

**Міністерство соціальної політики України
Науково-дослідний Інститут праці і зайнятості населення Міністерства
соціальної політики України і НАН України
(Відділ з проблем соціальних послуг)**

**РЕКОМЕНДАЦІЇ
ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ КУЛЬТУРНО-ДОЗВІЛЛЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
ОСІБ ЗІ СТІЙКИМИ ФІЗИЧНИМИ, ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ТА
ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В ІНТЕРНАТНИХ УСТАНОВАХ
СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ**

Київ 2016

ЗМІСТ

Вступ.....	3
Розділ 1. Сучасні підходи до соціальної реабілітації/адаптації осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями.....	6
1.1. Специфіка потреб осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями.....	6
1.2. Характеристика змісту та напрямів соціальної реабілітації/адаптації.....	18
Розділ 2. Алгоритм організації культурно-дозвіллевої діяльності в інтернатних установах.....	32
2.1. Культурно-дозвіллева діяльність як один із заходів соціальних послуг соціальної адаптації та соціальної реабілітації.....	32
2.2. Особливості організації культурно-дозвіллевої діяльності в інтернатних установах.....	51
2.3. Аналіз практики організації культурно-дозвіллевої діяльності в інтернатних установах.....	67
Висновки.....	84

ВСТУП

Особи зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями в нашій країні відносяться до найбільш соціально вразливих категорій населення. Їх дохід значно нижче середнього, а потреби в медичному та соціальному обслуговуванні набагато вищі. Вони мають обмежені можливості щодо здобуття освіти і здійснення трудової діяльності.

Повноцінна життєдіяльність переважної більшості підопічних інтернатних установ системи соціального захисту населення неможлива без надання їм різних видів соціальних послуг: соціально-медичних, соціально-побутових, соціально-економічних, юридичних, соціально-педагогічних, психологічних послуг. Адекватне і своєчасне задоволення індивідуальних потреб осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями покликане забезпечити компенсацію наявних у них обмежень життєдіяльності та вимагає пошуку найбільш ефективних шляхів і засобів вирішення проблем в умовах їх проживання в інтернатній установі системи соціального захисту населення.

Сучасна тенденція розвитку інтернатних установ системи соціального захисту населення така, що соціальні аспекти - вміння підопічних адаптуватися і жити в соціумі, вирішення завдань соціальної реабілітації підопічних, організація культурно-дозвілєвої діяльності, набувають особливого значення. В першу чергу це пов'язано з тим, що значно зросли вимоги до умов і якості життя людей з обмеженими можливостями (громадян похилого віку, людей з інвалідністю).

Актуальність організації культурно-дозвілєвої діяльності осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями визначається можливістю вирішити наступні завдання - це соціальна адаптація, збереження і продовження соціальної активності підопічних інтернатних установ системи соціального захисту населення, розвиток особистісного потенціалу, надання їм можливості корисно і приємно проводити вільний час, задоволення різноманітних культурно-

просвітницьких потреб, потреб у комунікації та визнанні, а також пробудження нових інтересів, полегшення встановлення дружніх стосунків, активізація особистої активності підопічних, формування, підтримка і підвищення їх життєвого тону.

Слід зазначити, що процес соціальної реабілітації осіб з інтелектуальними та психічними порушеннями має свої певні особливості, які відрізняються від реабілітації, наприклад, при алко- і наркозалежностях або від реабілітації при серцево-судинних захворюваннях. Ці особливості пов'язані в першу чергу з тим, що саме при психічних захворюваннях відбуваються серйозні порушення соціальних зв'язків та стосунків. Тому організація та проведення культурно-дозвіллевої діяльності в інтернатних установах, перш за все, забезпечить соціальну адаптацію підопічних цих установ, що має на меті відновлення (збереження) індивідуальної та суспільної цінності цих громадян, їхнього особистісного і соціального статусу. Особистість людини, її соціальні зв'язки страждають з самого початку психічного захворювання, – саме особистість, а не тільки окремі функції (мислення, пам'ять, увага тощо). Зняття або корекція особистісної реакції відбуваються в залежності від успіху «основного» комплексу заходів, спрямованого на відновлення або компенсацію порушених функцій, важлива роль в даному процесі належить саме правильній організації культурно-дозвіллевої діяльності підопічних інтернатних установ.

Спеціально адаптовані форми дозвілля сприяють реалізації потенціалу внутрішнього і соціального розвитку особистості. Це пояснюється тим, що у вільній грі фізичних і духовних сил можна реалізовувати пошукову, наднормативну, надситуативну активність, можна імпровізувати, багаторазово пробувати переборювати свої захисні психологічні функції, поведінкові штампи і неадекватні реалізації, не боячись невдач, і при цьому всерйоз приміряти і закріплювати все нове, вдало знайдене в навчально-ігрових відносинах.

В Україні накопичено певний досвід у соціальній роботі з особами зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями, але слід зазначити, що невирішених, складних проблем наразі значно більше. Необхідне розуміння і усвідомлення безлічі психологічних, соціальних проблем, що виникають у даній категорії осіб, оволодіння методиками і технологіями, які допомогли б в повсякденній практичній соціальній роботі.

1. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ/АДАПТАЦІЇ ОСІБ ЗІ СТІЙКИМИ ФІЗИЧНИМИ, ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ТА ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

1.1. Специфіка потреб осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями

За останнє десятиріччя соціальна політика багатьох європейських країн стосовно осіб з стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями, які переважною мірою є підопічними інтернатних установ, зазнала суттєвих змін. Ставлення до цієї категорії громадян, як до пацієнтів, якими необхідно лише опікуватися, і які не можуть долучатися до активного суспільного життя, змінилося на ставлення до них, як до повноправних членів суспільства, що мають рівні права з іншими громадянами країни.

Національним законодавством України встановлено гарантії для осіб цієї категорії, які стосуються усіх сфер життєдіяльності.

Формування та реалізація державної політики щодо осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями здійснюється на основі норм Конституції України, Конвенції про права інвалідів, Законів України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про реабілітацію інвалідів в Україні», «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» та «Про соціальні послуги», Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 р. № 706, та інших нормативно-правових актів, загальна кількість яких становить понад дві тисячі.

Інтеграція України до Європейського Союзу передбачає проведення активної соціальної політики, що має на меті соціальний розвиток суспільства, його соціальної сфери, досягнення європейських соціальних стандартів такого соціального середовища, яке б гарантувало реалізацію

соціальних прав для всього населення та забезпечувало якість життя громадян. Зазначимо, що за даними Державної служби статистики України станом на 01.01.2016 р. в Україні чисельність населення старше 60-ти років становила 9417210 осіб, кількість інвалідів на 01.01.2016 р. – 2614061 осіб [1]. Така ситуація вимагає вжиття заходів щодо оптимізації системи соціального захисту населення в руслі нової соціальної політики, зокрема пошуку нових форм соціальної роботи та нових видів соціальних послуг.

На даний час триває процес розроблення методології формування державних соціальних стандартів для сфери соціального захисту, низки стандартів якості соціальних послуг. Впровадження соціальної стандартизації, як передбачається, сприятиме оптимізації витрат державних коштів на соціальну сферу. На вересень 2016 року Міністерством соціальної політики України затверджено 15 стандартів соціальних послуг, серед них й Державний стандарт з адаптації інвалідів (Наказ Міністерства соціальної політики від 18.05.2015 № 514).

Прийнятий у 2003 р. Закон України «Про соціальні послуги» [2] створив передумови для започаткування кардинально нових відносин у вітчизняній системі соціального захисту громадян, творення та активізації діяльності відповідних інституцій щодо надання соціальних послуг на більш якісному і ефективному рівнях та в раціональній спосіб.

Закон України «Про соціальні послуги» створив законодавчу базу для здійснення соціальної реформи та створення сучасного механізму надання соціальних послуг в Україні. Закон, у якому задекларовано перехід до форм і механізмів, притаманних європейській моделі соціального захисту та соціального забезпечення, має ліквідувати в Україні рудименти радянської моделі соцзабезпечення, що базується на непрозорій та неефективній системі пільг і соціальних виплат.

Однак, ще чимало країн, в тому числі й Україна, при формуванні державної соціальної політики стосовно осіб з обмеженими можливостями не завжди враховують фундаментальні зміни у трактуванні інвалідності,

надаючи пріоритетного значення «медичному», а не «соціальному» підходу до проблеми, що позначається на змісті та якості заходів, спрямованих на зменшення негативних наслідків інвалідності. І найголовніше – не сприяє ширшому залученню підопічних інтернатних установ до участі у суспільному житті, організації культурно-дозвілєвої діяльності, реалізації їхніх прав як громадян країни.

Зміна акцентів у трактуванні концепції інвалідності призводить до необхідності забезпечення комплексного підходу в створенні умов, які б сприяли реалізації прав підопічних інтернатних установ на рівні з іншими громадянами країни. Для цього потрібно здолати існуючі перешкоди невлаштованого соціуму, удосконалити законодавство й посилити контроль за його дотриманням, змінити у ряді випадків ставлення суспільства до проблеми інвалідності.

Політика держави у цій сфері має базуватися на вже існуючих тенденціях, світових інноваційних підходах до розв'язання проблем інвалідності, удосконаленні роботи інтернатних установ та кращому практичному досвіді.

Необхідною передумовою для цього є відхід від використання так званих *медичної та економічної моделей інвалідності*, за якими особи зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями розглядаються лише як хворі, яким потрібне лікування, та непрацездатні, яким потрібна пенсія. І державна політика, і ставлення суспільства до цієї соціальної групи повинні ґрунтуватися на *соціальній моделі інвалідності*, згідно з якою особа з обмеженими можливостями – це повноправний член суспільства, однак її життєдіяльність у суспільстві є функціонально обмеженою, натикається на численні бар'єри. З цього випливає, що забезпечення її соціальних, культурних, освітніх та інших потреб має свої особливості; надання послуг для осіб з обмеженими можливостями (зокрема, культурно-дозвілєвих) має відбуватися в особливих форматах [3].

Соціальна політика в Україні, що орієнтована на підопічних інтернатних установ, тривалий час будувалася на основі *медичної моделі інвалідності*. Виходячи з цієї моделі, інвалідність розглядається як недуга, захворювання, патологія. Така модель вільно або мимоволі послабляє соціальну позицію людини, що має обмежені можливості, знижує її соціальну значущість, відособлює від «нормального» співтовариства, посилює нерівний соціальний статус, прирікає людину на визнання своєї нерівності, неконкурентоспроможності в порівнянні з іншими. Медична модель визначає і методику роботи з особою з інвалідністю, яка має патерналістський характер, і припускає лікування, працетерапію, створення служб, що допомагають людині виживати, зауважимо – не жити, а саме виживати.

Медична модель інвалідності акцентує увагу на діагнозі органічної патології чи дисфункції, надаючи підопічним інтернатної установи статусу особи з інвалідністю або девіантів, що передбачає їх ізоляцію від світу звичайних людей. Медична модель не дозволяє у повному обсязі вирішити соціальні проблеми підопічних інтернатних установ. Крім того, недостатність диференційованого підходу до підопічних у залежності від захворювання (особи з інвалідністю внаслідок порушень зору, слуху, опорно-рухового апарату, психічних захворювань тощо) заважає комплексному розгляду проблеми і тим самим робить медичну модель реабілітації вузько спрямованою. В той же час, деякі дослідники, навпаки, критично відносяться до обмеженості медичної моделі та відмічають, що реабілітація особи з обмеженими можливостями полягає не лише і не стільки в її тренуванні до адаптації до навколишнього середовища, скільки у втручанні в оточуюче суспільство з метою сприяння соціальній інтеграції, відновлення особи й оточуючого її суспільства в єдине ціле [4].

Наслідком орієнтації суспільства і держави на медичну модель є ізоляція осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями від суспільства у спеціалізованій установі, розвиток у них

пасивно-утриманських життєвих орієнтацій. Така людина стоїть весь час на позиції «мені повинні дати».

Детальніше розглянемо принципи ізоляції та компенсації.

Принцип ізоляції бере свій початок у давній історії людства, коли існували соціальні фобії та упередження щодо хворих людей, яких ізолювали або навіть знищували. Сьогодні цей принцип проявляється у створенні особливих систем життєзабезпечення осіб з інвалідністю, відокремлених від загальних систем: спеціальних будинків для постійного (пожиттєвого) проживання, спеціалізованих інтернатних установах тощо. Самі ж підопічні інтернатних установ з рівноправних членів соціуму перетворюються переважно у об'єкт турботи й догляду, таким чином відокремлюючись від активного суспільного життя.

Принцип компенсації враховує переважно матеріальний аспект, реалізуючись у заходах, спрямованих на заміщення втрат, які є у особи з обмеженими можливостями (здоров'я, дієздатності, спілкування тощо), у грошовій або іншій компенсаційній формі: пенсійні та інші виплати, надання різноманітних пільг (на користування транспортом, лікування, квартирну плату тощо). Самі по собі такі пільги є необхідними, однак в разі їх наявності як суто єдиного механізму допомоги вони не сприяють інтеграції особи у соціум, здатні забезпечити лише вкрай низькі стандарти існування (на рівні прожиткового мінімуму чи навіть нижче). Крім того, існує значна кількість потреб осіб з обмеженими можливостями, які не можуть бути відображені в грошовій формі, а відновлення соціального статусу, повноцінність інтеграції в суспільство пов'язані з матеріальним чинником суто опосередковано [5].

Отже, зазначаємо, що на сучасному етапі розвитку суспільства спостерігається зміна ідеології політики щодо осіб з обмеженими можливостями, створюється (впроваджується) *соціальна модель*, заснована на провідному принципі сучасного соціуму – принцип рівних прав і можливостей, що надаються кожній людині незалежно від її фізичних, психічних, інтелектуальних та інших обставин. Відповідно, особи з

обмеженими можливостями розглядаються не лише як об'єкт турботи суспільства, але насамперед як суб'єкти своєї власної життєдіяльності. Наявність і усвідомлення цих потреб залежать від розвитку здатності особи до розуміння та оцінювання оточуючого середовища, власне себе й свого місця в соціальному світі, що знову-таки у значній мірі детермінується своєчасністю, комплексністю та результативністю реабілітаційного процесу, що залежить від ряду об'єктивних і суб'єктивних обставин та обмежується обсягом соціально-економічних ресурсів конкретного суспільства.

Соціальна модель інвалідності, що виникла в другій половині ХХ століття – це новий підхід від «корисності людини» до «гідності людини», передбачає ставлення до особи з фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями не лише як до об'єкту спеціальної освіти, реабілітаційних заходів, соціальної роботи, але й як до активного суб'єкту суспільного життя і творця власної долі.

Зазначена модель розглядає інвалідність як наслідок несправедливого соціального устрою (зокрема, набору стигматизуючих визначень): вона бере свій початок у публікаціях британських учених-активістів організацій інвалідів (1970-ті роки), а також в роботах ряду американських соціологів, які доводили неспроможність патерналістських установок традиційної соціальної політики ХХ століття. Теорія і практика концепції незалежного життя має на увазі можливість для осіб з обмеженими можливостями повністю контролювати своє життя на основі вибору, що зводить до мінімуму їх залежність від інших людей у прийнятті рішень і здійсненні повсякденної життєдіяльності. Це поняття має на увазі контроль над власними справами, участь у суспільному житті, виконання деяких соціальних ролей і прийняття рішень, що ведуть до самовизначення особистості.

Фахівці стверджують, що лише та політика, що орієнтована на модель соціальних і середовищних змін, здатна реалізувати і захистити спільноту осіб з обмеженими можливостями в якості їх соціального статусу.

Соціальна модель, сформульована як «концепція незалежного життя», приділяє значну увагу правам та рівним можливостям особи з обмеженими можливостями як члена суспільства. Спочатку соціальна модель відрізнялася від медичної тим, що приділяла увагу задоволенню соціальних потреб осіб з обмеженими можливостями – навчання, участь у спортивному житті, інформування. Однак це не стосувалося тих потреб, що пов'язані із статусом у суспільстві. Ще в 1978 році працівник Нового англійського медичного центру в Бостоні Г. Делонг сформулював основні положення принципу незалежного життя для осіб з обмеженими можливостями, а саме:

- суверенітет споживача (людина, яка має інвалідність, є основним користувачем соціальних служб і водночас головним захисником своїх власних інтересів, тому вона має бути допущена до прямої участі у вирішенні соціальних проблем, пов'язаних із інвалідністю);

- самовизначення (люди, які мають інвалідність, повинні у першу чергу спиратися на свої здібності та вміння для того, щоб добитися прав та привілеїв, на які вони претендують);

- політичні та економічні права (люди, які мають інвалідність, повинні отримати право брати участь у політичному та економічному житті суспільства) [6].

Отже, соціальна модель інвалідності, починаючи з ХХ століття й до сьогодні, піднялася на інший щабель, намагаючись сприяти розвитку суспільної діяльності осіб з обмеженими можливостями. Стали створюватися громадські організації для осіб з інвалідністю, які почали залучатися до управління й отримали можливість самореалізації. Однак проблемою залишається залежність діяльності громадських організацій інвалідів від держави – пільг, субсидій бюджету, настроїв чиновників тощо.

Таким чином, мета соціальної політики сучасної демократичної держави має полягати в тому, щоб зробити реальністю суспільне визнання інвалідності як наслідку соціальної несправедливості, а не медичного діагнозу. Політика інвалідності має на увазі, з одного боку, стратегію впливу

держави (владних структур взагалі) на індивідуальну поведінку осіб з обмеженими можливостями, а також державні та корпоративні стратегії управління ресурсами з метою формування соціальних умов і середовища, придатних для життя людей з обмеженими можливостями; з іншого боку, це стратегії колективних дій самих осіб з обмеженими можливостями, впливу їх на державу і соціальні структури з метою позитивної зміни власного становища.

В зв'язку з чим актуалізувалося питання розвитку відповідних закладів соціального захисту, створення установ принципово нового типу, максимально пристосованих до конкретної людини з стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями, здатних комплексно вирішувати її проблеми. Тому що проблема підопічних в інтернатних установах не обмежується медичним аспектом, вона в значно більшій мірі є соціальною проблемою нерівних можливостей.

Як і будь-яка людина в суспільстві, особи зі стійкими фізичними, інтелектуальними вадами та психічними порушеннями мають потреби, щоправда, специфічні, з огляду на певні фізичні чи психічні обмеження. Знання цих специфічних потреб є обов'язковою передумовою надання соціальних послуг.

Виділяють такі типові особливі потреби осіб з інвалідністю у:

- відновленні (компенсації) порушених здібностей до різних видів діяльності;
- пересуванні;
- спілкуванні;
- вільному доступі до об'єктів соціально-побутової, культурно-дозвілдової та інших сфер;
- можливості здобувати знання;
- працевлаштуванні;
- комфортних побутових умовах;
- соціально-психологічній адаптації;

- матеріальній підтримці [7].

