

## *Технології соціальної роботи з людьми з інвалідністю*

1. Підхід до проблеми інвалідності в сучасних умовах.
2. Технології соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями та з сім'ями, які виховують дітей з інвалідністю.

1. Приблизно з середини 1970-х рр. визначились і почали отримувати все більшого поширення, насамперед в економічно розвинутих країнах, нові підходи у **ставленні до людей з обмеженими можливостями**, в тому числі і дітей, що виражаються поняттям "інтеграція". Сутність цих підходів полягає в тому, що люди з інвалідністю не є соціально відокремленими та ізольованими членами суспільства, беручи участь у всіх видах й формах соціального життя разом і нарівні з іншими.

Реальне втілення ідей інтеграції - проблема комплексна і дуже складна навіть для соціально і економічно благополучних країн. Але складність полягає не тільки в тому, що це вимагає величезних засобів (переобладнання громадських місць, будівель, транспорту і т.ін.), але й у необхідності зміни свідомості як самих людей з обмеженими можливостями, так і інших членів суспільства. Насамперед це стосується тих, хто є найближчим оточенням людини з інвалідністю, зокрема сім'ї.

Відповідно до Декларації про права інвалідів (ООН, 1975 р.) інвалід - це будь-яка особа, яка не може самостійно забезпечити повністю чи частково потребу в нормальному особистому і (чи) соціальному житті через недосконалість фізичних чи розумових можливостей.

У 1989 р. ООН прийняла текст Конвенції про права дитини. У ній закріплено право дітей, які мають відхилення в розвитку, вести повноцінне і достойне життя в умовах, що дозволяють їм зберегти гідність, почуття впевненості в собі і полегшують їм активну участь у житті суспільства (ст.23); право цих дітей на особливу турботу і допомогу, яка повинна надаватися по можливості безоплатно з урахуванням фінансових ресурсів батьків чи інших осіб, які забезпечують життєдіяльність дітей з інвалідністю.

В Україні за роки незалежності також відбулися зміни стосовно проблем інвалідності. Наприклад, у 1991 р. був прийнятий, а в 1994, 1996, 2000 рр. доповнений і вдосконалений Закон України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні", в якому вперше у вітчизняному законодавстві пріоритетом соціальної політики держави стосовно інвалідів стає реабілітація. Закон передбачає ряд спеціальних прав для інвалідів, без яких вони не можуть успішно інтегруватися в суспільство, зокрема:

- ◆ право на медичну допомогу (безкоштовно або на пільгових умовах), право на медичну реабілітацію;
- ◆ право на забезпечення безперешкодного доступу до інформації з допомогою засобів комунікації;
- ◆ право на забезпечення безперешкодного доступу до об'єктів соціальної інфраструктури;
- ◆ право на освіту;
- ◆ право на працевлаштування;
- ◆ право на матеріальне забезпечення;
- ◆ право на соціально-побутове обслуговування;
- ◆ право на медичне і санаторно-курортне лікування;
- ◆ право на транспортне обслуговування;
- ◆ право на створення громадських об'єднань.

Відповідно до положень цього Закону розроблено і затверджено цілий ряд документів, зокрема: Комплексну програму розв'язання проблем інвалідності в Україні, Положення про медико-соціальну експертизу, Положення про індивідуальну програму реабілітації, Положення про фонд соціального захисту інвалідів в Україні.

Протягом останніх років прийнято низку законодавчих і нормативних актів, що гарантують

соціальну захищеність державою тих категорій громадян, які в силу вроджених або набутих фізичних чи психічних вад потребують особливої уваги і захисту.

Верховною Радою України 5 липня 2001 р. прийнято Закон України "Про внесення змін до Закону України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні", який законодавчо закріпив фіксований розмір нормативів робочих місць для забезпечення працевлаштування інвалідів на рівні чотирьох відсотків від загальної чисельності працюючих для всіх підприємств, установ і організацій, незалежно від форми власності і господарювання, що є одним із напрямів підвищення рівня зайнятості інвалідів.

В Україні люди з інвалідністю становлять 5% населення, їхніми проблемами займаються 912 організацій, 172 з них об'єднані в Союз організацій інвалідів України.

