наявності виписки з

медичної карти стаціонарного хворого або консультативного висновку спеціаліста, виданих після стаціонарного або амбулаторного обстеження дитини у відповідному дитячому медичному закладі.

Письмове обґрунтування визнання дитини інвалідом віком до 18 років фіксується в історії розвитку дитини за підписами голови та членів лікарсько-консультативної комісії. Якщо за станом здоров'я дитина не може прибути на огляд до ЛЛК, то цей огляд здійснюється вдома або в стаціонарі, де перебуває на лікуванні дитина.

Медичний висновок про дитину-інваліда оформлюється за підписами головного лікаря дитячого лікувально-профілактичного закладу, його заступника з медичної частини та лікуючого лікаря, завіряється круглою печаткою і в триденний строк направляється в орган праці та соціального захисту населення за місцем проживання батьків, усиновителів, опікуна, піклувальника дитини-інваліда. Термін дії медичного висновку встановлюється згідно зі строками, передбаченими Наказом МОЗ України, МПСП України, МФ України від 8 листопада 2001 року і зазначається в медичному висновку про дитину-інваліда.

Переогляд дитини-інваліда має бути здійснений ЛКК дитячого лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання не пізніше одного місяця до закінчення дії медичного висновку про дитину-інваліда. Дата переогляду зазначається у медичному висновку. Не пізніше одного місяця до виповнення 18 років діти-інваліди направляються на переогляд до МСЕК.

За необхідності тривалого (понад три місяці) стаціонарного лікування дитини в лікувально-профілактичних закладах поза межами району постійного проживання та несприятливому прогнозі щодо відновлення або поліпшення порушених функцій органів і систем організму медичний висновок про дитину-інваліда оформляється ЛКК відповідного дитячого медичного закладу, де перебуває на стаціонарному лікуванні дитина. Законні представники дитини-інваліда у разі відмови у видачі медичного висновку можуть оскаржити цю відмову в органах охорони здоров'я протягом одного місяця або в судовому порядку.

Переліком медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 18 років, передбачена видача медичних висновків і такі строки:

- хвороби нервової системи (на 2 або 5 років чи до досягнення 18 років);
- хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин (до досягнення 18 років);
- хвороба, що зумовлена вірусом імунодефіциту людини, безсимптомне вірусноносійство ВІЛ (на 2 роки або до досягнення 18 років);



- хвороби органів травлення (на 2 або 5 років чи до досягнення 18 років);
- хвороби сечостатевої системи (на 2 або 5 років чи досягнення 18 років);
- хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини (на 5 років або до досягнення 18 років);
- хвороби органів дихання (на 2 або 5 років чи до досягнення 18 років);
- хвороби шкіри та підшкірної клітковини (на 2 роки або до досягнення 18 років);
- хвороби вуха та соскоподібного відростка (на 2 або 5 років чи до досягнення 18 років);
- розлади психіки та поведінки (на 2 роки або до досягнення 18 років);
- хвороби ока та придаткового апарату (на 5 років або до досягнення 18 років);
- хвороби системи кровообігу (на 2 роки або до досягнення 18 років);
- деякі інфекційні та паразитарні хвороби, туберкульоз (на 2 або 5 років чи до досягнення 18 років);
- хірургічна патологія, захворювання та патологічні стани щелепно-лицьової ділянки у дітей (на 2 роки чи до 5 років або до досягнення 18 років);
- уроджені аномалії (вади розвитку), деформація та хромосомні порушення, уроджені вади розвитку системи кровообігу (на 2 роки або до досягнення 18 років);
- хвороби крові та кровотворних органів й окремі порушення із залученням імунного механізму (до 5 років або до досягнення 18 років);
- хвороби крові та кровотворних органів (на 2 або до 5 років чи до досягнення 18 років);
- новоутворення (до 5 років або до досягнення 18 років);
- порушення обміну речовин (до досягнення 18 років);
- уроджені аномалії (вади розвитку) деформації та хромосомні порушення (до досягнення 18 років).

#### **2.4. Соціальні послуги, що надаються МСЕК**

Інвалідність і ступінь втрати здоров'я повнолітніх хворих встановлюються медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК). Огляд повнолітніх хворих, інвалідів проводиться за направленням відповідного лікувально-профілактичного закладу після проведення діагностичних, лікувальних, реабілітаційних заходів за наявності даних, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм або вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.

Медико-соціальна експертиза визначає ступінь обмеження життєдіяльності людини, причину, час настання, групу інвалідності, сприяє проведенню ефективних заходів щодо профілактики інвалідності, реабілітації інвалідів, пристосування їх до суспільного життя. Такій експертизі підлягають особи, котрі втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм та уроджених дефектів, що обмежує їх життєдіяльність, а також особи, які за чинним законодавством мають право на соціальну допомогу, компенсацію втраченого заробітку або звільнення від виконання відповідних обов'язків тощо.

Причинами інвалідності є:

1. загальне захворювання;
2. трудове каліцтво;
3. професійне захворювання;
4. інвалідність з дитинства

Залежно від ступеня розладу функцій організму та обмеження життєдіяльності особі, визнаній інвалідом, встановлюється перша, друга чи третя група інвалідності.

Перша група інвалідності поділяється на підгрупи А і Б залежно від ступеня втрати здоров'я інваліда та обсягів потреби в постійному сторонньому догляді, допомозі або нагляді.

До підгрупи А першої групи інвалідності відносять осіб з виключно високим ступенем втрати здоров'я, надзвичайною залежністю від постійного стороннього догляду, допомоги або нагляду інших осіб, які фактично не здатні до самообслуговування.

До підгрупи Б першої групи інвалідності належать особи з високим ступенем втрати здоров'я, значною залежністю від інших осіб у забезпеченні життєво важливих соціально-побутових функцій, які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування.

Встановлення інвалідності й ступеня втрати здоров'я супроводжується складанням індивідуальної програми реабілітації інваліда, що визначає реабілітаційні заходи і терміни їх реалізації.

МСЕК визначають:

- ✓ ступінь обмеження життєдіяльності особи, стан працездатності, групу інвалідності, причину і час настання інвалідності внаслідок загального захворювання, трудового каліцтва чи професійного захворювання;
- ✓ види трудової діяльності, рекомендовані для інваліда за станом його здоров'я;
- ✓ причинний зв'язок інвалідності з захворюванням чи каліцтвом, що виникли в дитинстві, уродженим дефектом;

- ✓ ступінь втрати здоров'я, групу, причину, зв'язок і час настання інвалідності громадян, які постраждали внаслідок політичних репресій або Чорнобильської катастрофи;
- ✓ ступінь стійкого обмеження життєдіяльності у хворих для направлення їх у стаціонарні установи соціального обслуговування;
- ✓ медичні показання на право одержання інвалідами спеціального автотранспорту і протипоказання до керування ним.

МСЕК зобов'язані забезпечити своєчасний огляд (переогляд) повнолітніх хворих, інвалідів, а лікувально-консультативні комісії лікувально-профілактичних закладів – дітей-інвалідів на предмет інвалідності й ступеня втрати здоров'я. Медико-соціальні послуги з огляду повнолітніх осіб надаються безоплатно. Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності затверджує Кабінет Міністрів України.

Якщо хворий за станом здоров'я згідно з висновком лікарсько-консультаційної комісії лікувально-профілактичного закладу не може з'явитися до медико-соціальної експертної комісії, огляд проводиться вдома або в стаціонарі, де він перебуває на лікуванні. У виняткових випадках (наприклад, коли особа проживає у віддаленій, важкодоступній місцевості) медико-соціальні експертні комісії можуть приймати рішення заочно за згодою особи, керуючись матеріалами медичних справ. Датою встановлення інвалідності вважається день надходження до медико-соціальної експертної комісії документів, необхідних для огляду хворого. Інвалідність встановлюється до першого числа місяця, наступного за місяцем, на який призначено черговий переогляд хворого.

Переогляд інвалідів з нестійкими, оборотними морфологічними змінами та порушеннями функцій органів і систем організму з метою визначення ефективності відновного лікування та реабілітаційних заходів, стану здоров'я і ступеня соціальної адаптації проводиться через 1-3 роки.

Переогляд інвалідів раніше вказаних строків, а також громадян, інвалідність яким встановлено без зазначення строку переогляду, проводиться у разі зміни стану здоров'я і працездатності або у випадку виявлення фактів зловживань чи помилок, допущених у встановленні групи інвалідності. Група інвалідності без зазначення строку переогляду встановлюється громадянам при анатомічних дефектах, стійких необоротних морфологічних змінах та порушеннях функцій органів і систем організму, неефективності реабілітаційних заходів, неможливості відновлення соціальної адаптації, несприятливому прогнозі динаміки працездатності з урахуванням реальних соціально-економічних обставин у районі проживання інваліда, а також чоловікам, старшим шістдесяти років, і жінкам, старшим п'ятдесяти п'яти

років, інвалідам, у яких строк переогляду настає: у чоловіків після досягнення шістдесяти років, жінок – п'ятдесяти років.

МСЕК видають особам, визнаним інвалідами, довідки МСЕК та індивідуальні реабілітаційні програми і в триденний строк надсилають копії цих документів управлінню праці та соціального захисту населення районної, районної в містах Києві та Севастополі державної адміністрації та відповідному відділу, управлінню міської, районної у місті ради, на території якого проживає інвалід. Копія програми надсилається також підприємству, установі, організації, яка зобов'язана надавати соціальну допомогу і здійснювати реабілітацію інваліда. У разі незгоди оглянутої особи з рішенням районної, міжрайонної міської медико-соціальної експертної комісії особа протягом місяця має право подати про це письмову заяву до республіканської, Кримської, обласної, центральної міської медико-соціальної експертної комісії або до медико-соціальної експертної комісії, в якій він проходив огляд, чи до відповідного відділу (управління) охорони здоров'я. Комісія, що проводила огляд, або відділ (управління) охорони здоров'я у триденний строк з дня одержання заяви надсилають усі наявні документи разом із заявою на розгляд республіканської, Кримської, обласної, центральної міської медико-соціальної експертної комісії, яка не пізніше ніж через місяць з дня подання заяви проводить переогляд хворого і приймає відповідне рішення. Рішення республіканської, Кримської, обласної, центральної міської медико-соціальної експертної комісії може бути оскаржене до Міністерства охорони здоров'я України.

Висновки МСЕК про умови й характер праці інвалідів є обов'язковими для підприємств, установ і організацій, незалежно від форм власності й видів їх діяльності.

## **2.5. Спеціальна дошкільна та загальна освіта дітей та молоді з обмеженими фізичними можливостями**

Основними нормативними актами, що визначають правові, організаційні та фінансові засади функціонування і розвитку системи дошкільних закладів, є Закон України “Про дошкільну освіту” від 11 липня 2001 року, Положення про дошкільний навчальний заклад, затверджене Постановою Кабінету Міністрів України від 12 березня 2003 року № 305.

У сфері дошкільної освіти держава:

1. надає всебічну допомогу сім'ї у розвитку, вихованні та навчанні дитини;
2. забезпечує доступність і безплатність дошкільної освіти в державних і комунальних дошкільних навчальних закладах у межах державних і

комунальних вимог до змісту, рівня й обсягу дошкільної освіти (Базового компонента дошкільної освіти);

3. піклується про збереження та зміцнення здоров'я, психологічний і фізичний розвиток дітей;
4. сприяє розвитку та збереженню мережі дошкільних навчальних закладів незалежно від підпорядкування, типів і форми власності.

В Україні функціонують такі типи дошкільних закладів:

- ясла – для дітей віком від двох місяців до трьох років, де забезпечується догляд за ними, а також їх розвиток і виховання;
- дитячий садок – для дітей віком від трьох до шести (семи) років, де забезпечуються їх догляд, розвиток, виховання та навчання;
- ясла-садок – для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років, де забезпечуються їх догляд, розвиток, виховання та навчання;
- ясла-садок компенсуючого типу (спеціальні й санаторні) – для дітей віком від двох до шести (семи) років, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку; тривалого лікування та реабілітації відповідно до їх особистісних можливостей. Спеціальні дошкільні навчальні заклади функціонують для дітей з порушеннями слуху, зору, мови, опорно-рухового апарату, інтелекту, затримкою психічного розвитку. Санаторні дошкільні навчальні заклади функціонують для дітей з ранніми виявами туберкульозної інфекції, малими формами туберкульозу, хронічними неспецифічними захворюваннями органів дихання, серцево-судинної, ендокринної систем, хворобами органів травлення, психоневрологічними захворюваннями;
- ясла-садок комбінованого типу – для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років, до складу якого можуть входити групи загального розвитку, спеціальні, санаторні, сімейні, прогулянкові, короткотривалого перебування у різних поєднаннях;
- центр розвитку дитини – для дітей віком від двох до шести (семи) років, які виховуються вдома чи відвідують інші заклади, де забезпечується їх фізичний, розумовий і психологічний розвиток та оздоровлення, а в разі потреби – корекція фізичного (або) розумового розвитку;
- ясла – садок сімейного типу – для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років, які перебувають в родинних стосунках, де забезпечується їх догляд, розвиток, виховання і навчання в умовах сім'ї.

Прийом дітей до дошкільного навчального закладу здійснюється керівником протягом календарного року на підставі заяви батьків або осіб, які їх замінюють, медичної довідки про стан здоров'я дитини, довідки дільничного лікаря про епідеміологічне оточення, свідоцтва про народження. Для прийому

дітей до дошкільного навчального закладу (групи) компенсуючого типу додатково подається висновок ПМПК (психолого-медико-педагогічної комісії), територіального лікувально-профілактичного закладу чи тубдиспансеру, направлення місцевого органу управління освітою. Під час прийому дитини до дошкільного навчального закладу керівник зобов'язаний ознайомити батьків або осіб, які їх замінюють, із статутом дошкільного закладу, іншими документами, що регламентують його діяльність.