Задоволення перерахованих потреб – обов’язкова умова успішності всіх інтеграційних заходів стосовно осіб з обмеженими можливостями. У соціально-психологічному сенсі інвалідність ставить перед людиною безліч проблем, тому потрібно особливо виділити соціально-психологічні аспекти осіб з обмеженими можливостями. Внаслідок цього особи з інвалідністю стають особливою соціально-демографічною групою. У них низький рівень доходу, невисока можливість здобуття освіти (за статистикою, серед молодих інвалідів багато осіб з неповною середньою, середньою загальною та вищою освітою). Більшає труднощів, пов’язаних з участю цих людей у виробничій діяльності, небагато осіб з інвалідністю працює. Свої сім’ї мають одиниці. У більшості спостерігаємо відсутність інтересу до життя і бажання провадити громадську діяльність. Соціальної адаптації не буде досягнуто, поки суспільство не усвідомить правильності цієї ідеї. Потрібен перехід від сегрегованих видів допомоги особам з обмеженими можливостями (у вигляді спеціальних медичних, навчальних та виробничих установ) до більш якісних методів, що дозволяє людям перебувати в потоці суспільного життя.

Особи з функціональними обмеженнями (зі стійкими фізичними, інтелектуальними вадами та психічними порушеннями) становлять об’єкт соціальної роботи з надзвичайно складною структурою, через те існує багато класифікацій цього об’єкта за різними ознаками (див. табл.1.1).

Таблиця 1.1

Види відхилень у здоров’ї

Види відхилень	Сутність відхилення
Фізичні	- тимчасові чи постійні відхилення в розвитку і (або) функціонуванні органу (в) людини; - хронічні соматичні захворювання; - інфекційні захворювання.
Психічні	Тимчасові чи постійні відхилення в психічному розвитку людини (порушення мови; пошкодження мозку; порушення розумового розвитку; затримка психічного розвитку; психопатії)
Складні	Поєднують в собі фізичні та психічні відхилення (дитячий церебральний параліч тощо)
Важкі	Таке поєднання фізичних та психічних відхилень, при яких оволодіння соціальними навичками життєдіяльності є неможливим (ідіотія, аутизм тощо)

Практичному фахівцю інтернатної установи достатньо знати основні обмеження життєдіяльності людини, які пов'язані з такими порушеннями й захворюваннями:

- порушення слуху і мови (глухі; ті, що слабочують, логопати);
- порушення зору (сліпі; ті, у кого слабкий зір);
- порушення інтелектуального розвитку (розумова відсталість; із затримкою психічного розвитку);
- порушення опорно-рухового апарату;
- комплексні порушення психофізіологічного розвитку (сліпоглухонімі; із дитячим церебральним паралічем, поєднаним з розумовою відсталістю);
- хронічні соматичні захворювання;
- психоневрологічні захворювання [8].

Отже, особи зі стійкими фізичними, інтелектуальними вадами та психічними порушеннями крім звичайних потреб, мають специфічні, які спричинені діагнозом. Специфічність потреб пов'язана з особливостями діагнозу.

Наприклад, особа зі зниженим інтелектом не може адекватно та у достатній мірі усвідомлювати різні аспекти потреб, наприклад, дотримання здорового способу життя, здорового та нешкідливого харчування, особистої гігієни, розуміння симптомів нездоров'я, власних сексуальних потреб тощо.

Тому особи зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями постійно потребують:

- сторонньої допомоги для прийняття рішень з особистих та майнових питань, опіки та піклування, усвідомлення та реалізації своїх конституційних прав та основних свобод;

- щоденного супроводу соціального працівника для вирішення соціальних, медичних, матеріальних проблем та втручання у разі їх незадоволення;

- спеціальної допомоги у навчанні та застосуванні знань у повсякденній практиці;

- особливого захисту від зловживань та задля безпеки;
- постійного догляду і допомоги у задоволенні щоденних фізіологічних потреб;
- допомоги у набутті та підтриманні навичок самообслуговування, спілкування, соціальних взаємин, подолання стресів тощо;
- визнання з боку оточуючих як особистості, а не носія певного діагнозу, спілкування та уваги;
- допомоги при самовизначенні, здійсненні вибору та реалізації особистісного потенціалу.

Стан осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними вадами та психічними порушеннями також впливає на спосіб задоволення їхніх потреб. Через те, що вони важко набувають, але швидко втрачають навички самообслуговування, приготування їжі, планування та ведення домашнього господарства, планування та розподіл бюджету, здійснення найпростіших обрахунків тощо, їм постійно потрібні заняття для відновлення і підтримки зазначених умінь. Їм потрібна постійна допомога для усвідомлення власних прав та обов'язків, значення певних юридичних дій та їх наслідків. Без допомоги фахівця особа не зможе зорієнтуватися у системі організацій та закладів, створених для надання їй допомоги.

Потреби належності та любові, які так важливі для кожної людини, вимагають особливого піклування, тому що особам зі стійкими фізичними, інтелектуальними вадами та психічними порушеннями важко самостійно налагодити стабільні соціальні контакти в закладі, серед знайомих та друзів. У закладі інтернатного типу особа зі стійкими фізичними, інтелектуальними вадами та психічними порушеннями відчуває значний психологічний дискомфорт через розрив зі звичним середовищем, вона втрачає індивідуальність, стає «клієнтом» закладу, «підопічним» [9].

Особливості задоволення потреб самоповаги та компетентності пов'язані з браком толерантного ставлення у суспільстві до зазначеної категорії. Громада не має достатньої інформації про позитивні риси таких

осіб, про їх особливості та проблеми, а сама особа зі стійкими фізичними, інтелектуальними вадами та психічними порушеннями не вміє самотійно набути навичок позитивної поведінки та позитивного сприйняття себе і оточуючих.

Особа зі стійкими фізичними, інтелектуальними вадами та психічними порушеннями мають можливість реалізувати свій потенціал у разі, якщо їх благополуччя є одним із головних пріоритетів для команди фахівців і вони створюють відповідні умови для виявлення та задоволення їх уподобань. Таке можливе у тих небагатьох випадках, коли зазначені особи отримують усі необхідні для них соціальні послуги.

Саме особи з обмеженими можливостями відчують на собі суттєву дискримінацію, сегрегацію та відчуження. Цей «подвійний тягар» приниження й потенційної ізоляції може зменшити (або взагалі усунути) професіонал дозвілєвої сфери – людина, спроможна гарантувати можливість соціально-культурної діяльності протягом усього життя як право для всіх верств населення, у тому числі й для осіб з стійкими фізичними, інтелектуальними вадами та психічними порушеннями.

Подолання стигматизації є одним із основних заходів, спрямованих на прийняття з боку суспільства «інакших» громадян, в даному випадку – людей зі стійкими фізичними, інтелектуальними вадами та психічними порушеннями і формування толерантного ставлення до них. У значній мірі цьому сприятиме ставлення фахівців. Соціальна модель інвалідності орієнтує на те, що змінювати треба не саму особу, а ставлення до неї.

Отже, роблячи висновок, зазначимо, що розуміння індивідуальних та специфічних потреб – осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними вадами та психічними порушеннями дає можливість організувати адекватну допомогу для їх найкращого розвитку та благополуччя. Якщо в державі правильно та в достатній мірі організувати систему навчання, захисту та підтримки, культурно-дозвілєву діяльність тощо, тоді їх можливості можуть бути значно підвищені, а ступінь дезадаптації зведений до мінімуму.

1.2. Характеристика змісту та напрямів соціальної реабілітації/адаптації

За даними ООН, в середньому 10% населення кожної країни - це особи з інвалідністю, і більшість із них не можуть вести повноцінний спосіб життя через наявність соціальних і фізичних бар'єрів. Сьогодні показник реабілітації осіб з інвалідністю в Україні є дуже низьким і не перевищує 2,3% при повторному опосвідченні [10].

На жаль, здійснення державної політики України у сфері реабілітації осіб з обмеженими можливостями, що має забезпечувати відповідність змісту, рівня та обсягу реабілітаційних послуг фізичним, розумовим, психічним можливостям і стану здоров'я особи, досі у значній мірі стереотипно виходить не з визначення шляхів забезпечення особливих потреб щодо компенсації існуючих вад, а з констатації наявності обмежених можливостей, зводячи всі реабілітаційні заходи до цього «обмеженого» рівня.

Формування системи реабілітації осіб з обмеженими можливостями - це достатньо складний процес, який потребує науково обґрунтованих систем, форм, методів та засобів впливу на людину, яка має інвалідність, з метою її самовизначення на основі врахування власних можливостей, надання психологічної підтримки та подальшої інтеграції у суспільство.

Реабілітація осіб з обмеженими можливостями - це віддзеркалення ставлення держави до людини з інвалідністю, це лакмусовий папір її взаємовідносин з родиною та суспільством. Недоліки у вихованні, освіті, культурі, а також проблеми з фізичним станом потребують особливих умов для проведення соціальної реабілітації.

Здатність осіб з обмеженими можливостями бути незалежними економічними суб'єктами, брати участь у політичному, соціальному та культурному житті суспільства відображує рівень реалізації їх прав як громадян соціальної держави.

Диференційований комплексний підхід до соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями передбачає співпрацю різних структур соціальної сфери – міжвідомчу взаємодію. Персоніфікація осіб з обмеженими можливостями у межах єдиного інформаційного простору дозволить отримати оцінку динаміки задоволеності реабілітацією, визначити проблемні питання у забезпеченні заходами соціальної реабілітації. Сутність даного підходу полягає в дослідженні процесів конструювання самими особами, їх оточенням соціальної реальності, включаючи їхні потреби, мотиви та певні життєві стратегії.

Однак розвиток самостійної діяльності осіб з обмеженими можливостями за допомогою створення певних умов ускладнюється через відсутність наукових рекомендацій і відповідних методик. Тобто, існує певне протиріччя, коли є достатньо ґрунтовна фундаментальна теоретико-методологічна база з питання реабілітації, але недостатньо емпіричних досліджень у цій сфері. Концептуальне наукове обґрунтування реальних життєвих стратегій осіб з обмеженими можливостями в науковій літературі представлено недостатньо, немає ґрунтовного аналізу варіантів проактивних життєвих ситуацій, способів їх реалізації.

Сучасні концепції реабілітації осіб з обмеженими можливостями будуються на ідеології незалежного життя, що розглядає інвалідність як обмежене вміння людини ходити, бачити, чути, розмовляти або думати звичайним чином, обумовлене психологічними, фізіологічними, віковими, функціональними порушеннями чи аномаліями. Допомогу у здійсненні цих функцій зокрема підопічний інтернатної установи може очікувати та отримати від мультидисциплінарної команди фахівців, створення якої має бути нормою в суспільстві, якщо це суспільство керується принципом рівності прав людини [11].

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, реабілітація дає можливість особам зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями досягти свого оптимального рівня незалежного

функціонування у суспільстві. До цього визначення слід додати, що це постійний, безперервний процес, який об'єднує комплекс медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних та професійних заходів [12].

Реабілітація враховує функціональне відновлення або компенсацію того, що не можна відновити, пристосування до повсякденного життя і залучення до діяльності хворого або особи з інвалідністю. Відповідно до цього розрізняють три основні види реабілітації: медичну, соціальну (побутову) і професійну (трудова).

Концепція реабілітації включає в себе і лікування, і пристосування до життя та праці, і таке широке поняття як профілактика. Саме вона є невід'ємною складовою реабілітаційного процесу [13].

В залежності від стану здоров'я, наявності факторів ризику чи захворювання вираженої патології, розглядають три її види: первинну, вторинну та третинну.

Первинна профілактика включає в себе систему заходів попередження, виникнення і впливу факторів ризику розвитку захворювань (наприклад, вакцинація, раціональний режим праці та відпочинку, раціональне якісне харчування, фізична активність, культурно-дозвіллева діяльність тощо).

До первинної профілактики відносять також соціально-економічні заходи держави по оздоровленню, способу життя, охорони навколишнього середовища, вихованню тощо.

Вторинна профілактика містить в собі комплекс заходів щодо усунення виражених факторів ризику, що за певних умов (перенапруга, адаптаційний зрив) можуть привести до виникнення (загострення або рецидиву) захворювання. Найбільш ефективним заходом вторинної профілактики є диспансеризація як комплексний метод раннього виявлення захворювання, динамічного спостереження, що спрямований на лікування, раціональне послідовне оздоровлення.

Третинна профілактика виступає як комплекс заходів щодо реабілітації, зокрема підопічних інтернатних установ, що втратили можливість повноцінної життєдіяльності. Головними цілями третинної профілактики виступають соціальна (формування впевненості у власній соціальній придатності), трудова (можливість відновлення трудових навичок), психологічна (відновлення поведінкової активності особистості) та медична (відновлення функцій органів і систем) реабілітація [14].

Саме третинна профілактика спрямована на попередження формування негативних наслідків при психічних розладах (наприклад, формування дефекту або процес інвалідизації). Її успіх буде залежати від того, наскільки адекватно будуть враховані функції та здібності, що збереглися в особи з психічним розладом, фізичними порушеннями, а також особистісні особливості та ставлення до хвороби [15].

Першим принципом реабілітаційних заходів є включення самого підопічного інтернатної установи в лікувально-відновлювальний процес, залучення його як можна більше до співучасті у відновленні тих чи інших порушених функцій (наприклад, пам'яті або уваги) або соціальних зв'язків.

Цей принцип реабілітації можна назвати *принципом партнерства*: ресоціалізація підопічного без його активної участі неможлива.

Другий принцип реабілітації – це принцип багатосторонності (різноплановості) зусиль (дій та заходів) щодо реалізації реабілітаційної програми. Він полягає в розумінні реабілітації як складного процесу, що об'єднує зусилля фахівця та підопічного, і спрямованого на різні сфери «психосоціального функціонування».

Особистість формується в соціальному спілкуванні, аспекти якого різноманітні і не можуть бути зведені тільки до соціальної реабілітації. Ставлення до себе, своїх вчинків, своєї хвороби, рідних, близьких, своєї освіти, дозвілля, культурних цінностей, цінностей взагалі і їхня корекція посідають важливе місце в процесі соціальної реабілітації. Можна сказати, що вміння фахівця інтернатної установи (психолога, середнього медичного

персоналу, реабілітолога, культпрацівника тощо) перебудувати систему установок в нові соціально значущі ціннісні орієнтації – найбільш раціональний шлях спрямованості реабілітаційних впливів, який включає можливість усунення емоційних перенавантажень [16].

Третім принципом реабілітації є принцип єдності психосоціальних і біологічних методів дії. Реабілітація є не тільки соціальною, але і клінічною проблемою, яка вимагає для свого успішного вирішення розуміння як психологічної, так і фізіологічної і патофізіологічної її основи. Не завжди легко провести чітку межу між профілактикою і лікуванням, тим більше важко провести її між лікуванням та реабілітацією. Успіх реабілітаційної програми залежить від врахування як клініко-біологічних, так і психосоціальних факторів.

Четвертий принцип реабілітації можна назвати принципом ступінчастості докладених зусиль, здійснюваних дій і заходів. Психосоціальні дії (психотерапевтичні, працетерапевтичні, культуротерапевтичні тощо) необхідно призначати в певних дозах, що, як правило, нарастають з поступовим переходом від одного реабілітаційної дії до іншої, від однієї форми організації до іншої.

Відповідно до вищезазначених принципів виділяють три послідовні етапи реабілітації осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями. Перший є етапом відновлювальної терапії, другий – етапом адаптації, і третій – етапом реабілітації.

Перший етап – відновлювальна терапія, є початковим етапом складного процесу реабілітації. Головним завданням виступає усунення або пом'якшення проявів хвороби, запобігання формування дефекту, явищу інвалідизації пацієнта. У цьому полягає профілактична спрямованість заходів, які проводяться на першому етапі. Етап відновлювальної терапії характеризується поєднанням медикаментозної терапії з різноманітними психосоціальними інтервенціями.

Завданням *другого етапу - адаптації* виступає пристосування особи до умов зовнішнього середовища, відновлення адаптації, що означає підвищення мотивації особи до праці, до активного способу життя, дозвілля, активних міжособистісних відносин тощо. На цьому етапі переважають психосоціальні інтервенції, серед яких на перше місце висувається стимуляція соціальної активності підопічних різними методами. Медикаментозне лікування на етапі адаптації обмежується, як правило, підтримуючим лікуванням.

Третій етап – реабілітація, можливе більш повне відновлення в правах, відновлення індивідуальної і суспільної цінності особи, відновлення відносин з навколишньою дійсністю, які раніше мали місце, – все це складає основний зміст цього етапу. Дуже важкою і в той же час досить важливою справою, яка сприяє успіху реабілітації, є організація правильного ставлення до хворих з боку оточення. Не менш важливе значення в цьому періоді надається груповій роботі з підопічними, що містить елементи «підтримуючої» психотерапії, терапії зайнятостю, терапії дозвіллям, тренінги [15].

Отже зауважимо, що соціальна реабілітація, як динамічна система, спрямована на досягнення певної мети особливим методом. За допомогою методів соціальної реабілітації досягається більш швидке і ефективно лікування осіб, які перенесли психотичний епізод, повернення їх у суспільство, підвищення рівня якості їхнього життя.

Заходи з реабілітації змінюються залежно від потреб пацієнтів, місця, де відбувається реабілітаційний вплив (зокрема, інтернатна установа), а також від культурних та соціально-економічних умов держави, в якій проживають підопічні.

Основу таких заходів, як правило, складають:

- трудова реабілітація;
- працевлаштування;
- професійна підготовка та перепідготовка;

- соціальна підтримка;
- освіта;
- психіатрична та психологічна просвіта (навчання тому, як справлятися з симптомами, підвищення загального психологічно-культурного рівня, набуття навичок відновлення та збереження психічного здоров'я);
- набуття та відновлення навичок спілкування;
- набуття навичок незалежного життя;
- реалізація духовних потреб, культурних інтересів та організація дозвілля.

Будь-які реабілітаційні заходи мають відповідати таким задачам:

- зменшення проявів психопатологічних симптомів за допомогою лікарських препаратів, психотерапевтичних методів лікування та психосоціального впливу;
- підвищення соціальної компетентності хворого шляхом розвитку навичок спілкування, дієздатності, вміння долати стреси;
- зменшення дискримінації та стигми;
- підтримка сімей, в яких є особи з психічними розладами;
- створення та збереження довготривалої соціальної підтримки, задоволення базових потреб хворих осіб, до яких належать забезпечення житлом, працевлаштування, організація дозвілля;
- підвищення автономії психічнохворих, покращення їх самодостатності та самозахисту.