Згідно зі ст. ст. 36, 37, 38 Закону "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення інвалідів здійснюється у вигляді грошових виплат (пенсій, допомог, одноразових виплат), забезпечення медикаментами й іншими засобами, включаючи автомобілі, крісла-коляски, протезно-ортопедичні вироби, друковані видання зі спеціальним шрифтом, звукопідсилюючу апаратуру та аналізатори, а також надання послуг з медичної, соціальної, трудової і професійної реабілітації, побутового та торговельного обслуговування.

Види необхідної матеріальної, соціально-побутової, медичної допомоги визначаються органами медико-соціальної експертизи в індивідуальній програмі реабілітації. Допомога надається за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів в Україні. Послуги по соціально-побутовому і медичному обслуговуванню, технічні та інші засоби надаються інвалідам безплатно або на пільгових умовах.

Після встановлення інвалідності в місячний термін фахівцями Бюро медико-соціальної експертизи (БМСЕ) розробляється індивідуальна програма реабілітації, що затверджується керівниками БМСЕ й у триденний термін направляється в орган соціального захисту і вручається інваліду.

Законом та іншими нормативними актами передбачаються різні форми соціального обслуговування інвалідів, у тому числі:

- ◆ соціальне обслуговування вдома (включаючи соціально-медичне обслуговування);
- ◆ напівстаціонарне соціальне обслуговування у відділеннях денного (нічного) перебування громадян в установах соціального обслуговування;
- ◆ стаціонарне соціальне обслуговування в будинках-інтернатах, пансіонатах і інших стаціонарних установах соціального обслуговування;
- ◆ термінове соціальне обслуговування (як правило, у ситуації, що не терпить зволікання, - організація харчування, забезпечення одягом, взуттям, нічлігом, термінове надання тимчасового житла і т.ін.);
- ◆ соціально-консультаційна допомога.

Передумовою гарантій зайнятості для інвалідів є здобуття відповідної освіти і професії. Законодавство гарантує право інваліда на навчання і професійну підготовку. Навчання інвалідів здійснюється в загальних або спеціальних навчальних закладах. Професійна підготовка або перепідготовка інвалідів здійснюється з урахуванням медичних показань і протипоказань для наступної трудової діяльності. Вибір форм і методів професійної підготовки провадиться згідно з висновками медико-соціальної експертизи. При навчанні, професійній підготовці або перепідготовці інвалідів поряд з загальними допускається застосування альтернативних форм навчання. Обдаровані діти-люди з інвалідністю мають право на безплатне навчання музиці, образотворчому, декоративно-ужитковому мистецтву в загальних навчальних закладах або в спеціальних позашкільних навчальних закладах.

Для отримання освіти і професії за інших рівних умов люди з інвалідністю мають переважне право на зарахування до вищих і середніх спеціальних навчальних закладів. У сфері управління Міністерства праці та соціальної політики України функціонують п'ять спеціалізованих навчально-виховних закладів інтернатного типу для дітей з інвалідністю (Кам'янець-Подільський планово-економічний технікум-інтернат, Харківський обліково-

економічний технікум-інтернат, Житомирський технічний ліцей-інтернат, Луганське професійно-технічне училище-інтернат, Самбірське професійно-технічне училище-інтернат), які створюють умови для професійної реабілітації, здобуття робітничих професій та спеціальностей найбільш незахищеному контингенту молоді, що має I—III групи інвалідності. Щороку до цих закладів вступає понад 500 дітей з інвалідністю.

У 2001 р. розпочато реалізацію Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей з інвалідністю. Протягом 2002-2005 рр. передбачено створення в усіх областях центрів раннього втручання і соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями й у містах з чисельністю населення понад 50 тис.