У системі Міністерства освіти і науки України діють спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку. Їх мета – розвиток і формування особистості, забезпечення соціально-психологічної реабілітації і трудової адаптації учня, виховання в нього загальнолюдських цінностей, громадянської позиції. Особливості умов виховання, навчання й утримання учнів, охоронно-педагогічного режиму в спеціальній школі визначаються: 1) спеціальним режимом дня та системою навчальної, виховної і корекційної роботи; 2) створенням спеціальних умов для корекційної спрямованості навчання, відновлення здоров'я, подолання порушень психічного і фізичного розвитку, коригування порушень аналізаторів і формування мовлення учнів; 3) здійсненням індивідуального та диференційованого підходу в навчанні та вихованні з урахуванням характеру порушення; 4) забезпеченням умов для розвитку нахилів і здібностей, здобуття учнем соціально необхідного мінімуму обов'язкових вимог до рівня й обсягу загальної середньої освіти.

Дітей-інвалідів, які визнані такими, що можуть вчитися, влаштовують у школи-інтернати МОН України, яких на сьогодні нараховується 391 і в них перебуває більше 60 000 дітей з особливими потребами. Спеціальні школи – інтернати створюються, утримуються і підпорядковуються управлінням освіти й науки облдержадміністрацій. Останні здійснюють контроль за діяльністю шкіл-інтернатів.

В Україні функціонують такі типи навчально-виховних закладів з дошкільним відділенням для дітей:

- глухих – підготовчий, 1-10-й класи;
- зі зниженим слухом (1-ше і 2-ге відділення) – підготовчий, 1-10-й класи;
- сліпих – 1-10-й класи;
- зі зниженим зором – 1-10-й класи;
- з важкими порушеннями мови (1-ше і 2-ге відділення) – підготовчий, 1-10-й класи;
- із затримкою психічного розвитку – підготовчий, 1-9-й класи;
- розумово відсталих (допоміжні) (1-ше і 2-ге відділення) – підготовчий, 1-10-й класи.

Гранична норма наповнюваності класів і груп визначена Постановою Ради Міністрів України від 29 квітня 1991 року № 103. Спеціальні школи є триступневими: I ступінь – початкова школа, що забезпечує початковий рівень загальної середньої освіти; II ступінь – основна школа, що забезпечує неповну загальну середню освіту; III ступінь – старша школа, що забезпечує повну загальну середню освіту. Всі ці школи можуть функціонувати автономно (початкова, основна, старша), а також разом чи в комплексі з дошкільними закладами (відділеннями).

Для здобуття середньої освіти організується старша школа з тривалістю навчання два роки; для розвитку здібностей дітей з вадами фізичного розвитку відкриваються гімназії-інтернати, ліцеї-інтернати, класи художньо-естетичного, музичного, трудового, спортивного та інших профілів, термін навчання в них збільшується на один рік. До цих класів учні зараховуються на конкурсній основі. Для надання допомоги учням з комбінованими дефектами організуються спеціальні класи (вади слуху або зору в поєднанні з розумовою відсталістю, затримкою психічного розвитку або порушеннями опорно-рухового апарату); наповнюваність класів і виховних груп – до шести осіб. Для випускників допоміжних шкіл, які за станом здоров'я та рівнем інтелекту можуть оволодіти однією з професій на рівні кваліфікаційного розряду, при школах з необхідною матеріальною базою відкриваються 9(10)-ті класи з виробничим навчанням. Зарахування до них проводиться з урахуванням побажань учнів та їхніх батьків. Для дітей, діагноз хвороби яких потребує уточнення, відкриваються діагностичні класи.

Відбір дітей у спеціальні школи здійснюють ПМПК (психолого-медико-педагогічні комісії), переведення дітей з одного відділення у друге в межах одного типу спеціального закладу – шкільні ПМПК. На навчання учнів з вадами слуху, зору, мови, порушеннями опорно-рухового апарату, затримкою психічного розвитку в спеціальних школах відводяться два додаткові навчальні роки. Цей час розподіляється на перший і другий ступені навчання. Прийом учнів до спеціальної школи проводиться, як правило, до початку навчального року. Зарахування їх здійснюється наказом директора школи на підставі заяви батьків, висновків ПМПК і направлення органу державного управління освітою. Питання переведення учнів до іншого типу школи (школи-інтернату) вирішується педагогічною радою на підставі висновків ПМПК. Необхідність переведення учнів із одного відділення в інше в межах спеціальної школи визначається педагогічною радою на підставі висновків шкільної ПМПК.

Трудове навчання і виховання, профорієнтація у спеціальній школі передбачає систему трудотерапії, спрямовану на відновлення, компенсацію і розвиток трудових умінь та навичок, які є основою для професійної підготовки.

Трудове навчання будується з урахуванням можливостей та інтересів учнів, може мати форму професійного навчання. Воно здійснюється у навчально-виробничих майстернях, навчально-дослідному сільському або садовому господарстві під постійним медичним наглядом і суворим дотриманням техніки безпеки. До занять з трудового і професійного навчання клас ділиться на дві групи. За наявності умов для здобуття певної професії під час навчання учням, які склали кваліфікаційні іспити або пройшли кваліфікаційну перевірку, видається документ встановленого зразка про присвоєння кваліфікації. Після закінчення навчання у спеціальній школі II ступеня учні одержують документ про освіту зразка, встановленого Кабінетом Міністрів України для середнього загальноосвітнього навчально-виховного закладу. Порядок направлення учнів до спеціальної школи детально регламентується Положенням про спеціальну загальноосвітню школу – інтернат (школу, клас) України для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку, затвердженим Наказом Міністерства освіти і науки України від 13 травня 1993 року № 136.

До підготовчих класів різних типів спеціальних шкіл приймаються діти 6-7 річного віку. Допускається перевищення віку на 1-2 роки. Направленню до спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату для дітей з наслідками поліомієліту і церебральними паралічами підлягають діти шкільного віку, які самостійно пересуваються, не потребують індивідуального догляду, з такими захворюваннями:

- 1) церебральними паралічами;
- 2) наслідками поліомієліту у відновному і резидуальному станах;
- 3) різними вродженими і набутими деформаціями опорно-рухового апарату;
- 4) аритрогрипозом, хондродистрофією, міопатією.

Діти з церебральними паралічами виділяються у спеціальні класи у складі школи, а діти, в яких органічне ураження мозку, крім рухових розладів, виявляється в явищах олігофренії в ступені дебільності, виділяються у спеціальні допоміжні класи у складі такої школи.

У школи цього типу не направляються:

- 1) діти, які не пересуваються без сторонньої допомоги, не обслуговують себе у зв'язку зі значними руховими порушеннями, потребують індивідуального догляду;
- 2) діти, які страждають на часті епілептичні напади;
- 3) діти, які страждають енурезом та енкопрезом унаслідок органічного ураження центральної нервової системи;
- 4) діти, які страждають олігофренією.



До спеціальних загальноосвітніх шкіл-інтернатів для **дітей зі зниженим слухом** приймаються діти: а) які мають середню втрату слуху в мовній зоні від 30 до 80 дБ, розрізняють мову (слова і словосполучення звичайної розмовної гучності на відстані до 3 метрів) і страждають унаслідок часткової втрати слуху різним ступенем недорозвитку мови і які оглухли у шкільному або дошкільному віці, але зберегли мову (повністю або частково); б) які розрізняють мову розмовної гучності на відстані більше трьох метрів, але мають значний недорозвиток мовлення, що заважає їх навчанню в загальноосвітній школі. Залежно від стану розвитку мовлення діти направляються до I або II відділення спеціальної школи: а) до I відділення приймають дітей зі зниженим слухом, пізноглухлі діти, які володіють розгорнутою мовою з деякими її недоліками (недорікуватість, невеликий аграматизм і відхилення у письмі), б) до II відділення приймають дітей зі зниженим слухом і глибоким мовним недорозвитком; діти, які користуються фразовою мовою, але зі значними порушеннями граматичного оформлення і обмеженим словниковим запасом. Не підлягають направленню до шкіл-інтернатів для дітей глухих, зі зниженим слухом:

а) діти з вадами слуху в поєднанні з розумовою відсталістю; сліпоглухоніми діти;

б) діти, які мають глибокі мовні порушення з нормальним слухом (алалія, афатія та ін.); з психопатоподібними розладами.

До спеціальних загальноосвітніх шкіл-інтернатів для **дітей з важкими порушеннями мови** приймають дітей із нормальним слухом, первинно збереженим інтелектом, котрі мають важкі системні мовні порушення, ринолалію, заїкуватість, що перешкоджають навчанню в загальноосвітній школі. Діти з важкими органічними порушеннями мови центрального походження, як правило, мають специфічні відхилення у психічному розвитку. Вказані школи мають два відділення: до I відділення приймають дітей, які мають загальний недорозвиток мови (насамперед діти з алалією, афазією, дизартрією). При зарахуванні до I відділення враховується рівень мовного розвитку; до II відділення приймають дітей з важкою заїкуватістю і нормальним мовним розвитком. За наявності достатньої кількості учнів з однорідними дефектами мови (алалія, афазія, заїкуватість та ін.) створюють окремі класи з обов'язковим обліком рівня мовного розвитку учнів. Не підлягають направленню до спеціальних шкіл цього типу діти:

1) які мають зниження слуху;

2) котрі страждають олігофренією;

3) хворі епілепсією, з денними або частими нічними судомними нападами;

4) з психопатичними розладами;

5) які не обслуговують себе у зв'язку з важкими фізичними вадами і потребують особливого догляду;

б) мовні вади яких можуть бути виправлені логопедами.

До спеціальних загальноосвітніх шкіл-інтернатів для **сліпих дітей** приймають дітей:

а) з гостротою зору 0,04 і нижче на оці, яке краще бачить з оптимальною корекцією;

б) з гостротою зору 0,05 – 0,08 на оці, яке краще бачить з оптимальною корекцією, у разі складних порушень зорових функцій, прогресуючих очних захворювань, що ведуть до сліпоты.

До спеціальних загальноосвітніх шкіл-інтернатів для **дітей зі зниженим зором** приймають дітей:

а) з гостротою зору 0,05 – 0,4 на оці, яке краще бачить з оптимальною корекцією; при цьому враховується стан інших зорових функцій (поле зору, гострота зору на близькій відстані, форми та плинність патологічного процесу). За відсутності прогресивного патологічного процесу та астенічних скарг діти з гостротою зору вище 0,2 можуть навчатися у масовій школі;

б) з більшою гостротою зору у разі прогресуючих або рецидивних захворювань, а також за наявності астенічних явищ, які виникають під час читання та письма на близькій відстані;

в) у всіх випадках діти повинні читати шрифт № 9 таблиці для визначення гостроти зору зблизька з оптимальною корекцією звичайним оптичним склом на відстані ближче 15 см.

Не підлягають направленню до спеціальних шкіл-інтернатів для дітей з вадами зору:

а) глибоко розумово відсталі діти;

б) діти з глибокими відхиленнями у поведінці, порушеннями емоційно-вольової сфери (органічного походження);

в) діти зі значними порушеннями рухової сфери, які самостійно не пересуваються і не обслуговують себе;

г) сліпоглухонімі діти.

До спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату (школи з продовженим днем, класи вирівнювання) для **дітей з затримкою психічного розвитку** (спеціальної школи інтенсивної педагогічної корекції) приймають дітей з повільним психічним розвитком, в яких за потенційно збереженими можливостями інтелектуального розвитку спостерігається слабка пам'ять, увага, недостатність темпу і рухливості психічних процесів, знижена розумова працездатність, підвищена виснажливність, спостерігається головний біль,

рухова загальмованість, емоційна збудливість або млявість, апатичність. Медичні показання: затримка інтелектуального розвитку церебрально-органічного генезу (як правило, резидуального характеру у вигляді залишкових явищ інфекцій, травм, інтоксикацій нервової системи, рідше – у разі генетичних вад розвитку). Як виняток, направляються діти з такими клінічними варіантами затримки психічного розвитку: а) затримка психічного розвитку за типом конституціонального (гармонійного) психічного і психофізичного інфантилізму; б) затримка психічного розвитку соматогенного походження з явищами стійкої соматичної астенії, соматогенної інфантилізації; в) затримка психічного розвитку психогенного походження у разі патологічного розвитку особистості невротичного характеру з явищами психічної загальмованості, психогенної інфантилізації.

Не підлягають направленню до спеціальної школи діти з такими клінічними формами і станами: 1) олігофренія; 2) органічне недоумство; 3) епілептичне недоумство; 4) шизофренічне недоумство; 5) виражені вади слуху, зору, опорно-рухового апарату; 6) шизофренія; 7) психопатія і психопатоподібні стани різного характеру; 8) судомні пароксизми як денні, так і нічні; 9) енурез (денний або стійкий нічний), енкопрез; 10) різні нервово-психічні розлади, які не спричинюють порушення пізнавальної діяльності і шкільної неуспішності; 11) хронічні захворювання серцево-судинної системи, органів дихання, травлення та інші у стані загострення і декомпенсації; 12) педагогічна занедбаність, яка не зумовлена порушенням пізнавальної діяльності.