Кінцевою метою реабілітації підопічних є соціальна інтеграція, забезпечення їх активної участі в основних напрямках діяльності й життя суспільства, «включеність» у соціальні структури, пов'язані з різними сферами життєдіяльності людини, – навчальну, трудову, дозвілєву тощо. Інтеграція особи з обмеженими можливостями в певну соціальну групу або суспільство в цілому припускає виникнення у неї почуття спільності й

рівності з іншими членами цієї групи і можливість співпраці з ними як рівними партнерами.

Розглянемо *види й основний зміст реабілітації осіб* зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями. Розрізняють декілька різновидів (напрямів) реабілітації осіб з обмеженими можливостями (див. табл. 1.2), що відображене у відповідних Законах України та інших нормативно-правових документах.

Об'єм та зміст реабілітації осіб з обмеженими можливостями значною мірою залежать від тих принципів, якими керуються у своїй діяльності суб'єкти реабілітації, суспільство в цілому та держава, яка організовує та реалізує відповідні соціальні програми.

Таким чином, наведений у таблиці 1.2 перелік заходів свідчить, що реабілітація – процес комплексний і спрямований на відновлення та розвиток різних сфер життєдіяльності людини.

Існує багато моделей реабілітації та поглядів на методи її проведення. Однак всі вчені та практики сходяться на думці, що результатом реабілітаційних заходів повинна бути реінтеграція (повернення) особи з обмеженими можливостями у суспільство. При цьому самі підопічні повинні відчувати себе не менш повноцінними членами суспільства, ніж інші громадяни.

Отже, метою соціальної реабілітації можна визначити поліпшення якості життя та соціального функціонування осіб з обмеженими можливостями через подолання ними соціальної відчуженості, а також підвищення активної життєвої та соціальної позиції.

Соціальна реабілітація осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями має базуватися на специфічних принципах:

- принцип особливого підходу;
- принцип розвитку;
- принцип рівності;
- принцип суб'єктності.

Таблиця 1.2

Види реабілітації осіб з інвалідністю*

Вид реабілітації	Зміст реабілітації
Медична реабілітація	Система лікувальних заходів, що спрямовані на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою забезпечення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання
Психолого-педагогічна реабілітація	Система психологічних та педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями і навичками надання психологічної допомоги, зокрема, щодо формування самоутвердження і належної самооцінки особою своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки шляхом здійснення системної навчально-виховної роботи
Професійна реабілітація	Система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадаптації, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням та необхідним соціальним супроводженням з урахуванням особистих схильностей та побажань особи
Трудова реабілітація	Система заходів, розроблених з урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей особи і спрямованих на оволодіння трудовими навичками забезпечення трудової діяльності та адаптацію у виробничих умовах, у тому числі шляхом створення спеціальних чи спеціально пристосованих робочих місць
Фізкультурно-спортивна реабілітація	Система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функціональних можливостей її організму для покращення фізичного і психологічного стану
Фізична реабілітація	Система заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації, що забезпечують функціональне відновлення особи, виявляють і розвивають резервні і компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення
Соціальна реабілітація	Система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування, задоволення потреби у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації
Психологічна реабілітація	Система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості

*Таблиця систематизована автором

Принцип особливого підходу ще називають принципом єдності свідомості й діяльності. Означений принцип потребує урахування особливих потреб осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями та їх задоволення. При цьому має зберігатися формула: «робимо для підопічного, а не за нього». Тобто, для осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями потрібно створити такі умови, які максимально компенсують їх обмеження і дозволять стати активним учасником соціуму. Разом із тим варто пам'ятати, що надмірна опіка підопічного інтернатної установи ще більше його інвалідизує.

У зв'язку із цим, найважливішим принципом у роботі із людьми з обмеженими можливостями є принцип єдності свідомості та діяльності, який був сформульований С.Л.Рубінштейном і конкретизований О.М.Леонтьєвим. Принцип єдності свідомості та діяльності наголошує на тому, що свідомість людини формується та проявляється у діяльності [17; 18]. Згідно цього принципу, формування та розвиток свідомості людей з обмеженими можливостями, що спрямовані на подолання «симптомокомплексу інваліда» та особистісне зростання, має відбуватися завдяки залученню їх до діяльності, яка, у свою чергу позитивно впливатиме на формування у них усвідомлення себе як активних та повноцінних членів суспільства.

Принцип розвитку передбачає діяльність як з боку суспільства, так і з боку самого суб'єкта розвитку. Така діяльність має враховувати та проектувати позитивні зміни у компетентностях осіб з обмеженими можливостями, тобто у їх здібностях та здатностях до розв'язання якомога ширшого класу завдань, що ставляться перед ними, або у тих завданнях, що вони самі перед собою ставлять, поступово піднімаючи планку своїх досягнень. Дотримуючись цього принципу у процесі реабілітації осіб з обмеженими можливостями необхідно так будувати програми реабілітації, щоб поступово підвищувати вимоги до суб'єктів реабілітації.

Принцип рівності полягає в тому, що вказує на необхідність ставлення до особи з обмеженими можливостями як до рівної, як до партнера, що

опинилася в скрутному становищі та потребує допомоги, разом з тим, до неї теж можна і потрібно звертатися за допомогою.

Із попередніми принципами тісно пов'язаний *принцип суб'єктності*, що передбачає ставлення до підопічного як самостійної особистості, здатної будувати своє життя і планувати своє майбутнє, у разі, коли він не готовий до цього, надавати йому допомогу в такій мірі, в якій вона активізує ресурси і життєві сили підопічного. Виходячи із цього, окрім допомоги зовні, потрібно акцентувати увагу на самопомозі. До програми реабілітації підопічних має входити, зокрема і блок, який містить поради для них особисто.

В процесі соціальної реабілітації застосовують різноманітні форми роботи з особами зі стійкими фізичними, інтелектуальними вадами та психічними порушеннями, а саме:

- *терапія зайнятості* – постає невід'ємною частиною реабілітаційного процесу та виконує такі завдання: терапевтичне (розвиток моторики, покращення концентрації, переключення та стійкості уваги, розвиток образного мислення), та психосоціальне (підвищення самооцінки та впевненості в собі, розвиток комунікативних навичок та творчих здібностей, поліпшення емоційного фону).

- *індивідуальне консультування*, одна із основних форм реабілітаційного процесу. Питання, які підопічні можуть вирішувати за допомогою відвідування індивідуальних консультацій, мають такі напрями: прийняття захворювання; усвідомлення необхідності підтримуючого лікування та підтримки регулярних контактів з лікарем; особливості працетерапії; підвищення рівня соціальної активності та вирішення соціальних проблем; психологічна підтримка та вирішення міжособистісних проблем; організація та проведення дозвілля; консультування відносно здорового способу життя та ін.

- *групова робота*, яка спрямована на покращення загального самопочуття підопічних, підвищення соціальної активності та інтересу,

розвиток та відновлення комунікативних навичок, розвиток самопізнання, вирішення соціальних проблем та багато іншого.

Програма соціальної реабілітації осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями має включати психокорекційні заходи, які впливатимуть на когнітивну, поведінкову та емоційну сфери.

Так, психокорекційна робота у когнітивній сфері має сформувати у підопічного, перш за все, розуміння того, що його обмеження знаходяться переважно у його свідомості та самосвідомості. Для цього потрібно робити наступне: розповідати про інших людей, що мали аналогічні обмеження, але успішно подолали їх; рекомендувати для перегляду тематичні фільми, книги та статті, де показано життєвий шлях, побудований на подоланні власних обмежень та комплексів неповноцінності; влаштовувати зустрічі із успішними людьми: митцями, вченими, бізнесменами, спортсменами, які досягли висот, не зважаючи на власну інвалідність.

Психокорекційна робота, яка спрямована на емоційну сферу, повинна мати за мету створення таких умов, за яких у суб'єкта психокорекційної діяльності формуватиметься позитивне та оптимістичне ставлення до себе, до навколишнього світу та до свого майбутнього.

Виходячи із вищезазначеного, ми можемо зробити висновок про те, що соціальна реабілітація людей з обмеженими можливостями має базуватися на розумінні інвалідності не як патологічного стану, а як на процесі обмеження можливостей, коли фізіологічні та психічні порушення або умови життєвого середовища знижують активність людини та ускладнюють її соціальну діяльність.

Причиною обмежених можливостей можуть стати недоліки освітнього простору, неналежних медичних та соціальних послуг, традиції певного суспільства та культура його взаємодії із людьми з обмеженими можливостями тощо.

У зв'язку із цим, нагальним завданням є розробка комплексу програм та проектів, що допоможуть наблизити осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями до сучасного суспільства та сприятимуть тому, що кількість обмежень зменшуватиметься, а кількість осіб з інвалідністю, що мають широкі соціальні та фізичні можливості – зростатиме.

Список використаних джерел (до розділу 1)

1. Соціальний захист населення України (2015) [Електронний ресурс]: стат. зб. / Державна служба статистики України. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

2. Закон України «Про соціальні послуги» / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/966-15>.

3. Інвалідність та суспільство: навчально-методичний посібник. За заг. Редакцією Байди Л.Ю., Красюкової – Еннс О.В. / Кол.авторів: Байда Л.Ю., Красюкова – Еннс О.В., Буров С Ю., Азін В.О., Грибальський Я.В., Найда Ю.М. – К., 2012. - 216 с.

4. Кравченко М.В. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів в Україні / М.В. Кравченко: [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10kmvziu.pdf>.

5. Черкашенко В. О. Соціально-педагогічні проблеми соціалізації дітей з обмеженими можливостями [Електронний ресурс] / В. О. Черкашенко // Наукова скарбниця освіти Донеччини. - 2014. - № 2. - С. 92-103. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nsod_2014_2_19.

6. Теоретико-методичні основи та інструментарій сприяння розвитку трудової активності і конкурентоспроможності інвалідів на ринку праці: монографія / Н.В. Коляденко. –К. : ППК ДСЗУ, 2014. –234с.

7. Реабілітація осіб з інвалідністю: українські перспективи. – К.: ВГО «Коаліція захисту прав інвалідів та осіб з інтелектуальною недостатністю», 2010. – 34 с.

8. Проблеми соціалізації дітей з особливими потребами в сучасних умовах [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.educationua.net/silovs-874-1.html>

9. Кравченко Р.І. Проект концепції соціальної адаптації інвалідів з інтелектуальною недостатністю в Україні // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. Науково-методичний журнал. №3, 2003. – К: Благодійна організація "Фонд соціальної роботи".

10. Національна доповідь «Про становище осіб з інвалідністю в Україні» 2013 рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=77042.

11. Львовичкіна А.М. Психолого-педагогічні принципи соціалізації та ресоціалізації людей із особливими потребами // Фундаментальні і прикладні дослідження в практиках ведучих шкіл. – 2014. - №5.

12. Медико-соціальна експертиза життєдіяльності у психічно хворих: монографія. К. : ІПК ДСЗУ, 2012. – 380 с.

13. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психиатрических заболеваниях. – Киев : Сфера, 2000. – 600 с.1010. Лакосина Н. Д. Учебное пособие по медицинской психологии /Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. – М. : Медицина, 1976. – С. 5-57

14. Сидоров П. И. Введение в клиническую психологию : Учебник для студентов медицинских вузов : Т. I. / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. – М. : Академический Проект; Екатеринбург : Деловая книга, 2000. – 416 с.

15. Ревука Т. Особливості ресоціалізації та реабілітації осіб, хворих на психічні розлади / Т. Ревука, Е. Крайніков, Є. Прокопович // Вісник Київського національного університету імені Т. Шевченка /відпов. ред. Л. Ф. Бурлачук. - Київ : КНУ, 2010.

16. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. – Изд. 2-е, доп. и перераб. – Л. : Медицина, 1985. – 216.

17. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. – 4-е изд. / А.Н.Леонтьев –М.: Изд-во Московского университета, 1981. –584 с.

18. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии / С.Л.Рубинштейн – М.: Педагогика, 1973. –423 с.

2. АЛГОРИТМ ОРГАНІЗАЦІЇ КУЛЬТУРНО-ДОЗВІЛЛЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ІНТЕРНАТНИХ УСТАНОВАХ

2.1. Культурно-дозвіллева діяльність як один із заходів соціальних послуг соціальної адаптації та соціальної реабілітації

Організація дозвілля є одним з важливих елементів послуг соціальної реабілітації та соціальної адаптації осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями, що визначено у змісті даних послуг в «Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати»¹.

Власне, основні заходи, форми роботи тощо щодо організації дозвілля осіб похилого віку, з інвалідністю, осіб, які перебувають у спеціалізованих або інтернатних закладах, у вітчизняному законодавстві визначено Державним стандартом соціальної адаптації².

Культурно-дозвіллеву діяльність як один із заходів послуги соціальної адаптації осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями можна визначити як систему організаційних прийомів і методів впливу засобами культурно-дозвіллевої діяльності та/або надання послуг, що застосовуються з метою надання підопічним допомоги у відновленні (компенсації) порушених або втрачених здібностей до діяльності відповідно до їх духовних інтересів, потреб і потенційних можливостей.

Дане формулювання включає дві основні складові: «соціальне» і «культурно-дозвіллеве». «Соціальне» вказує, що дана технологія звернена до особистості людини з обмеженими можливостями і передбачає досягнення позитивних змін її способу життя. Поняття «культурно-дозвіллеве» позначає

¹ «Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати»: Наказ Міністерства соціальної політики України від 03.09.2012 № 537

² «Про затвердження Державного стандарту соціальної адаптації»: Наказ Міністерства соціальної політики України від 18.05.2015 № 514

ті засоби, за допомогою яких літня людина, інвалід проявляє і реалізує свій духовний, творчий потенціал. «Соціальне» передбачає вихід підопічного на такий рівень компетенції, який дозволяє йому вступати в звичайні соціальні контакти і взаємодії. «Культурно-дозвілльєве» має на увазі наповнення процесу адаптації конкретним культурним змістом, освоєння підопічними культурних цінностей, норм і традицій, вказує на якість і сферу прояву їхньої культурної активності, на результати їхньої творчості в процесі їх культурно-дозвілльєвої діяльності. «Соціальне» передбачає різні форми взаємодії підопічних між собою і з оточуючим їх середовищем, а «культурне» передбачає отримання певних результатів цієї взаємодії.

Ми вже розглянули специфіку соціальної реабілітації в контексті цільових груп даної роботи, наразі сфокусуємось на особливостях соціальної реабілітації в умовах інтернатної установи - це процес і система визначення оптимальних механізмів суспільної і побутової діяльності осіб похилого віку, інвалідів в *конкретних середовищних і соціальних умовах* та пристосуванні їх до потреб осіб похилого віку, інвалідів. Соціальна адаптація в умовах інтернатної установи - це комплекс заходів, спрямованих на відновлення втрачених підопічним інтернатної установи соціальних зв'язків, соціального статусу, усунення або компенсацію обмежень життєдіяльності.

Залежно від специфіки і характеру фізичних, інтелектуальних та психічних порушень у підопічних інтернатних установ виникають різні обмеження життєдіяльності, які призводять до різних видів соціальної недостатності [1]:

- порушення функцій самообслуговування (особи з психічними захворюваннями, особи з порушеннями опорно-рухового апарату тощо);
- порушення здатності пересування;
- порушення можливостей до діяльності (як правило, дане порушення буває у всіх категорій підопічних);
- порушення здатності до навчання, сприйняття інформації;
- порушення здатності до орієнтації;

- порушення здатності до спілкування;
- порушення здатності контролювати свою поведінку.

Соціальна реабілітація включає в себе соціальну адаптацію і пристосування особи похилого віку, інваліда до середовища інтернатної установи та, охоплюючи всі сфери життєдіяльності підопічного, ставить перед собою наступну мету: відновлення здібностей особи до суспільної, самостійної і побутової діяльності [2]. Отже, послуга соціальної адаптації в інтернатній установі - це система заходів, спрямованих на пристосування підопічного, який перебуває у важкій життєвій ситуації, до прийнятих в його соціальному оточенні правил і норм поведінки.

В послугі соціальної адаптації в умовах інтернатної установи можна виділити два напрями:

- соціально-побутова адаптація;
- соціально-середовищна адаптація, яка здійснюється шляхом орієнтації, освіти, дозвілля та пристосування в соціальному середовищі інтернатної установи.

Розглянемо докладніше ці напрями.

Соціально-побутова адаптація полягає у відновленні та набутті втрачених в результаті хвороби, бездіяльності навичок самообслуговування в побуті, пристосування до нових умов життя в інтернатній установі. Соціально-побутовій адаптації сприяє створення необхідних умов для незалежного існування підопічного. Визначимо *етапи соціально-побутової адаптації*:

1. Соціально-побутовий комфорт - це важливий компонент, який відображає стан забезпечення підопічного елементарною комфортністю житлових і допоміжних приміщень. Соціально-побутова адаптація навчає підопічного самостійно орієнтуватися в навколишньому середовищі, правильно сприймати і аналізувати її стан і адекватно реагувати на зміни. У процесі орієнтації відбувається знайомство підопічного з предметами і оточенням соціально - побутового призначення.

2. Навчання - навчає підопічного навичкам, закріплює їх; культурно-дозвіллева діяльність – змістовно та якісно наповнює час перебування в інтернатній установі.

3. Самообслуговування в побуті, дотримання режиму дня, користування лікарськими засобами, допоміжними приладами та технічними пристроями.

Соціально-середовищна адаптація - це пристосування до нового оточення в інтернатній установі з метою створення оптимального середовища життєдіяльності підопічного, відновлення здатності підопічного до життя в соціальній групі. Соціально-середовищна адаптація розділяється на два процеси:

- пристосування соціального середовища до можливостей підопічного, усунення перешкод;

- навчання підопічного жити в даному інтернатному соціумі.

В результаті цих процесів відбудеться пристосування підопічного до життя інтернатної установи. Як і в соціально-побутовій адаптації, розрізняють кілька *етапів здійснення соціально-середовищної адаптації*:

1. Соціально-середовищна орієнтація - здійснюється орієнтація підопічного в навколишньому середовищі (встановлюються відносини з людьми, знайомство з територією інтернатної установи).

2. Соціально-середовищне навчання - процес навчання підопічного навичкам користування середовищем, навичкам переміщення в середовищі, користування приладдям, засобами тощо.

Отже, соціально-середовищна адаптація - це процес і результат пристосування підопічного до об'єктів життєдіяльності в інтернатній установі та оволодіння практичними навичками самообслуговування.

В умовах інтернатної установи застосовуються наступні принципи соціальної адаптації:

1. *Принцип різнобічності зусиль* - цей процес включає психологічну, трудову, громадську сферу адаптації, а також сфери пов'язані з вихованням підопічного і проведенням його дозвілля.

