

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД „ЛУГАНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені ТАРАСА ШЕВЧЕНКА”

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД „ЛУГАНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені ТАРАСА ШЕВЧЕНКА”

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ПОЛІЩУК Олена Андріївна

УДК 376-056.24/29:[364-57:572.025](143.5)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ТРУДОВА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ
МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ**

13.00.05 – соціальна педагогіка

01 – Освіта / Педагогіка

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук

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

_____ Поліщук О. А.

Науковий керівник – Савченко Сергій Вікторович, член-кореспондент
Національної академії педагогічних наук України, доктор педагогічних наук,
професор

Старобільськ – 2018

АНОТАЦІЇ

Поліщук О. А. Трудова реабілітація осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук зі спеціальності 13.00.05 – соціальна педагогіка. – Державний заклад „Луганський національний університет імені Тараса Шевченка”. – Старобільськ, 2018.

У дисертації досліджено систему трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах регіональних реабілітаційних центрів.

Вивчено історичні, соціокультурні передумови становлення і формування сучасної концепції трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, згідно якій максимальна компенсація психофізичних обмежень, повна самореалізація та інтеграція людей із проблемами здоров'я у професійному середовищі є можливою лише через сприяння відновленню їх соціального статусу у процесі соціальної реабілітації, що передбачає формування активної суб'єктної життєвої позиції індивіда, пов'язаної із зустрічною активністю відкритого професійно-реабілітаційного середовища.

На основі термінологічного аналізу проблеми трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я уточнені поняття „професійна реабілітація”, „трудова реабілітація”; трудову реабілітацію осіб з обмеженими можливостями здоров'я розглянуто як відновлення знижених або втрачених професійних функцій, відбір професії та адаптацію до неї осіб з обмеженими можливостями, дитини-інваліда, поновлення трудової діяльності таких осіб за вже опанованою раніше або новою професією. Встановлено, що трудова реабілітація має певну структуру і включає заходи із забезпечення зайнятості осіб з обмеженими можливостями, експертизи потенційних професійних здібностей, професійної орієнтації, професійної підготовки, підготовки робочого місця, професійно-виробничої адаптації, раціонального

працевлаштування, динамічного контролю раціональності працевлаштування і успішністю професійно-виробничої адаптації. Складовими трудової реабілітації визначено професійний відбір, професійну перепідготовку, перекваліфікацію, що спрямовуються на працевлаштування осіб з інвалідністю, як у звичайних виробничих умовах, так і в спеціально створених умовах роботи.

Уточнено поняття „реабілітаційний центр”, схарактеризовано існуючу структуру реабілітаційних центрів, вивчено нормативно-правову базу щодо соціального захисту осіб з обмеженими можливостями здоров'я у цих осередках; встановлено, що особливості трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я залежать від умов реабілітаційних центрів, що у широкому інтеграційному контексті схарактеризовано як об'єднання соціальних інститутів, що виконують функції освіти і виховання стосовно осіб, які потребують соціальної адаптації та інтеграції, ґрунтуючись на чітких гуманістичних організаційних, науково-методичних і функціональних основах трудової реабілітації, забезпечуючи задоволення різноманітних потреб клієнтів у їхній соціалізації; як багатоцільовий функціональний комплекс по наданню всебічної соціальної, медико-психолого-педагогічної, правової допомоги людям з інвалідністю та їхнім сім'ям, педагогам, соціальним працівникам та іншим фахівцям, які опікуються питаннями трудової реабілітації клієнта.

Аналіз теорії та практики діяльності реабілітаційних центрів різного спрямування показав, що реабілітаційний процес у такому центрі є реабілітаційним конструктом, формою синтезу знань про універсальні складові реабілітації, синтетичною схемою з явно вираженою спрямованістю, але з комплексним супроводом «основної» реабілітації, що передбачає латентну наявність та взаємне поєднання різних її видів. Визначено такі, пов'язані із процесом трудової реабілітації осіб з інвалідністю, види реабілітаційних послуг в умовах реабілітаційного центру, як: соціально-побутова реабілітація

(забезпечує відновлення потенціалу людини з обмеженнями здоров'я як соціального суб'єкта); педагогічна реабілітація (забезпечує реабілітацію людини як суб'єкта діяльності), психологічна реабілітація (забезпечує особистісний аспект реабілітаційного процесу), медична реабілітація (сприяє відновленню психофізичних можливостей людини як біологічного організму).

У результаті дослідження стану трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів встановлено, що цей процес розгортається нерівномірно й гальмується наявністю внутрішніх та зовнішніх бар'єрів при оволодінні тією або іншою професійною роллю. Зважаючи на це кількість працюючих осіб з інвалідністю в Україні становить лише близько 15 % від загальної кількості осіб з обмеженими можливостями. За даними дослідження, найчастіше причинами виникнення цих труднощів є невідповідність вимог до людини з інвалідністю в процесі її взаємин із професійним середовищем і неготовності особистості до цих відносин.

Із застосуванням системного підходу до аналізу трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів обґрунтовано погляд на цей соціально-педагогічний феномен як на систему змін особистості у певній соціальній ситуації, що забезпечується низкою взаємопов'язаних та взаємодетермінованих компонентів: цільовий, орієнтований на соціальне замовлення: забезпечення права осіб з обмеженими можливостями здоров'я на повноцінну соціалізацію та самореалізацію у суспільстві, складається з мети, завдань та принципів; суб'єкт-суб'єктний, до якого входять суб'єкти (реабілітаційна комісія, реабілітаційна команда, сама особа з обмеженими можливостями здоров'я та її оточення) та об'єкти реабілітаційного впливу (соціально-педагогічні та особистісно-психологічні); змістово-технологічний, поєднує зміст реабілітаційного процесу, соціально-педагогічні умови, технології, методи, форми, засоби реабілітації; результативний – вміщує результат реабілітаційного процесу та критерії і показники, що забезпечують його оцінку.

Проведено експериментальну перевірку змістово розробленої системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах регіональних реабілітаційних центрів. У дослідженні взяли участь 116 молодих осіб з обмеженими можливостями здоров'я: 56 осіб експериментальної групи (ЕГ) і 60 осіб контрольної групи (КГ), а також як експерти та помічники 70 волонтерів-студентів, 25 представників регіональних реабілітаційних центрів, 36 батьків молоді з обмеженими можливостями здоров'я. Із метою аналізу ефективності розробленої системи зіставлено отримані дані на констатувальному (КЕ) та формувальному (ФЕ) етапах експерименту.

Упровадження системи реалізовувалося у реабілітаційних центрах, спільно з вищими навчальними закладами, поетапно шляхом використання адаптованих та спеціально розроблених форм і методів, спрямованих на підвищення реабілітаційних можливостей осіб з інвалідністю у напрямі професійного зростання та трудової самореалізації. Обґрунтована система була змістово розроблена через створення і реалізацію у ході формувального експерименту регіональної комплексної Програми впровадження системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльність регіональних реабілітаційних центрів, що містила певний трьох-етапний (діагностично-організаційний, реабілітаційно-операційний, аналітичний) алгоритм дій.