Дітям із супутніми захворюваннями і зниженою працездатністю надаються додаткові дні відпочинку протягом тижня. Медичні й педагогічні працівники під час занять та в позаурочний час здійснюють клінічне спостереження за дітьми. Для визначення індивідуального підходу до дитини узагальнюються дані медичного і психолого-педагогічного спостережень. На їх основі уточнюється режим навчання. Результати динамічного, медичного й психолого-педагогічного спостережень обговорюються на систематичних медико-педагогічних оглядах дітей. З урахуванням фізичних та інтелектуальних можливостей дітей лікарі спільно з педагогами приймають обґрунтовані рішення щодо профілів трудового навчання в школі, реальних можливостей працевлаштування випускників чи форм подальшого професійного навчання.

Спільним рішенням колегії Міністерства освіти і науки України та Президії АПН України від 23 червня 1999 року затверджена Концепція Державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами. Вона спрямована на розробку Державного стандарту спеціальної освіти, який

забезпечить дітям з особливими потребами рівні можливості для отримання ранньої корекційної допомоги, здобуття освіти.

Відповідно до профілю захворювання в Україні функціонують такі санаторні школи-інтернати:

- 1) для дітей з психоневрологічними захворюваннями;
- 2) хворих на сколіоз;
- 3) із захворюваннями серцево-судинної системи;
- 4) із хронічними неспецифічними захворюваннями органів дихання;
- 5) із хронічними неспецифічними захворюваннями органів травлення;
- 6) хворих на цукровий діабет;
- 7) з малими і неактивними (фаза згасання) формами туберкульозу.

Направлення дітей та підлітків до санаторних шкіл-інтернатів проводиться один раз на рік до 1 серпня. Якщо в межах певної території немає санаторної школи-інтернату необхідного профілю захворювання, органи управління освітою облдержадміністрацій надсилають щорічно з 1 червня до 1 серпня до відповідних органів управління освітою, на території яких розташована санаторна школа-інтернат потрібного профілю захворювання, списки дітей, які потребують тривалого лікування. Згідно з одержаними списками органи управління освітою, у віданні яких перебуває відповідний профіль санаторної школи-інтернату, видають направлення на навчання (за наявності вільних місць).

При зарахуванні до санаторної школи – інтернату подаються направлення відповідного органу управління освітою із зазначенням рекомендованого терміну і такі самі документи, що й до загальноосвітньої школи-інтернату, а також:

- 1) висновок лікарсько-консультативної комісії дитячої поліклініки (психоневрологічного або туберкульозного диспансеру, центру медико-соціальної реабілітації дітей);
- 2) витяг з історії хвороби дитини;
- 3) висновок обласного (міського) дитячого спеціаліста залежно від профілю санаторної школи – інтернату.

Для зарахування до санаторної школи-інтернату для дітей із психоневрологічними захворюваннями додаються: 1) витяг із протоколу засідання психолого-медико-педагогічної консультації; 2) висновок дитячого психіатра; 3) витяг з історії хвороби, якщо дитина перебувала на лікуванні в психоневрологічному стаціонарі. Для зарахування до санаторної школи-інтернату для дітей, хворих на сколіоз, додаються висновок дитячого ортопеда та рентгенознімки хребта.

Для зарахування до санаторної школи-інтернату для дітей із захворюваннями серцево-судинної системи додається висновок дитячого кардіолога; для дітей з хронічними неспецифічними захворюваннями органів дихання – висновок дитячого пульмонолога; для дітей з малими і неактивними (фаза згасання) формами туберкульозу – санаторно-курортна картка, видана районним тубдиспансером або поліклінікою та висновок головного дитячого фтизіатра; для дітей з хронічними неспецифічними захворюваннями органів травлення - висновок дитячого гастроентеролога на підставі відповідних обстежень (фіброгастроуденоскопія, аналіз кислотності шлункового соку, фракційне дослідження жовчі, аналіз калу на дисбактеріоз, яйця глистів, лямблій); для дітей, хворих на цукровий діабет, - висновок дитячого ендокринолога на підставі результатів відповідних обстежень (рівень цукру в крові, сечі, добове навантаження цукру). Направлення дітей до санаторної школи-інтернату відповідного профілю захворювання здійснюється на підставі медичних показань і протипоказань.

У санаторній школі-інтернаті можуть навчатися діти віком від 6 (7) років. Така школа може мати у своєму складі дошкільні групи, класи для учнів. Тривалість перебування вихованців у санаторній школі-інтернаті встановлюється органом управління освітою при направленні в межах одного року. Продовження перебування вихованців у санаторній школі-інтернаті або переведення їх до іншого загальноосвітнього навчального закладу здійснюється на підставі рішення медико-педагогічної комісії санаторної школи-інтернату (для дітей із психоневрологічними захворюваннями – погоджується з головою відповідної психолого-медико-педагогічної консультації, яка приймала рішення про направлення дитини). За вихованцем санаторної школи-інтернату зберігається місце в загальноосвітньому навчальному закладі, де він навчався раніше, куди він зараховується у відповідний клас на підставі документа про наявний рівень освіти без будь-якої додаткової перевірки знань.

Організація діяльності санаторної школи-інтернату і соціального захисту вихованців така сама, як і в загальноосвітніх школах-інтернатах з урахуванням особливостей того чи іншого типу санаторної школи-інтернату. Плата за утримання дітей в санаторній школі-інтернаті державної та комунальної форм власності не справляється. Вихованці санаторної школи-інтернату на момент прибуття на навчання повинні мати необхідний комплект одягу і взуття. У санаторній школі-інтернаті державної та комунальної форм власності за рахунок держави частково або повністю можуть забезпечуватися (одягом, взуттям) діти із малозабезпечених сімей (не більше 25 % від загальної кількості вихованців). Лікувально-реабілітаційний процес у санаторній школі-інтернаті

здійснюється відповідно до вимог та рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України.

Окремі питання спеціальної дошкільної та загальної освіти дітей та молоді з обмеженими фізичними можливостями визначені у Наказі № 691 від 02.12.2005 року Міністерства освіти і науки зі змінами та доповненнями на 26 березня 2007 року. Передбачається постійно удосконалювати матеріально-технічну базу загальноосвітніх закладів, де навчаються люди з особливими потребами. Це реалізується у встановленні спеціальної комп'ютерної техніки з особливим програмним забезпеченням, інших засобів реабілітації, професійної орієнтації, навчання дітей і молоді з обмеженими фізичними можливостями. Наказом передбачається поступове створення необхідних підручників і посібників для спеціалізованих шкіл-інтернатів. Академія педагогічних наук повинна створити систему психолого-педагогічного супроводження осіб із складними вадами здоров'я. Згідно до Наказу передбачено створити лабораторію вивчення жестової мови у системі освіти осіб з порушеннями слуху. Науково-методичному центру загальної середньої освіти доручалось розробити методичні рекомендації щодо особливостей викладання окремих предметів, організації корекційно-розвиткової роботи в підготовчому, 1-4 класах спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з особливими освітніми потребами. Завданнями науково-методичного центру розробки та виробництва засобів навчання було розробити перелік наочно-дидактичного, навчально-реабілітаційного обладнання для спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату. Передбачити у плані роботи розроблення для зазначених загальноосвітніх навчальних закладів наочно-дидактичних матеріалів з урахуванням особливостей пізнавальної діяльності учнів. Інститутом навчальної літератури заплановано видання необхідної навчальної літератури для учнів, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку. Всім управлінським органам освіти вжити заходів щодо забезпечення безперешкодного доступу до навчальних та інших приміщень учнів (вихованців), студентів з урахуванням особливостей їх психофізичного розвитку.

Запровадити щорічне обговорення на серпневих конференціях педагогічних працівників стану забезпечення права дітей та осіб з інвалідністю на якісну освіту, соціально-трудова реабілітацію через призму діяльності органів управління освітою, керівників загальноосвітніх, професійно-технічних, вищих навчальних закладів різних рівнів акредитації, залучивши до участі у конференціях керівників місцевих органів виконавчої влади та самоврядування,

наукових установ, підприємств та організацій. На жаль, більшість положень цього Наказу далекі від реалізації.

Враховуючи стан виконання законодавчих актів, у тому числі Указів Президента України, був прийнятий Указ Президента України № 1228 від 18 грудня 2007 року. У ньому регулювалися питання освіти людей з особливими потребами. Було передбачено створити у складі Міністерства освіти і науки України структурного підрозділу з питань корекційної освіти та реабілітації дітей-інвалідів, а також відповідних підрозділів у складі місцевих органів управління освітою. Під час допрацювання Закону України “Про Державний бюджет України на 2008 рік” передбачалось виділити Кабінетом Міністрів України необхідні кошти для створення у навчальних закладах сучасної навчально-реабілітаційної бази. В Указі Президента давалось доручення Міністерству освіти і науки України разом з місцевими органами влади створити умови для навчання (за відсутності протипоказань) дітей-інвалідів у неспеціалізованих загальноосвітніх навчальних закладах. Видавати протягом 2008-2010 років у достатній кількості спеціальних підручників, наочно-дидактичних матеріалів і посібників для дітей-інвалідів та дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку.

## **2.6. Навчання молоді з обмеженими фізичними можливостями у Вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації**

Відповідно до ст. 22 Закону “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”, **поза конкурсом** (у разі позитивних результатів вступних іспитів (вступних випробувань) зараховуються:

**до вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації (далі ВНЗ) – діти-інваліди та інваліди I і II груп, яким не протипоказане навчання за обраною спеціальністю;**

**до професійно-технічних навчальних закладів ( далі – ПТНЗ) – діти-інваліди та інваліди, яким не протипоказане навчання за обраною професією (спеціальністю) та спеціалізацією.**

За інших рівних умов переважне право на зарахування до ВНЗ та ПТНЗ мають інваліди та діти з малозабезпечених сімей, в яких:

- обидва батьки – інваліди;
- один із батьків – інвалід, а інший помер;
- одинока матір – інвалід;
- батько – інвалід, який виховує дитину без матері.

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

З питань оплати витрат на навчання інваліди (чи їх законні представники) мають звернутися до відділення Фонду соціального захисту інвалідів за **місцем реєстрації** (проживання).

Згідно із затвердженим урядовою Постановою від 31.01.07 № 70 Порядком, суми адміністративно-господарських санкцій та пені за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів, що надійшли до державного бюджету, частково спрямовуються Фондом на фінансування навчання інвалідів.

**Цільові** пільгові державні кредити (далі – кредит) для здобуття вищої освіти.

Порядок надання кредитів затверджено Постановою Кабінету Міністрів від 16.06.03 № 916 відповідно до норм ст. 3 Закону “Про вищу освіту” та ст. 11 Закону “Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні”. Згідно з цим Порядком, **молоді громадяни України віком до 28 років**, які успішно склали вступні іспити або навчаються на будь-якому курсі ВНЗ, можуть одержати кредит для здобуття вищої освіти **за денною, вечірньою та заочною формою навчання у ВНЗ всіх форм власності.** З питань отримання такого кредиту необхідно звертатися до управління освіти. Кредит та відсотки за користування ним не повертаються в разі настання на момент виплати смерті одержувача кредиту чи встановлення йому інвалідності I-ої групи. Одержувач кредиту, який після закінчення ВНЗ пропрацював за фахом не менше 5 років у державному (комунальному) закладі, чи установі в сільській місцевості, також **не повертає кредит та відсотки** за користування ним, що на момент оплати щороку підтверджується довідкою з місця роботи.

Проблеми навчання інвалідів у ВНЗ розглядаються також у Положеннях Указів Президента України № 900 та № 1228 і Наказі Міністерства освіти і науки України № 691. Передбачено продовжити роботу Департаменту професійно-технічної освіти щодо створення у професійно-технічних училищах спеціальних груп для навчання учнів, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, за відповідними професіями з урахуванням характеру захворювання. Документи визначають необхідність створення матеріально-технічних умов та забезпечення засобами реабілітації і навчання студентів-інвалідів. 1 вересня 2008 року у Запорізькому національному університеті відкрився перший комп'ютерний клас для осіб з обмеженими фізичними можливостями. Ініціаторами його створення були автори даного



посібника, а підтримали їх керівництво ЗНУ і Фонд соціального захисту інвалідів.

Певна увага в Указі приділена створенню безбар'єрного доступу до міст навчання і гуртожитків. Керівники ВНЗ повинні створити необхідні соціально-побутові умови для проживання студентів-інвалідів у гуртожитку і надати їм окремі приміщення.

Для підвищення ефективності навчання планується провести підготовку науково-педагогічних кадрів ВНЗ для роботи з людьми з особливими потребами. Для кращого психолого-педагогічного супроводження дітей та молоді з обмеженими фізичними можливостями на педагогічних спеціальностях у ВНЗ вводиться курс "Основи корекційної педагогіки". Міністерство освіти і науки повинно ввести нові спеціальності з корекційної педагогіки і спеціальної психології.

## **2.7. Складові системи реабілітації інвалідів**

### **2.7.1. Індивідуальна програма реабілітації інваліда**

Індивідуальна програма реабілітації інваліда розробляється відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів для повнолітніх інвалідів медико-соціальною експертною комісією, для дітей-інвалідів – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів.

Визначення конкретних обсягів, методів і термінів проведення реабілітаційних заходів, які мають бути здійснені щодо інваліда, дитини-інваліда, кошторис витрат за рахунок бюджетних коштів чи загальнообов'язкового державного соціального страхування, а також контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації інваліда в межах своїх повноважень здійснюють медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультаційні комісії лікувально-профілактичних закладів – щодо дітей-інвалідів), органи праці та соціального захисту населення, служби зайнятості, реабілітаційні установи, розпорядники відповідних коштів.