2. *Принцип єдності психосоціальних і біологічних методів впливу* обумовлений тією обставиною, що адаптація являє собою не тільки соціальну, але й клінічну проблему, так як лікування та адаптація складають єдиний процес, спрямований на стабілізацію психічного та фізичного стану і поліпшення пристосування підопічного в інтернатній установі. Тому в інтернатних установах доцільними є комплексні обстеження і спостереження за підопічними наступними фахівцями: психіатром, неврологом, терапевтом, психологом, лікарями, вихователями, інструкторами з працетерапії, фахівцями з культурно-дозвіллевої діяльності.

3. *Принцип ступінчастості прикладених зусиль* щодо запроваджених в інтернатній установі заходів та впливів. Мається на увазі, що лікувальні та психосоціальні впливи проводяться послідовно, з поступовим переходом від одного реабілітаційного впливу до іншого, від простіших видів занять (зокрема, з культурно-дозвіллевої діяльності) до більш складних (якщо дозволяє стан підопічного).

Як бачимо, в структурі заходів послуги соціальної адаптації важливим елементом є культурно-дозвіллева діяльність, так як задовольняє блоковані у підопічних потреби в інформації, в отриманні соціально-культурних послуг, в доступних видах творчості, спілкуванні, відновленні їх самооцінки.

В спеціальній літературі дозвілля має найрізноманітніші визначення і тлумачення. Дозвілля часто ототожнюється з вільним часом, однак це абсолютно не коректно, так як вільний час є у всіх, а дозвіллям володіє не кожен [3]. Існує багато інтерпретацій слова дозвілля. Дозвіллям називається діяльність, відносини, стан розуму. Безліч підходів ускладнює спроби зрозуміти, що значить дозвілля. Англійське слово дозвілля [leisure] бере свій початок з латинської мови [ligere], що означає бути вільним. З латинської мови до французького прийшло [loisir], що означає бути дозволеним, а в

англійський таке слово як [license], що означає бути вільним (свобода відхиляти правило, практику тощо). Всі ці слова є спорідненими, маючи на увазі вибір і відсутність примушення. У стародавній Греції слово дозвілля [schole] означало серйозну діяльність без тиску необхідності. Англійське слово [scool] походить від грецького слова [schole] (дозвілля), що передбачає остаточне з'єднання між дозвіллям і освітою. Дозвілля здатні об'єднати й відпочинок та праця. Велика частина дозвілля в сучасному суспільстві зайнята різними видами відпочинку, хоча поняття дозвілля включає в себе і такі види діяльності, як продовження освіти, громадська робота на добровільних засадах. Визначення дозвілля розподіляється на чотири основні групи:

1. Дозвілля як споглядання, пов'язане з високим рівнем культури і інтелекту; це стан розуму і душі. У цій концепції дозвілля зазвичай розглядається з точки зору ефективності, з якою людина робить щось.

2. Дозвілля як діяльність - зазвичай характеризується як діяльність, не пов'язана з роботою. Це визначення дозвілля включає цінності самореалізації.

3. Дозвілля як вільний час, час вибору. Цей час може бути використано різним чином, причому він може бути використаний для діяльності, або пов'язаною з роботою, або не пов'язаною із нею. Дозвілля розглядається як час, коли людина займається тим, що не є її обов'язком.

4. Дозвілля інтегрує три попередні концепції, стирає межу між роботою і не роботою та оцінює дозвілля в термінах, що описують людську поведінку. Включає в себе поняття часу і відношення до часу.

Отже, дозвілля - це набагато більше, ніж просто вільний час або перелік видів діяльності, спрямованих на відновлення. Дозвілля слід розуміти як центральний елемент культури, що має глибокі й складні зв'язки з загальними проблемами життя людини. Вільний час - це час дозвілля, яким людина розпоряджається на власний розсуд, не прив'язуючись до

непорушних обов'язків та зобов'язань, може використовувати для задоволення своїх потреб і прагнень [4].

Дозвілля - це діяльне явище, що має на увазі не тільки поведінку особистості, скільки вчинки, які розкривають активність, «кінетичну» сутність суб'єкта. У процесі організації дозвілля в інтернатній установі реалізуються основні функції соціально-культурної діяльності, до яких відносяться:

- розвиваюча;
- просвітницька;
- творча;
- рекреативно-оздоровча.

Отже, культурно-дозвіллева діяльність виступає важливим напрямом соціальної адаптації для гармонізації відносин підопічних інтернатних установ, розвитку їх соціальних зв'язків. Правильно організоване дозвілля покращує психічний стан підопічних: піднімає настрій, заспокоює, пробуджує оптимізм, дає відчуття задоволеності життям.

Культурно-дозвіллева діяльність підопічних інтернатних установ включає в себе: заняття художньою, прикладною, технічною творчістю; дозвільні свята, обряди, конкурси, фестивалі; спорт, активний рух, екскурсії, ігри; ділові, комерційні, логічні, інтелектуальні ігри та заняття; спокійний пасивний відпочинок (читання, перегляд телепередач, слухання радіо тощо).

Як захід соціальної адаптації дозвілля реалізується через досягнення життєво важливих для підопічних цілей. Різноманітність цілей, що виникають в адаптаційному процесі, пов'язана з певними типами функціональних порушень (сенсорні дефекти, порушення опорно-рухового апарату, деякі хронічні захворювання тощо).

Одним з основних елементів соціальної адаптації заходами культурно-дозвіллевої діяльності є аналіз ситуації, що характеризує спосіб життя підопічних, властиві їм ідеали і норми поведінки, духовні цінності, культурно-дозвільні інтереси та смаки. Суттєве значення має психологічна

мотивація підопічного до участі в проведенні дозвілля. Його бажання і готовність брати активну участь в процесі реабілітації заходами дозвілля є неодмінною умовою успіху.

Активність проявляється не тільки за рахунок змін в самій людині, але і за рахунок змін у навколишньому середовищі, що сприяє розвитку особистості та бажанню активно в ньому існувати. Мотивація діяльності підопічних (їх інтереси, психологічні настанови, емоції тощо) видозмінюється в процесі оволодіння тим чи іншим видом дозвілля, конкретним видом художньої, технічної або декоративно-прикладної творчості. Динаміка зміни мотивації слугує підставою для оцінки реабілітуючого впливу дозвілля, який освоює підопічний інтернатної установи.

У практиці різноманітної за формами та видами культурно-дозвіллевої діяльності індивідуальні інтереси відрізняються різними проявами, кожний з яких може характеризуватися певним показником реабілітаційного впливу на особистість підопічного.

При організації культурно-дозвіллевої діяльності, спрямованої на адаптацію підопічних інтернатних установ, слід враховувати:

- особистість самої людини;
- відносини і контакти підопічного з навколишнім середовищем;
- культурно-дозвільні форми і методи, які активно впливають на особистість підопічного, на його соціальну реабілітацію.

Залучення до культурно-дозвіллевих заходів покликане допомогти підопічним освоїти навички спілкування, необхідні для адаптації в оточенні, в середовищі інтернатної установи. Існують психологічні закономірності, що прискорюють соціальну адаптацію. Важливо вміти вибрати і запропонувати підопічному таке цікаве заняття, яке не дозволяло б йому зосередитися на своїх хворобливих відчуттях і переживаннях. Завдяки цьому у підопічних поліпшується самопочуття, полегшується хворобливий стан.

Високу ефективність показують індивідуальні програми, що включають в себе систему різноманітних спеціальних тренінгів, коли чергуються розумові та фізичні навантаження, інтенсивність яких зростає в міру поліпшення стану підопічного. Навіть механічне заучування і використання стереотипних наборів дій, необхідних у стандартних культурних ситуаціях, дає людині можливість знайти певний ступінь самостійності.

З огляду на потреби сучасної соціокультурної ситуації в нашій державі актуальним є конструктивний аналіз зарубіжного досвіду культурно-дозвілдової діяльності з особами похилого віку, інвалідами, оцінка його позитивних і негативних моментів, специфічних та істотних характеристик.

Наголосимо на тому, що наявність людей похилого віку, осіб з інвалідністю розглядається у розвинених суспільствах як чинник розвитку, що суттєво впливає і на здатність людини похилого віку, інваліда приносити матеріальну та духовну користь суспільству, і на саме суспільство, яке пододало стереотипні уявлення про людину похилого віку, інваліда та готове соціально захистити їх.

За офіційними даними ООН у 2025 році майже 15 % населення планети (а це близько одного мільярда осіб) буде старше 60 років. Україна також належить до тих країн, що характеризуються високим рівнем старіння населення. У загальній структурі населення частка осіб, старших працездатного віку, 1955 року складала близько 11 %, 1997 року - 19 %, а 2025 року, за даними прогностичних досліджень, має збільшитись до 27 % [5].

Населення старшого віку - це неоднорідна група. У геріатрії та геронтології виправданою є думка про те, що фізіологічні та психологічні риси осіб старшого віку суттєво змінюються протягом кожних п'яти років. Так, люди у віці від 60 до 65 років мають інші потреби, ніж особи від 65 до 70 років; бажання осіб 70- 75-літнього віку відрізняються від бажань людей 75-78 років. Однак у деяких осіб (наприклад, з віковою інвалідністю)

функціональні обмеження, що асоціюються з наближенням старості, виявляються набагато раніше.

Тому першорядного значення в роботі з особами зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями набуває готовність працівника інтернатної установи (рекреатора, соціального працівника, фахівця з дозвілля) враховувати чинники соціального, психологічного, економічного характеру, пов'язані з рівнем і стилем життя підопічного, його бажанням і можливістю діяти, станом психічного й фізичного здоров'я.

Спільними для цієї групи є суттєві зміни у світовідчутті, ціннісних орієнтаціях і життєвих інтересах. Визначальним чинником формування соціально-культурних потреб підопічних інтернатних установ стає, передусім, стан їх здоров'я, хвороби характеризуються хронічністю, з комплексними ознаками та тривалими патологічними процесами.

Для підопічних інтернатних установ особливого значення набуває проблема проведення свого вільного часу. Вона досить часто перетворюється на один із чинників соціальної напруги, що посилюється певними проблемами якості проживання, втратою стимулів до будь-якої діяльності, погіршенням психологічного стану.

Державна політика в галузі організації культурно-дозвіллевої діяльності людей похилого віку, інвалідів в зарубіжних країнах ґрунтується на відповідній законодавчій базі кожної окремої держави, з урахуванням рекомендацій світової співдружності. Так, працівники дозвіллевої сфери керуються у своїх діях, передусім, міжнародними документами: Загальною декларацією прав людини (1948 р.), згідно якої «кожна людина має право вільно брати участь у культурному житті суспільства, насолоджуватися мистецтвом, брати участь у науковому прогресі та користуватися його благами» (ст. 27); Міжнародним пактом про економічні, соціальні та культурні права (1966 р.); Конвенцією про захист прав людини та основних свобод (1950 р.); Принципами ООН по відношенню до осіб похилого віку

(прийнятій Генеральною Асамблеєю ООН у 1991 р.); Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю (2006 р.); документами регіонального значення - Африканська хартія прав людини і народів (1981 р.); Міжамериканська конвенція прав людини (1969 р.); Європейська конвенція прав людини (1953 р.); Європейська соціальна хартія (1985 р.).

Отже, в поглядах світової спільноти залучення до культурно-дозвілєвої діяльності вважається невід'ємним правом людини, зокрема, людей похилого віку та людей з інвалідністю.

У США до дозвілєвої організації осіб похилого віку, інвалідів залучені більше 35 загальнонаціональних інституцій: Американська асоціація захисту старості (створена 1928 р.), Американська асоціація пенсіонерів (створена 1958 р., нараховує 14,5 млн. членів), Національна рада громадян похилого віку Америки (діє з 1961 р., охоплює близько 4 млн. членів), Національний альянс людей похилого віку (створений 1974 р., понад 800 тисяч учасників) тощо. Представниками зазначених організацій є профспілкові, релігійні, громадські діячі, лікарі, вчителі, управлінці, бізнесмени [5].

У Великобританії питання організації дозвілєвої діяльності вирішуються Національною Радою людей похилого віку; у Німеччині - Конгресом старшого покоління; в Канаді - товариствами та радами у справах людей похилого віку; у Китаї - Центром з проблем людей похилого віку, сільськими та міськими клубами пенсіонерів; у Японії - Національною федерацією клубів літніх осіб.

З роками поступово зменшується психічна енергія людини. Це виявляється, зокрема в тому, що людям похилого віку важко відмовитися від старих звичок, вислуховувати та сприймати нові ідеї, використовувати у своїй діяльності нові методи. Особи похилого віку без особливого задоволення сприймають навколишні зміни. Підопічним з фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями необхідно більше часу для прийняття рішень, для підготовки навіть до таких простих справ, як вихід на прогулянку тощо. Разом з тим, є потреба розширити межі звичного

щоденного спілкування, відчутти свободу, впевненість у собі, своїх силах. Тому з більшим бажанням відвідуються ті дозвіллеві заходи, що надають людині максимальну свободу дій - святкування, вечори відпочинку, ювілеї.

З віком також уповільнюються психічні реакції: особам похилого віку та особам з різними порушеннями важче висловлювати свої думки, відстоювати власну точку зору. Особливого значення набуває внутрішнє емоційне й інтелектуальне життя. Вони з більшим бажанням спілкуються з представниками відповідного статусу, своїми однолітками. Саме враховуючи ці особливості, працівники в інтернатних установах часто організують заходи, що передбачають колективне обговорення, обмін думками, поглядами, почуттями, дають можливість ровесникам поспілкуватися, пригадати цікаві історії свого життя. Такі форми організації дозвіллевої діяльності мають велике значення для тих, хто тривалий час перебуває в умовах інтернатної установи.

В результаті тривалого анкетування та опитувань зарубіжні дослідники виявили, що регулярне відвідування культурно-дозвіллевих заходів відновлює порушену взаємодію між підопічними та навколишнім середовищем. Так, у Франції в середині 90-х років ХХ ст. було проведено лонгітюдне трирічне дослідження, в якому брало участь більше 2 тисяч осіб віком від 65 років. Мета дослідження полягала у вивченні впливу культурно-дозвіллевої діяльності на психічні захворювання осіб літнього віку. Проведене дослідження підтвердило гіпотезу вчених про взаємозв'язок між культурною, творчою активністю особистості та розвитком психічних захворювань: ризик психічно захворіти для осіб, які захоплювались туризмом, різноманітними хобі, садівництвом, прикладними видами мистецтва, зменшився вдвічі порівняно з тими, хто уникав цих видів діяльності [6].

Фахівці дозвіллевої сфери в зарубіжних країнах використовують різноманітні засоби впливу естетичного спрямування на підопічних, а саме: мистецтвотерапію, бібліотерапію, терапію спогадів тощо. В інтернатних

установах дозвільні програми можуть реалізовуватись в різний час - десь вважають раціональним проводити після сніданку, в інших - перед вечерею. Групові та масові форми дозвілля займають близько 3 годин. Решту часу відводиться індивідуальним формам.

Однак культурно-дозвіллеві заходи й програми для звільнення особистості від відчуття страху, стурбованості, тривоги, від внутрішніх конфліктних переживань, невпевненості у завтрашньому дні, мають бути регулярними і систематичними - систематичність не дозволяє стояти на місці і дає позитивні результати в заняттях, змушує особистість рухатися вперед, адже, не маючи свідків прогресу, можна поступово уповільнювати темп і за інерцією зупинитись, цього не дозволить зробити регулярність занять.

Дослідження виявили, що характерним для підопічних інтернатних установ є загострене відчуття самотності через обмеження спілкування з навколишнім світом, відчуття власної непотрібності та покинутості. Часто підопічний повністю позбавлений людського спілкування, що викликає депресію, підозрілість, недовіру, замкненість, відчуття тривоги, небажання до будь-якої діяльності (в тому числі самообслуговування). Тому головною метою культурно-дозвіллевої діяльності з підопічними є:

- забезпечення умов для активізації способу життя;
- надання морально-психологічної підтримки;
- усунення конфліктних ситуацій;
- формування відчуття власної гідності, доцільності докладених зусиль і позитивної самооцінки;
- уникнення дестабілізуючих чинників.

Серед зарубіжних науковців поширеною є думка про перспективність залучення підопічних до культурно-дозвіллевої діяльності для оптимального збереження їх духовної значущості в суспільстві. Дозвіллеві заходи знижують вплив та інтенсивність чинників, що провокують передчасне старіння й ускладнення - психічні стреси, потрясіння, негативні соматичні

аспекти, рання дезадаптація та дестабілізація особистості, обмеженість кола інтересів, постійне невдоволення собою та способом життя в установі.

Культурно-дозвіллева діяльність з підопічними інтернатних установ має ґрунтуватись на мультидисциплінарному підході та орієнтації на потреби особи. Це передбачає діяльність єдиної команди фахівців, спрямованої на задоволення інтересів і запитів підопічного.

Значна кількість теоретиків і практиків схиляється до думки, що вирішенню даної проблеми сприяє створення й розширення мережі будинків-клубів на зразок тих, що вже діють у деяких містах США, а окремі набули міжнародного визнання: «Будинок біля джерела» (Нью-Йорк Сіті), «Пороги» (Чікаго) та «Громадський центр лікарів духу» (Сан-Франциско). Клубні заклади такого типу пропонують послуги для залучення підопічних до участі в культурних та дозвіллевих заходах, які б задовольняли їх соціальні потреби, а також сприяли фізичному оздоровленню. Подібні заклади створюються за активного сприяння державних органів влади, громадських і комерційних структур як справжні стаціонарні установи соціального обслуговування осіб похилого віку, інвалідів. При цьому вони не втрачають своїх програмних функцій, до яких, передусім, належать:

- удосконалення форм і методів дозвіллевої діяльності й обслуговування людей похилого віку, інвалідів;
- розвиток творчості, ініціатив особистості та її самодіяльності шляхом активної участі в роботі закладу;
- створення умов для виступів майстрів, художніх колективів, окремих виконавців, а також представників різних галузей науки, культури, освіти;
- задоволення інтелектуальних і творчих потреб та інтересів.

Вчені американської школи дозвіллезнавства вважають, що успішна соціально-психологічна адаптивність людини похилого віку, інваліда до нового соціального становища визначається рівнем підготовленості до цього періоду, до тих завдань, які ставить перед особистістю вік, інвалідність, виробленням раціонального погляду на своє життя. Так, основу теорії

Келлера М., Уілхайта Б., Холла Г. (США) становлять ідеї про максимальну реалізацію потенціалу людини похилого віку, людини з інвалідністю шляхом посилення своєї незалежності, продуктивності, інтегрування з навколишнім світом [7].

Незалежність - це рівень контролю за особистим життям і свобода вибору; продуктивність - можливість діяти, здатність до самообслуговування, брати участь у громадській і творчій діяльності; інтегрування - використання людьми літнього віку, інвалідами тих ресурсів, якими можуть користуватися всі верстви населення, можливості спілкуватися з представниками різних вікових груп.