Згідно зі ст. 40 Закону "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" конкретні умови і порядок пенсійного забезпечення інвалідів визначаються законодавством про пенсійне забезпечення в Україні і рішенням Уряду України з відповідних питань. Пенсія з інвалідності - це така пенсія, яку призначають особі на тривалий час чи постійно у зв'язку з виявленням певної хвороби і визнанням інвалідності I, II чи III групи. Пенсії з інвалідності призначають у таких розмірах: інвалідам I групи - 70%, II - 60%, інвалідам III групи - 40% заробітку. Мінімальний розмір пенсії встановлюють на рівні соціальної за відповідною групою інвалідності: інвалідам I групи - 200% мінімального розміру пенсії за віком; інвалідам II групи - 100% мінімальної пенсії за віком; інвалідам III групи - 50% мінімальної пенсії за віком.

Соціальна реабілітація осіб з обмеженими можливостями - одне з найбільш важливих і важких завдань сучасних систем соціальної допомоги і соціального обслуговування. Неухильне зростання числа інвалідів, з однієї сторони, збільшення уваги до кожного з них - незалежно від його фізичних, психічних чи інтелектуальних здібностей - з іншої уявлення про підвищення цінності особистості і необхідності захищати її права, що є характерним для демократичного, громадянського суспільства, - з третьої, - все це визначає важливість соціально-реабілітаційної діяльності.

В Україні нараховується 470 реабілітаційних установ різного профілю, підпорядкованості і форми господарювання, у тому числі 238 реабілітаційних установ органів праці та соціального захисту населення, 52 - охорони здоров'я, 36 - сім'ї та молоді, 92 - громадських і релігійних організацій, благодійних фондів.

**2. Основне, що повинен враховувати у реабілітаційній роботі з дітьми-людьми з інвалідністю соціальний працівник, - це те, що його діяльність не є вузькоспеціалізованою, а являє собою широкий спектр послуг, що надаються дітям, які мають порушення у розвитку, та їхнім сім'ям.**

Важливою складовою цієї роботи є розробка програми соціально-педагогічної реабілітації дитини з обмеженими можливостями, що здійснюється з урахуванням особистісних і психолого-педагогічних реабілітаційних можливостей дитини. У програму включаються: конкретні завдання педагогічної реабілітації, які визначаються з урахуванням як вихідного рівня фізичного і психічного розвитку дитини, так і зони її найближчого розвитку; зміст ігрової, мовної, художньої, трудової, пізнавальної та інших видів діяльності; форми організації реабілітаційної діяльності конкретної дитини з обмеженими можливостями, методи і прийоми включення дітей у заплановану діяльність; обладнання, інвентар, технічні засоби, що забезпечують здійснення \* реабілітаційного процесу, індивідуальний та диференційований підхід до дітей. Кожний розділ індивідуальної програми орієнтований на певний термін (тиждень, місяць тощо), по закінченню якого здійснюється аналіз результативності реабілітаційного процесу, коректування завдань, уточнення і, можливо, зміна змісту реабілітаційної діяльності. У реабілітаційній діяльності етапи просування вперед повинні бути дуже незначними, мати якісні відмінності.

Виховання дитини з обмеженими можливостями - нелегке завдання. Дуже важливо, щоб педагоги, батьки і оточуючі ставились до неї природно, яким би не був дефект дитини. Якщо педагоги, батьки отримують радість від спілкування з дитиною, люблять її такою, якою вона є, не виявляють зайвого хвилювання, не соромляться її зовнішнього вигляду і підтримують її спілкування з іншими людьми, то дитина виростає врівноваженою, здатною до спілкування і

їй легше буде адаптуватися в колективі здорових однолітків. Разом з тим, жалість та надмірна опіка у ставленні до цих дітей значною мірою ускладнюють їх подальшу соціальну адаптацію.

Слід вказати на необхідність розвитку форм *діалогічного спілкування* між дітьми-людьми з інвалідністю і їх здоровими однолітками, де як привід до спілкування є будь-яка спільна діяльність, що однаково актуальна для обох сторін. У побудові взаємин здорових дітей з дітьми-людьми з інвалідністю мова повинна іти найперше не про милосердя, а про співдружність і співробітництво, де аномальна дитина - суб'єкт спільної діяльності, рівноправний учасник спільного творчого освоєння оточуючого світу. У побудові й реалізації таких взаємостосунків дитина з обмеженими можливостями: отримує досвід належати до світу, що знаходиться позастінами соціальної реабілітації; розширює репертуар своїх соціальних ролей, способів комунікацій із зовнішнім світом; привчається сама організувати для себе допомогу зі сторони здорових людей там, де без цього не обійтись, спокійно ставитись до відмови стосовно допомоги, розуміючи, що така допомога, як правило, ситуативна. Як тільки вихованці починають усвідомлювати, що увага до них заснована не на бажанні вберегти від небезпек зовнішнього світу, а на прагненні включити їх у загальний хід життя і подій, підліткі-люди з інвалідністю стають активними учасниками, включаються у спільну діяльність, яка допомагає розвитку поведінкових і адаптаційних навичок.