Обсяг реабілітаційних заходів, що передбачається індивідуальною програмою реабілітації інваліда, не може бути меншим від передбаченого Державною типовою програмою реабілітації інвалідів. Індивідуальна програма реабілітації інваліда є обов'язковою для здійснення органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває інвалід, дитина-інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності.

Індивідуальна програма реабілітації має для інваліда, дитини-інваліда рекомендаційний характер. Інвалід (законний представник дитини-інваліда) має право відмовитися від будь-якого виду, форми та обсягу реабілітаційних заходів, передбачених його індивідуальною програмою реабілітації, або від усієї програми в цілому. Інвалід (законний представник дитини-інваліда) самостійно вирішує питання про вибір та забезпечення конкретними засобами чи послугами реабілітації, включно із засобами пересування, виробами медичного призначення, друкованими виданнями зі спеціальним шрифтом, звукопідсилювальною апаратурою, санаторно-курортним лікуванням у межах його індивідуальної програми реабілітації.

Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда, порядок її фінансування та реалізації затверджується Кабінетом Міністрів України.

### 2.7.2. Реабілітаційні заходи та їх основні форми

Відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів можуть здійснюватися такі види реабілітаційних заходів щодо інвалідів, дітей-інвалідів:

- ✓ медичні, які передбачають медикаментозне лікування, відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, ендопротезування, забезпечення виробами медичного призначення, протезуванням, ортезуванням;
- ✓ фізичні, які передбачають відновлення, покращення, стабілізацію, координацію рухових дій, уміння користуватися протезами, ортезами та іншими технічними засобами реабілітації, що поліпшують самообслуговування, адаптацію інваліда, дитини-інваліда в суспільному житті;
- ✓ психологічні, які мають на меті психокорекцію якостей і функцій інваліда, його мотивації до життєдіяльності та праці, профілактику негативних психічних станів, навчання прийомів і методів психологічної саморегуляції;
- ✓ професійні, які передбачають сприяння у професійному навчанні та професійній адаптації;
- ✓ трудові, які передбачають раціональне працевлаштування і психологічну підтримку в процесі професійної адаптації до виробничих умов;
- ✓ соціальні, які передбачають соціально-побутову адаптацію і соціально-середовищну орієнтацію, соціальне обслуговування, забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;
- ✓ психолого-педагогічні, які передбачають психологічну і педагогічну корекцію розвитку;

- ✓ фізкультурно-спортивні, які передбачають фізкультурно-спортивну підготовку та адаптацію, організацію і проведення фізкультурно-оздоровчих і спортивних занять.

Основними формами реабілітаційних заходів є:

- ❖ надання реабілітаційних послуг;
- ❖ забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;
- ❖ матеріальне забезпечення.

Реабілітаційні послуги надаються інвалідам, дітям-інвалідам в установах і закладах системи реабілітації інвалідів, а також у разі потреби за місцем проживання інваліда, дитини-інваліда.

Для забезпечення догляду за інвалідом, дитиною-інвалідом з важкими формами інвалідності у разі тимчасової відсутності осіб, які доглядають за ним (під час хвороби, відпустки, у вихідні дні), органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування створюють відділення тимчасового перебування інвалідів, дітей-інвалідів при установах соціального обслуговування, реабілітаційних установах, а також можуть створювати будинки тимчасового перебування інвалідів.

Порядок здійснення реабілітаційних заходів визначає Кабінет Міністрів України за поданням центрального органу виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики, інших центральних органів виконавчої влади в межах їх повноважень.

### 2.7.3. Грошові компенсації інвалідам

Грошові компенсації інвалідам, на дітей-інвалідів при реалізації індивідуальних програм реабілітації інвалідів виплачуються у випадках, коли передбачений індивідуальною програмою реабілітації інваліда і Державною типовою програмою реабілітації інвалідів засіб або послуга реабілітації, які мають бути надані інваліду, дитині-інваліду безоплатно, не можуть бути надані, чи якщо інвалід (законний представник дитини-інваліда) придбав відповідний засіб або оплатив послугу за власний рахунок. Такі грошові компенсації призначають і виплачують органи праці та соціального захисту населення з урахуванням дотримання інвалідом індивідуальної програми реабілітації інваліда. Розміри грошових компенсацій інвалідам, на дітей-інвалідів визначаються відповідно до вартості технічних та інших засобів або послуг реабілітації, виробів медичного призначення, які мають бути надані інваліду, дитині-інваліду безоплатно або на пільгових умовах згідно з Державною типовою програмою реабілітації інвалідів.

Порядок виплати й розміри грошових компенсацій на послуги з реконструктивної хірургії та ендопротезування, технічні та інші засоби реабілітації, вироби медичного призначення, послуги з реабілітації, професійної освіти при реалізації індивідуальних програм реабілітації інвалідів визначає Кабінет Міністрів України. Грошові компенсації на бензин, ремонт і технічне обслуговування спеціального автотранспорту та на транспортне обслуговування виплачуються інвалідам, на дітей-інвалідів, які відповідно до законодавства мають право на забезпечення спеціальним автотранспортом.

Грошова компенсація на транспортне обслуговування виплачується інвалідам, законним представникам дітей-інвалідів, які перебувають на обліку для одержання автомобілів, а також мають право на забезпечення автомобілями і за власним бажанням відмовилися від їх одержання і бажають отримувати грошову компенсацію, чи які не одержали автомобілі у зв'язку з протипоказаннями для їх керування. Після одержання інвалідом, законним представником дитини-інваліда спеціального автотранспорту виплата йому грошової компенсації на транспортне обслуговування припиняється і виплачується грошова компенсація на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобіля.

Грошова компенсація на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобілів виплачується інвалідам, законним представникам дітей-інвалідів, які забезпечені автомобілями безплатно чи на пільгових умовах або які мають право на забезпечення спеціальним автотранспортом безоплатно чи на пільгових умовах, але не одержали його і користуються автомобілями, придбаними за власні кошти. Грошові компенсації на бензин, ремонт і технічне обслуговування спеціального автотранспорту та на транспортне обслуговування призначають і виплачують органи праці та соціального захисту населення. Порядок виплати і розміри грошових компенсацій на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобілів та на транспортне обслуговування визначає Кабінет Міністрів України. Грошова компенсація замість санаторно-курортної путівки і компенсація вартості самостійного санаторно-курортного лікування виплачуються інвалідам, законним представникам дітей-інвалідів на підставі медичних рекомендацій відповідно до законодавства, що визначає їх право на безоплатне забезпечення санаторно-курортним лікуванням. Грошову компенсацію замість санаторно-курортної путівки і компенсацію вартості самостійного санаторно-курортного лікування призначає і виплачує місцевий орган виконавчої влади, який відповідно до своїх повноважень забезпечує санаторно-курортне лікування інвалідів, категорії яких визначені законом. Порядок виплати і розміри грошової компенсації замість санаторно-курортної

путівки і компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування визначає Кабінет Міністрів України.

#### **2.7.4. Умови для отримання реабілітаційних послуг**

Інвалідам, дітям-інвалідам, у тому числі з важкими формами інвалідності, які потребують реабілітації відповідно до висновків медико-соціальних комісій, створюються необхідні умови для отримання реабілітаційних послуг. Для отримання реабілітаційних послуг, визначених індивідуальною програмою реабілітації інваліда, в реабілітаційній установі державної або комунальної форми власності інвалід, законний представник дитини-інваліда повинен звернутися з письмовою заявою до органу праці та соціального захисту населення за місцем проживання. Для отримання реабілітаційних послуг у недержавній реабілітаційній установі інвалід, законний представник дитини-інваліда повинен звернутися до цієї реабілітаційної установи.

У разі неможливості реабілітації інваліда, дитини-інваліда в Україні за наявності відповідних коштів центральні органи виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики, охорони здоров'я в межах своїх повноважень приймають рішення про направлення інваліда, дитини-інваліда на реабілітацію за кордон.

### **2.8. Основні види реабілітації інвалідів**

Реабілітація інвалідів – система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму, усунення обмежень їхньої життєдіяльності для досягнення і підтримання соціальної й матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство. Розглянемо детально деякі основні види реабілітації.

#### **2.8.1. Професійна реабілітація**

Професійна реабілітація - система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадaptaції, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням, особистих схильностей та побажань особи. Професійна реабілітація передбачає відновлення знижених або втрачених професійних функцій, вибір професії та адаптацію до неї інваліда, дитини-інваліда, поновлення трудової діяльності інваліда в колишній або новій професії. Професійна реабілітація включає заходи із забезпечення зайнятості інвалідів, експертизи потенційних професійних здібностей, професійної орієнтації, професійної підготовки,

підготовки робочого місця, професійно-виробничої адаптації, раціонального працевлаштування, динамічного контролю за раціональністю працевлаштування та успішністю професійно-виробничої адаптації. Професійна реабілітація (професійний відбір, професійна орієнтація професійна освіта, професійні підготовка, перепідготовка, перекваліфікація, раціональне працевлаштування) спрямовується на забезпечення конкурентоспроможності інваліда на ринку праці та його трудового влаштування як у звичайних виробничих, так і у спеціально створених умовах праці.

Професійна орієнтація інвалідів у працездатному віці, дітей-інвалідів здійснюється відповідно до індивідуальної програми реабілітації інваліда для підвищення їх конкурентоспроможності на ринку праці, визначення можливостей до професійної підготовки, перепідготовки і подальшого працевлаштування. Послуги з професійної орієнтації дітям-інвалідам надають спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати), загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати) за участю у разі необхідності центрів соціальних служб для молоді, реабілітаційних установ. Професійну орієнтацію інвалідів у працездатному віці, які мають бажання працювати і зареєстровані у державній службі зайнятості, може здійснювати державна служба зайнятості. Держава гарантує інвалідам право на безоплатне отримання професійної освіти і пов'язане з цим обслуговування відповідно до індивідуальної програми реабілітації інваліда.

Інваліди, діти-інваліди з важкими формами інвалідності, які потребують спеціальних умов для одержання професійної освіти, за своїм бажанням можуть навчатися у спеціальних навчальних закладах чи навчальних закладах загального типу, де створюються відповідні умови згідно з державними соціальними нормативами, та у разі необхідності – за навчальними програмами, адаптованими для навчання осіб, які потребують корекції фізичного та або розумового розвитку. У разі неможливості здійснювати професійну освіту інвалідів, дітей-інвалідів, у загальних і спеціальних навчальних закладах їх навчання організовується (за їх згодою або згодою їх законних представників) удома за індивідуальними навчальними планами, якщо ця форма допускається змістом професійного навчання за визначеною спеціальністю.

Професійна підготовка, перепідготовка, підвищення кваліфікації інвалідів, зареєстрованих у державній службі зайнятості, може здійснюватися державною службою зайнятості та підприємствами, установами, закладами, з якими державна служба зайнятості уклала договори. Професійна реабілітація інвалідів, дітей-інвалідів здійснюється відповідно до індивідуальних програм реабілітації інвалідів та за необхідності супроводжується медичним спостереженням за ними.

Формою реабілітації та адаптації інвалідів є їхня професійна реабілітація.

Вона включає такі елементи:

1. професійний відбір;
2. професійну орієнтацію;
3. професійне навчання чи перекваліфікацію;
4. професійну адаптацію;
5. працевлаштування.

Згідно зі ст. 1 Закону України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” **професійна орієнтація** – науково обгрунтована система форм, методів, засобів впливу на особу для сприяння її професійному самовизначенню на основі врахування стану здоров’я, освітнього і професійно-кваліфікаційного рівнів, інтересів, здібностей, індивідуальних, психофізіологічних особливостей та потреб галузей економіки. **Професійний відбір** – науково обгрунтована система визначення ступеня придатності особи до конкретної професії, спеціальності (робочого місця, посади) відповідно до встановлених законодавством нормативних вимог. **Професійна адаптація** – система заходів, спрямованих на забезпечення успішного професійного становлення працюючої особи, формування в неї професійних якостей, установок, потреби активно і творчо працювати.

Завданням професійної реабілітації є забезпечення інваліду можливості отримувати, зберігати підходящу роботу й просуватися по службі, сприяючи тим самим його соціальній інтеграції або реінтеграції.

Політика держави у галузі професійної реабілітації і працевлаштування інвалідів спрямовується на те, що відповідні заходи з професійної реабілітації поширювались на всі категорії інвалідів, а також на сприяння працевлаштуванню інвалідів на вільному ринку праці. Ця політика будується на принципі рівності можливостей інвалідів і працівників у цілому, а також на дотриманні рівності стосунків і можливостей для працюючих чоловіків і жінок, котрі є інвалідами.

Заходи з сприяння працевлаштуванню інвалідів, які відповідали б нормам зайнятості та заробітної плати, що діють для працівників у цілому, включають:

1) фінансове стимулювання роботодавців для заохочення їхньої діяльності щодо організації професійного навчання і наступного працевлаштування інвалідів, а також розумного пристосування робочих місць, трудових операцій, інструментів, обладнання та організації праці з метою полегшення навчання і працевлаштування інвалідів;

2) надання відповідної допомоги у створенні різних видів спеціалізованих підприємств для інвалідів, які не мають реальних шансів отримати роботу на неспеціалізованих підприємствах;

3) заохочення співробітництва спеціалізованих і неспеціалізованих підприємств з питань організації управління з тим, щоб поліпшити становище в галузі працевлаштування працюючих на них інвалідів і за можливості допомогти підготувати їх до роботи у звичайних умовах;

4) надання відповідної допомоги неурядовим організаціям, що займаються професійною реабілітацією інвалідів;

5) сприяння створенню і розвитку підприємств (кооперативів) інвалідів і для інвалідів, у яких, якщо доцільно, можуть брати участь і працівники-неінваліди;

6) поетапне усунення природних, комунікаційних і архітектурних перепон та перешкод, що заважають проїзду, доступу та вільному пересуванню у приміщеннях, призначених для професійного навчання та праці інвалідів, а також врахування відповідних норм у нових громадських будівлях та устаткуванні;

7) сприяння розвитку засобів транспорту, що відповідають потребам інвалідів і доставляють їх на місця та з місць реабілітації та роботи;

8) заохочення поширення інформації про приклади фактичної й успішної трудової інтеграції інвалідів;

9) встановлення пільг при оподаткуванні;

10) запровадження неповного робочого дня для інвалідів;

11) проведення досліджень з наступним застосуванням їх результатів, враховуючи різні види інвалідності, з метою сприяння участі інвалідів у звичайному трудовому житті.