У цьому контексті важливо підкреслити тісний взаємозв'язок цих структурних компонентів. Так, якщо в житті людини літнього віку, інваліда знижується здатність до інтегрування, то це призводить і до зниження продуктивності, і навпаки - із зниженням продуктивності водночас знижується здатність до інтегрування.

Взаємозв'язку між сприйняттям незалежності, продуктивністю, інтегруванням та відчуттям задоволення від життя було присвячено загальний огляд та аналіз послуг для осіб похилого віку й осіб з інвалідністю, що проводився американськими вченими Келлером М. та Холлом Г. у штаті Джорджія (США). Нагадаємо, при цьому необхідно враховувати, що поняття «людина похилого віку» пов'язують з календарним віком, який становить 60-65 років. Натомість, люди з віковою інвалідністю через функціональні обмеження та розумові відхилення, процеси старіння можуть відчувати набагато раніше. Тому, аналізуючи специфіку життєдіяльності осіб з віковою інвалідністю, необхідно гнучко підходити до питання вікових меж.

В опитуванні взяли участь близько 400 респондентів, аналіз їх відповідей підтвердив гіпотезу про тісну взаємозалежність зазначених компонентів. Цікаво, що всі учасники опитування вказали на дозвілля як на засіб забезпечення максимально доступного для людини похилого віку, інваліда рівня «якості життя».

Додаткові дані для розуміння зв'язків дозвілля, незалежності, інтегрування та продуктивності було отримано під час дослідження потреб людей літнього віку та осіб з віковою інвалідністю, проведеного серед фахівців з дозвілля для людей похилого віку, інвалідів - 72 % фахівців відзначили «цікаве дозвілля» однією з головних потреб підопічних. На другому місці постали такі потреби, як емоційна підтримка, можливість вибору та право на самовираження.

У середині 90-х років ХХ ст. у деяких містах США професійними спеціалістами дозвілєвої сфери було зібрано інформацію про потреби, бажання й інтереси зазначеної категорії населення. Метою досліджень стала систематизація практичних знань, їх теоретичне опрацювання, що дозволило краще усвідомити культурно-дозвілєві аспекти і значення вільного часу для людей похилого віку, інвалідів. Наведемо окремі зразки тверджень, що найчастіше зустрічалися серед учасників дослідження:

- я хочу контролювати власне життя;
- я спробував стати незалежним, і мені це сподобалось;
- я не маю соціального життя після шостої години вечора;
- я дуже далекий від людей;
- я давно не прогулювався увечері;
- я хотів би піти на вечір відпочинку.

Як бачимо, багатоманітність та складність соціальних проблем цієї категорії населення вимагають створення умов для реалізації особистісного потенціалу.

На думку спеціалістів дозвілєвої сфери зарубіжних країн, у суспільстві ще повністю не подолано негативні стереотипи у ставленні до осіб похилого віку, інвалідів, що виявляється у байдужості та іноді у відвертому негативізмі. Сучасні мережі інтернатних установ, спеціалізованих закладів стаціонарного обслуговування не завжди відповідають потребам зазначеної категорії населення. Найпоширенішими недоліками є:

- неповне використання потенціалу людини похилого віку, інваліда;

- порушення принципу диференційованого підходу, внаслідок чого культурно-дозвілєві заходи плануються для однорідних груп підопічних;
- невідповідність архітектурних форм закладу його функціям, що заважає досягти максимальної культурно-дозвілєвої активності підопічних.

Нагального вирішення у зарубіжних країнах вимагає і проблема персоналу:

- недостатній досвід роботи фахівців з дозвілля з особами похилого віку та інвалідами;
- відсутність знань специфіки обслуговування цієї категорії населення;
- недостатня поінформованість, що спричиняє обмеження культурно-дозвілєвих функцій та послуг;
- почуття невпевненості персоналу у своїх діях.

Водночас підтримка дозвілєвих і рекреаційних програм, соціальних і культурницьких акцій, спрямованих на залучення осіб похилого віку, інвалідів до суспільного життя, має тенденцію до зростання. Попередні результати досліджень для виявлення погляду працівників дозвілєвої сфери на залучення людей похилого віку, інвалідів до соціально-культурних акцій, проведених Асоціацією рекреативної та паркової діяльності штату Джорджія (США), продемонстрували, що в таких програмах більше переваг, аніж недоліків (останні пов'язані, переважно, з ресурсними характеристиками установ - матеріально-технічною базою, економічним становищем, недостатністю кваліфікованих спеціалістів).

Серйозного значення у проведенні культурно-дозвілєвих заходів надається стимулюванню участі літніх людей, інвалідів у спільній рекреації, що залежить від багатьох чинників, зокрема:

- від відповідності програм і послуг фізичному стану здоров'я підопічного;
- від можливості замовити й отримати інформацію особам із комунікативними ускладненнями (порушеннями слуху, зору, мови);

- від можливості використовувати в програмах міжнародного символу фізичної доступності (що підтверджує бажання залучити до акції людину-інваліда);

- від включення до матеріалів програм повідомлень про готовність надавача надати послуги всім громадянам, у тому числі й особам літнього віку та інвалідам.

Безперечною перевагою стаціонарних закладів є можливість розробляти індивідуальні культурно-дозвілєві програми, залучати різноманітні форми і методи дозвілєвої діяльності відповідно до потреб кожного підопічного в безпосередньому контакті з ним і на найдоступнішому для нього рівні.

Зарубіжні вчені вважають, що головними в успішній реалізації культурно-дозвілєвої діяльності повинні бути:

- види дозвілєвої діяльності, що орієнтуються на творчу активність особистості (танцювальні вечори, виступи аматорських колективів, концерти за участю самодіяльних ансамблів та хорових колективів);

- спортивна і фізкультурно-оздоровча діяльність для зміцнення здоров'я, протистояння старінню організму, підтримання належної фізичної форми;

- створення «хобі-груп» на основі спільних художніх, естетичних, релігійних, літературних та інших інтересів, любительських і клубних об'єднань за інтересами, що урізноманітнюють палітру культурної діяльності підопічних;

- задоволення потреби в людському спілкуванні (дискусії, бесіди, прогулянки, які позитивно впливають на загальний стан здоров'я, життєвий тонус, психіку людини похилого віку, інваліда). Необхідно підкреслити, що потреба у спілкуванні є для підопічних інтернатних установ чи не найважливішою і перетворюється у головний вид діяльності, який необхідно заповнити культурним та соціальним змістом. Комунікативна сфера є засобом прискорення процесу соціальної адаптації.

Таким чином, можна зробити висновки про те, що соціальна реабілітація та соціальна адаптація підопічних інтернатних установ - одні з найбільш важливих і важких завдань сучасної системи соціального обслуговування населення. Відповідно основних цілей, культурно-дозвіллевої діяльності як один із заходів послуги соціальної адаптації повинна бути спрямована на подолання індивідуальних проблем, пов'язаних з розумовою і фізичною обмеженістю, на індивідуальні потреби осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями, їх вікові, соціальні та культурні запити.

Особи, які перебувають в інтернатних установах, потребують постійної або тимчасової сторонньої допомоги у зв'язку з частковою або повною втратою можливості самостійно задовольняти свої основні життєві потреби внаслідок обмеження здатності до самообслуговування. Тому відновленню здатності підопічних до соціального функціонування, незалежного способу життя покликана допомогти послуга соціальної адаптації, важливим елементом якої є культурно-дозвіллевої діяльність.

Привабливість культурно-дозвіллевої діяльності полягає у відносній простоті застосування та невисоких матеріальних витратах на її організацію, доступності використання на всіх етапах соціальної реабілітації, різноманітності, легкості поєднання практично з будь-яким напрямом лікування, в тому числі і з комплексними реабілітаційними програмами (з фізіотерапією, психотерапією тощо).

На організацію дозвіллевого обслуговування осіб похилого віку, осіб з інвалідністю в зарубіжних країнах вплинули такі чинники:

- помітне зростання зазначених категорій населення у суспільстві;
- ціннісне ставлення суспільства до людей похилого віку, інвалідів;
- зміни на ринку праці;
- сформована культура і традиції дозвілля у цих категорій населення;
- суттєве збагачення видів дозвіллевої діяльності для людей похилого віку, інвалідів;

- збільшення вільного часу;
- зміни у споживанні дозвіллевих послуг;
- збільшення можливостей людей похилого віку, інвалідів оволодівати новими галузями знань та професійними навичками;
- соціальна активність осіб похилого віку, інвалідів.

Основними принципами дозвіллевої діяльності з особами похилого віку та інвалідами можна визначити:

- дотримання прав та свобод людини;
- забезпечення рівних можливостей в отриманні культурно-дозвіллевих послуг;
- систематичність організації культурно-дозвіллевої діяльності;
- диференційований підхід у культурно-дозвіллевому обслуговуванні.

Дослідження з даної проблематики довели, що між соціальною, культурною, творчою активністю особистості та розвитком психічних захворювань є прямий зв'язок: ризик психічних хвороб у осіб, які захоплюються різноманітними видами дозвіллевої діяльності зменшується вдвічі порівняно з тими, хто уникає дозвіллевої творчості.

Тобто змістовна культурно-дозвіллева діяльність є одним із головних заходів соціальної реабілітації та соціальної адаптації людини до нових, незвичних умов життя в інтернатній установі та своєрідною основою для позитивних психологічних настанов.

2.2. Особливості організації культурно-дозвіллевої діяльності в інтернатних установах

Перед державою все гостріше стоїть завдання формування такої соціальної політики щодо осіб з обмеженими можливостями здоров'я – зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями, яка б дозволила їм повноцінніше функціонувати та підвищувала якість їхнього життя.

Особливе місце у вирішенні цього завдання відводиться інтернатним установам системи соціального захисту населення, специфіка яких полягає в тому, що в них постійно проживають особи з особливою тяжкістю стану здоров'я (важкими формами ураження опорно-рухового апарату, розладом психіки, чітко вираженою розумовою відсталістю тощо). Незважаючи на формування нових підходів щодо розширення області нестационарного обслуговування, інтернатні установ в даний час виконують і, на нашу думку, ще довго будуть виконувати важливу функцію соціального влаштування осіб похилого віку, інвалідів, які в наявних умовах не можуть існувати самотійно.

За даними Державної служби статистики на кінець 2015 року в Україні функціонувало 290 інтернатних установ для громадян похилого віку та інвалідів, в яких обслуговувалось 46396 осіб (табл.2.1). Із загальної кількості будинків-інтернатів для дорослих: 66 - для людей похилого віку та інвалідів; 27 - пансіонати ветеранів війни та праці; 144 - психоневрологічні інтернати; 3 - спеціальні будинки-інтернати [8, с.88].

Таблиця 2.1
Будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів (дорослих та дітей і молоді) системи Мінсоцполітики на кінець 2015 року

Україна	Кількість будинків-інтернатів, од.			У них місць, од.			Кількість обслугованих осіб				
	усього	з них для		усього	з них для			усього	з них для		
		дорослих	дітей і молоді		дорослих	дітей і молоді	з них для дітей		дорослих	дітей і молоді	з них для дітей
	290	241	49	50081	43235	6846	3004	46396	40535	5861	2174

Як видно з таблиці 2.2, серед підопічних інтернатних установ громадян допенсійного віку – 19861 осіб, громадян пенсійного віку – 20674 осіб [8, с.89].

Таблиця 2.2

Розподіл підопічних у будинках-інтернатах для дорослих за віком та статтю у 2015 році

Україна	усього	з них							
		чоловіки				жінки			
		18-35	36-60	61-79	80 і старші	18-35	36-55	56-79	80 і старші
	40535	3179	9144	7868	921	1893	5645	8431	3454

Інтернатна установа є тим соціальним середовищем, в якій підопічні живуть довгі роки. Від організації всього життя установи, її місткості, розташування, планування, обстановки, від організації дозвілля, соціально-медичної допомоги, ступеня контактів із зовнішнім світом залежить стан фізичного і психологічного здоров'я підопічних.

Однак функціонування інтернатних установ як однієї з основних стаціонарних форм соціального обслуговування осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями пов'язано з цілою низкою серйозних проблем. Серед них: ступінь задоволення потреби в інтернатних установах, якість обслуговування в них, створення відповідних умов для проживання тощо.

Як ми вже зазначали, складною, мало вивченою і далеко не вирішеною з практичної точки зору є проблема адаптації підопічних в інтернатній установі. Необхідність підпорядкувати свої життєві інтереси і поведінку до нових умов і розпорядку роботи установи, іноді неухважно або надмірно заступницьке ставлення персоналу погіршують і без того нестійкий нервово-психічний стан підопічного [9].

Останнім часом істотно змінюються вимоги до організації всієї роботи інтернатних установ, що обумовлено:

- різким «постарінням» контингенту цих установ;
- збільшення серед них числа важкохворих;
- зміною соціального складу підопічних, більшість з яких отримують пенсію;

- підвищеними вимогами до догляду, медичного та культурно-дозвіллевого видів обслуговування.

Питання підготовки особи похилого віку до вступу в інтернатну установу, її інформування про спосіб життя в цій установі, повинні бути в центрі уваги родичів, лікарів і працівників соціального забезпечення. Необхідно підтримати у підопічного почуття власної гідності, надати йому велику свободу в таких діях, як вибір сусіда по кімнаті, столу, право перевезти в інтернатну установу частину улюблених речей і меблів. Це допоможе уникнути відчуття різкої зміни життя і втрати самостійності [10].

Схожа ситуація і стосовно обслуговування осіб з психічними порушеннями - будинки-інтернати для хронічно хворих даними захворюваннями входять в загальну систему психіатричної допомоги в країні і одночасно є закладами соціального захисту населення. Психоневрологічні будинки-інтернати та будинки-інтернати з психоневрологічними відділеннями в значній мірі відрізняються від психіатричних стаціонарів системи охорони здоров'я - як за основною метою та завданнями, так і за всією організацією роботи і укладу життя підопічних. Сюди направляють осіб, які за своїм психічним станом не здатні жити в родині, в суспільстві в силу втрати чи недорозвинення здібностей до самообслуговування і продуктивного спілкування. Підопічні тут не лікуються, а «проживають». Тут практично не існує поняття «виписка». По суті, люди надходять в ці установи, щоб залишитися в них назавжди. Ситуація «проживання» передбачає особливу організацію побуту підопічних, який поєднує в собі елементи лікарняного закладу, з одного боку, та гуртожитку, з іншого.

Крім особистісних характеристик підопічних, обумовлених їх захворюванням, на соціальну ситуацію реабілітаційного процесу також істотно впливає установа, в якій обслуговується підопічний. Інтернатна установа для осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями має суттєві особливості:

- стабільний склад хворих;

- довічне перебування в цій установі;
- переважання осіб з вираженою фізичною та розумовою відсталістю;
- необхідність створення «домашньої обстановки» в зв'язку з багаторічним перебуванням хворих в одноманітних умовах і обмеженим вибором видів занять і дозвілля.

Вочевидь, істотна роль відводиться побутовому влаштуванню підопічних, створенню для них комфортних умов проживання, забезпеченню можливостей міжособистісних контактів на основі спільності інтересів. Виходячи з цього, можна виділити наступні завдання, що стоять перед колективом інтернатної установи:

- створення сприятливих умов життя, наближених до домашніх;
- організація догляду за пацієнтами, надання їм медичної допомоги;
- організація змістовного дозвілля.

Відповідно до основних завдань колектив інтернатної установи здійснює:

- активне сприяння в соціальній адаптації підопічних до нових умов;
- побутовий комфорт, забезпечення підопічних благоустроєним житлом, інвентарем і меблями, постільними речами, одягом і взуттям;
- організацію харчування з урахуванням віку і стану здоров'я;
- диспансеризацію і лікування підопічних, організацію консультативної медичної допомоги, а також госпіталізацію підопічних в лікувальні установи за потребою;
- забезпечення нужденних підопічних слуховими апаратами, окулярами, протезно-ортопедичними виробами та кріслами-колясками;
- організацію культурно-дозвілдової діяльності, що сприяє підтримці активного, змістовного способу життя.

Крім об'єктивного чинника, що виражається в тяжкості стану здоров'я осіб, які перебувають в інтернатних установах, їх об'єднує інший, не менш важливий суб'єктивний чинник - госпіталізм, який проявляється у наступному [11]:

- монотонний спосіб життя;
- обмеженість зв'язків із зовнішнім світом;
- бідність вражень;
- скупченість, недоліки життєвого простору;
- убогість вибору занять;
- залежність від персоналу;
- відсутність інтимного затишку, можливості усамітнитися;
- регламентованість діяльності установи.

Багаторічне перебування в умовах відносної соціальної ізоляції, мікросоціального оточення, що складається переважно з хворих людей, монотонного побуту, одноманітності занять, відсутності необхідності вирішувати свої життєві проблеми - все це негативним чином позначається на психології підопічних.

Закритість інтернатних установ призводить до того, що в них складно створювати можливості для самореалізації, здійснення активних форм самопомоги, відтворення соціальної суб'єктності.

Зазначені чинники роблять вкрай важливим і необхідним розвиток соціальної реабілітації та соціальної адаптації, які б сприяли подоланню госпіталізму, формуванню соціальних якостей особистості, продовженню активного способу життя підопічних і наближенню їх статусу до того стану, який дозволить в максимально можливій мірі реалізувати відносно них принцип рівних можливостей.

Оскільки в інтернатних установах знаходяться особи, які володіють різним ступенем здатності до самообслуговування, нерівноцінними можливостями до адаптації в нових умовах і тим більше до оволодіння новими або до відновлення колишніх навичок, то особливістю реабілітаційних заходів в інтернатних установах стає їх багатоаспектність, яка і пов'язана з різноманітним відхиленням здоров'я підопічних, які проживають в них. Навіть в рамках профільної установи реабілітаційні

заходи відрізняються достатньою різноманітністю з урахуванням наявності множинної патології у кожного конкретного підопічного [12].

На відміну від закладів охорони здоров'я реабілітація осіб, які перебувають в умовах інтернатних установ, виступає і як система діяльності працівників цих установ, спрямована на створення обстановки комфортних умов проживання, організацію дозвілля, активізацію підопічних в плані самообслуговування, побутового пристосування.

По суті, з'ясування чинників, що спричиняють виникнення і фіксацію явищ дезадаптації підопічних в інтернатній установі, являє собою перший етап у розробці системи технологій соціальної адаптації цієї категорії громадян в нових умовах. Соціальна технологія як явище соціальної практики є комплексом прийомів, що забезпечують досягнення сприятливих умов життя, їх організованості, ефективності взаємодії, задоволення суспільного інтересу, в тій чи іншій мірі відповідає вимогам конкретної соціальної дійсності.