Доведено, що показники критеріїв контрольної та експериментальної груп зазнали певних змін у процесі трудової реабілітації: групи за своїми показниками достовірно відрізняються; зміни, зафіксовано, що на відміну від контрольної, в експериментальній групі зміни наприкінці експерименту, є статистично значущими порівняно з констатувальним етапом. Представники експериментальної групи здобули більш глибокий досвід виконання конкретних навчально-професійних дій й володіння необхідними практичними навиками в контексті підготовки до майбутньої трудової діяльності. Відзначено й підвищення рефлексивних умінь молоді з обмеженими можливостями

здоров'я (здатність до самоаналізу і самооцінки, до використання результатів самоаналізу, потреба та прагнення до самовдосконалення).

За результатами експерименту встановлено, що працівники реабілітаційних центрів підвищили свої компетенції в контексті організації трудової реабілітації. Зафіксовано позитивну динаміку в ставленні батьків молоді з обмеженими можливостями здоров'я до трудової реабілітації. Повністю або частково вирішено проблеми: здійснення психологічного консультування батьків у процесі навчання; розробка науково-методичних рекомендацій для батьків; допомога батькам у формуванні розкладу дня слухачів центрів.

Крім того, найважливішим орієнтиром якості авторської системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я стало підвищення відсотка працевлаштованих осіб, які пройшли навчання в центрах.

Усе зазначене вище дозволяє дійти висновку про ефективність розробленої нами системи. Викладені положення не вичерпують усіх аспектів досліджуваної проблеми. Подальшого розвитку потребує дослідно-експериментальна робота, спрямована на удосконалення організаційної структури та управління системою професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, підтримку взаємодії у міждисциплінарній команді фахівців реабілітаційних центрів та вищих закладів освіти, розширення спектру форм і методів реабілітаційної роботи, які б увійшли у наступні програми системної трудової реабілітації осіб з інвалідністю, розробка механізмів взаємодії реабілітаційних центрів та представників трудової сфери – потенційних працедавців.

Ключові слова: особи з обмеженими можливостями здоров'я, реабілітація, трудова реабілітація, система трудової реабілітації, центр трудової реабілітації.

ЗМІСТ

Вступ	3
Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ТРУДОВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ	
1.1. Розробка проблеми трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я: ретроспектива та сучасність	14
1.2. Сутність та структура трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я	47
1.3. Особливості та стан трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів	72
Висновки до розділу 1	89
Розділ 2. ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА СИСТЕМИ ТРУДОВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ	
2.1. Теоретичне обґрунтування та програмно-методична розробка системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я	91
2.2. Впровадження системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльність регіональних реабілітаційних центрів	138
2.3. Аналіз результатів експериментальної роботи	187
Висновки до розділу 2	211
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	213
ДОДАТКИ	217
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	253

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті в наукових фахових виданнях України:

1. Поліщук О. А. Задоволення потреб громадян в послугах охорони здоров'я на державному і регіональному рівні (на прикладі Луганської області) / О. А. Поліщук // Соціологічні дослідження : збірник наукових праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – 2004. – № 4. – С. 103 – 110.

2. Поліщук О. А. Трудова реабілітація особистості юнаків з обмеженими можливостями як складова їх самоактуалізації / О. А. Поліщук // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія „Педагогічні науки”. – 2008. – № 12 (151). – С. 226 – 234.

3. Поліщук О. А. Соціально-педагогічні умови забезпечення трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями / О. А. Поліщук // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. — Вип. 14. – Київ, 2009. – С. 119 – 121.

4. Поліщук О. А. Порівняльний аналіз державної політики України та провідних світових країн у галузі підтримки доходів і забезпечення соціальних виплат особам з обмеженими можливостями / О. А. Поліщук // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія „Педагогічні науки”. – 2010. – № 10 (197). – Ч. 1. – С. 174 – 182.

5. Поліщук О. А. Шляхи підвищення конкурентоспроможності на ринку праці осіб з обмеженнями життєдіяльності / О. А. Поліщук // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. — Вип. 16. – Київ, 2010. – С. 149 – 151.

6. Поліщук О. А. Щодо визначення дефініцій у сфері забезпечення трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями / О. А. Поліщук // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. — Вип. 15. – Київ, 2010. – С. 218 – 120.

7. Поліщук О. А. Реалізація державної підтримки проблем професійної реабілітації інвалідів в умовах регіонального реабілітаційного середовища / О. А. Поліщук // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. – Вип. 17. – Київ, 2011. – С. 197 – 120.

8. Поліщук О. А. Теоретичні та практичні аспекти професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я / О. А. Поліщук // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія „Педагогічні науки”. – 2011. – № 14 (225). – Ч. III. – С. 129 – 133.

9. Поліщук О. А. До проблеми трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в Україні / О. А. Поліщук // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія „Педагогічні науки”. – 2017. – № 7 (312). – Ч. 1. – С. 233 – 243.

10. Поліщук О. А. Стан трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в Україні / О. А. Поліщук // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія „Педагогічні науки”. – 2017. – № 8 (313). – Ч. 1. – С. 81 – 89.

Статті у зарубіжних наукових виданнях:

11. Поліщук О. А. Досвід реалізації системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я у регіональних реабілітаційних центрах / О. А. Поліщук // Education and Pedagogical Sciences. – 2017. – № 2. – С. 37 – 51.

12. Поліщук О. А. Трудова реабілітація людей з обмеженими можливостями здоров'я як умова розбудови інклюзивного суспільства в Україні / О. А. Поліщук // Aktualne naukowe problemy. Rozpatrzenie, decyzja, praktyka. (29.06.2017 – 30.06.2017) – Warszawa: – 2017. – Т. 4. – С. 140 – 152.

Статті в інших виданнях, матеріали конференцій:

13. Поліщук О. А. Система трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я : цільовий компонент / О. А. Поліщук, С. Я. Харченко // Організація соціальної та соціально-педагогічної роботи у різних соціальних

інституціях суспільства : матеріали міжвузівського науково-практичного семінару (м. Харків, 9 листопада 2017 р.) / укладачі : О. І. Рассказова, К. С. Волкова. – Харків : ФО-П Шейніна О.В., 2017. – С. 64 – 67.

14. Поліщук О. А. Суб'єкт – суб'єктний підхід до трудової реабілітації людей з обмеженнями здоров'я у реабілітаційних установах / О. А. Поліщук // Соціальна підтримка сім'ї та дитини у соціокультурному просторі громади : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Суми, 15 листопада 2017 р.). – Суми, 2017. – С. 93 – 96.

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Система соціального захисту сучасної України знаходиться під впливом інклюзивних та інтеграційних процесів, що розгортаються в умовах демократизації та євроінтеграції держави, забезпечуючи право осіб з обмеженими можливостями здоров'я на повноцінну соціалізацію та самореалізацію у суспільстві. Згідно з Конституцією України кожному громадянину держави гарантовано право на працю, вільне обрання професії та можливість самостійно заробляти собі на життя. Разом з тим, у сучасних соціально-економічних умовах люди з інвалідністю не можуть конкурувати із здоровими на ринку праці без створення системи трудової реабілітації цієї категорії громадян, що стає однією з найважливіших проблем суспільства.

Актуальність пошуку нових підходів до трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я обумовлюється необхідністю реалізації провідних положень низки державних документів щодо соціального захисту людей з інвалідністю в Україні. Права осіб з обмеженими можливостями здоров'я на отримання соціальної допомоги та реабілітації закріплені у законі „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” (1991 р.), Постановами Кабінету Міністрів України „Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів” (1995 р.), „Про затвердження порядку сплати підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями штрафних санкцій до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, акумуляції, обліку та використання цих коштів” (2001 р.), Указом Президента України „Про затвердження Національної програми професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими можливостями здоров'я” (2001 р.).