## 2.8.2. Працевлаштування інвалідів

Працевлаштування інвалідів є важливою складовою комплексу заходів зі створення для них найбільш сприятливих умов, які забезпечували б їх посильну участь у суспільно корисній праці. Воно передбачає сприяння органів державної влади та громадських організацій у наданні інвалідам роботи відповідно до стану їхнього здоров'я, кваліфікації, особистих нахилів. Працевлаштування інвалідів є органічною складовою єдиної державної системи працевлаштування.

Одним із основних напрямів соціальної політики держави у сфері соціального забезпечення є працевлаштування та організація праці інвалідів у громадському виробництві. Надаючи інвалідам допомогу у влаштуванні на роботу, держава прагне поєднати інтереси суспільства й інваліда. У результаті працевлаштування інвалід отримує додаткове джерело доходів, що є для нього дуже суттєвим. Працевлаштовуючи інваліда, відповідні органи враховують такі обставини: 1) наскільки збережений ступінь працездатності інваліда; 2)



можливість виконання ним того чи іншого виду роботи; 3) створення для інваліда сприятливих умов застосування його праці.

Формами працевлаштування є: сприяння у влаштуванні на роботу; забезпечення роботою. Під формами організації праці інвалідів розуміють: а) організацію праці інвалідів на підприємствах звичайного типу, але з урахуванням норм, що забезпечують полегшені умови праці; б) організацію праці інвалідів на спеціальних підприємствах, у цехах, на дільницях, де все спеціально передбачене для застосування праці цих осіб; в) надомну працю інвалідів. Умови і режим праці інвалідів мають відповідати індивідуальним програмам їх реабілітації та адаптації.

Працевлаштування є одним з етапів реабілітації інвалідів. Особливість реалізації інвалідами права на працю виявляється в тому, що для них ця можливість об'єктивно обмежена частковою працездатністю, протипоказанням окремих видів праці у зв'язку зі станом здоров'я.

Повна реабілітація інваліда після працевлаштування означає:

1. виконання інвалідом роботи з максимальним використанням вироблених раніше професійних навичок (збереження і підвищення кваліфікації);
2. виконання роботи, що сприяє вияву адаптаційних і компенсаторних можливостей організму;
3. виконання роботи, яка дає заробіток, що забезпечує покриття різниці між пенсією та попереднім заробітком;
4. виконувана робота забезпечує повну соціальну адаптацію особи.

Відповідно до ст. 24 Конституції України громадяни рівні перед законом та мають рівні конституційні права і свободи. Це положення конкретизоване в чинному законодавстві з різних галузей права. Так, ст. 2 Кодексу Законів про Працю (КЗпП) передбачає, що держава забезпечує рівність трудових прав усіх громадян незалежно від положення, соціального і майнового станів, расової та національної приналежності, статі, мови, політичних поглядів, релігійних переконань, роду і характеру занять, місця проживання та інших обставин. Під останнім розуміють і стан здоров'я. Звідси випливає, що інваліди користуються такими самими трудовими правами, як і інші громадяни України.

У свою чергу, ст. 43 Конституції України та ст. 2 КЗпП, що гарантують право на працю, стосовно інвалідів конкретизовані в ст. 17 Закону України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" від 21 березня 1991 року: "...З метою реалізації творчих і виробничих здібностей інвалідів та з урахуванням індивідуальних програм реабілітації їм забезпечується право працювати на підприємствах (об'єднаннях), в установах і в організаціях із звичайними умовами праці, в цехах і на дільницях, де застосовується праця

інвалідів, а також займатися індивідуальною та іншою трудовою діяльністю, не забороненою законом.

Відмова в укладанні трудового договору або в просуванні по службі, звільнення за ініціативи адміністрації, переведення інваліда на іншу роботу у зв'язку з інвалідністю без його згоди не допускається, за винятком випадків, коли за висновком медико-соціальної експертизи стан його здоров'я перешкоджає виконанню професійних обов'язків, загрожує здоров'ю і безпеці праці інших осіб або продовження трудової діяльності чи зміна її характеру та обсягу загрожує погіршенням здоров'я інваліда.

Обмеження здатності до праці зумовлює необхідність запровадження додаткових гарантій забезпечення трудових прав інвалідів. Як зазначено у ст. 3 КЗпП, гарантії щодо праці інвалідів надаються в порядку, передбаченому законодавством про працю.

У Конвенції Міжнародної організації праці (МОП) № 111 (1958) "Про дискримінацію в галузі права і занять" вказано, що не вважаються за дискримінацію особливі заходи, спрямовані на задоволення особливих потреб осіб, котрі з міркувань статі, віку, фізичної неповноцінності, сімейних обставин або соціального чи культурного рівня визнані як такі, що потребують особливого захисту чи допомоги.

Обов'язок щодо сприяння в реалізації інвалідами права на працю закріплений у ст. 172 КЗпП, де зазначено, що у випадках, передбачених законодавством, на власника або уповноважений ним орган покладається обов'язок організувати навчання, перекваліфікацію і працевлаштування інвалідів відповідно до медичних рекомендацій.

Права та свободи людини і громадянина захищаються судом (ст. 55 Конституції України). У суді можна оскаржити рішення, дії чи бездіяльність органів державної влади, органів місцевого самоврядування, посадових і службових осіб щодо перешкоджання в реалізації інвалідами права на працю.

Згідно до ст. 17 Закону України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" для підприємств, які використовують найману працю, визначається норматив робочих місць для працевлаштування інвалідів – 4% середньооблікової чисельності штатних працівників облікового складу за рік, а якщо працює від 8 до 25 осіб – у кількості одного робочого місця. Ці підприємства самостійно розраховують кількість робочих місць для працевлаштування інвалідів до встановленого нормативу і забезпечують працевлаштування інвалідів. При розрахунках кількість робочих місць округлюють до цілого значення.

Виконаним нормативом з облаштування робочих місць вважається працевлаштування підприємством інвалідів, для яких це місце роботи є

основним. До виконаного нормативу може бути зараховано забезпечення роботою інвалідів на підприємствах шляхом створення господарських об'єднань з метою координації виробничої, наукової та іншої діяльності для вирішення спільних економічних та соціальних завдань.

Відділення Фонду соціального захисту інвалідів з метою контролю за виконанням нормативу робочих місць мають право в порядку, передбаченому Кабінетом Міністрів України, здійснювати перевірки підприємств щодо реєстрації у Фонді соціального захисту інвалідів, подання ними звітів про зайнятість та працевлаштування інвалідів, виконання нормативу робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідів, у тому числі шляхом зарахування та сплати ними адміністративно-господарських санкцій.

Керівники підприємств у разі незабезпечення виконання нормативів робочих місць для працевлаштування інвалідів, неподання Фонду соціального захисту інвалідів звіту про зайнятість та працевлаштування інвалідів несуть відповідальність у встановленому Законом порядку.

Норматив робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідів, порядок його встановлення визначаються виключно Законом України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні". Якщо інші закони встановлюють нормативи робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідів, або порядок їх встановлення відмінні, то застосовуються Положення вказаного вище Закону.

Підприємства, де середньооблікова чисельність працюючих інвалідів менша, ніж встановлено нормативом, щороку сплачують відповідним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів кошти, визначені адміністративно-господарськими санкціями, сума яких відповідає середній річній заробітній платі на відповідному підприємстві за кожне робоче місце, призначене для працевлаштування інваліда і не зайняте інвалідом. Для підприємств, на яких працює від 8 до 15 осіб, відповідні санкції визначають в обсязі половини середньої річної заробітної плати на відповідному підприємстві.

Суми адміністративно-господарських санкцій і пені, що надійшли до державного бюджету, використовуються Фондом соціального захисту інвалідів:

- на фінансування цим Фондом заходів, які здійснюються центральними органами виконавчої влади та підпорядкованими їм установами, у тому числі спеціалізованими, і підприємствами, організаціями громадських організацій інвалідів, щодо соціальної, трудової, фізкультурно-спортивної (за поданням Національного комітету спорту інвалідів України) та професійної реабілітації інвалідів;

- надання підприємствам цільової позики (на поворотній основі з терміном повернення до трьох років) на створення робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідів, у межах коштів, передбачених на зазначені потреби у відповідному році. Цільові позики підприємствам та організаціям громадських організацій інвалідів надаються лише за наявності відповідного рішення Міжвідомчої комісії з питань діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів (Комісії);

- фінансування витрат на професійне навчання непрацюючих інвалідів, у тому числі за направленням державної служби зайнятості, на професійне навчання інвалідів із числа випускників спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів), загальноосвітніх навчальних закладів на спеціалізованих робочих місцях підприємств, організацій інвалідів;

- надання фінансової допомоги на здійснення заходів соціальної, трудової, фізкультурно-спортивної (за поданням Національного комітету спорту інвалідів України) та професійної реабілітації інвалідів (відновлення працездатності шляхом забезпечення інваліда технічними реабілітаційними засобами, створення умов для занять фізичною культурою і спортом, оплата навчання та перекваліфікації, створення на робочому місці інваліда належних санітарно-гігієнічних, виробничих і технічних умов згідно з індивідуальною програмою реабілітації інваліда, випуск для інвалідів спеціальної літератури та аудіозаписів для їх професійної підготовки), працевлаштування інвалідів шляхом створення робочих місць, у тому числі спеціальних робочих місць, а також надання фінансової допомоги на технічне оснащення діючих робочих місць для працевлаштування на них інвалідів та на технічне переоснащення виробництва підприємств, організацій громадських організацій інвалідів з метою створення додаткових робочих місць і працевлаштування на них інвалідів. Фінансова допомога надається лише за наявності відповідного рішення Комісії.

Закон України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” був доповнений ст. 18-1 згідно якої: “Інвалід, який не досяг пенсійного віку, не працює, але бажає працювати, має право бути зареєстрованим у державній службі зайнятості як безробітний. Рішення про визнання інваліда безробітним і взяття його на облік для працевлаштування приймається центром зайнятості за місцем проживання інваліда на підставі поданих ним рекомендацій МСЕК та інших передбачених законодавством документів. Державна служба зайнятості здійснює пошук підходящої роботи відповідно до рекомендацій МСЕК, наявних у інваліда кваліфікації та знань, з урахуванням його побажань. Державна служба зайнятості може за рахунок Фонду соціального захисту інвалідів надавати дотацію роботодавцям на створення спеціальних робочих

місць для інвалідів, зареєстрованих у державній службі зайнятості, а також проводити професійну підготовку, підвищення кваліфікації і перепідготовку цієї категорії інвалідів у порядку (1836-2006-п), встановленому Кабінетом Міністрів України”. Ця норма законодавства надає можливість інвалідам одержувати державну допомогу по безробіттю, брати участь на добровільних засадах в оплачуваних громадських роботах, здійснювати перекваліфікацію за державний рахунок або інше навчання, одержувати кошти у розмірі державної допомоги по безробіттю для відкриття власного бізнесу.

### 2.8.3. Робоче місце інваліда

Відповідно до п. 1 Положення про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 3 травня 1995 року № 314, **робоче місце інваліда** – це окреме робоче місце або ділянка виробничої площі на підприємстві (об’єднанні), в установі та організації незалежно від форми власності та господарювання, де створені необхідні умови для праці інваліда. Згідно зі ст. 1 Закону України “Про реабілітацію інвалідів в Україні”, робоче місце інваліда – місце або виробнича ділянка постійного або тимчасового перебування особи у процесі трудової діяльності на підприємствах, в установах і організаціях. Робочим місцем інваліда може бути: а) звичайне робоче місце, якщо за умовами праці та з урахуванням фізичних можливостей інваліда воно може бути використане для його працевлаштування; б) спеціалізоване робоче місце інваліда – робоче місце, обладнане спеціальним технічним оснащенням, пристосуваннями і пристроями для праці інваліда залежно від анатомічних дефектів чи нозологічних форм захворювання та з урахуванням рекомендацій МСЕК, професійних навичок і знань інваліда. У Законі України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” вживається термін “спеціальне робоче місце інваліда” – окреме робоче місце або ділянка виробничої площі, яка потребує додаткових заходів з організації праці особи з урахуванням її індивідуальних функціональних можливостей, зумовлених інвалідністю, шляхом пристосування основного і додаткового устаткування, технічного обладнання тощо. Таке робоче місце може бути створено, як на виробництві, так і вдома.

Робоче місце інваліда вважається створеним, якщо воно відповідає встановленим вимогам робочого місця для інвалідів відповідної нозології, атестоване спеціальною комісією підприємства за участю представників МСЕК, органів Державного нагляду охорони праці, громадських організацій інвалідів і введено в дію шляхом працевлаштування на ньому інваліда. Місцеві органи праці та соціального захисту населення разом із громадськими організаціями інвалідів з урахуванням рекомендацій МСЕК, побажань інвалідів, їхніх

професійних навичок і знань готують пропозиції щодо створення нових робочих місць, у тому числі для роботи з гнучкими формами зайнятості, і передають їх відділенням Фонду соціального захисту інвалідів і центрам зайнятості.