Відповідно, при підготовці культурно-дозвіллевих заходів основними етапами є:

- виявлення соціальних і медичних причин фізичних, інтелектуальних та психічних порушень підопічного;
- визначення рівня функціональних порушень підопічного;
- аналіз обмеження життєдіяльності підопічного;
- визначення потреби підопічного у видах культурно-дозвіллевих заходів;
- розробка індивідуальних та групових культурно-дозвіллевих програм.

Напрямами культурно-дозвіллевої діяльності в інтернатних установах є:

1. Впровадження групових та індивідуальних культурно-дозвіллевих програм загального характеру у відділеннях.

2. Організація дозвілєвого процесу з метою реалізації спеціальних програм по розумовому, сенсорному, естетичному, моральному, фізичному розвитку підопічних.

3. Моделювання і застосування адаптивних і корекційних культурно-дозвілєвих програм, спрямованих на відновлення, соціальну адаптацію підопічних.

Слід зазначити, що, спираючись на досвід та рекомендації професійних фахівців з дозвілля зарубіжних країн, будувати культурно-дозвілєву діяльність інтернатних установ необхідно за такими важливими принципами:

- систематичне вивчення інтересів і потреб підопічних та організація культурно-дозвілєвих послуг відповідно до запитів особистості;

- безпосередня робота з ініціативними групами та представниками громади, на території якої знаходиться інтернатний заклад (індивідуальна причетність сприяє інтенсифікації участі населення в культурному житті і створює необхідні передумови для поживлення економічного, соціального, культурного розвитку громади);

- координація та співпраця інтернатної установи в рамках культурно-дозвілєвої діяльності з іншими суб'єктами суспільного життя (політичними, релігійними, приватними, добровільними організаціями, освітніми й культурно-мистецькими установами);

- налагодження зв'язків із засобами масової інформації.

Дотримання даних принципів у підготовці культурно-дозвілєвої діяльності інтернатних установ істотно підвищує її ефективність, допомагає конструювати соціально значущі для керівництва установи контакти, професійно оцінювати соціальну ситуацію в установі.

Проблеми, які можуть виникнути при організації дозвілля в інтернатній установі, носять наступний характер:

1. Обмеження рамок дозвілля через фінансові, кадрові та інші проблеми, а не внаслідок знижених можливостей підопічних.

2. Вікові, фізичні та психічні обмеження в можливості розвивати навички та здібності, необхідні для проведення дозвілля, а також в можливості розвивати ці якості з урахуванням адаптації до нових життєвих умов.

3. Атмосфера соціального оточення, що сприяє/перешкоджає участі підопічного в проведенні дозвілля.

З урахуванням типу інтернатної установи, регіональних особливостей, контингенту підопічних, культурно-дозвілльєву діяльність можна організовувати як всередині установи, так і за її межами, в соціумі.

У самій установі культурно-дозвілльєва діяльність реалізується за механізмами взаємодії:

- «підопічний - підопічний»;
- «підопічний - фахівець»;
- «підопічний - колектив, група»;
- «підопічний - засоби культури і мистецтва»;
- «підопічний - природа».

Дані механізми реалізуються при проведенні дозвілльєвих заходів, в роботі гуртків, спілкуванні.

Механізми, що передбачають вихід за межі інтернатної установи, включають наступні взаємодії:

- «підопічний - установи культури»;
- «підопічний - держава, суспільство»;
- «підопічний - громадські організації»;
- «підопічний – природа (за межами інтернатної установи)»;
- «підопічний - релігія».

Такі механізми реалізуються в концертній діяльності, екскурсіях, громадській роботі. За умови взаємопроникнення цих моделей підвищується ефективність соціальної реабілітації та адаптації. В результаті підопічний відчуває себе частиною суспільства, а не відірваною одиницею, про яку всі забули [13].

Як вже зазначалось, фізичний і психічний стан є головним чинником, що впливає на можливості участі підопічного у культурно-дозвіллевій діяльності. На нашу думку, навряд чи є реальна потреба у «складній» діагностиці підопічного щодо здатності до культурно-дозвіллевої діяльності (на відміну від працетерапії), тому доцільно застосовувати узагальнений підхід до оцінки стану підопічного. Всіх підопічних, які постійно проживають в інтернатній установі, виходячи з критерію рівня їх соціальної активності, можна умовно розділити на три групи:

- низький рівень - передбачає навчання підопічного самостійному прийому їжі, гігієнічних навичок, навичок з самообслуговування. З даним контингентом доцільно проводити нескладні заняття з музики, фізичної культури, образотворчої діяльності, займатися ліпленням тощо. Дозвілля проводиться з метою розвитку сприйняття, уяви, моторики і запобігання деградації наявних навичок.

- середній рівень - передбачає проведення системи культурно-дозвіллевих заходів, спрямованих на активацію наявних і вироблення нових соціально-побутових навичок і дозвіллевих установок. Для реалізації даної системи заходів підопічні залучаються до різних гуртків: бісероплетіння, вишивка, спортивні секції, танцювальний, театральний тощо. При цьому фахівці ставлять такі цілі: збереження і обов'язкове застосування санітарно-гігієнічних навичок і навичок самообслуговування, вироблення дозвіллевих установок і засвоєння елементарних операцій, соціальна адаптація в умовах інтернатної установи.

- високий рівень соціальної активності - дозволяє виробляти культурно-побутові навички і знання в необхідному обсязі. Основними завданнями реабілітаційної роботи з даною групою є: розширення уявлень про навколишній світ, розвиток комунікативних навичок, орієнтування в сферах суспільного життя, формування естетичних потреб.

Для правильної організації культурно-дозвіллевої діяльності підопічного необхідно дотримуватись наступних кроків:

1. З'ясувати інтереси підопічного. Особі зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями потрібно допомогти

визначитися у виборі форми дозвілля, так як іноді вона не має можливості самотужки розібратися в цьому питанні. Не виключено, що в силу свого стану підопічні мають лише обмежені уявлення про форми проведення дозвілля, їх доступність. Перш ніж пропонувати підопічному будь-які заходи, слід уважно вивчити його інтереси, показати йому варіанти можливих форм дозвілля.

2. Розширити уявлення про дозвілля підопічного, ділячись з ним досвідом і обговорюючи його проблеми.

3. Не порушувати інтереси підопічного.

4. Оцінити минулі і теперішні інтереси і схильності підопічного.

5. Визначити основні особливості дозвілля, обраного підопічним.

6. Визначити способи модифікації і адаптації підопічного, щоб полегшити його участь в проведенні дозвілля.

Окремим питанням є організація досліджень культурно-дозвіллевих потреб підопічних. Говорячи про виявлення інтересів і потреб підопічних з метою організації культурно-дозвіллевої діяльності відповідно до запитів особистості, доцільно в рамках конкретної інтернатної установи провести пілотне дослідження, а потім періодичні дослідження - як для виявлення динаміки змін, так і для оцінки результатів культурно-дозвіллевої діяльності.

Співробітники установи можуть проводити опитування, тестування, анкетування, які допоможуть визначити як потреби і можливості підопічних, так і види пріоритетних культурно-дозвіллевих заходів, їх тривалість, скласти усереднений соціальний портрет підопічних установи, проаналізувати вже наявну структуру та інтенсивність дозвіллевих послуг – і вже на основі одержаних даних можна спланувати оптимальну для конкретної установи культурно-дозвіллеву діяльність.

В якості первинного інструментарію (який, зрозуміло, може бути доповнений питаннями та варіантами відповідей в залежності від конкретних дослідницьких завдань) можна запропонувати представлений в таблиці 2.3 орієнтовний перелік питань щодо виявлення культурно-дозвіллевих інтересів та потреб підопічних інтернатної установи.

Таблиця 2.3

Орієнтовний перелік питань для виявлення культурно-дозвіллевих інтересів та потреб підопічних інтернатної установи

Чи можете Ви сказати, що почуваетесь у закладі досить комфортно, безпечно та гарантовано?	<ul style="list-style-type: none"> • -однозначно так • -скоріше так, ніж ні • -скоріше ні, ніж так • -однозначно ні
Якою мірою Ви задоволені проведенням дозвілля в закладі?	<ul style="list-style-type: none"> • -повністю задоволений • -скоріше задоволений • -скоріше не задоволений • -зовсім не задоволений
Яким формам дозвілля Ви надаєте перевагу?	<ul style="list-style-type: none"> • -перегляд телевізійних передач • -читання книжок, газет, журналів • -спілкування з іншими підопічними • -настольні ігри • -участь в репетиціях, виступах • -заняття фізкультурою • -відвідування кіносенансів • -танці • -колекціонування • -ігри, вікторини • -колективні зустрічі • -музика • -екскурсії • -прикладні види творчості • -концерти, лекції, бесіди • -фотографування • -образотворче мистецтво • -квіткарство, городництво
Які колективні форми дозвілля користуються найбільшою популярністю серед підопічних закладу?	<ul style="list-style-type: none"> • -лекції • -концерти • -зустрічі з цікавими людьми • -вечори відпочинку • -виставки • -екскурсії та прогулянки • -конкурси, ігри
Чи є Ви членом будь-якого дозвіллевого об'єднання у Вашому закладі - гуртка, клубу, колективу самодіяльності?	<ul style="list-style-type: none"> • -так • -ні, але маю бажання • -ні, навіть не маю бажання
Які мотиви Вашої участі у дозвіллевому об'єднанні?	<ul style="list-style-type: none"> • -просто наповнити вільний час • -розширити коло спілкування • -одержати новий обсяг інформації • -прагнення до самореалізації

Продовження таблиці 2.3

Чи достаньо Вам вільного часу для реалізації своїх талантів, інтересів, захоплень?	<ul style="list-style-type: none"> • -цілком достатньо • -переважно вистачає • -ні, не достаньо
В чому Ви вбачаєте перешкоди у проведенні активного дозвілля?	<ul style="list-style-type: none"> • -відсутність особистого бажання займатися цим • -стан здоров'я на даний момент • -відсутність елементарних умов • -проявляти творчу активність вже запізно
Які події, що мають місце в країні та світі, Вас цікавлять найбільше?	<ul style="list-style-type: none"> • -політика • -культура • -економіка • -спорт • -мистецтво
Що, на Вашу думку, впливає на успіх в організації культурно-дозвілєвої діяльності в закладі?	<ul style="list-style-type: none"> • -активна підтримка адміністрації • -рівень матеріальної бази • -особистісні характеристики співробітника, який відповідає за культурно-дозвілєве обслуговування • -вибір форм дозвілля • -високий рівень культурно-дозвілєвого заходу
В чому виявляється Ваша особиста участь в культурно-дозвілєвій діяльності закладу?	<ul style="list-style-type: none"> • -беру активну участь в усіх заходах • -займаюсь лише тим, що мені цікаво • -не виконую ніяких обов'язків
Чим приваблює Вас особиста участь в організації дозвілля?	<ul style="list-style-type: none"> • -отримую задоволення • -відчуваю, що потрібний людям • -підвищує культурний рівень • -розширює світогляд • -можливістю проявити здібності • -оволодіння новими навичками, знаннями
Чи доцільно, на Вашу думку, мати у закладі додаткові об'єкти?	<ul style="list-style-type: none"> • -кафе • -власний музей • -спортивний майданчик • -земельна ділянка для городництва • -церква • -немає потреби

Відповідно до виявлених орієнтацій та очікувань підопічних інтернатної установи, можна виділити основні перспективні напрями культурно-дозвіллевої діяльності в конкретній установі, та на їх основі розробити типову модель дозвіллевих програм, яка викликає позитивну реакцію у переважної більшості підопічних.

Саме така модель буде максимально ефективно сприяти процесам адаптації та реабілітації, адже передбачатиме освоєння кожним підопічним певного набору дозвіллевих умінь і навичок, які необхідні для розширення можливостей самостійної адаптації до прийнятного в інтернатній установі соціального обслуговування, ритму життєдіяльності і для щоденного проведення повноцінного дозвілля.

Таким чином, можна зробити висновки, що в інтернатних установах для осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями здійснюється цілий ряд заходів реабілітаційного значення: забезпечується медичне обслуговування, побутовий догляд, організовується дозвілля тощо. Тут проводиться робота з соціальної адаптації підопічних до нових умов, вивчаються особливості характеру, звичок, інтересів підопічних, їх потреби і побажання в організації дозвілля. Все це має важливе значення для створення нормального морально-психологічного клімату, особливо при розселенні людей на постійне місце проживання і запобігання можливих конфліктних ситуацій.

Найважливішим аспектом організації життя підопічних в інтернатних установах є залучення їх до культурно-дозвіллевої діяльності, яка здійснюється на добровільних засадах з урахуванням стану здоров'я, інтересів, бажань підопічного.

Культурно-дозвіллева діяльність як захід соціальної послуги соціальної адаптації в умовах інтернатної установи розглядається як система послідовних дій в процесі виконання завдання, досягнення конкретного результату. Доцільно, щоб всі пропоновані культурно-дозвіллеві заходи щодо

вдосконалення соціальної адаптації підопічних мали періодичний характер, були комплексно сплановані в кожній установі і вкладалися в певну систему.

Чинниками, що зумовлюють результативність реабілітації підопічних інтернатних установ, і які в кінцевому рахунку позначаються на стані адаптації або дезадаптації підопічних, визначено:

1. У числі перших - дефіцит доінтернатної інформації і відсутність психологічної «готовності» до зміни життєвого стереотипу, необхідність вживання в інші умови «соціального ізоляту», гуртожитку з регламентованим режимом, небажаним оточенням (ослаблені, нерухомі, безпорадні хворі), а також індивідуально-психологічні особливості.

2. У другій групі, тобто в групі причин, що сприяють фіксації і пролонгації дезадаптації в інтернатній установі, найбільш значущим є госпіталізм. Він складається з обстановки соціальної депривації, обмежених можливостей активності підопічних, ситуаційного усунення від вирішення життєво-важливих проблем, явищ гіперопіки і залежності від оточуючих. До цієї ж групи чинників відноситься і негативний середовищний вплив: психологічна несумісність, обмеженість життєвого простору, побутового комфорту, формальне ставлення персоналу, низький рівень медичного і побутового обслуговування. Пролонгації дезадаптації сприяє також і психологічно усвідомлена неминучість, невідворотність, приреченість на тривале проживання в одноманітних умовах.

Вважаємо за доцільне звернути увагу на досить дискусійний момент, що іноді, за певних обставин, відновлення втрачених соціальних навичок засобами дозвілля можливо тільки в умовах посилено рекомендаційного, наполегливого і умовно примусового способу дій фахівців інтернатної установи.

У процесі дослідження вдалося сформулювати ряд основних підходів до організації культурно-дозвілєвої діяльності в умовах інтернатної установи, які засновані на наступних принципах:

- рівність всіх проживаючих в сфері надання дозвілєвих умов і послуг;

- диференційований підхід до кожного підопічного з урахуванням потреб та інтересів;
- вжиття заходів на колективному та індивідуальному рівнях;
- надання базових культурно-дозвіллевих послуг для збереження тону життя;
- максимальна інтеграція в соціум через організацію культурно-дозвіллевої діяльності;
- врахування регіональних, національних, релігійних, професійних особливостей в організації дозвілля підопічних.

Ефективність культурно-дозвіллевої діяльності як цілісної системи в значній мірі залежить від таких чинників, як фінансова та матеріальна база інтернатної установи, модель організації в ній вільного часу, її кадровий, морально-психологічний, інформаційно-методичний та соціально-демографічний ресурси. Успіху в організації культурно-дозвіллевої діяльності в інтернатних установах сприяють підтримка адміністрації, активність самих підопічних та узгодженість роботи підрозділів установи.

Культурно-дозвіллева діяльність з підопічними інтернатних установ має будуватися з урахуванням систематичного вивчення інтересів і потреб підопічних, організації дозвіллевих послуг відповідно до їх запитів, безпосередньої роботи з ініціативними групами та представниками громади, координації та співпраці установи з іншими суб'єктами суспільного життя, налагодження зв'язків із засобами масової інформації.

Головними аспектами успішної реалізації дозвіллевих заходів є: види дозвіллевої діяльності, що орієнтуються на творчу активність особистості; спортивна і фізкультурно-оздоровча діяльність; створення «хобі-груп» на основі єдності художніх, естетичних, релігійних, літературних та інших інтересів; задоволення потреб у людському спілкуванні.

Можна зробити висновок, що до тих пір, поки культурно-дозвіллеві заходи зберігають орієнтацію на споживацтво, на огорожу підопічних від повсякденних соціальних навантажень і турбот, на чисте розважальництво,

неможливо домогтися значного прогресу в досягненні дійсної, а не умовної реабілітації підопічних інтернатних установ.

2.3. Аналіз практики організації культурно-дозвілєвої діяльності в інтернатних установах

У процесі нормальної життєдіяльності людина зайнята різноманітними повсякденними справами: професійною діяльністю, освітою, домашніми справами, спілкуванням з людьми, сном, відпочинком, дозвіллям.

Дозвілля передбачає такий рід занять, які дають людині відчуття задоволення, піднесеного настрою і радості. Люди проводять дозвілля для того, щоб розслабитися, зняти стрес, відчувати фізичне і психологічне задоволення, розділити свої інтереси з друзями і близькими, зав'язати суспільні контакти і отримати можливість самовираження або творчої діяльності [14].

Особи зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями, які проживають в інтернатних установах, переважно позбавлені майже всього. Культурно-дозвілєва діяльність в психоневрологічних інтернатах розвинена дуже слабо, хоча деякі в цьому напрямку вирізняються в кращий бік. Найчастіше підопічні проводять час гуляючи коридорами або у дворі, чи біля телевізора. Соціальний працівник інтернату займається виготовленням виробів та іншими розвиваючими заняттями лише з малою частиною підопічних. І навіть для них в інтернатах не завжди вистачає матеріалів для виробів - бісеру, тканини, дроту та іншого.

Деякі підопічні беруть участь в заняттях спортом і навіть в змаганнях між інтернатами. Але в цілому для більшості заняття фізкультурою і лікувальною фізкультурою проводяться вкрай рідко. Часто не вистачає м'ячів, тенісних ракеток і кульок, спортивної форми. Не скрізь є нормальні спортивні майданчики - турніки, бруси, ворота, баскетбольні щити. Кімната, в якій встановлені тренажери, в деяких інтернатах відкривається тільки під час приїзду комісій. Проведення змагань гальмується браком коштів на

паливо для перевезення підопічних. Найгірший стан справ з дозвіллям у прикутих до ліжка підопічних.

Волонтерські групи відвідують інтернати не часто. Концерти проходять зрідка, і їх відвідують далеко не всі підопічні. Виїзди за межі інтернату для підопічних обмежені через відсутність своїх автобусів, брак палива і відсутність бюджету на поїздки, в результаті багато підопічних роками не покидають інтернат [15].

Для аналізу практики організації культурно-дозвілєвої діяльності осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями в інтернатних установах системи соціального захисту населення було обрано декілька інтернатів України та Росії, також описано досвід деяких зарубіжних країн.