У Конвенції про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів, ратифікованій відповідним Законом України № 624-IV (624-15) від 06.03.2003 р., завданням професійної та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я проголошено забезпечення людині з інвалідністю можливості отримувати

та зберігати гідну роботу й просуватися по службі, сприяючи тим самим її соціальній інтеграції або реінтеграції. Законом України „Про реабілітацію інвалідів в Україні” (2011 р.) трудова реабілітація визначається як 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.

Наголосимо, що важливим викликом сьогодення у напрямі створення системи трудової реабілітації осіб з інвалідністю є відповідне спрямування та об'єднання зусиль реабілітаційних закладів, яких, за даними державних статистичних звітів, в Україні функціонують більш ніж 600, проте, лише близько 20 з них безпосередньо займаються професійною та трудовою реабілітацією осіб з обмеженими фізичними можливостями. Згідно Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів Міністерства соціальної політики України (2015 р.) до функцій таких центрів входить організація професійної та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, що забезпечать адаптацію інвалідів до професійного навчання та їх подальше працевлаштування та інтеграцію у суспільство.

Вітчизняними та зарубіжними вченими проводилися численні розвідки, спрямовані на вивчення особливостей соціально-психологічного розвитку та соціалізації осіб з порушеннями психофізичного розвитку (В. Бондар, О. Хохліна, В. Блейхер, В. Лубовський, Г. Костюк, В. Синьов, О. Глоба, В. Григоренко та ін.); здійснено цілу низку вітчизняних докторських досліджень (Ю. Вихляєв, І. Ляхова, Л. Куненко, Д. Шульженко та ін.), присвячених висвітленню методологічних засад навчання, виховання, розвитку й дидактичної корекції функціонального стану дітей та молоді з обмеженням життєдіяльності.

У новому контексті питання трудової реабілітації людей з обмеженнями здоров'я піднімаються у дослідженнях щодо становлення інклюзивної освіти в нашій країні (Н. Валентик, В. Варава, М. Ворон, Т. Ілляшенко, Ю. Кавун,

А. Колупаєва, С. Корніцова, Н. Кравець, І. Лапицька, С. Литовченко, Т. Луценко, Б. Мороз, Ю. Найда, Н. Назарова, Г. Першко, Т. Сак, Н. Софій, О. Таранченко, О. Чубар, А. Шевцов, В. Шорохова, І. Ярмошук та ін.

Увагу дослідників зосереджено переважно на вивченні доступності вищої освіти для інвалідів (О. Ярська-Смірнова, П. Романов та ін.), використання дистанційного навчання у професійній підготовці людей з особливими потребами (С. Андрійчук, К. Ощепкова, Д. Шевченко), навчальних програм для людей з функціональними обмеженнями та особливостей позааудиторної роботи з ними (О. Горошко, З. Матвієнко, А. Якимчук та ін.).

Питання профорієнтації осіб з інвалідністю стали предметом досліджень К. Бондарчука, С. Кавокіна, Р. Кравченко, Г. Мулярчук, Г. Онкович, Л. Храпиліної. Технологічні аспекти професійної освіти осіб з обмеженнями здоров'я знайшли своє відображення у працях М. Бірюкової, Н. Долматової, В. Подшивалкіної, О. Свідіна та інших дослідників.

Методологічні основи соціальної роботи з людьми з обмеженими можливостями здоров'я розроблялися у дослідженнях вітчизняних та зарубіжних вчених В. Алфімової, Л. Волинець, І. Зверєвої, А. Капської, О. Киричука, Ю.Мацкевіч, Л. Міщук, А.Мудрика, Н. Ничкало, С. Харченко, та ін.

У науці у соціально-педагогічному контексті ґрунтовно розроблено проблеми розвитку соціальності, освіти, професіоналізації, а також соціально-педагогічної допомоги та підтримки в процесі інтеграції у суспільство осіб з інвалідністю (Ю. Богінська, О. Рассказова, В. Тесленко, М. Чайковський). Соціально-педагогічні основи соціальної реабілітації та ресоціалізації різних соціальних груп у роботі реабілітаційних центрів та інших соціальних осередків розкрито О. Караман, С. Коношенком, М. Сідорчук, Ю. Чернецькою, В. Шпак та ін.

Але в зарубіжній та вітчизняній літературі поки ще недостатньо розкриті питання організації процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями, теоретичні та практичні аспекти міжгалузевого співробітництва працівників соціальної сфери з педагогами,

медиками, психологами, реабілітологами.

Однак, багатоаспектність досліджень науковців в контексті означеної проблеми не вирішує існуючих на практиці *суперечностей* між: потребами суспільства в додаткових трудових ресурсах, готових до здійснення професійної діяльності в умовах соціальної інклюзії та реальним станом трудової реабілітації осіб з обмеженнями здоров'я; необхідністю комплексної, цілеспрямованої, багатofакторної трудової реабілітації осіб з інвалідністю та відсутністю системи такої реабілітації у роботі реабілітаційних осередків; традиційною методикою реабілітаційних послуг людям з обмеженнями здоров'я і необхідністю оновлення теоретико-методичного забезпечення цього процесу у змінених соціально-економічних умовах.

Таким чином, актуальність зазначеної проблеми та її недостатня теоретична і практична розробленість зумовили вибір теми дисертаційної роботи – **„Трудова реабілітація осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів”**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Луганського національного університету імені Тараса Шевченка „Зміст і технології соціально-педагогічної діяльності з дітьми групи ризику” (Державний реєстраційний № 01.07.U000971).

Тема дисертації входить до плану роботи науково-дослідного Центру соціальної педагогіки і соціальної роботи НАПН України і ДЗ „Луганський національний університет імені Тараса Шевченка” як складова частина комплексної наукової теми „Зміст і технології соціально-педагогічної діяльності з дітьми групи ризику” (державний реєстраційний номер 0107V000971).

Тему дисертації затверджено Вченою радою ЛНУ імені Тараса Шевченка (протокол № 10 від 28.05.2004 р.) та узгоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 3 від 25.03.2008 р.).

Об'єктом дослідження є процес трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я.

Предмет дослідження – система трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах регіональних реабілітаційних центрів.

Мета дослідження: науково обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити ефективність системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах регіональних реабілітаційних центрів.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні про те, що процес трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я буде ефективнішим і сприяти формуванню мотиваційно-особистісної, інтелектуально-змістовної та організаційно-дієвої складових їх життєдіяльності, якщо впровадити системно-структурний підхід до надання реабілітаційних послуг, теоретично обґрунтувавши, розробивши та методично забезпечивши систему трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я у діяльності регіональних реабілітаційних центрів, яка включатиме наступні компоненти: цільовий (соціальне замовлення, мета, завдання, принципи), суб'єкт-суб'єктний (об'єкт та суб'єкти трудової реабілітації), змістово-технологічний (зміст, умови, форми, методи, засоби), результативний (результат реабілітаційного процесу та критерії і показники щодо його оцінки).

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати стан розробленості проблеми, виявити історичні, соціокультурні передумови становлення і формування концепції трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я.

2. Визначити сутність та структуру трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я.

3. Схарактеризувати стан та особливості трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів.