Підприємства розробляють заходи зі створення робочих місць для інвалідів, включають їх до колективного договору, інформують центри зайнятості, місцеві органи праці та соціального захисту населення та відділення Фонду соціального захисту інвалідів про створення (пристосування) робочих місць для працевлаштування інвалідів.

Центри зайнятості та відділення Фонду соціального захисту інвалідів ведуть облік призначених для працевлаштування інвалідів робочих місць, створюваних понад встановлений норматив, за термінами введення їх у дію, виробничим профілем, умовами і характером роботи.

Підбір робочого місця здійснюється переважно на підприємстві, де настала інвалідність, з урахуванням побажань інваліда, наявних у нього професійних навичок і знань, а також рекомендацій медико-соціальної експертизи. Підприємства, які використовують працю інвалідів, зобов'язані створювати для них умови праці з урахуванням індивідуальних програм реабілітації (комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії) і забезпечувати інші соціально-економічні гарантії, передбачені чинним законодавством.

#### 2.8.4. Прийняття, переміщення і звільнення інвалідів з роботи

У більшості випадків особа реалізовує право на працю шляхом укладання трудового договору. Особливою формою трудового договору є контракт. З інвалідом трудовий договір може бути укладений на визначений або невизначений строк, або на час виконання певної роботи. Забороняється укладання трудового договору з громадянином, якому за медичним висновком запропонована робота протипоказана за станом здоров'я (ч.6 ст.24 КЗпП). Самостійне працевлаштування інваліда означає, що на нього можуть бути поширені правила випробування при прийнятті на роботу (ст.26-28 КЗпП). З інвалідами, які направлені на роботу відповідно до рекомендацій медико-соціальної експертизи, трудовий договір з умовою проходження випробування не укладається (ч.3 ст.26 КЗпП). Згода інваліда на випробування не має ніяких правових наслідків, тобто його не можна звільнити на підставі ст.28 КЗпП.

Відмова в укладанні трудового договору в цьому випадку не допускається і може бути оскаржена у суді (ч.2 ст.17 Закону України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”, п.6 ч.2 ст. 232 КЗпП).

Постановою Кабінету Міністрів України від 22 серпня 1996 року № 992 був затверджений Порядок працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням. Відповідно до нього керівники вищих навчальних закладів після зарахування осіб на навчання за державним замовленням укладають з ними угоду про підготовку фахівців з вищою освітою. Пізніше така угода може бути розірвана, зокрема з таких поважних причин: 1) встановлення інвалідності I або II групи, внаслідок чого випускник не може виїхати на роботу за призначенням; 2) встановлення інвалідності I або II групи в дружини (чоловіка) випускника, одного з батьків (або осіб, які їх замінюють) випускника; 3) якщо випускник – мати або батько, які мають дитину-інваліда. За ініціативи замовника розірвання угоди допускається в разі неможливості надання випускникові роботи за спеціальністю згідно з медичним висновком (якщо медичний огляд для прийняття на роботу відповідно до Законодавства є обов’язковим) або висновком медико-соціальної (експертної) комісії. Працевлаштування випускників-інвалідів здійснюється на загальних підставах з урахуванням вказаних вище обставин.

Ст. 24 Закону України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” передбачає, що після закінчення навчального закладу інвалідам надається право вибору місця роботи з наявних варіантів, або надається за їх бажанням право вільного працевлаштування. У разі відмови у прийнятті на роботу, ненадання роботи за спеціальністю інваліду, направленому за розподілом після закінчення навчального закладу, або за недодержання інших умов трудового договору і Законодавства про працю адміністрація підприємства (об’єднання), установи та організації відшкодовує витрати на його проїзд до місця роботи і назад до місця постійного проживання, а також витрати на проїзд супровідника, якщо в цьому є потреба.

Під час роботи виникають питання переведення робітників та службовців на інше місце роботи. Переведення робітника може бути постійним або тимчасовим і відбувається з таких причин: виробнича необхідність; простої; переведення за станом здоров’я згідно з медичним висновком; переведення на легшу роботу вагітних жінок і жінок, які мають дітей віком до трьох років. Згідно до Закону України “Про внесення змін до Кодексу Законів про працю України” від 24 грудня 1999 року ст. 33 і 34 КЗпП подані в новій редакції. У ч.2 ст.33 вказані випадки, коли власник або уповноважений ним орган має право перевести працівника строком до одного місяця на іншу роботу, не зумовлену

трудовим договором, без його згоди, якщо вона не протипоказана працівникові за станом здоров'я.

Таким чином, підставами для переведення працівника на легшу роботу відповідно до ст. 170 КЗпП є: а) втрата працездатності у зв'язку з каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я, отриманим на виробництві; б) професійне захворювання; в) захворювання на туберкульоз; г) загальне захворювання. Рекомендації медиків можна виконати і без переведення на легшу роботу шляхом скорочення тривалості робочого дня, звільнення від важких операцій, нічних змін тощо.

У разі переведення інваліда на іншу роботу з підстав, передбачених ст. 32-34 КЗпП, обов'язково враховуються рекомендації МСЕК та вимоги ст.172 КЗпП. Відповідно до ч.2 ст.32 КЗпП не вважається переведенням на іншу роботу і не потребує згоди працівника переміщення його на тому самому підприємстві, в установі, організації на інше робоче місце, в інший структурний підрозділ у тій самій місцевості, доручення роботи на іншому механізмі або агрегаті в межах спеціальності, кваліфікації чи посади, обумовленої трудовим договором. Власник або уповноважений ним орган не має права переміщати працівника на роботу, протипоказану йому за станом здоров'я. Останнє, в першу чергу, стосується інвалідів.

Розірвання трудового договору з інвалідом здійснюється на загальних підставах, але з певними особливостями, пов'язаними зі станом його здоров'я. На загальних підставах за власним бажанням працівник має право розірвати трудовий договір, укладений на невизначений строк, попередивши письмово про це власника за два тижні. У строк, про який просить працівник, власник повинен розірвати трудовий договір, зокрема у таких випадках: а) неможливість проживання в місцевості, підтверджена медичним висновком; б) догляд за дитиною до досягнення нею 14-річного віку або дитиною-інвалідом; в) догляд за хворим членом сім'ї відповідно до медичного висновку або інвалідом I групи (ч.1 ст.38 КЗпП).

У випадку укладання строкового трудового договору працівник має право вимагати розірвання трудового договору в разі його хвороби або інвалідності, які перешкоджають виконанню роботи за договором (ч.1 ст. 39 КЗпП). На інвалідність працівник посилається у випадку її встановлення. Якщо працівником є інвалід, то при звільненні він в основному посилається на хворобу, що перешкоджає йому виконувати покладені на нього обов'язки. Посилання інваліда на хворобу не вимагає підтвердження цієї обставини медичним висновком.

Ст. 40 Кодексу Законів про Працю дає перелік підстав звільнення з роботи за ініціативи власника або уповноваженого ним органу. Інвалід може



бути звільнений з роботи на загальних підставах і в інших випадках, передбачених Законодавством.

#### **2.8.5. Регулювання робочого часу і часу відпочинку інвалідів**

Загальні положення щодо застосування праці інвалідів закріплені у ст.172 Кодексу Законів про Працю і в низці статей цього Кодексу та конкретизовані в спеціальних нормативних актах. Для осіб зі зниженою працездатністю загальним чи локальним законодавством передбачаються певні пільги щодо тривалості робочого часу. Відповідно до ч. 2 ст. 55 Кодексу Законів про Працю, робота інвалідів у нічний час допускається лише за їх згодою і за умови, що це не суперечить медичним рекомендаціям. Нічним вважається час з 10 години вечора до 6 ранку.

Ч. 4 ст. 63 Кодексу Законів про Працю зазначає, що залучення інвалідів до надурочних робіт можливе за їхньою згодою і за умови, що це не суперечить медичним рекомендаціям. Ця норма повторена у ст. 172 Кодексу Законів про Працю. Надурочними вважаються роботи понад установлену тривалість робочого дня. Ст.177 цього ж Кодексу визначає, що жінки які мають дітей-інвалідів, не можуть залучатись до надурочних робіт або направлятись у відрядження без їх згоди.

Працюючому інвалідові за його бажанням щорічну основну та додаткову відпустку повної тривалості в перший рік роботи може бути надано до закінчення загальнозстановленого 6-місячного терміну безперервної праці і в зручний для нього час (ч.7 ст. 10 Закону “Про відпустки”). Крім того, за бажанням працівника-інваліда йому може бути надано відпустку без збереження зарплати (ст. 25 Закону), причому вона надається в обов’язковому порядку у визначений таким співробітником час тривалістю: для інвалідів III групи – до 30 календарних днів щорічно, інвалідів I і II груп – до 60-ти днів.

Відповідно до ч. 7 ст. 6 Закону України “Про відпустки” від 15 листопада 1996 року інвалідам I і II групи надається щорічна основна відпустка тривалістю – 30 календарних днів, а інвалідам III групи – 26 календарних днів.

Оплата праці осіб зі зниженою працездатністю здійснюється на загальних підставах. Гарантії прав інвалідів щодо охорони праці закріплені в ст. 12 Закону України “Про охорону праці”.

### **2.9. Санаторно-курортне лікування та відпочинок інвалідів**

Органи праці та соціального захисту населення за рахунок коштів державного бюджету забезпечують путівками до санаторно-курортних установ, пансіонатів та будинків відпочинку громадян, які не працюють та отримують

пенсію в органах Пенсійного фонду України. Працюючі інваліди забезпечуються путівками за місцем роботи або за місцем обліку на санаторно-курортне лікування. Інваліди, які проживають в інтернатних установах системи соціального захисту населення, інваліди, які навчаються на денних відділеннях в освітніх закладах Міністерства праці та соціальної політики України, вищих навчальних закладах інших міністерств, санаторно-курортними путівками і путівками до пансіонатів та будинків відпочинку забезпечуються органами праці та соціального захисту населення в порядку, передбаченому Інструкцією Міністерства праці України від 25 грудня 1997 року № 42. Інвалідів, які мають захворювання на туберкульоз, та дітей-інвалідів віком до 18 років санаторно-курортними путівками забезпечують органи охорони здоров'я. Інваліди від загального захворювання, інваліди з дитинства мають переважне право на одержання путівки.

Інваліди I групи всіх категорій (окрім інвалідів з наслідками травм і захворюваннями хребта та спинного мозку, яких забезпечують путівкою щорічно терміном лікування на 45 днів) при направленні на санаторно-курортне лікування до санаторіїв, пансіонатів та будинків відпочинку забезпечуються путівкою і на супровідника в разі наявності відповідного висновку лікувально-профілактичного закладу про необхідність у ньому. На путівці робиться помітка "Супровідник".

Якщо інваліди I групи їдуть на санаторно-курортне лікування без супровідника, вони повинні мати відповідну довідку лікувально-профілактичного закладу про те, що вони можуть себе обслуговувати самостійно. Проїзд супровіднику до санаторіїв, профілакторіїв чи будинків відпочинку органами праці та соціального захисту населення не оплачується. Оплата проїзду (двічі: туди і назад) здійснюється тільки особам, які супроводжують інвалідів до санаторіїв спинального профілю згідно з поданими проїздними документами.

Інваліди, які потребують санаторно-курортного лікування, подають в органи праці та соціального захисту населення за місцем обліку на санаторно-курортне лікування заяву та медичну довідку лікувальної установи за формою № 070/ у.

## **2.10. Соціальна допомога дітям-інвалідам та інвалідам з дитинства**

Законом України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам" передбачено державну соціальну допомогу яку виплачують органи праці та соціального захисту населення. Інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, які мають водночас право на державну

соціальну допомогу відповідно до Закону України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам", на пенсію і на державну соціальну допомогу згідно із Законом України "Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам", призначається за вибором інвалідів з дитинства (законних представників інвалідів з дитинства, визнаних недієздатними, та дітей-інвалідів) один із зазначених видів виплат. При цьому, якщо інвалід з дитинства або дитина-інвалід має право на пенсію у зв'язку, з утратою годувальника і державну соціальну допомогу відповідно до Закону України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам", ці виплати призначаються водночас.

**Державна соціальна допомога інвалідам з дитинства I групи** призначається в розмірі 100% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність. Надбавка на догляд за інвалідом з дитинства I групи встановлюється в розмірі 50% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність. **Для інвалідів з дитинства II та III групи** розмір цієї допомоги - 80 -60% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність. **Одиноким інвалідам з дитинства II та III групи**, які за висновком МСЕК потребують постійного стороннього догляду, передбачено надбавку на догляд за ними до державної соціальної допомоги в розмірі 15% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність. Надбавка на догляд одиноким інваліду з дитинства II або III групи призначається на підставі його (або законного представника) заяви про призначення цієї надбавки до державної соціальної допомоги, де повідомляється про відсутність працездатних родичів, зобов'язаних за законом його утримувати (незалежно від місця їхнього проживання), а також додатково подається довідка про склад сім'ї, видана уповноваженим органом за місцем проживання, і висновок МСЕК, де зазначено, що інвалід потребує постійного стороннього догляду.

**Державна соціальна допомога на дітей-інвалідів віком до 18 років** призначається в розмірі 70% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність. Крім того, до державної соціальної допомоги дітям-інвалідам може бути призначено надбавку на догляд.