Україна. Наприклад, в *Погонянському психоневрологічному інтернаті* функціонують такі творчі гуртки як: декоративне вишивання бісером, нитками, плетіння. Приділяється велика увага і культурному відпочинку підопічних. З цією метою проводиться організація, підготовка та проведення заходів структурованого дозвілля. Таке дозвілля сприяє розвитку творчого потенціалу, навичок спілкування. Вперше серед інтернатів Івано-Франківської області у жовтні 2009 року у Погонянському психоневрологічному інтернаті був створений ансамбль «Погонянка», який у святкові дні виступає у стінах рідного закладу, а також виїжджає на гастролі з концертною програмою до інших інтернатів системи соціального захисту області. Перше гастрольне турне ансамблю відбулося навесні 2010 року до Івано-Франківського геріатричного пансіонату. 10 липня 2013 р. з новою концертною програмою ансамбль «Погонянка» побував у Коршівському геріатричному пансіонаті.

Також організовуються поїздки до культурно-історичних та релігійних куточків України. 2011 року поїздка до м. Коломия у Музей писанкового розпису. 15 серпня 2013 року підопічні інтернату відвідали Манявський скит,

були на богослужінні у храмі. Для них була організована цікава екскурсія до Блаженного каменю.

У зв'язку з розширенням напрямів роботи щодо організації фізичної та фізкультурно-спортивної реабілітації підопічних в інтернаті у період з вересня по грудень 2011 року було проведено I і II етап спортивних змагань. II етап змагань відбувся 6 грудня 2011 року у закладі між командами Погонянського психоневрологічного інтернату та Івано-Франківського геріатричного пансіонату.

З метою урізноманітнення умов життя підопічних в 2015 році була відкрита бібліотека за допомогою небайдужих громадян. В інтернаті створені умови для особистісного росту та творчої самореалізації підопічних. Культурне життя інтернату відображається на створеному у вересні 2013 року стенді «Наше дозвілля», де розміщена інформація про творчі здобутки, привітання з днем народження [16].

Делятинський психоневрологічний інтернат приділяє багато уваги організації культурного дозвілля своїх підопічних. Організуються концерти, виставки, екскурсії, прогулянки разом із супровідною особою, лекції на різні тематики («Шкідливі звички та їх наслідки», «Ліквідація стихійного лиха»), святкування державних («8 березня», «День матері», «День святого Валентина» та інші), народних та релігійних свят, під час яких вшановуються підопічні, які своєю посильною працею прагнуть зробити життя в інтернаті кращим. В інтернаті зі своїми концертними номерами приїжджають музичні та фольклорні колективи, а також підопічні з інших інтернатів.

У 2013 році був створений вокальний ансамбль із 12 підопічних – «Зозулята», який є учасником святкових концертів, як в своєму закладі, так і в інших. На жаль, заклад не має окремого приміщення для проведення культурно-дозвільних та фізкультурно-спортивних заходів, але це не заважає підопічним інтернату творити різні витвори з паперу, бісеру та інших матеріалів [17].

У *Вороновицькому психоневрологічному інтернаті* на поверхах обладнані затишні холи, постійно діє бібліотека, кімната для занять музикою, творча майстерня, де підопічні мають можливість з користю для себе проводити свій вільний час за читанням періодичних видань та книг, прослуховуванням радіо, переглядом телепередач та кінофільмів у спеціально обладнаному кінозалі, заняттям музикою та розвитком творчих здібностей (власноручне виготовлення виробів декоративно-прикладного мистецтва), настільними іграми (шашки, шахи). На території установи обладнані місця для відпочинку: яскраві квітники, яблуневий сад, доріжки для прогулянок. Постійно ведеться робота щодо благоустрою території інтернату.

Неодноразово мешканці закладу відвідували інші подібні за профілем заклади з концертними програмами.

В інтернаті проводиться соціокультурна реабілітація підопічних, а саме: музикотерапія, перегляд ТБ, гуртки художньої самодіяльності, гурток декоративно-прикладного мистецтва, літературно-художній гурток, концерти вокалістів підопічних інтернату, заняття квілінгом та фізкультурно-оздоровча реабілітація: щоденна ранкова гігієнічна гімнастика, секція з настільних ігор (шашки, шахи, дартс, доміно), рухливі ігри на свіжому повітрі (теніс, волейбол) [18].

В *Жмеринському психоневрологічному будинку-інтернаті* працює культпрацівник, який проводить різні заняття з підопічними (вишивання, макраме, в'язання, літературні вечори тощо). Підопічні з великим задоволенням беруть участь у різноманітних змаганнях, як спортивних (легка атлетика, футбол, шахи, шашки), так і культурного характеру. Крім цього, вони намагаються постійно бути у колективі та брати активну участь у громадському житті, з радістю чекають на приїзд артистів, представників християнських спільнот, громадських організацій [19].

У *Свеському психоневрологічному інтернаті* підопічним у період ремісії дозволяється ходити в церкву, магазин, або просто прогулятися вулицями селища в супроводі персоналу.

З підопічними проводяться години спілкування, тренінги, тематичні вечори, читання віршів, виховні години, бесіди, концерти за участю художньої самодіяльності підопічних та працівників інтернату, проводяться театральні вистави лялькового театру та виставки робіт підопічних, організовуються урочисті привітання в День народження підопічних. Відвідуються гуртки за інтересами: вишивання, в'язання, малювання, ліплення і аплікації. Облаштовано навчальну кімнату для занять, актовий зал, бібліотеку, яка налічує 1926 книжок та періодичні видання з різних тематик, є музей старовинних речей [20].

У житлових приміщеннях *Преславського психоневрологічного інтернату* проживають спільно і чоловіки, і жінки, створюючи справжні родини. Кімнати не схожі на лікарняні палати, а нагадують справжню затишну квартиру, облаштовані всім необхідним для комфортного перебування. У вітальні встановлені зручні м'які меблі, де можна подивитися телевізор, почитати пресу або просто поспілкуватися з сусідами.

Організовано гуртки за інтересами, де підопічні майструють вироби, вчать шити і вишивати. На території установи, яка потопає в зелені, встановлено фонтан. У літню пору року підопічні часто відвідують пляж, купаються і приймають сонячні ванни[21].

Російська Федерація. Підопічні *Магнітогорського психоневрологічного інтернату* виїжджають на відпочинок до озер Солоне, Лазневе, в будинок відпочинку «Абзаково», відвідують зоопарк. Великою популярністю користується катання на роликівих ковзанах, велосипедах, скутерах. Проводяться заняття в тренажерних залах інтернату. Щомісяця відзначаються Дні народження підопічних з чаюванням, концертами та подарунками. Влітку вони відбуваються на відкритому повітрі. Щомісячно відвідують цирк, музей, спортивні арени, кафе.

Цікаво і різноманітно проходять і календарні свята: Масляна, 23 лютого, 8 березня, День Перемоги, Новий рік та інші державні та релігійні свята.

В інтернаті постійно використовуються нові форми дозвіллевих заходів, спортивних змагань і свят, наприклад:

- п'ятиденний туристичний фестиваль «Веселка Уралу»;
- тематичний бал-маскарад «Хеллоуїн»;
- свято спорту «Естафета параолімпійського вогню»;
- театралізоване відкриття Новорічного містечка;
- змагання «Хокей на валянках»;
- всеросійські лижні змагання «Лижня Росії».

Підопічні інтернату є постійними учасниками та переможцями обласних заходів Міністерства соціальних відносин Челябінської області:

- обласна весняна Спартакіада;
- обласний конкурс декоративно-прикладної творчості «Майстер»;
- обласний конкурс художньої самодіяльності «Сузір'я».

В інтернаті діє студія художньо-прикладної творчості, в якій підопічні займаються бісероплетінням, вишивкою, флористикою, працюють в різних техніках, а також беруть участь у влаштуванні інтер'єру інтернату [22].

В *Орехово-Зуєвському психоневрологічному інтернаті* ведеться величезна реабілітаційна робота, основною метою якої є духовний, культурний, моральний, психологічний розвиток підопічних. Щомісяця проводяться святкування Днів народжень, групові виходи в місто з метою успішної соціалізації і адаптації у суспільстві. Функціонує бібліотека з великим книжковим фондом, відеокасетами, журналами та газетами, які щодня вивіщуються на стенд і доставляються до корпусів. У зв'язку з відсутністю у багатьох підопічних навичок читання, для них проводяться масові читання творів в холах корпусів. Щотижня проводяться перегляди відеокасет з улюбленими фільмами [23].

З ідеєю про пропаганду здорового способу життя була створена футбольна команда «Фаворит», у якої вже є своя історія: за два роки вона взяла участь в 11 товариських матчах з міні-футболу, в шести з яких стала переможцем. Все це стало можливим за умови особистої зацікавленості,

любові до футболу, високої мотивації і прагнення до перемоги, заняття проходять без тренера. Футболісти прагнуть вести активний спосіб життя, і в супереч певним обмеженням працюють над собою. Інтернатом були придбані лижі, санки, залитий каток, побудована гірка, прокладена лижня, що дає можливість підопічним брати участь у зимових забавах. Також в інтернаті працює багато різноманітних гуртків:

- Гурток «АБВГДейка» - адаптація підопічних до навколишнього світу, а також навчання навичкам письма, читання та рахування, формування у підопічних культури поведінки;

- Гурток «Умілець» - розвиток і формування навичок роботи з такими матеріалами як глина, гіпс, м'який пластик, навчання різьблення по дереву;

- Гурток «Батік» - різноманітні способи ручного розпису тканини;

- Гурток «Крою та шиття » - розвиток і формування навичок роботи з тканиною, ножицями, голкою;

- «Танцювальний» гурток;

- «Літературний» гурток;

- Гурток «Умілі ручки»;

- Гурток «Мої слухняні іграшки»;

- Комп'ютерний гурток;

- Гурток малювання.

Досвід інтернату *МУ Талицький будинок-інтернат для громадян похилого віку та інвалідів* (Кирилівський район) в формуванні активного способу життя підопічних реалізується в лікувально-оздоровчій, психологічній та культурно-дозвілєвій напрямках діяльності. Талицький будинок-інтернат здійснює свою діяльність по формуванню активного способу життя за всіма зазначеними напрямками.

Лікувально-оздоровча діяльність включає в себе ранковий комплекс лікувальної фізкультури. Заняття лікувальною фізкультурою проходять під музику. Фітотерапія проводиться після сну: кожен день на полуденок пропонується фіточай з лікувальних трав, заготовлених самими підопічними.

В цей же час їм пропонується або перегляд телевізійних передач, або бесіда медика про здоровий спосіб життя, або читання і обговорення прочитаного з газет і журналів. Перед вечерею, хто бажає (під наглядом молодшої медичної сестри і за показаннями лікаря) можуть займатися на біговій доріжці і велотренажері. Будинок-інтернат розташований на околиці села, оточений лісами і полями. Щоденні прогулянки взимку та влітку. Є багато охочих збирати гриби, ягоди, робити заготовки на зиму.

Культурно-дозвіллева робота, яка здійснюється в будинку-інтернаті, дуже велика. Тут є бібліотека, виписуються газети і журнали, кінозал, відеомагнітофон. Проводяться виставки та конкурси, святкові концерти. Щорічно проводяться конкурси «А ну-ка, бабусі!» і гра «Поле Чудес». Проводяться святкування ювілеїв, а також державних свят.

Можна виділити наступні форми організації культурно-дозвіллевої роботи: урочистості, пов'язані з державними святами, святкові обіди, здійснення релігійних обрядів, перегляд кінофільмів, бесіди, вечори відпочинку, виставки, привітання ювілярів, концерти.

Формування активного способу життя підопічних здійснюється в установі засобами психологічної корекції, медичного супроводу та розвитку самодіяльної активності. Технології психологічної корекції включають індивідуальні та групові заняття, інтерактивні і релаксаційні форми, ігри-тренінги, етичні бесіди, вільні бесіди з обміну досвідом підтримування душевного здоров'я.

Тематика цих заходів відображає широке коло різноманітних інтересів підопічних:

- *свята* - День врожаю, День Перемоги, День захисника Вітчизни, Міжнародний жіночий день 8 березня, Тетянин день, Міжнародний день людей похилого віку, Дні іменинника, релігійні свята, Масляна, Новорічний і Різдвяний «вогники». Щорічно День врожаю відзначається в кінці жовтня – на початку листопада. Обов'язковими стають виставки овочів, вирощених на присадибній ділянці, заготовки на зиму. У концертній програмі на такому

вечорі беруть участь підопічні будинку-інтернату, персонал, соціальні працівники. Після концертної програми - чаювання з пирогами;

- *концерти* - «Ваші улюблені мелодії», «Романсу звук чарівний», «Пісні в солдатській шинелі», концерти ансамблю «Золотий вік»; виступ дітей з дитячого центру «Надія»;

- *вечори-посиденьки* - «Граї, гармонь, дзвени, частівка!». Багато з підопічних, які проживають в Талицькому інтернаті, самі вигадують коломийки та вірші;

- *літературно-музичні вечори* - «Есенінська Русь», «Листи з фронту»;

- *розважальні програми* - розучування пісень. Багато підопічних будинку-інтернату із задоволенням приходять на репетиції ансамблю ветеранів. З концертом виїжджав ансамбль в Топорненській будинок-інтернат (під м. Кирилів). Протягом року проводяться різноманітні вікторини та ігри.

Технологія художньо-творчої діяльності реалізується в роботі клубу «Рукодільниця»: навчання в'язанню, шиття м'якої іграшки, виготовлення різних виробів. Також проводяться виїзні екскурсії.

У 2002 році спільно з бібліотекою був створений клуб «Турбота». Членами цього клубу є підопічні Талицького будинку-інтернату. Таким чином, в процесі організації дозвілля реалізуються основні функції культурно-дозвіллевої діяльності: розвиваюча, просвітницька, культуро-творча, рекреативно-оздоровча [24].

Тулунській психоневрологічний інтернат активно займається розвитком творчого потенціалу підопічних, що обслуговуються в інтернаті. Забезпечується робота театральної, вокальної та хореографічної студій, текстильно-художнього і творчість-прикладних гуртків, кружка етики та естетики. Організовано роботу бібліотеки, фонд якої становить 756 книг, виписуються періодичні видання. Організовано вокальну групу «Романтики».

В інтересах культурно-дозвіллевої реабілітації проводяться культурно-масові заходи: конкурси, концерти, фестивалі, танцювально-розважальні

заходи, масові гуляння, туристичні виїзди на природу є невід'ємною частиною організації дозвілля підопічних. Неодноразово і з хорошим результатом підопічні інтернату беруть участь у виставках прикладного мистецтва, фестивалях народної творчості.

Протягом року неодноразово для підопічних організуються поїздки з метою ознайомлення з визначними пам'ятками міста і району. Це екскурсії на різні підприємства, в краєзнавчий та історико-художній музеї, в яких щомісяця влаштовується показ різних виставок.

Працює гурткова мережа: вокальний гурток та клуби за інтересами:

- *«Господарочка»* - прищеплюються навички господарсько-побутової діяльності. Навчають пришивати гудзики, штопати одяг, в'язати спицями та гачком, вишивати полотна нитками муліне, плести бісером;
- *«Кулінарія»* - навчити підопічних інтернату готувати нескладні страви, сервірувати стіл;
- *«Весела ниточка»* - в'язання, робота зі спицями та гачком;
- *«Веселі нотки», «Граї, гармонь!»* - заняття з вокалу, караоке;
- *«Самоделкін»* - виготовлення виробів з природного і штучного матеріалу, навчаються техніці орігамі, виготовляють вироби із солоного тіста;
- *Гурток танцю «Діско»* - вивчення танців різного жанру, підготовка номерів художньої самодіяльності;
- *«Квітникарство»* - благоустрій та озеленення житлових кімнат та території інтернату декоративними квітами. Підопічні вчать підготувати землю, вирощувати розсаду, правильно пікірувати її;
- *«Комп'ютерний геній»* - навчання основам комп'ютерної грамотності та навичкам роботи. Саме тут формується почуття прекрасного, розвивається мислення, моторика, координація рухів.

У вільний час підопічні із задоволенням відвідують читальний зал бібліотеки, малюють, грають в шахи, шашки, лото, нарди, настільний теніс, збирають пазли, мозаїку [25].

У **Нідерландах** реалізується унікальний проект - студенти з університету проживають на території будинку-інтернату для літніх, не платять ренту, але в обмін на безкоштовне проживання проводять не менше 30 годин на місяць з одним з мешканців будинку престарілих. Вони розмовляють з пенсіонерами, грають з ними в різні ігри, ходять з ними в торгові центри, або купують там щось особам похилого віку, які не можуть зробити це самостійно. Вечорами студенти готують для деяких осіб похилого віку вечерю, а також пропонують всім різні розваги в залежності від інтересів.

Так, наприклад, одного разу один зі студентів склав групу з осіб похилого віку, відвів їх в сад і роздав балончики з фарбою. Всі разом вони зайнялися розмальовуванням шматків картону - таким чином, вони дізналися, як робити графіті. Можливість не платити ренту за проживання, натомість допомагати літнім людям, студенти оцінюють як відмінну альтернативу, до того ж вони відмічають, що умови проживання в будинку для літніх набагато комфортніші, ніж в доступному для студента в плані аренди житлі.

Так звані «міжпоколінні» проекти розвиваються і в Європі, але там зазвичай це відбувається за межами самих будинків для осіб похилого віку, оскільки в них дійсно просто не вистачає місць для всіх охочих. У таких випадках хтось із осіб похилого віку здає в оренду кімнату у власному будинку або квартирі, або ж в рамках проекту спеціально будують будівлі для того, щоб розмістити там молодих людей з особами похилого віку. Студентам, які проживають в будинку для осіб похилого віку, дозволено запрошувати до себе друзів і навіть залишати їх на ночівлю. Зрозуміло, ніякої комендантської години та інших обмежень не має, поки студенти поведуться в рамках пристойності [26].

В **Сіетлі, штат Вашингтон (США)** відкрили унікальний будинок під одним дахом - дім для осіб похилого віку та дитячий садочок. Providence Mount St. Vincen вміщує 400 жителів, а також кілька десятків діточок, які

стали частиною програми Міжнародного Навчального Центру. П'ять днів на тиждень малюки приходять в гості до старшого покоління, щоб разом займатися музикою, мистецтвом, розповідати один одному історії і робити ще багато інших цікавих речей.

У дітей таким чином виявляється багато люблячих бабусь і дідусів, вони краще розуміють процес дорослішання і старіння, у них є приголомшлива можливість поспілкуватися зі старшим поколінням, навчитися у них різних речей, отримати море уваги з боку дорослих. А підопічні центру знову відчують свою потрібність, затребуваність, вони раді поділитися своїм досвідом і любов'ю, спілкування з дітьми приносить їм величезне задоволення, а також стимул не сумувати і радіти життю [27].