4. Теоретично обґрунтувати, змістово розробити систему трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах регіональних

реабілітаційних центрів.

5. Впровадити розроблену систему у діяльність регіональних реабілітаційних центрів та експериментально перевірити її ефективність.

Методологічна основа дослідження ґрунтується на концептуальних засадах соціальної роботи як інтегративної галузі наукових знань, що дає цілісне уявлення про сутність найбільш загальних соціальних та соціально-педагогічних феноменів; на положеннях теорії наукового пізнання про єдність процесів, взаємовплив і взаємозалежність явищ об'єктивної діяльності; на провідних загальнонаукових положеннях системного підходу до аналізу соціально-педагогічних явищ (С. Харченко, В. Докучаєва, Л. Першин, Н. Ткачова та ін.), на концепції особистісно-діяльнісного підходу до розвитку людини (Л. Виготський, П. Гальперін, О. Леонт'єв, В. Рибалка, С. Рубінштейн та ін.), компетентнісного підходу до оцінки рівня розвитку особистості (В. Болотов, О. Гура, І. Зимня, О. Локшина, О. Овчарук, І. Хазифуліна, В. Химинець), на засадах аксіологічного (Л. Вовк, В. Крижко, В. Огнев'юк, Л. Хомич) та технологічного (В. Безрукова, В. Беспалько, С. Сисоева, Г. Селевко та ін.) підходів до соціалізації, освіти та виховання, професіоналізації та трудової адаптації особистості; на принципах демократизації та гуманізації соціальної сфери суспільства.

Теоретико-методологічні засади дослідження складають соціально-філософські концепції, які містять аксеологічні положення про пізнання, сутність саморозвитку особистості (М. Бердяєв, К. Вазіна, Б. Гершунський, В. Крутецький, Є. Шиянов, І. Якиманська та ін.); положення та ідеї психологічної теорії формування та розвитку особистості (Б. Анан'єв, Л. Виготський, В. Мерлін, С. Рубінштейн та ін.); провідні засади соціальної та неосоціальної моделей інвалідності, теорії соціальної інклюзії та інтеграції осіб з інвалідністю (О. Дикова-Фаворська, Ю. Вихляєв, А. Капська, А. Колупаєва, О. Рассказова, Т. Сак, Н. Софій, А. Шевцов, Д. Шульженко та ін.); концептуальні соціально-педагогічні засади соціалізації особистості (Л. Бадь, І. Кон, Ж. Піаже, М. Річмонд, М. Фірсов та ін.); концептуальні положення соціальної роботи (Л. Коваль, Л. Міщик, А. Мудрик,

С. Савченко та ін.); дослідження, присвячені окремим практичним аспектам соціально-педагогічної реабілітації молоді з функціональними обмеженнями (І. Зверєва, Г. Лактіонова, С. Пальчевський, В. Тесленко, Л. Харченко та ін.), закономірності психофізичної реабілітації та соціальної адаптації людини у діяльності реабілітаційних центрів (О. Караман, С. Коношенко, М. Сідорчук, Ю. Чернецька, В. Шпак та ін.), технологічні розробки щодо освіти та виховання дітей і молоді як провідного шляху їх інтеграції у суспільство (М. Андрєєва, Н. Грабовенко, І. Макаренко, Н. Мірошніченко, М. Чайковський та ін.).

Для розв'язання означених вище завдань дослідження, досягнення мети та перевірки висунутої гіпотези використано комплекс взаємопов'язаних **методів дослідження**: *теоретичні* – аналіз філософської, психологічної, соціально-педагогічної, правової літератури для розкриття проблем соціалізації осіб з обмеженнями життєдіяльності як соціально-педагогічної категорії на державному, регіональному і місцевому рівнях; синтез для моделювання територіального соціально-педагогічного комплексу в мікросоціумі; абстрагування й конкретизація для визначення соціально-педагогічних умов соціальної адаптації осіб з обмеженими можливостями здоров'я; ідеалізація для створення системи соціально-педагогічних умов психофізичної реабілітації та соціальної адаптації людей з інвалідністю в регіоні; моделювання та проектування для визначення логічної структури дослідження й розробки відповідної соціально-педагогічної технології; *емпіричні* – спостереження, бесіди, інтерв'ювання, анкетування, вивчення документації та продуктів діяльності, оцінка для моніторингу процесу і результатів експериментальної діяльності; констатувальний і формувальний експерименти для перевірки ефективності соціально-педагогічних умов соціальної адаптації осіб з обмеженими психофізичними можливостями; *статистичні* – математичні методи статистичної обробки експериментальних даних для підтвердження достовірності отриманих у ході дослідження результатів.

Експериментальна база дослідження. Експериментальна робота виконувалася при підтримці Департаменту соціального захисту населення

Луганської обласної державної адміністрації на базі Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, Комунальної установи „Луганський обласний центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів „Відродження”, Центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів „Надія”, 7 відділень реабілітації інвалідів Луганської області, Луганського обласного центру зайнятості, обласного центру соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді. У дослідженні взяли участь 116 молодих осіб з обмеженими можливостями здоров’я: 56 осіб експериментальної групи (ЕГ) і 60 осіб контрольної групи (КГ).

Етапи дослідження. Починаючи з 2009 р. експериментальне дослідження було реалізовано за чотирма основними етапами: констатувальним, пошуковим, формувальним та узагальнювальним.

У межах **констатувального етапу**, який проходив протягом 2009 – 2010 рр., з’ясовано понятійний апарат, вивчено проблему дослідження, розроблено науково-методичні засади експерименту та його методологічний інструментарій. Результатом цього стало вивчення реального стану та пріоритетів розвитку трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров’я в Україні.

На **пошуковому етапі** (2010 – 2011 рр.) на підставі обґрунтованих концептуальних засад дослідження розроблено систему трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров’я, яка, на наш погляд, сприяла допомозі молоді з обмеженими фізичними можливостями працевлаштуватися, пристосуватися до самостійного життя й відчувати себе корисними для суспільства.

На **формувальному етапі** (2012 – 2013 рр.) відповідно до завдань дослідження здійснено впровадження розробленої системи в діяльність регіональних реабілітаційних центрів.

На **узагальнювальному етапі** (2014 – 2016 р.) проаналізовано, систематизовано та узагальнено отримані дані, доведено якість розробленої системи, підготовлено висновки та рекомендації щодо покращення діяльності реабілітаційних центрів у контексті працевлаштування осіб з обмеженими можливостями здоров’я, удосконалення організаційної структури та управління

системою професійної реабілітації та зайнятості.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що: - *вперше* цілісно та системно досліджено проблему трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів в аспекті збільшення можливостей для повноцінного включення таких осіб до суспільного життя, розв'язання практичних завдань щодо створення умов для формування соціально-позитивного досвіду їх функціонування в суспільстві; науково обґрунтовано й експериментально перевірено ефективність системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я систему, спрямованої на надання особам з інвалідністю можливості брати участь у соціальному та економічному житті через оволодіння ними певним обсягом професійних знань, умінь і навичок, розвиток особистості в умовах спеціально організованого освітньо-професійного та соціально-реабілітаційного процесу, органічно поєднаного з іншими формами реабілітації та інтеграції у суспільство, яка включає наступні компоненти: цільовий (соціальне замовлення, мета, завдання, принципи), суб'єкт-суб'єктний (об'єкт та суб'єкти трудової реабілітації), змістово-технологічний (зміст, умови, форми, методи, засоби), результативний (результат реабілітаційного процесу та критерії і показники щодо його оцінки;

- *уточнено* співвідношення понять „професійна реабілітація” та „трудова реабілітація”, суть понять „трудова реабілітація людини з обмеженими можливостями здоров'я”, „центр трудової реабілітації осіб з інвалідністю”; критерії (мотиваційно-ціннісний, когнітивний та операційно-діяльнісний), показники, рівні (високий, середній, низький) трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльності регіональних реабілітаційних центрів;

- *подальшого розвитку* набули наукові уявлення про регіональні реабілітаційні центри як соціально-педагогічні установи компенсуючого типу, що надають особам з обмеженими можливостями здоров'я необхідні професійні знання, допомагають людині адаптуватись та соціалізуватись у суспільстві у ході її

взаємодії із професійним середовищем; а також зміст, форми, засоби професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я;

- *удосконалено* форми і методи, зміст трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах регіональних реабілітаційних центрів, а також відповідної підготовки фахівців та громади.