Надбавка на догляд за дитиною-інвалідом віком до шести та від шести до 18 років становить 50% прожиткового мінімуму для дітей відповідного віку і призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які не працюють і фактично доглядають за дитиною-інвалідом. Надбавка призначається без урахування середньомісячного сукупного доходу сім'ї, в якій виховується дитина-інвалід.

Інваліди з дитинства, які перебувають на повному державному утриманні, одержують 25% призначеного розміру державної соціальної

допомоги. Решта суми (за їхньою заявою або заявою законного представника) перераховується установі (закладу), де перебуває інвалід з дитинства, на поліпшення умов проживання в установі (закладі).

Дітям-інвалідам, які перебувають на повному державному утриманні, державна соціальна допомога виплачується в розмірі 50% призначеної суми та перераховується на їхні особисті рахунки в банку, інші 50% перераховуються на рахунок установи (закладу) за місцем перебування дитини.

Дітям-інвалідам з числа сиріт за період перебування на повному державному утриманні державна соціальна допомога виплачується в повному розмірі та перераховується на їхні особисті рахунки в банку.

## **2.11. Пенсійне забезпечення інвалідів**

На обліку в органах Пенсійного фонду України понад 2,3 млн. пенсіонерів-інвалідів всіх категорій (17,7% від їх загальної чисельності, з них понад 1,3 млн. (56%) одержують пенсії за нормами Закону “Про загальнообов’язкове державне пенсійне страхування”. Пенсійне забезпечення громадян, визнаних інвалідами, здійснюється у формі пенсій, надбавок і підвищень до пенсій, компенсаційних виплат, додаткових пенсій.

Для призначення пенсії по інвалідності відповідно до Закону “Про загальнообов’язкове державне пенсійне страхування” необхідно мати такий страховий стаж на час настання інвалідності або на дату звернення за пенсією:

- до досягнення особою 23 років включно – 2 роки;
- від 24 років до 26 років включно – 3 роки;
- від 27 років до 31 року включно – 4 роки;
- для осіб віком 32 роки і старших – 5 років.

Залежно від групи інвалідності пенсія призначається в таких розмірах: інвалідам I групи – 100%; II групи – 90%; III групи – 50% пенсії за віком, обчисленої відповідно до ст. 27 і 28 цього Закону.

Тобто при обчисленні пенсії по інвалідності спочатку визначається розмір пенсії за віком. При цьому, до страхового стажу для розрахунку розміру пенсії за віком, з якого обчислюється розмір пенсії по інвалідності, крім наявного страхового стажу зараховується також і період з дня встановлення інвалідності до досягнення застрахованою особою віку, передбаченого ст. 26 цього Закону.

З 24 листопада 2004 року (після набрання чинності змін до ст. 33 Закону “Про загальнообов’язкове державне пенсійне страхування”) непрацюючим інвалідам II і III груп за наявності у чоловіків 25, а у жінок – 20 років страхового стажу за їх вибором пенсія по інвалідності призначається в розмірі

пенсії за віком, обчисленої відповідно до ст. 27, 28 цього ж Закону. Ст. 28 встановлено, що мінімальний розмір пенсії за віком за наявності у чоловіків 25, а у жінок – 20 років страхового стажу встановлюється у розмірі прожиткового мінімуму, визначеного Законом для осіб, які втратили працездатність. За кожен повний рік страхового стажу понад 25 років у чоловіків і 20 – у жінок, пенсія за віком збільшується на 1,35% розміру пенсії, обчисленої відповідно до ст.27 зазначеного вище Закону, але не більше ніж на 1% від прожиткового мінімуму для непрацездатних.

## **2.12. Створення умов для безбар'єрного доступу інвалідів до соціальної інфраструктури**

Конвенція ООН про права інвалідів від 13 грудня 2006 року визначає у ст.9 “Доступність”: “1. Щоб наділити інвалідів можливістю вести незалежний образ життя і всебічно брати участь у всіх аспектах життя, держави-учасники приймають належні заходи для забезпечення інвалідам доступу нарівні з іншими до фізичного оточення, до транспорту, інформації та зв'язку, включаючи інформаційно-комунікаційні технології і системи, а також до інших об'єктів та послуг, відкритим або надаваним населенню, як у міських, так і сільських районах. Ці заходи, які включають виявлення та усунення перешкод та бар'єрів, заважаючих доступності, повинні розповсюджуватися у тому числі:

- a) на будівлі, шляхи, транспорт і інші внутрішні та зовнішні об'єкти, включаючи школи, житлові будинки, медичні заклади і робочі місця;
- b) на інформаційно-комунікаційні та інші служби, включаючи електронні служби та надзвичайні служби;
2. Держави-учасники приймають також належні заходи для того щоб:
  - a) розробляти мінімальні стандарти та керівні орієнтири, які передбачають доступність об'єктів та послуг, відкритих або надаваних населенню, вводити їх до дії та стежити за їх дотриманням;
  - b) забезпечувати, щоб приватні підприємства, які пропонують об'єкти та послуги, відкриті або які надаються населенню, враховували всі аспекти доступності для інвалідів;
  - c) організовувати для всіх утягнених сторін інструктаж з проблем доступності, з якими стикаються інваліди;
  - d) обладнати будівлі та інші об'єкти відкриті для населення, знаками виконаними абеткою Брайля та у легкочитаемій і зрозумілій формі;
  - e) надавати різноманітні види послуг помічників та посередників, у тому числі поводитирів, читців та професійних сурдоперекладачів, для полегшення доступності будівель та інших об'єктів відкритих для населення;
  - f) розвивати інші належні форми надання інвалідам допомоги і підтримки, які забезпечать їм доступ до інформації;

- g) заохочувати доступ інвалідів до новітніх інформаційно-комунікаційних технологій і систем, включаючи Інтернет;
- h) заохочувати проектування, розробку, виробництво та розповсюдження первісно доступних інформаційно-комунікаційних технологій і систем, так щоб доступність цих технологій і систем досягалась за мінімальними витратами.

Ст.26 Закону “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” визначає, що органи державної влади, підприємства (об’єднання), установи і організації (незалежно від форм власності і господарювання) зобов’язані створювати умови для безперешкодного доступу інвалідів до жилих, громадських і виробничих будинків, споруд, громадського транспорту, для вільного пересування в населених пунктах.

Ст. 27 цього ж Закону доповнює правила доступності. Планівка і забудова населених пунктів, формування жилих районів, розробка проектних рішень, будівництво і реконструкція будинків, споруд та їх комплексів без пристосування для використання інвалідами не допускається. У тих випадках, коли з об’єктивних причин неможливо пристосувати для інвалідів діючі об’єкти, за рішенням органів місцевого самоврядування за участю відповідних підприємств (об’єднань), установ і організацій створюються інші сприятливі умови життєдіяльності інвалідів, зокрема, будівництво спеціальних об’єктів. Фінансування зазначених заходів здійснюється за рахунок коштів місцевого бюджету, а також підприємств (об’єднань), установ і організацій, які не мають можливості пристосувати свої об’єкти для інвалідів.

Питання доступності інвалідів до транспорту регулює ст. 28 в якій підприємства та організації, що здійснюють транспортне обслуговування населення, зобов’язані забезпечити спеціальне обладнання транспортних засобів, вокзалів, аеропортів та інших об’єктів, яке б дало змогу інвалідам безперешкодно користуватися їх послугами. У тих випадках, коли діючі транспортні засоби не можуть бути пристосовані для використання інвалідами, органи місцевого самоврядування створюють інші можливості для їх пересування. При проектуванні і створенні нових засобів пересування, реконструкції і будівництві аеропортів, залізничних вокзалів і автовокзалів, морських і річкових портів обов’язково передбачається можливість їх використання інвалідами.

За ст. 34 вказаного Закону, місцеві органи державної влади зобов’язані забезпечувати інвалідам необхідні умови для вільного доступу і користування культурно-видовищними закладами і спортивними спорудами, для занять фізкультурною і спортом, а також забезпечувати надання спеціального спортивного інвентаря. Інваліди користуються переліченими послугами

безплатно або на пільгових умовах згідно з рішеннями органів місцевого самоврядування за участю громадських організацій інвалідів.

Розвиваючи законодавчу базу про безбар'єрний доступ Президентом України були прийняті Укази № 900 (2005 р.) та № 1228 (2007 р). Вони передбачають різноманітні заходи для подолання перешкод які стоять перед інвалідами, а їх виконання було покладено на органи державної влади та місцевого самоврядування. Створювались Комітети доступності, які складались з представників державної влади і місцевого самоврядування, а також представників громадських організацій інвалідів. В Указі № 1228 Міністерству регіонального розвитку та будівництва України, Раді міністрів Автономної республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським державним адміністраціям необхідно встановити жорсткий контроль за врахуванням при будівництві нових, проведенні реконструкції та капітальних ремонтів існуючих будівель та приміщень закладів культури та охорони здоров'я, навчальних закладів, об'єктів житлового та громадського призначення потреб осіб з обмеженими фізичними можливостями, в тому числі за забезпеченням житлових об'єктів засобами провідного радіомовлення.

Міністерству транспорту та зв'язку України Президент в Указі дав доручення затвердити програму зі створення належних умов для доступу людей з інвалідністю до об'єктів транспортної інфраструктури та зв'язку, передбачивши, зокрема, організацію служб супроводження інвалідів в аеропортах та вокзалах, забезпечення безперебійної роботи ліфтів та інших технічних засобів, призначених для інвалідів у візках та інших маломобільних груп населення. Забезпечувати закупівлю залізничних пасажирських вагонів, максимально пристосованих для перевезення осіб з обмеженими фізичними можливостями, в тому числі закупівлю вагонів. Розробити необхідні законодавчі акти, щоб під час проведення конкурсу на автобусних маршрутах загального користування враховувалась їх підготовленість для перевезення інвалідів з ураженням опорно-рухового апарату та обладнання автобусів засобами інформування пасажирів з вадами зору, слуху. Передбачалось також у тримісячний строк облаштувати аеропорти, залізничні та автомобільні вокзали та станції, станції метрополітенів технічними засобами для інформування про надання транспортних послуг особам з обмеженими фізичними можливостями. До 1 липня 2008 року забезпечити облаштування регульованих пішохідних переходів напрямними огороженнями та спеціальними звуковими сигналами світлофорів для створення безпечних умов руху людей з вадами зору. Опрацювати за участю місцевих органів виконавчої влади питання щодо надання особам з обмеженими фізичними можливостями послуг з доступу до глобальної інформаційної мережі Інтернет на пільгових умовах.

## **2.13. Медичне забезпечення інвалідів**

Згідно до ст. 38 Закону України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” інваліди, які отримують пенсію, що не перевищує мінімального розміру пенсії, або державну соціальну допомогу, призначену замість пенсії, діти-інваліди мають право на безплатне придбання лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування.

Інваліди першої і другої груп мають право при амбулаторному лікуванні на придбання лікарських засобів за рецептами лікарів з оплатою 50 відсотків їх вартості.

Інваліди і діти-інваліди за наявності медичних показань мають право на безплатне забезпечення санаторно-курортними путівками.

Порядок забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів лікарськими засобами, санаторно-курортними путівками визначає Кабінет Міністрів України.

## **2.14. Транспортне обслуговування інвалідів**

Транспортне обслуговування інвалідів здійснюється на пільгових умовах (ст.38-1 Закону України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”). Інваліди, діти-інваліди та особи, які супроводжують інвалідів першої групи або дітей-інвалідів (не більше одного супроводжуючого), мають право на безплатний проїзд у пасажирському міському транспорті (крім метрополітену і таксі), а також всіма видами приміського транспорту.

Діти-інваліди та інваліди першої, другої груп по зору і з ураженням опорно-рухового апарату та особи які супроводжують інвалідів першої групи або дітей-інвалідів зазначених категорій (не більше одного супроводжуючого), мають право на безплатний проїзд також у метро.

Інваліди, діти-інваліди та особи, які супроводжують інвалідів першої групи або дітей-інвалідів (не більше однієї особи, яка супроводжує інваліда або дитину-інваліда), мають право на 50-відсоткову знижку вартості проїзду на внутрішніх лініях (маршрутах) повітряного, залізничного, річкового та автомобільного транспорту в період з 1 жовтня по 15 травня.

Пільгове перевезення інвалідів здійснюють усі підприємства транспорту незалежно від форми власності та підпорядкування відповідно до Закону України “Про транспорт” (232/94-ВР).

Категорії інвалідів та дітей-інвалідів і порядок їх транспортного обслуговування на пільгових умовах визначає Кабінет Міністрів України.



## **2.15. Порядок придбання (будівництва) житла для інвалідів**

Згідно до ст. 29 Закону України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” інваліди забезпечуються житлом у порядку і на умовах, передбачених чинним законодавством і з урахуванням положень цього Закону.

Інваліди та сім’ї, в яких є діти-інваліди, мають переважне право на поліпшення житлових умов в порядку, передбаченому чинним законодавством.

Щорічно Кабінет Міністрів України виділяє кошти для придбання (будівництва) житла інвалідам по зору та слуху. В Постанові Кабінету Міністрів України від 2 квітня 2008 року

№ 289 був затверджений наступний порядок придбання житла:

1. Цей Порядок визначає механізм використання у 2008 році коштів, передбачених у державному бюджеті за програмою “Придбання (будівництво) житла для інвалідів-сліпих та інвалідів-глухих” (далі- бюджетні кошти).

2. Головним розпорядником бюджетних коштів є Мінпраці. Одержувачами бюджетних коштів є підприємства УТОСу та УТОГу. Мінпраці здійснює розподіл бюджетних коштів між їх одержувачами у межах бюджетних призначень відповідно до списку осіб, які згідно із законодавством потребують поліпшення житлових умов і перебувають на квартирному обліку, затвердженого Центральними правліннями УТОСу та УТОГу за погодженням з місцевими держадміністраціями і виконавчими органами рад, які провадять діяльність, пов’язану з веденням квартирною обліку.