Важливу роль у реабілітації дітей з інвалідністю відіграє їхня *трудова діяльність*. Праця дітей з обмеженими можливостями повинна розглядатися як творчий спосіб вираження думки, морального ставлення до людей і до природи, громадянської відповідальності та інших особистісних сил людини, що розвивається. У процесі включення дітей з обмеженими можливостями в трудову діяльність може актуалізуватися ряд соціально-педагогічних і реабілітаційних можливостей праці:

- ♦ праця - важливий засіб розумового розвитку, бо з її допомогою дитина може практичним чином досягти важливі зв'язки, залежності, відносини, які потім "відкладаються" в розумовій діяльності ("розум дитини дуже часто знаходиться на кінчиках її пальців");
- ♦ праця є могутнім фактором розвитку дитячої солідарності - важливих для повноцінної соціальної адаптації дітей з обмеженими можливостями відносин взаємної допомоги, підтримки, кооперації і співробітництва. Спільна праця як фактор цілісності дитячого співтовариства може порівнюватися лише з колективною грою;
- ♦ трудова діяльність дітей виступає важливим засобом їхнього морального розвитку. Правильно організована праця утверджує дитячу потребу бути потрібним людям, допомагає дитині-інваліду повірити в себе, розвинути почуття власної гідності, підвищити самоповагу до себе;
- ♦ трудова складова виховної системи є важливою для вироблення нормального міжпоколінного спілкування дітей з обмеженими можливостями із дорослими. У продуктивній трудовій діяльності стосунки дорослих і дітей є більш природними, у них не за формою, а по суті реалізується суб'єкт-суб'єктна взаємодія.

Надзвичайно важливою є соціально-педагогічна робота з сім'єю, в якій виховується дитина з обмеженими можливостями. Головна мета такої діяльності - допомогти сім'ї справитися з важким завданням виховання і розвитку дитини, сприяти її оптимальному функціонуванню, вплинути на сім'ю таким чином, щоб мобілізувати її можливості для вирішення завдань реабілітаційного процесу, іншими словами - сприяти соціальній адаптації і реабілітації сім'ї в ситуації народження дитини-інваліда, підвищувати її соціально-рольову адаптованість.

Під *соціально-рольовою адаптованістю* сім'ї розуміється здатність членів сім'ї оволодіти новими поведінковими ролями в новій, вкрай несприятливій, ситуації. Рівень соціально-рольової адаптованості характеризується основними показниками: ставленням до дитини; реабілітаційною активністю сім'ї; реабілітаційною культурою сім'ї.

*Ставлення до дитини* - одна із найважливіших характеристик сім'ї, що визначає її внутрішні ресурси в процесі реабілітації дитини. Ставлення може бути конструктивним чи деструктивним.

Сім'ї, які демонструють конструктивне ставлення до проблеми дитини, не заглиблюються в переживання того, що трапилося, а намагаються змінити ситуацію і своє

ставлення до неї. Головна мета в таких сім'ях - пошук шляхів компенсації порушень, розвиток здібностей дитини, терпіння і підтримка дитини в будь-якому починанні.