Практичне значення дослідження полягає в програмно-змістовій розробці та методичному забезпеченні системи трудової реабілітації для осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Розроблено авторську регіональну комплексну Програму впровадження такої системи в діяльність регіональних реабілітаційних центрів що містить певний трьох-етапний (діагностично-організаційний, реабілітаційно-операційний, аналітичний) алгоритм дій, в якій закладено соціально-педагогічні технології ефективної реалізації процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Розроблено та експериментально апробовано у роботі центрів реабілітації інноваційні форми і методи соціально-педагогічної роботи з людьми з інвалідністю, фахівцями реабілітаційних центрів громадськості.

Результати дисертаційної роботи можна широко впроваджувати в практику реабілітаційних установ загального та спеціалізованого профілів, загальноосвітніх шкіл, а також рекомендувати батькам дітей, які мають особливі потреби, під час розгляду питань їх професійної орієнтації та трудової реабілітації.

Отримані узагальнення можуть бути використані для подальшого вдосконалення теорії і практики трудової реабілітації для осіб з обмеженими можливостями здоров'я, у педагогічних навчальних закладах різних рівнів акредитації, у роботі викладачів вищих навчальних закладів, фахівців обласних і районних центрів ранньої соціальної реабілітації, при розробці підручників та навчальних посібників із відповідних дисциплін.

Результати дослідження **впроваджено** в практику діяльності кафедр інституту педагогіки і психології Луганського Національного університету імені Тараса Шевченка (довідка № 01-15/599 від 24.09.2017 р.), освітній процес

Комунального закладу „Харківська гуманітарно-педагогічна академія” Харківської обласної ради (довідка № 01-13/399 від 18.09.2017 р.), Комунальної установи „Луганський обласний центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів „Відродження” (довідка № 01-11/439 від 24.04.2017 р.), (довідка № 01-12/119 від 23.09.2017 р.).

Апробація результатів дослідження. Основні положення, висновки, практичні результати дисертаційного дослідження представлено в доповідях та повідомленнях на науково-практичних та науково-методичних конференціях різного рівня: *Міжнародних* – „Проблеми та шляхи впровадження інтегрованого навчання й виховання дітей з особливими потребами” (Луганск, 2005), „Внесок наукових шкіл НПУ імені М.П.Драгоманова у розвиток світової та вітчизняної дефектології” (Київ, 2010), „Rozwój i praktyka” (Zakopane, 2017); *всеукраїнських* – „Соціальна підтримка сім’ї та дитини у соціокультурному просторі громади” (Суми, 2017), „Модифікація концепції соціально-педагогічної діяльності та соціальної роботи в Україні у контексті реалізації Цілей сталого розвитку суспільства” (Харків, 2017); *регіональних* – VI Міжвузівський науково-практичний семінар „Концептуалізація соціально-педагогічної діяльності та соціальної роботи в Україні як умова євроінтеграції” (Харків, 2017).

Основні результати дисертаційного дослідження обговорювалися та отримали позитивну оцінку на засіданнях кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи, кафедри дефектології та психокорекції Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, на засіданні наукової комісії ЛНУ імені Тараса Шевченка, на засіданнях колегії головного управління праці та соціального захисту населення Луганської облдержадміністрації.

Публікації. Основні положення та результати дослідження висвітлено в 13 одноосібних публікаціях, із них 10 статей у наукових фахових виданнях, 1 – у зарубіжному виданні, 1 – у виданні, включеному до міжнародних наукометричних баз, 1 – у матеріалах конференцій.

Структура роботи. Дисертація складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел

(257 найменувань, з них 1 іноземною мовою). Робота містить 9 додатків на 36 сторінках, 14 таблиць та 10 рисунків. Загальний обсяг дисертації становить 281 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ТРУДОВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ

1.1. Розробка проблеми трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я: ретроспектива та сучасність

Аналізуючи стан наукової розробки проблеми трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я, неможна не відзначити тісного взаємозв'язку порушеної проблеми та питань становлення системи милосердя, благодійництва, соціальної допомоги, піклування про нужденних, у першу чергу сиріт та людей з інвалідністю, що стало невід'ємною історично усталеною ознакою ментальності українського народу й було укорінено у традиціях, побуті, існуючих соціальних практиках й, з часом отримало втілення у науковій думці вчених-класиків.

Виходячи з цього, ми не можемо лишити осторонь історичні коріння розробки теорії та практики трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я й розпочнемо науковий аналіз з короткого історико-педагогічного екскурсу у генезу проблеми, який дозволить нам установити й розглянути еволюцію ставлення суспільства до осіб з обмеженими психофізичними можливостями в контексті соціокультурних історичних змін.

Відзначимо, що в усіх європейських країнах, включаючи й Давню Русь, майже до Середньовіччя ставлення до осіб з обмеженими можливостями не відрізнялося гуманністю. Хвору чи „зайву” людину могли вбити, продати в рабство, що вважалося цілком соціально прийнятним та моральним. Цей період (VIII ст. до н.е. до XII ст. н.е.) еволюції ставлення до осіб з обмеженими можливостями, на думку М. Малофєєва, характеризується переходом від агресії й нетерпимості до усвідомлення необхідності надання допомоги й підтримки

інвалідам [108, с. 8].

Наголосимо, що питання гуманного ставлення до людей з обмеженими можливостями здоров'я та інтеграції їх у суспільство почали активно обговорюватися та вирішуватися у русі розвитку релігійних ідей, пов'язаних із визнанням пріоритету духовного життя людини над матеріальними благами, духовної краси над фізичною досконалістю. Соціальним інститутом суспільства, що активно опікувався питаннями допомоги людям з обмеженими можливостями на вітчизняних теренах, стала християнська церква з її релігійною чуттєвістю й співчуттям до ближнього. Основна ідея, що зародилася на цьому етапі історичного розвитку у цей час – ідея милосердя до осіб з інвалідністю, рівно як і сиріт та нужденних, не лише як чесноти, а й обов'язку християнина. За п'ять сторічч європейськими країнами був пройдений шлях від монастирських хоспісів і притулків до створення державної структури піклування й лікувальної допомоги з характерними для неї інститутами (лікарні, притулки, лепрозорії). Інакше кажучи, відбулося усвідомлення суспільством та його членами необхідності піклування в тих або інших формах про осіб з вираженими відхиленнями у розвитку, а також початок формування соціальних (світських) систем державного піклування [63, с. 7].