3. Підприємства УТОСу та УТОГу здійснюють у межах виділених бюджетних асигнувань закупівлю житла на ринку відповідно до Закону України “Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти” виходячи з мінімальної вартості 1 кв. метра житла, визначеної в установленому порядку для даного населеного пункту.

4. Операції, пов’язані з бюджетними коштами, проводяться відповідно до Порядку обслуговування державного бюджету за видатками, затвердженого Державним казначейством.

5. Використання бюджетних коштів відображається підприємствами УТОСу та УТОГу в квартальних і річних звітах.

6. Мінпраці щокварталу до 15 числа місяця, що настає за звітним періодом, подає Мінфіну зведений звіт про використання бюджетних коштів, а річний – не пізніше 20 січня року, що настає за звітним.

7. Складання та подання фінансової звітності про використання бюджетних коштів, а також контроль за їх цільовим та ефективним витраченням здійснюється в установленому законодавством порядку.

Інша Постанова Кабінету Міністрів України від 19 березня 2008 року № 219 визначає тимчасові мінімальні норми забезпечення соціальним житлом. Відповідно до ч. 6 ст. 3 Закону України “Про житловий фонд соціального призначення” Кабінет Міністрів України постановляє:

Установити такі тимчасові мінімальні норми забезпечення соціальним житлом:

- у соціальних гуртожитках для проживання сімей та одиноких громадян у розмірі 6 кв. метрів житлової площі на одну особу;
- у квартирах, садибних (одноквартирних) будинках із житлового фонду соціального призначення у розмірі 22 кв. метрів загальної площі на сім’ю із двох осіб і додатково 9,3 кв. метра наступного члена сім’ї.

## **НОРМАТИВНІ АКТИ ТА ЛІТЕРАТУРА**

1. Галиць Г., Куліков Ю. Удосконалення механізму стимулювання створення робочих місць для інвалідів // Україна: аспекти праці. – 2003. - № 3. – С.10-15.
2. Загальне положення про санаторно-курортний заклад: Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. № 805.
3. Закон України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо професійної і трудової реабілітації інвалідів” від 6 жовтня 2005 р. № 2960- IV.
4. Закон України “Про загальну середню освіту” від 13 травня 1999 р. № 651- XIV.
5. Закон України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” від 21 березня 1991 р. № 875- XII.
6. Закон України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” від 6 жовтня 2005 р. № 2961- IV.
7. Закон України “Про соціальні послуги” від 19 червня 2003 р. № 966-IV.
8. Закон України “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю” від 21 червня 2001 р. № 2558- III.
9. Інструкція про порядок обліку, зберігання, розподілу та видачі путівок до санаторно-курортних та інших лікувально-оздоровчих установ в органах праці та соціального захисту населення України: Затверджено Наказом Міністерства праці та соціальної політики України 25 грудня 1997 р. № 42.
10. Конвенція про права інвалідів: Прийнята Генеральною Асамблеєю ООН № 61/106 13 грудня 2006 р.
11. Конституція України: Прийнята 5 сесією Верховної Ради України 28 червня 1996р.

12. Пасічніченко С. Правовий зміст понять “інвалід” та “інвалідність” // Підприємництво, господарство і право. – 2005. - № 11. – С. 138-140.
13. Положення про загальноосвітню школу-інтернат та загальноосвітню санаторну школу-інтернат: Затверджено Наказом Міністерства освіти і науки України від 12 червня 2003 р. № 363.
14. Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда: Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 р. № 83.
15. Положення про медико-соціальну експертизу: Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 р. № 83.
16. Положення про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів: Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 3 травня 1995 р. № 314.
17. Положення про спеціальну загальноосвітню школу – інтернат (школу, клас) України для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку: Затверджено Наказом Міністерства освіти України 13 травня 1993 р. № 136.
18. Положення про центральну та республіканську (Автономну Республіку Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації: Затверджено Спільним Наказом Міністерства освіти і науки України та Академії педагогічних наук України від 7 липня 2004 р. № 569/38.
19. Порядок встановлення плати для батьків за перебування дітей у державних і комунальних дошкільних та інтернатних навчальних закладах: Затверджено Наказом Міністерства освіти і науки України від 21 листопада 2002 р. № 667.
20. Порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності: Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 4 квітня 1994 р. № 221.
21. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Порядку використання у 2008 р. коштів, передбачених у державному бюджеті для придбання (будівництва) житла інвалідам по зору та слуху” від 2 квітня 2008 р. № 289.
22. Постанова Кабінету Міністрів України “Про витрати, спрямовані на соціальну, трудову та медичну реабілітацію працюючих інвалідів” від 29 грудня 1995 р. № 1066.
23. Постанова Кабінету Міністрів України “Про впорядкування безплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі

- амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань” від 17 серпня 1998 р. № 1303.
24. Постанова Кабінету Міністрів України № 1686 від 08.12.2006 р. “Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів”.
  25. Розпорядження Кабінету Міністрів України “Про заходи з надання транспортних послуг інвалідам та дітям-інвалідам, обмеженим у пересуванні” від 2 квітня 2008 р. № 568-р.
  26. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів: Прийнято Генеральною Асамблеєю ООН № 48/96 від 20 грудня 1993 р.
  27. Сударенко О. Праця інвалідів // Довідник кадровика. – 2003. - № 2. – С. 43-45.
  28. Указ Президента України “Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями” від 18 грудня 2007 р. № 1228.
  29. Указ Президента України “Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями” від 1 червня 2005 р. № 900/2005.
  30. Українська газета. – 2005. – 7-13 грудня.
  31. Шумна Л.П. Соціальний захист дітей-інвалідів: правовий аспект // Держава і право: Збірник наукових праць. – Юридичні та політичні науки. – Вип. 28. – К., 2005. – С. 400-404.
  32. Шумна Л.П. Правові основи реабілітації інвалідів в Україні: Автореф. дис. к.ю.н. – Х., 2003. – 19 с.
  33. Шумна Л.П. Право інвалідів на реабілітацію та державні гарантії його реабілітації // Захист соціальних прав людини і громадянина в Україні: проблеми юридичного забезпечення: Матеріали науково-практичної конференції 30 січня 2003 р. – К.: “МП Леся”, 2003. – С. 118-124.
  34. Ярошенко О. Працевлаштування інвалідів: диференціація та проблеми правового регулювання // Вісник Академії правових наук України. – 2004. - № 3 (38). – С. 97-105.

## ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Клопота Євгеній Анатолійович** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри педагогіки та психології Запорізького національного університету, Заслужений працівник освіти України. Голова правління Запорізького обласного осередку Всеукраїнської молодіжної громадської організації інвалідів з вадами зору “Генерація успішної дії”. Сфера наукових інтересів – формування самосвідомості особистості осіб із обмеженими фізичними можливостями; розробка та проведення тренінгів, спрямованих на вирішення проблемних життєвих ситуацій у різних сферах діяльності.

**Бондаренко Володимир Григорович** – кандидат історичних наук, науковий співробітник НДІ козацтва Запорізького національного університету, Відмінник освіти України, заступник голови Запорізького обласного осередку Всеукраїнської молодіжної громадської організації інвалідів з вадами зору “Генерація успішної дії”. Сфера наукових інтересів – суспільно-правові проблеми інтеграції осіб із обмеженими фізичними можливостями у суспільство; неокозацький рух в Україні та на еміграції у ХХ – ХХІ ст.

**Клопота Ольга Анатоліївна** – аспірант кафедри проблем керування та соціальної педагогіки Запорізького національного університету, член правління Запорізького обласного осередку Всеукраїнської молодіжної громадської організації інвалідів з вадами зору “Генерація успішної дії”. Сфера наукових інтересів – соціальні проблеми інтеграції молоді з вадами зору в суспільство.

**Бондаренко Світлана Антонівна** – старший лаборант навчальної лабораторії лікувальної педагогіки Запорізького національного університету, вчитель вищої категорії. Голова наглядової ради Запорізького обласного осередку Всеукраїнської молодіжної громадської організації інвалідів з вадами зору “Генерація успішної дії”.

## **ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАПОРІЗЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ОСЕРЕДОК ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІЖНОЇ ГРОМАДСЬКОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНВАЛІДІВ З ВАДАМИ ЗОРУ «ГЕНЕРАЦІЯ УСПІШНОЇ ДІЇ»**

Всеукраїнська молодіжна громадська організація інвалідів з вадами зору «Генерація успішної дії» виникла у 2006 році і була зареєстрована Міністерством юстиції України у січні 2007 року. Серед її засновників - і представники Запорізької області. У липні 2008 року легалізовано Запорізький обласний осередок ВМГО інвалідів з вадами зору «Генерація успішної дії», Головою якого обрано Євгенія Клопоту, а його заступником – Володимира Бондаренка; також до нього увійшли молоді люди із обмеженими фізичними можливостями м. Запоріжжя та області. Згідно Статуту Всеукраїнської молодіжної громадської організації інвалідів з вадами зору «Генерація успішної дії» (далі «ГУД»), до складу організації входять не тільки інваліди з вадами зору, але й інваліди інших нозологій, а також громадяни України які підтримують людей з обмеженими фізичними можливостями і допомагають їм.

Метою діяльності організації є задоволення та захист законних соціальних, економічних, творчих, духовних та інших інтересів молодих інвалідів з вадами зору та інших нозологій, сприяння у забезпеченні належних умов для їх самореалізації, професійній та трудовій реабілітації і працевлаштування, здійснення заходів щодо соціального захисту, залучення до суспільно корисної діяльності, занять фізичною культурою і спортом.

У 2008 році Запорізький обласний осередок “ГУД” розробив та реалізував програму «Соціально-психологічний та правовий супровід процесу соціальної інтеграції молоді з обмеженими фізичними можливостями» за фінансової підтримки Запорізького благодійного фонду “Патріот Запоріжжя”. Першим кроком в реалізації програми стало соціологічне дослідження студентів, школярів, вчителів, щодо відношення суспільства до проблем молоді з обмеженими фізичними можливостями. Його результати були доведені до органів влади і місцевого самоврядування, засобів масової інформації, представників громадськості.

Наступним кроком стало створення та демонстрація на запорізьких та всеукраїнських телеканалах роликів соціальної реклами присвячених проблемам людей з особливими потребами. Були висвітлені наступні проблеми:

- дотримання законодавства по перевезенню інвалідів на міському автотранспорті;
- виконання правил дорожнього руху водіями при переході вулиці незрячими людьми;
- формування позитивного образу осіб із обмеженими фізичними можливостями в суспільстві.

5 листопада 2008 року проведено Перший обласний молодіжний інтегрований форум студентів, аспірантів, молодих викладачів і науковців з обмеженими фізичними можливостями «Крок у майбутнє», у якому приймали участь молоді інваліди, представники ВНЗів Запорізької області; представники органів влади і місцевого самоврядування, представники ЗМІ та громадськості. На пленарних та секційних засіданнях Форуму були висвітлені актуальні проблеми інтеграції молоді з обмеженими фізичними можливостями у суспільство, розроблені звернення до органів влади й місцевого самоврядування, керівництва ВНЗів щодо вирішення зазначених проблем. Резолюції Форуму були надіслані до Президента України, Кабінету Міністрів України, Верховної Ради України, місцевих органів влади і самоврядування.

Одним з наступних кроків реалізації програми «Соціально-психологічний та правовий супровід процесу соціальної інтеграції молоді з обмеженими фізичними можливостями» стало створення та розповсюдження методичного посібника для вказаної категорії молоді і батьків дітей-інвалідів. Посібник містить матеріали, присвячені психолого-педагогічним, громадсько-правовим та інформаційно-технологічним проблемам інтеграції молоді з функціональними обмеженнями у суспільство, і виготовлений як у друкованому вигляді, так і в аудіоформаті для осіб з вадами зору.

Під час реалізації програми проводилась активна інформаційна компанія по висвітленню проблем молоді з обмеженими фізичними можливостями. Неодноразово Є.Клопота та В.Бондаренко виступали на телеканалах м. Запоріжжя й області, у друкованих засобах інформації.

Зустрічаючись з керівниками області та міста неодноразово піднімалися питання які турбують інвалідів:

- надання пільг на житлово-комунальні послуги інвалідам;
- перевезення пільгових груп інвалідів на транспорті;
- навчання у ВНЗах;
- працевлаштування;
- створення безбар'єрного середовища для їх життя

Продовжується робота з органами влади і місцевого самоврядування по захисту прав інвалідів.

У подальших планах Запорізького обласного осередку ВМГО інвалідів з вадами зору «Генерація успішної дії» - активна робота по захисту прав молоді з обмеженими фізичними можливостями всіх нозологій. Тож, запрошуємо всіх небайдужих, активних, наполегливих молодих людей до співпраці у нашій організації.

**Контактні телефони та електронна адреса:**

**8 (0612) 32-50-76**

**8 (061) 277-29-43**

**E-mail: [klopota-ea@ukr.net](mailto:klopota-ea@ukr.net)**

**[vobondarenko@yandex.ru](mailto:vobondarenko@yandex.ru)**



*Для заметок*

Методичний посібник

Клопота Євгеній Анатолійович  
Бондаренко Володимир Григорович  
Клопота Ольга Анатоліївна  
Бондаренко Світлана Антонівна

**Інтеграція молоді з обмеженими фізичними можливостями  
в суспільство: громадсько- правові, соціально-психологічні  
та інформаційно-технологічні аспекти**