Таким чином, діяльність інтернатних установ потребує новаторських підходів і уваги з боку суспільства для того, щоб змінити сформовані за довгі роки стереотипи, змінити в свідомості пересічних громадян ставлення не тільки до питань надання допомоги, а й до людей, які страждають на стійкі фізичні, інтелектуальні та психічні порушення. Менше їх не стає, а особливості захворювань роблять їх більш уразливими і потребуючими сторонньої допомоги та догляду.

Традиційні форми організації культурно-дозвілєвої діяльності, оригінальністю не відрізняються. Творчі гуртки, студії, спортивні секції, ігрові кімнати, все це ми побачили на прикладі інтернатних установ.

В Україні більшість інтернатних установ розміщені в містах, інші знаходяться в областях і територіально віддалені від населених пунктів. Вести мову про організацію дозвілля в деяких установах просто неможливо - відсутність фінансування, матеріальної бази, інфраструктури, персоналу призводить до того, що більшість підопічних роками займається тільки тим, що споглядає стелю своєї кімнати, а в кращому випадку просиджує біля телевізора або прогулюються у дворі.

Проте останніми роками прослідковується тенденція до позитивних змін. Так, деякі інтернатні заклади намагаються власними силами чи за

допомогою волонтерів, та й просто небайдужих людей, покращити дозвілля своїх підопічних. Влаштовуються спортивні змагання між закладами, створюються пісенні ансамблі, які виступають як у себе на свята, так і в інших містах, організовуються виїзні екскурсії.

Найбільшою проблемою, як показав аналіз, є відсутність спеціалізованого співробітника з культурно-дозвіллевої діяльності, інколи цю функцію виконують самі співробітники закладу, не облаштованість спеціального приміщення, яке надасть змогу зібратися всім бажаним підопічним разом.

Для поліпшення дозвілля і відпочинку підопічних потрібно зробити наступне:

- поступово закуповувати економічний транспорт (автобуси, мікроавтобуси) в інтернати (можна - б/у);
- підвищити фінансування для проведення культурно-дозвіллевих заходів та екскурсій;
- використовувати пенсійні кошти з особистих рахунків на оплату путівок, екскурсій та дозвілля;
- підвищити витрати на закупівлю спортивної інвентарю і будівництво спортивних майданчиків;
- забезпечити постійну доступність спортивних та ігрових кімнат для підопічних;
- оздоровлювати підопічних 7-10 днів замість 21 дня, що дозволить оздоровити вдвічі більше число підопічних;
- розвивати умови для відпочинку в тих інтернатах, які знаходяться в курортних зонах;
- для деяких підопічних можна організувати дешеві наметові табори та туристичні походи;
- реалізувати прозорий механізм закупівлі путівок та вибору найкращих оздоровниць по відношенню ціна-якість.

Окремим пунктом вважаємо за доцільне винести питання відсутності інтернет-сайтів у більшості інтернатних установ України, проте навіть за їх наявності вони містять дуже малий обсяг інформації про діяльність установи.

Тому вимогою часу є активне проведення політики відкритості і доступності інтернатних установ, всі повинні мати інтернет-сайти, постійно здійснювати активне наповнення та модернізацію. Необхідно досліджувати нові методики в культурно-дозвілльєвій діяльності, проводити співпрацю та обмін із закордонними організаціями в навчанні спеціалістів в цій області.

Україна повинна зробити великий крок до відкритості, усвідомлення та прийняття осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями.

Список використаних джерел (до розділу 2)

1. Матафонова Т.Ю., Бронников В.А., Надымова М.С. Психологические аспекты инвалидности: материалы межрегиональной юбилейной научно-практической конференции [«XX Мерлиновские чтения»] (Пермь, 19-20 мая 2005 г.) / Т.Ю. Матрафанова, В.А. Бронников, М.С. Надымова. – Пермь: 2005. – 276 с.

2. Реабилитация инвалидов с нарушенными функциями опоры и движения / Л.В. Сытина, Г.К. Золоева, Е.М. Васильченко. - Новосибирск, 2003. – 384 с.

3. Стрельцов Ю.А. Культурология досуга: учебное пособие./ Ю.А. Стрельцов. - Изд. 2-е. - М.: МГУКИ, 2003. - 296 с.

4. Жарков А.Д. Теория и технология культурно-досуговой деятельности: учебник для студентов вузов культуры и искусств / А.Д. Жарков. - М.: Издательский Дом МГУКИ, 2007. - 480 с.

5. Петрова І.В. Дозвілля в зарубіжних країнах: навч. посіб. / І.В. Петрова. - К.: Кондор, 2005. - 408 с.

6. Fabrigoule C., Letenneur L., Dartigues JF. Et al. Social and leisure activities and risk of dementia: A prospective longitudinal study // *Geriatrics*. - September, 1995. - Vol. 50 Issue 9.

7. Wilhite B., Hoge Y., Heller M. I. Living the good life // *Parks and Recreation*. - Arlington. - 1992. - № 3.

8. Соціальний захист населення України (2015) [Електронний ресурс]: стат. зб. / Державна служба статистики України. - Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

9. Социально-психологическая адаптация лиц старших возрастов в начальный период пребывания в домах-интернатах: методические рекомендации / Сост. Я. Ф. Дементьева, Е. Ю. Шаталова. - М.: ЦИЭТИН, 1992.

10. Поляничко В.В. Социальная адаптация пожилых людей в стационарных учреждениях социального обслуживания (Социологический аспект): диссертация ... кандидата социологических наук : 22.00.04.- Москва, 2002.- 127 с.: ил. РГБ ОД, 61 03-22/189-9

11. Петросян Владимир Аршакович. Социальная реабилитация инвалидов в стационарных учреждениях социального обслуживания (Социологический аспект) : Дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04 : Москва, 2004 147 с. РГБ ОД, 61:05-22/154

12. Дементьева Н.Ф., Шкурко М.А. Психические нарушения в старости и их роль в адаптации пожилых людей в новых условиях / Н.Ф. Дементьева, М.А. Шкурко // *Клиническая геронтология*. – 1998. - №3. - С. 52-57.

13. Краснова О.В. Практикум по работе с пожилыми людьми: опыт России и Великобритании / О.В. Краснова. - М.: Принтер, 2001 - 231с.

14. Технологии досуга пожилых людей [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.sociologysoul.ru/tpts-617-1.html>

15. Проблемы психоневрологических интернатов и способы их решения [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://helpus.org.ua/show_article.php?a_id=520385

16. Погонянський психоневрологічний інтернат. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://pohonia.webnode.ru>
17. Делятинський психоневрологічний інтернат. Творча діяльність. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://delyatinskij-pni.webnode.ru/tvorcha-diyalnist/>
18. Вороновицький психоневрологічний інтернат. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.socinform.vn.ua/struktura/internatni-zakladi/item/233-voronovytskyi-psykhonevrolohichni-internat>
19. Жмеринський психоневрологічний будинок – інтернат. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dom-internat.ucoz.ua/index/0-2>
20. Свеський психоневрологічний інтернат. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://svesainternat.pp.ua/history>
21. Преславський психоневрологічний інтернат. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://noalone.ru/pansionaty/ukraine/zaporozhe/gos/preslavskiy-psykhonevrologicheskij/>
22. Магнітогорський психоневрологічний інтернат. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://xn--h1ahdh.xn--plai/index>
23. Орехово - Зуєвський психоневрологічний інтернат. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ozpni.com/socialnaya-reabilitaciya>
24. Организация досуга пожилых людей в стационарных учреждениях малой вместимости. - Тотемский педагогический колледж, Т. 2008 - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://mirznanii.com/info/organizatsiya-dosuga-pozhilykh-lyudey-v-statsionarnykh-uchrezhdeniyakh-maloy-vmestimosti_213259
25. Тулунський психоневрологічний інтернат. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://internat-tulun.ru/> разнообразные-формы-работы-по-реализ/
26. Отрощенко Е. Студенты Нидерландов бесплатно живут в домах престарелых. - [Електронний ресурс] – Режим доступу:

<https://www.miloserdie.ru/article/studenty-niderlandov-besplatno-zhivut-v-domah-prestarelyh-2/>

27. Великолепная идея нашла свое воплощение: под одной крышей находится дом для престарелых и детский сад. - [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.kulturologia.ru/blogs/270615/25057/>

ВИСНОВКИ

Особи зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями, як одна з найбільш вразливих у соціальному плані груп суспільства, за визначенням потребують особливої турботи держави, а саме - особливої діяльності спеціальних організацій і установ, які б забезпечували їх соціальний захист.

Інтернатна установа є тим соціальним середовищем, в якій підопічні живуть довгі роки. Багаторічний вплив такої середовищної ситуації негативно позначається на життєдіяльності людей, що проживають в цих установах. Вони стають малоініціативними, сліпо підкоряються загальному режиму установи, у них виникають риси, які нівелюють особистісні властивості, що характеризують обмеження їх інтересів і бажань. Їх спілкування обмежується, як правило, сусідами по кімнаті і обслуговуючим персоналом даної установи. Фіксовані переживання, пов'язані з почуттям неблагополуччя, занепад сил, тривога, викликана станом інвалідності, похилим віком, стають основним змістом їх свідомості.

Тому одним з важливих напрямів в діяльності інтернатних установ визначено формування в них простору соціальної адаптації та реабілітації.

В основу організації реабілітаційних заходів в інтернатних установах соціального обслуговування покладені теоретичні положення, які розглядають реабілітацію як багатогранне поняття. Суть його в тому, що реабілітація розцінюється і як процес впливу на підопічного, і як система заходів, і як результат.

Розуміння соціальної реабілітації пройшло свій досить змістовний шлях розвитку. На початковому етапі розглядався суто медичний підхід: Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вважала, що сутність реабілітації полягає в тому, щоб не тільки повернути хворого до його попереднього стану, а й розвивати його фізичні та психологічні функції до оптимального рівня. Далі починається перехід від медичного підходу до соціально-психологічної моделі, в рамках якої реабілітація розглядається не

тільки як відновлення функцій працездатності, але і як відновлення всіх соціальних здібностей особи.

Соціальна реабілітація включає в себе соціальну адаптацію, і щодо осіб, які проживають в інтернатних установах, соціальна адаптація передбачає відновлення (формування) соціальних і трудових (професійних) навичок, комунікативних здібностей, досягнення можливості орієнтуватися в оточуючому середовищі, приймати рішення, здатності організувати свій побут, тобто всього того, що об'єднується поняттям «здатність до самостійного життя» в умовах відкритого суспільства.

З урахуванням особливостей контингенту осіб, які перебувають в інтернатних установах соціального обслуговування (розумово відсталі, інваліди внаслідок іншої психічної патології, особи похилого віку), розгляд теоретичних аспектів реабілітації стикається з проблемою адаптації.

У теоретичному і методологічному плані поняття «адаптація» і «реабілітація» мають подібні і відмінні риси. Адаптацію та реабілітацію можна розглядати як співвідношення частини і цілого, способу і кінцевого результату. Цілком очевидно, що без надійного адаптаційного апарату (фізіологічного, психологічного, біологічного тощо) неможлива повноцінна реабілітація хворого. В цьому випадку адаптація служить лише засобом і як би «поглинається» реабілітацією. З позиції ставлення до «дефекту» в процесі реабілітації компенсаторний механізм використовується для подолання дефекту, а в процесі адаптації - для пристосування до нього.

Разом з тим адаптація і реабілітація можуть зближуватися і розцінюватися як динамічне утворення, як процес, спрямований в кожному випадку на певний конкретний результат (пристосування до нових умов або повернення до колишнього статусу в медичному, психологічному і соціальному плані).

В ході дослідження також визначено, що реабілітація, соціальна адаптація та формування незалежного способу життя підопічних інтернатних установ в значній мірі залежить від участі в ньому різних фахівців - медиків,

психологів, педагогів, дефектологів, соціальних педагогів, фахівців з дозвіллевої діяльності тощо. У цьому процесі необхідна взаємодія вчених і практиків, державних і недержавних установ, широких верств громадськості, засобів масової інформації.

Законодавством визначено, що основним завданням інтернатної установи є забезпечення належних умов постійного проживання осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними вадами та психічними порушеннями, які потребують стороннього догляду і допомоги, побутового і медичного обслуговування. Тобто максимально на що націлена адміністрація закладу, це – створити комфортні умови проживання: забезпечити харчуванням, медикаментами, засобами гігієни, належним побутом. Хоча, на жаль, і ці питання сьогодні в багатьох інтернатах залишаються не вирішеними. Але головними недоліками інтернатної системи є повна ізоляція підопічних від суспільства, бездіяльність, замкнутість, брак спілкування.

Тому проблема дозвілля в інтернатних установах – це не просто бажання розважити, чимось зайняти людей, які там живуть, а перш за все можливість хоч якось вдовольнити їхні соціальні, культурні потреби, дати їм шанс відчувати себе задоволеними. Адже стан фізичного і психічного здоров'я залежить не тільки від медичної допомоги, обстановки, обслуговування, але і від культурн-дозвіллевих заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я, підняття морального духу.

В контексті дослідження визначення поняття дозвілля полягає в тому, що це відповідна політика держави щодо забезпечення прав і гарантій в області рівня життя, задоволення різноманітних потреб підопічних інтернатних установ, яка має втілюватися в наступному:

- розробка та реалізація соціальних, рекреаційних, культурно-дозвіллевих програм;
- формування відповідних соціально-культурних інститутів для дозвіллевого обслуговування;

- підготовка спеціалістів дозвіллевої сфери для роботи з особами зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями.

До завдань культурно-дозвіллевої діяльності як заходу соціальної послуги соціальної адаптації входить:

- нейтралізація і усунення причин ізольованості підопічних в культурно-дозвілєвій сфері;

- залучення підопічних до культурно-дозвіллевої діяльності, надання їм конкретної допомоги відповідно до їх можливостей та інтересів;

- підтримка підопічного в області дозвілля з урахуванням етнічних, вікових, конфесійних та інших чинників.

При проведенні культурно-дозвілєвих заходів з підопічними необхідно створити доступне, безбар'єрне середовище. Використання спеціальних технічних засобів, пристосувань, приладів, що полегшують орієнтацію, мобільність, спілкування, передачу інформації, є важливою вимогою до організації культурно-дозвіллевої діяльності. При організації дозвілля слід враховувати фізичний і емоційний стан підопічного, а також стан його зору, слуху, мобільності. Знаючи про зниження дієздатності підопічних, необхідно регламентувати тривалість заходів, кількість пауз і перерв для розминок з урахуванням їх фізичних, когнітивних і психоемоційних можливостей.

Однак для реалізації заходів щодо вдосконалення роботи у всіх вищезазначених напрямках необхідним є виконання державою, як мінімум, двох умов: по-перше, забезпечити соціальну сферу високоосвіченими фахівцями, які могли б ефективно налагодити роботу в усіх напрямках і розробити нові; по-друге, забезпечити стабільний і досить високий рівень фінансування соціальної сфери, оскільки на залучення висококласних фахівців до роботи в цій галузі при мізерній заробітній платі навряд чи доводиться розраховувати. Крім цього, звичайно, необхідно збільшити і розміри пенсій, виплат, соціальної допомоги до рівня, який би реально відповідав задоволенню потреб тієї чи іншої категорії осіб. Також необхідно

(хоча в наявних економічних умовах поки не реалізуємо), щоб розміри всіх цих виплат в грошовому вираженні як мінімум щоквартально індексувалися відповідно інфляційним процесам.

Отже, система дозвілля для підопічних інтернатних установ в нашій країні на даний час ще знаходиться в стадії становлення, в перспективі – хоч і повільно, але неухильно перетворити її в якісно нову самостійну, багатoproфільну галузь, поступово наближаючи за якістю та ефективністю до стандартів європейських та інших економічно розвинених країн.

Аналіз зарубіжного досвіду показав, що організація культурно-дозвілдової діяльності осіб похилого віку та інвалідів у зарубіжних країнах характеризується як загальними, так і специфічними ознаками, що пояснюється традиціями та звичаями кожного народу, історією конкретної країни, рівнем економічного розвитку, проблемами соціально-культурної сфери на сучасному етапі. Спільні ознаки дозвілдової роботи з особами похилого віку та інвалідами у зарубіжних країнах полягають у:

- розкритті потенційних резервних здібностей осіб похилого віку та інвалідів;

- збереженні та накопиченні практичного досвіду, набутого літніми людьми;

- функціонуванні соціально-культурних установ для задоволення потреб людини похилого віку та інвалідів як особливої соціальної групи населення, створення умов для подальшого розвитку та підтримки особистісних можливостей;

- створенні інфраструктури дозвілля для надання культурно-дозвіллових послуг з урахуванням пріоритетних потреб та можливостей осіб похилого віку та інвалідів.

Культурно-дозвіллова діяльність в зарубіжних країнах становить цілісну систему взаємопов'язаних компонентів і створює сприятливі умови для активізації соціокультурної ініціативи людей похилого віку та інвалідів, для задоволення їхніх потреб у спілкуванні, встановленні й поглибленні

соціальних контактів, для підтримки активної творчої діяльності, що формує у людини похилого віку, інваліда адекватну соціальну позицію та почуття гідності.

Разом з тим не можна ідеалізувати зарубіжну практику: хоча в сучасних розвинених суспільствах особи похилого віку та інваліди вважаються цінністю суспільства, непоодинокими є прецеденти, коли цю категорію населення сприймають з погляду зайвих фінансових витрат для суспільства; не є виключенням й прояви дискримінації, що свідчить про невідповідне ставлення до осіб похилого віку та інвалідів.

За підсумками виконання дослідження вироблено низку пропозицій і рекомендацій щодо використання дозвіллєвих технологій серед контингенту осіб, які проживають в інтернатних установах, зокрема:

- використовувати в організації дозвілля підопічних природно-географічні та ресурсні чинники;

- рекомендувати інтернатним установам соціального обслуговування встановлювати і розвивати тісні відносини з громадськими організаціями з метою висунення спільних грантових ініціатив;

- реалізувати інтегративно-комплексні форми організації дозвілля в інтернатних установах соціального обслуговування в соціумі;

- доповнити типові положення про будинок-інтернат в частині організації вільного часу підопічних;

- організувати підвищення кваліфікації в сфері дозвілля фахівців, які виконують ці функції;

- розгорнути діяльність по залученню населення, громади до волонтерського руху в сфері організації культурно-дозвілєвої діяльності.

Професіоналізація цього сервісу може розвиватися із залученням фахівців із соціальної роботи, створенням цивілізованої матеріально-технічної бази в інтернатних установах, введенням в штати необхідних фахівців, забезпеченням престижності роботи в інтернатних установах,

розвитком форм самодопомоги, а також інноваційних технологій соціального обслуговування.