Відзначимо, що, разом з ідеями християнського милосердя до осіб з інвалідністю, у межах церковної ідеології виникли й укорінилися релігійні упередження та забобони щодо людей з вадами здоров'я. У цей час зароджується й розвивається так звана «моральна модель інвалідності», за якою інвалідність розглядається як «наслідок гріха» та «особиста трагедія людини» [63, с. 28]. У контексті цієї моделі людина з інвалідністю, а у багатьох випадках і її родина стають об'єктами стигматизованого ставлення суспільства, розглядаються як винні у своїх проблемах та обмеженнях, а тому можуть підлягати необґрунтованій жорстокості, насиллю, депривації.

Наукова розробка проблем інвалідності та перегляд ставлення до осіб з обмеженнями здоров'я відбувся протягом наступного історичного періоду (XII – XVIII ст.). У цей час закордонні та вітчизняні філософи й педагоги почали

розробляти науковий підхід до вирішення проблем людей, які мають психічні або фізичні вади, досліджуючи проблеми інвалідності, норми та відхилення у розвитку дитини, обґрунтовуючи можливості навчання, соціалізації та соціальної реабілітації осіб з інвалідністю.

Так, відомий педагог Я. Коменський уперше розглянув з педагогічної точки зору взаємозв'язок інтелектуального розвитку дитини з її поведінкою, а також виділив типи розумового розвитку дітей, допускаючи тим самим варіативність у можливостях інтелектуального розвитку осіб, які навчаються [12, с. 13-17].

Науково-практична розробка проблеми відбувалася разом із зміною суспільного погляду на осіб з інвалідністю. Так, ідеї освіти для усіх дітей незалежно від здібностей, психофізичних можливостей та соціального стану віддзеркалено й у вітчизняних соціальних та освітніх практиках. Відомо, що ще у 1586 році у статуті Львівської братської школи було зафіксовано, що „вчитель повинен і вчити, і любити дітей усіх однаково, як синів багатих, так і сиріт, убогих, і тих, які вулицями ходять, прохаючи на прожиток. Учити їх, хто скільки по силах учиться може...” [67; 70, с. 340].

Пізніше (кінець XVIII – початок XX століття) еволюція ставлення суспільства до осіб з обмеженими можливостями продовжилася і позначилася розвитком системи державної та суспільної опіки над людьми з інвалідністю, передусім за рахунок приватної благодійності.

Відомим історико-педагогічним фактом, що позначив початок зміни суспільної думки щодо можливостей соціально-педагогічної реабілітації людей з обмеженнями здоров'я за кордоном, є відкриття у 1892 р. в Англії соціальних закладів для розумово відсталих осіб, а пізніше у 1899 р. відбулося створення законодавчої бази для регулювання діяльності закладів щодо відбору та корекції порушень розвитку та поява організацій щодо соціальної допомоги, підтримки, захисту прав осіб з інвалідністю [141, с. 26-34].

Разом з цим, за кордоном продовжували розвиватися ідеї про загальність освіти, необхідність виховання і навчання усіх, необхідність отримання

елементарної освіти у масових школах для дітей із помірною затримкою психічного розвитку відстоював Й. Песталоцці. Вчений обґрунтував нові підходи та принципи роботи з дітьми особливими освітніми потребами, для розвитку яких він рекомендував відкривати спеціальні виховні будинки, де діти зможуть отримати, зокрема й трудові навички [28, с. 57].

Подібні погляди на можливості реабілітації дітей з інвалідністю засобами навчання та трудової діяльності розвивали у своїй діяльності Ф. Фребель [3, с.33-36], М. Монтесорі [193, с.198 – 203] та інші зарубіжні вчені.

Відзначимо, що у цей час отримала поширення благодійна модель ставлення суспільства до осіб з інвалідністю, згідно якої вони розглядаються як жертви обставин, що заслуговують на співчуття та підтримку, потребують догляду та не спроможні піклуватися про себе самі.

На вітчизняних теренах ініціатива благодійницької діяльності від представників царських сімей та аристократів перейшла до купців, фабрикантів та дрібного маєткового дворянства. Було створено заклади соціального забезпечення найрізноманітніших видів, багато з яких не мали аналогів за кордоном. У результаті всіх цих перетворень наприкінці ХІХ – на початку ХХ ст. в Україні, що на той час входила до складу Російської імперії, створилася широка мережа державних, церковних та приватних благодійних закладів, що займалися наданням допомоги дітям, які її потребували.

Найбільше розповсюдження отримали закриті заклади – виховні будинки та дитячі притулки, близькі до сучасних дитячих будинків і шкіл-інтернатів. Організація діяльності таких закладів була різноманітна й більшою мірою визначалася ініціативою їх працівників та благодійників. Часто діти жили й навчалися у виховних будинках, які мали свої лікарні, школи, ремісні заклади, а також училища, де готували фельдшерів, учителів для спеціальних та початкових сільських шкіл. Обдаровані вихованці могли вступити до університетів та академій, для чого їм виділялися стипендії або протягом навчання створювався недоторканий іменний капітал.

У питаннях запровадження різноманітних форм організації професійної підготовки та реабілітації у роботі з дітьми з інвалідністю привертає увагу досвід деяких широко відомих вітчизняних закладів, наприклад Харківського училища для сліпих дітей під патронатом імператриці Марії Федорівни та Ради піклувальників (відкрито у 1887 р.). Як соціальний заклад училище цілком залежало від коштів благодійників, тому висококласне професійне навчання дітей музиці та співам й регулярно влаштування публічних концертів, підготовлених силами вихованців, забезпечувало зростання уваги міського населення до училища, збільшення пожертвувань на утримання сліпих дітей [102, с. 15].

Цікаво, відзначити такий факт, наведений у дослідженні сучасного вченого О. Устименка, що певний час вчителем співу в училищі працював колишній його вихованець М. Тисячний, який відзначався ґрунтовною музично-педагогічною підготовкою [230, с. 20-21]. Підкреслимо, що репертуар, який учні репрезентували на концертах, потребував від вчителя та учнів значної попередньої підготовки. Про високий рівень майстерності, якої досягали учні у виконанні музичних творів, свідчить те, що їх запрошували для музичного супроводу публічних подій в інших навчальних закладах. Наприклад, музичні виступи вихованців училища супроводжували проведення новорічних урочистостей у Пушкінському міському училищі 3-4 січня 1907 р., на яких, зокрема, були присутні професори Харківського імператорського університету. До програми концерту, влаштованого силами педагогів та учнів училища сліпих, входили достатньо складні для дитячого виконання зразки музичних творів [137, с. 51]. Відзначимо, що така серйозна професійна підготовка незрячих дітей й набутий досвід публічних виступів забезпечували їм подальшу успішну професіоналізації та працевлаштування. Як правило, випускники училища ставали співаками церковних хорів або вчителями співу у повітових сільських церквах [230, с. 23].

Наголосимо, що у цей час новим прогресивним типом закладів ранньої професіоналізації дітей стали ремісні училища, а також майстерні, де навчалися як учні, що знаходилися на повному утриманні, так і ті, що приходили для участі у

заняттях та робітничому процесі. У цих закладах діти навчалися не тільки різних ремесел, а й грамоти та математики. У промисловому Слобожанському регіоні з початку ХХ ст. було створено 26 ремісничих училищ та 8 інших професійних шкіл. Одинадцять установ були казенними, решта існували на кошти громадських організацій і приватних осіб [191, с. 410, 450]. Крім того у цей час були організовані й багаточисельні трудові пункти, які давали дітям роботу додому і займалися потім продажом створеної ними продукції. У сільських місцевостях почали з'являтися сільськогосподарські колонії, які працювали з тією ж метою. Такі інноваційні та актуальні в умовах розвитку промисловості форми первинної трудової соціалізації дітей відкривали нові можливості для професійної реабілітації осіб з інвалідністю.