Деструктивне ставлення виявляється в ігноруванні патології дитини чи в акцентуації на ній. Ігнорування знаходить свій прояв у тому випадку, коли батьки не докладають зусиль і навіть перешкоджають оздоровленню дитини. Акцентуація у ставленні до дитини полягає в тому, що спосіб життя сім'ї залежний від хвороби, орієнтований на хворобу. Зациклення на інвалідності дитини відображається у різноманітних невротичних проявах у членів сім'ї: тривожність, низька самооцінка, почуття вини тощо, які з часом передаються дитині. Деструктивне ставлення до дитини може відобразитися також в негативізмі, тобто негативному ставленні до неї: відкритому, коли з дитиною поводяться жорстоко, чи прихованому, що виявляється в емоційному відчуженні дитини.

Під *реабілітаційною активністю сім'ї* розуміються всі зусилля її членів, спрямовані на оздоровлення, розвиток, соціалізацію дитини. Реабілітаційна активність сім'ї включає:

1) активність у пошуці джерел медичної допомоги, своєчасність, послідовність і ретельність у виконанні медичних рекомендацій, підтримку регулярних контактів з оздоровчими закладами;

2) активність педагогічних зусиль сім'ї, їх спрямованість на всебічний розвиток дитини; пошук і реалізацію її компенсаторних можливостей, самостійне оволодіння розвиваючими і корекційними методиками;

3) власне соціальну активність сім'ї, тобто її наполегливість в пошуці джерел як матеріальної, так і моральної підтримки (наприклад, через утворення груп взаємодопомоги), прагнення сім'ї вирішувати конфліктні ситуації, що виникають, через надання переваги життєвій стратегії "той, хто виграв", а не пасивній позиції "жертви".

*Реабілітаційна культура сім'ї* являє собою специфічну систему цінностей, ідей, знань і навичок, що допомагають вирішувати конкретні завдання реабілітаційного процесу.

Аксіологічний (ціннісний) компонент реабілітаційної культури складають принципи філософії незалежного життя, гуманістичні принципи і цінності. На відміну від споживацької психології, прагнення до незалежності - це продуктивна психологічна орієнтація, що не передбачає відмови від допомоги інших людей, але полягає в тому, що людина ставить перед собою такі ж цілі, як і інші члени суспільства, бере на себе таку ж відповідальність.

Когнітивний компонент реабілітаційної культури сім'ї дитини-інваліда включає знання з різних галузей науки і практики, що сприяють виконанню завдань реабілітаційного процесу.

До них відносяться: медико-біологічні знання про патологію дитини, її причини і наслідки; гігієнічні знання про особливості вигодовування й догляду за дитиною, про організацію побуту, режиму дня; соціально-правові знання про порядок встановлення інвалідності, про права і пільги, пов'язані з нею, про можливі джерела матеріальної допомоги; психотерапевтичні знання про стадії протікання стресу та його наслідки, про механізми саморегуляції і методи психотерапії; психолого-педагогічні знання про вікові особливості дітей, про особливі потреби й специфіку розвитку дитини у зв'язку з її патологією, про можливі поведінкові відхилення дитини і шляхи їх переборення та ін.

Праксіологічний компонент реабілітаційної культури включає різноманітні вміння і навички:

- ◆ психогігієнічні (вміння переборювати стресові ситуації, здійснювати психотерапевтичний вплив на дитину);
- ◆ комунікативні (вміти налагоджувати стосунки, вирішувати конфлікти в сім'ї і з найближчим оточенням);
- ◆ педагогічні (володіти навичками педагогічної корекції, в тому числі й методами ігротерапії, логопедичними прийомами і вправами);
- ◆ соціальної адвокатури (вміти захищати власні інтереси, а також інтереси і гідність дитини);
- ◆ лікувальні (володіти деякими лікувальними методиками, наприклад загальним

масажем).

У роботі з сім'єю дитини-інваліда можуть бути використані різні **технологічні моделі взаємодії**.

З точки зору тривалості виділяють короткотермінові і довготермінові моделі взаємодії. До короткотермінових відносять кризоінтервентну і проблемно-орієнтовану моделі.

*Кризоінтервентна* модель роботи з клієнтом передбачає надання допомоги безпосередньо в кризовій ситуації. Втручання спеціалістів у цей момент є дуже ефективним. Це пояснюється тим, що в період усвідомлення кризової ситуації люди особливо чутливі до допомоги. Оскільки кризова ситуація вимагає швидкого реагування, її оцінка не передбачає детальної діагностики, а увага фокусується на масштабах дезадаптації і засобах для її переборення. При цьому використовуються як зовнішні форми допомоги, так і внутрішні ресурси клієнта. Втручання в кризову ситуацію, як правило, є першим ступенем взаємодії з сім'єю, яка виховує дитину-інваліда. У подальшому застосовується проблемно-орієнтована модель взаємодії.

*Проблемно-орієнтована* модель взаємодії відноситься, як і кризоінтервентна, до короткотермінових технологій, тривалість яких не перевищує 4 місяців і передбачає близько 12 контактів з клієнтом. Ця модель висуває вимогу до професіоналів, які надають допомогу, концентрувати зусилля на тій проблемі, яку усвідомив клієнт і над якою він готовий працювати. Проблемно-орієнтована модель передбачає спільне вирішення проблеми. Робота протікає в дусі співробітництва з акцентом на стимулювання і підтримку здібностей клієнта у вирішенні його власних труднощів. Провідним методом проблемно-орієнтованої моделі є укладення контракту (договору) між професіоналом, який надає допомогу, і клієнтом - сім'єю чи окремим її представником.

Довготермінові форми роботи вимагають тривалого спілкування з клієнтом (від 4 місяців і більше) і зазвичай побудовані на психосоціальному підході.

*Психосоціальна* модель передбачає більш повне розуміння людей в контексті існуючої дійсності і використання цих знань, щоб допомогти клієнту розвивати і посилювати свій потенціал. Роль професіонала полягає у встановленні взаєморозуміння, допомоги підопічному в набутті свого образу, досягненні кращої самосвідомості. Клієнт у психосоціальній моделі виступає в пасивній ролі, майже в ролі пацієнта.

Основні завдання психосоціального підходу:

- ◆ змінити клієнта, у конкретному випадку - сімейну систему, адаптуючи її до виконання своєї специфічної функції (реабілітації дитини-інваліда);
- ◆ змінити ситуацію - інші системи, що впливають на сім'ю;
- ◆ впливати на перше та друге одночасно.

Психосоціальна модель взаємодії з сім'єю використовується переважно у тому випадку, коли є можливість установаження довготривалих контактів, що дозволяють глибше дослідити сімейну проблему, спостерігати її динаміку і впливати на неї. Але застосуванню довготермінових моделей роботи, у тому числі і психосоціальної, заважає віддаленість проживання багатьох сімей від спеціалізованих реабілітаційних центрів, які, як правило, розміщені у великих містах. Також має місце низька мотивація батьків до тривалого співробітництва.

За умови низької мотивації звернення сімей за соціально-педагогічною, психологічною допомогою необхідне є застосування такої форми роботи з сім'єю, як *патронаж*. Це одна із форм роботи соціального працівника, що являє собою відвідування клієнтів на дому з діагностичними, контрольними, адаптаційно-реабілітаційними цілями, що дозволяють встановлювати і підтримувати довготривалі зв'язки з клієнтом, своєчасно виявляючи проблемні ситуації, надаючи термінову допомогу.

Важливе місце серед технологій займають *консультації*. Консультація являє собою взаємодію між двома чи декількома людьми, в ході якої знання консультанта використовуються для надання допомоги клієнту у вирішенні проблем чи підготовці до дій,

що мають відбутися. Соціальному працівникові бажано консультуватися у батьків так само часто, як вони консультуються у нього. Якщо консультант зловживає своєю позицією, підкреслює її важливість, надає перевагу односторонній передачі знань, існує ризик збільшення залежності від нього батьків, зниження їхньої самостійності і впевненості в собі.

Поряд з консультативними бесідами, як правило, індивідуальними, що ставлять за мету активізувати потенціал окремих членів сім'ї, можуть застосовуватися групові методи роботи з сім'єю (сім'ями) - *тренинги*.