Інноваційними для свого часу виявилися й санаторно-інтернатні заклади, апробування діяльності яких розпочалося на початку ХХ ст. За даними вітчизняної дослідниці О. Рассказової, перша школа-санаторій для хронічно хворих дітей розпочала свою роботу 1905 році в м. Ялта за ініціативою відомого педагога А. Готалова-Готліба. Друга санаторна школа, яку очолював В. Кащенко, з'явилася у Санкт-Петербурзі 1908 року. Такі школи-санаторії забезпечували лікування, навчання та виховання дітей, які потребували особливих умов освіти у зв'язку з хворобою, та об'єднували в собі педагогічні, лікувальні й дослідницькі цілі [183].

У зазначений період у Європі як і на вітчизняних теренах переважала тенденція гуманізації ставлення суспільства до аномальних дітей. Це було пов'язано із упровадженням у життя ідеї про систему загальної початкової освіти, що привело до появи дітей, які не справлялися з програмою навчання і сприймалися оточуючими як аномальні не тільки у фізичному, але й у соціальному, громадському плані. У цій ситуації реабілітація цієї категорії дітей розглядалася вже не як просто прояв громадської гуманності, а й як соціальна необхідність, засіб збереження суспільства.

Методологічним підґрунтям для розробки дослідженої проблеми трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я виступають такі

світоглядні гуманістичні теорії закордонних та вітчизняних дослідників минулого (Л. Бінсвангер, М. Бердяєв, Х. Блум, Ж. Бодріяр, Е. Гідденгс, Ж. Дерріда, Е. Дюркгейм, Т. Лукман, Ж.-П. Сартр, В. Соловйов, Г. Сковорода, П. Флоренський, П. Юркевич, М. Хайдеггер та ін.), у межах яких обґрунтовано ідеї толерантності та співрозуміння у сприйнятті відмінностей у людській спільноті.

Наголосимо, що на зламі XIX та XX століть у теорії та практики реабілітаційної діяльності щодо осіб з особливими потребами спостерігалася панування медичної моделі, за якою відхилення у поведінці людей відображали порушення внутрішніх психофізіологічних процесів, тобто невідповідність поведінки нормам прийнятим у суспільстві пояснювалася патологією стану здоров'я. За даними вчених (М. Андреева, К. Волкова, О. Рассказова, Ю. Чернецька, С. Харченко та ін.) медична модель інвалідності (сегрегація) довгі роки була домінуючою як у західному, так і у вітчизняному суспільстві й ґрунтувалася на положенні, що людина з проблемами розвитку – аномальна, неповноцінна, хвора та потребує соціального патронажу й лікування, які найкращим чином можуть здійснюватися у спеціальних соціально ізольованих закладах [192, с.8].

Це пояснюється тим, що, як зазначають дослідники (В. Азін, Л. Байда, С. Буров, Я. Грибальський, О. Красюкова-Енс, Ю. Найда), у межах медичної моделі інвалідність розглядається як дефект чи хвороба, що потребує, насамперед, медичної реабілітації. Недоліком цієї теорії є те, що у ній необхідним чином не враховується вплив оточуючого середовища на розвиток та поведінку дитини. За таких умов людина з інвалідністю в наслідок об'єктивних обставин опиняється відстороненою від суспільного життя [63, с.28].

Зважаючи на зазначені недоліки медичної моделі період з початку XX ст. до другої половини XX ст. за рубежем розпочалася розробка нової концепції реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, що характеризується формуванням у суспільстві розуміння необхідності спеціальної освіти та професіоналізації тих, хто цього потребує. У цей час у більшості країн Європи була створена система

спеціальної освіти й визначені перспективи її подальшого розвитку.

Імпульсом для розвитку реабілітації осіб обмеженими можливостями здоров'я в першій половині ХХ ст. стала перша світова війна, що залишила відбиток на здоров'ї і житті тисяч людей. У зв'язку з необхідністю подолання її наслідків, почали швидко розвиватися такі науково-практичні дисципліни, як ортопедія, фізіотерапія, трудотерапія і лікувальна фізична культура. Спочатку у науковий обіг було введено термін „відновне лікування”, до змісту якого входило використання медичних лікувальних методів, але згодом проблема соціально-трудового відновлення осіб з інвалідністю отримала масовий характер. Крім медичних, її вирішення містило цілу психологічних, соціальних та інших питань, що виходили за рамки суто лікувальних й термін „відновлювальне лікування” було замінено на дефініцію „реабілітація”.

Специфічно відбувалися процеси становлення реабілітаційної проблематики в радянській державі, частиною якої була й Україна, де панував тоталітарний режим. Після жовтневої революції 1917 р. нова влада вибрала з усіх можливих варіантів удосконалення системи опікування та соціальної допомоги інвалідам найбільш радикальний – установлення монополії держави в справі соціального забезпечення осіб з обмеженнями життєдіяльності, що значно звузило й формалізувало коло методів та форм, напрямів і механізмів соціальної реабілітації та ресоціалізації таких людей.

Проте, зазначимо, що і у цей період було накопичено й досить цікаві ідеї та досвід щодо трудової реабілітації осіб з інвалідністю. Перші роки радянської влади позначилися розробкою нових наукових концепцій, які в основному орієнтувалися на завдання побудови „марксистської дитячої психології” шляхом активізації та розширення спектру педологічних досліджень, орієнтованих на допомогу у вихованні нової людини новим суспільством і для нового суспільства [192, с. 10]. За даними М. Ярошевського, тогочасні наукові розробки базувалися на положенні економічної теорії К. Маркса про те, що людина – природна істота, але природа її соціальна, тому вчені розглядали тілесні, матеріалістичні основи людського буття

як продукт суспільно-історичного розвитку [256]. Виходячи з цього, домінуючою стала теза «не суспільство для людини, а людина для суспільства», виходячи з якої питання допомоги людям з інвалідністю було зосереджено на пошуку шляхів отримання максимальної соціальної користі. Тож у цей час суспільне ставлення до осіб з інвалідністю формується у русі основного заклику соціалістичного ладу – „Хто не працює, той не їсть!”, а тому розробляються нові шляхи залучення осіб з обмеженнями здоров'я до трудової діяльності.

Позитивним кроком на шляху реалізації цього положення було те, що у 1918 році було видано урядовий декрет про передачу всіх закладів для «аномальних» дітей з компетенції Народного комісаріату соціального забезпечення у ведення Народного комісаріату просвіти [131]. Таким чином, законодавчо затвердилося ставлення до особи з особливостями здоров'я, засноване не на ізоляції від громадського життя або просто піклуванні, а на впевненості у можливостях такої людини, її здатності навчатися й стати повноправним громадянином, інтегруватися у суспільство.

Під впливом прогресивних ідей та досвіду щодо розширення можливостей особистісного та соціального розвитку людей з особливими потребами, у першій половині ХХ ст. на Україні, відбулася суттєва зміна акцентів у наукових дослідженнях та суспільній практиці піклування про хворих дітей та молодь на їх реабілітацію, у тому числі освітню й соціально-педагогічну, та включення їх у повноцінне життя [183].