Психологічний тренінг являє собою поєднання багатьох прийомів індивідуальної і групової роботи, спрямованих на формування нових психологічних умінь і навичок. В основі тренінгових програм лежать групова дискусія і рольова гра. У нашій країні освітні тренінги для батьків поки що не отримали широкого поширення. Для того, щоб тренінг отримав визнання і був успішним, він повинен бути максимально цілеспрямованим і інтенсивним; нові вміння і навички повинні формуватися поступово, із створенням широких можливостей для їх закріплення. Перед батьками слід ставити завдання, що адекватні рівню їх можливостей. Необхідно також використовувати систему зворотного зв'язку та ін.

Названі методи (консультативна бесіда, освітній тренінг) є універсальними, тобто використовуються як у короткотермінових, так і в довготермінових формах роботи.

Ефективне вирішення проблем сім'ї, яка виховує дитину-інваліда, вимагає участі багатьох спеціалістів: медичних працівників, корекційних педагогів, психологів, юристів. Вони можуть працювати в одному реабілітаційному центрі або в різних закладах.

Дослідники визначають також *тактики* роботи з батьками:

#### 1. Безпосередня робота з конкретною сім'єю.

Соціальний працівник наносить візит сім'ї і в його ході:

- ◆ звертає увагу на зовнішній стан і оточення будинку, під'їзду, квартири;
- ◆ намагається побачитися не тільки з матір'ю, а й батьком, іншими членами сім'ї;
- ◆ відповідає на запитання батьків;
- ◆ спостерігає за тим, як в сім'ї ставляться до дитини, навчають та розвивають її;
- ◆ демонструє стратегію поведінки, навчання, вирішення проблем.

Соціальний працівник:

- ◆ організовує консультацію з представниками інших служб, якщо це є необхідним для кращого розуміння і вирішення проблеми;
- ◆ запрошує батьків відвідати засідання комісії, яка обговорює питання, що стосуються їхньої дитини;
- ◆ надає батькам письмовий звіт про результати тестування, оцінювання;
- ◆ передає батькам письмовий висновок з рекомендаціями щодо проведення занять вдома;
- ◆ запрошує батьків у клас, де проводяться заняття, запрошує їх до участі у проведенні занять.

#### 2. Опосередкована робота з конкретною сім'єю передбачає:

- ◆ запис інформації від батьків і коментарів спеціалістів у спеціальному щоденникові (наприклад, кожний тиждень); аналіз записів у домашньому щоденнику спостережень при зустрічі із спеціалістом;
- ◆ представлення у звітах (наприклад один раз у півроку) результатів реабілітації;
- ◆ письмові повідомлення, інформація для батьків, організовані соціальним працівником з участю інших спеціалістів;
- ◆ контакти по телефону;
- ◆ видача батькам додому спеціальних ігор чи навчальних посібників;
- ◆ заповнення батьками запитальників, карт чи схем розвитку здібностей дитини;
- ◆ надання батькам можливості знайомитися зі змістом папки і матеріалів, що стосуються їхньої дитини;
- ◆ видача батькам додому текстів, вивчених на заняттях в реабілітаційному центрі



- ◆ пісень, віршів, переліку вправ;
  - ◆ перелік телевізійних програм, які доцільно дивитись батькам разом з дітьми.
3. Безпосередня робота з групою батьків передбачає:
- ◆ зустрічі з батьками, обмін інформацією, звіт про хід реабілітації та успіхи дитини, обговорення планів на майбутнє;
  - ◆ виступи на зустрічах з батьками, відповіді на їхні запитання;
  - ◆ організація семінарів для батьків: виступи, бесіди, рольові ігри, наступні практичні завдання дома;
  - ◆ організація спеціального курсу для батьків з тієї чи іншої тематики;
  - ◆ показ слайдів чи відеопрограм про заняття дітей, пояснення їх мети і сутності;
  - ◆ організація відкритого уроку чи заняття із спеціалістом;
  - ◆ день відкритих дверей чи вечір в реабілітаційному центрі;
  - ◆ організація спільних заходів (відпочинок, представлення) з батьками і спеціалістами; асоціації батьків і спеціалістів;
  - ◆ залучення батьків до підготовки і проведення особливих заходів - свят, фестивалів;
  - ◆ допомога батькам в організації групових екскурсій для дітей, спортивних змагань і т.ін.;
  - ◆ інтерв'ювання батьків про їх ставлення до послуг і подальші очікування від співпраці із соціальними працівниками.
4. Опосередкована робота з групою батьків передбачає:
- ◆ надання батькам інформаційних проспектів про послуги, свідчень про кваліфікацію персоналу, розклад роботи спеціалістів, зміст занять;
  - ◆ підготовка інформаційного бюлетеня і його регулярне розсилання;
  - ◆ розсилання інформаційного буклета про те, як, на яких умовах і в яких випадках слід звертатися до конкретних спеціалістів;
  - ◆ організація виставки книг чи ігрового матеріалу в методичному кабінеті чи Куточку для батьків;
  - ◆ підготовка письмових пропозицій щодо домашніх занять чи заходів, можливості відпочинку;
  - ◆ підготовка буклету, що пояснює процедури тестування, оцінювання, перевірку ходу виконання реабілітаційного плану, інтерпретації результатів;
  - ◆ видача батькам книг додому чи копіювання для них потрібних фрагментів;
  - ◆ розсилання чи передача опитаних листів для з'ясування потреб і думки батьків про послуги;
  - ◆ підготовка відеопрограми для батьків;
  - ◆ організація стенду чи дошки об'яв у кімнаті, де батьки чекають на дітей;
  - ◆ надання батькам можливості познайомитися з вирізками із журналів і газет;
  - ◆ підготовка навчального посібника для батьків.
5. Розвиток контактів між сім'ями, призначених для того, щоб:
- ◆ сприяти розвитку сітки нянь серед групи батьків;
  - ◆ організувати відвідування досвідченими батьками сім'ї, де народилася дитина, якій необхідні реабілітаційні послуги;
  - ◆ допомагати організувати асоціацію чи групу самопомоги батьків;
  - ◆ брати участь у регулярних зустрічах батьків удома чи в спеціальному місці;
  - ◆ залучати батьків до ремонту чи наладки обладнання;
  - ◆ сприяти тому, щоб батьки були представлені в комісіях чи радах шкіл і реабілітаційних центрів;
  - ◆ сприяти залученню батьків до роботи в громадських організаціях;
  - ◆ допомагати батькам організовувати клуби за інтересами і заходи для дітей.

Для того, щоб перебороти труднощі надання допомоги сім'ї дитини-інваліда, корисно використати такі ресурси:

- ◆ робота в команді, де для кожного випадку, що розглядається, призначається один куратор, який координує дії інших;
- ◆ обмін досвідом, використання знань і вмінь співробітників; організація консилиуму, групи підтримки для самих спеціалістів, де можна обговорювати успіхи чи невдачі, знаходити спільне вирішення проблеми;
- ◆ використання публікацій з питань соціальної роботи та відеотеки для підкріплення знань спеціалістів і для рекомендацій батькам.

Існує ряд компонентів успіху взаємодії спеціалістів і батьків:

- ◆ регулярний контакт (залежно від можливостей і необхідності - раз в тиждень, на двотижні, на шість тижнів);
- ◆ підкреслювання здібностей дитини, а не їх відсутності чи недоліків;
- ◆ залучення до роботи не лише батьків, а інших членів сім'ї, родичів;
- ◆ увага до більш широкого спектру потреб (мова йде не тільки про батьків, а й про всю сім'ю).

Все це буде сприяти розвитку дитини і підвищувати мотивацію батьків до співробітництва.

Найбільш точно відображує ідеальний тип спільної діяльності батьків і спеціалістів поняття "партнерство". Партнерство передбачає повну довіру, обмін знаннями, навичками і досвідом допомоги дітям, які мають особливі потреби в індивідуальному і соціальному розвитку.

#### **Питання для самоконтролю**

1. Розкрийте зміст поняття інвалідності стосовно сучасних умов.
2. Що входить в поняття "соціальна рольова адаптованість сім'ї"?
3. Як визначається реабілітаційна активність та реабілітаційна культура сім'ї?
4. Проаналізуйте короткотермінові та довготермінові моделі взаємодії соціального працівника з сім'ями, які виховують дітей з інвалідністю.
5. Назвіть тактики роботи з батьками, які виховують дітей з інвалідністю.