Серед значних здобутків 20-х рр. ХХ ст. – розробки П. Блонського, Л. Виготського, А. Залкінда, В. Каценка, К. Корнілова, Г. Шпета та ін., цікаві сьогодні обґрунтуванням та різноаспектним висвітленням проблеми співвідношення біологічного й соціального чинників у становленні особистості. Сам факт впливу середовища на розвиток дитини, як і зв'язок цього впливу з її нервовою системою та соматичним станом, набув у той час загального наукового визнання.

Розуміючи специфічну природу розвитку соціальності дітей з обмеженнями здоров'я, дослідники розгорнули широку роботу з вивчення особистості таких дітей,

зосереджуючись у першу чергу не на вивченні медичних проблем, а на виявленні психологічних особливостей та соціально-педагогічних можливостей осіб з різними нозологіями. У цьому напрямі на основі започаткованої В. Кащенко санаторної школи у 1918 р. було організовано Будинок вивчення дитини.

За ініціативою та під керівництвом Л. Виготського було створено експериментальний дефектологічний інститут, де у контексті розробки дефектологічної, психологічної та соціально-педагогічної проблематики щодо осіб з інвалідністю відбувалося обґрунтування основних положень соціально-правової охорони неповнолітніх [17; 18; 19].

За характеристикою О. Рассказової, розробки вітчизняних учених першої половини ХХ ст. зробили значний внесок у напрямі пояснення деформації соціального розвитку дітей з проблемами здоров'я не лише наявністю об'єктивних психофізичних обмежень організму, а насамперед отриманням дитиною у процесі набуття індивідуального життєвого досвіду інвалідності як історично та культурно сформованого негативного соціального конструкту [183].

На основі праць вчених й з урахуванням соціально-економічних та політичних умов у державі у межах медичної моделі інвалідності розробляється, так звана, реабілітаційна модель (в інших джерелах – А. Шевцов [244] – модель нормалізації), згідно якої інвалідність розглядається як стан, що потребує втручання фахівця – реабілітолога для формування або відновлення можливостей до навчання та праці й включення до суспільного життя. Інноваційним методом, що виник у межах даної моделі стала трудотерапія, що набула особливого поширення під час соціально-економічного відновлення держави після другої світової війни, коли солдатам, що поверталися додому після військових подій, необхідно було адаптуватися до повсякденного мирного життя [63, с. 30].

Спеціальна школа для осіб з обмеженими можливостями здоров'я повністю переорієнтовується на допомогу дітям в адаптації до життєвих умов, трудову реабілітацію осіб з інвалідністю концепція якої розроблялася на основі наукових ідей тогочасних вчених (Д. Азбукін, В. Бехтерев, П. Блонський, А. Грабаров,

А. Грибоедов, Л. Оршанський, Ф. Рау, Г. Россолімо та ін.). Задля реалізації цієї концепції у 1931 році було введено загальне обов'язкове навчання дефективних дітей від 8 до 15 років [122, с. 86-93]. У створених спеціально для реабілітації та освіти дітей з інвалідністю закладах, особливо численними серед яких були заклади для дітей з сенсорними порушеннями, у них дитина отримувала необхідну дефектологічну, соціальну та медичну допомогу, спеціальну середню освіту; доросла людина – робітничу професію (на жаль, виключно низької кваліфікації), мінімальний соціокультурний супровід та комфортне у побуті життя [244, с. 32].

Разом з цим, неможливо не відзначити, що з кінця 30-х рр. ХХ ст. вітчизняні педологічні дослідження, перспективні у напрямі розробки теоретичної основи та накопичення практичного досвіду трудової реабілітації та інтеграції у суспільство осіб з особливими психофізичними потребами, почали згортатися з ідеологічних міркувань. У цей час було прийнято державну постанову „Про педологічні перекручення у системі Наркомосів” (від 4 липня 1936 р.), за якою педологічний напрям дослідницької роботи у Радянському Союзі, до складу якого входила Україна, було фактично припинено. У Постанові зазначалося: „Створення марксистської науки про дітей є можливим лише на ґрунті подолання... антинаукових принципів сучасної так званої педології і суворої критики її ідеологів і практиків на основі повного відновлення педагогіки як науки і педагогів як її носіїв та провідників” [84, с. 2].

Як наслідок, реабілітаційні структури для осіб з психофізичними обмеженнями, зокрема сенсорними вадами, що, як зазначає А. Шевцов, на ранніх етапах створення радянської системи реабілітації, поза всяким сумнівом, відігравали позитивну роль, будучи „оазисами” у жорсткому і чужому для інвалідів світі, перетворилися на осередки сегрегації. Автор наголошує, що життя та діяльність товариств осіб з сенсорними порушеннями обмежувалася рамками спеціальних напівгромадських – напівдержавних соціально-економічних інститутів, які являли собою закриті містечка зі своїми інфраструктурою, підприємствами і субкультурою. Шанси у незрячої або нечуючої людини

інтегруватися в реальне суспільство були дуже незначні [244, с. 32].

Подібну думку проголошено у праці В. Тесленка, де відзначається, що практика репресій, пригнічення будь-яких проявів свободи особистості та її індивідуальності в нашій країні в епоху сталінізму не могли не відбитися на стані дітей та дорослих, які мали вади психофізичного характеру. У цей час відбувалося проведення негласної політики ізоляції, незадіяності у громадському житті цієї категорії громадян. Пріоритет інтересів суспільства над інтересами особистості спровокував господарювання протягом багатьох десятиріч ідеї „малоцінності” людей з якими-небудь вадами розвитку, як людей „другого гатунку” [224, с. 31].

Взагалі друга чверть ХХ століття залишилася в історії як період загострення тенденції до стигматизації людей з інвалідністю як соціально неспроможних та непотрібних суспільству в умовах посилення тоталітарних режимів у Європі та Другої світової війни. Це позначилося на наукових розробках та було відбито суспільній практиці того часу. У цей час на певному ідеологічному фундаменті у країнах з тоталітарним режимом, таких, як ССРСР, Німеччина, Італія, відбулися обґрунтування та реалізація політичної доктрини знищення „соціально некорисних” людей. Так, у 30-х роках ХХ ст. у Німеччині було затверджено низку „євгенічних” законів, за якими соціально прийнятними стали примусова стерилізація та гуманне умертвіння („евтаназія”) „малоцінних представників суспільства”, зокрема людей з психічними та спадковими захворюваннями, дітей-інвалідів, невиліковно хворих і усіх „непотрібних їдоків” [63, с. 30]. Соціальна й освітня політика цієї країни того часу будувалася на ідеях расової біології та гігієни, тому були знищені не тільки теоретичні основи дефектології як науки, переслідувань зазнали учені, педагоги-дефектологи, що опікувалися проблематикою соціальної інтеграції та реабілітації людей з інвалідністю та самі особи, які мали обмежені можливості здоров'я. На щастя, подібні практики щодо людей з інвалідністю отримали розповсюдження лише у тоталітарних державах та реалізовувалися обмежений період часу.

Аналіз наукового доробку сучасних вчених (В. Азін, Л. Байда, С. Буров,

Я. Грибальський, О. Красюкова-Енс, Ю. Найда), переконує, що реабілітаційна модель інвалідності, що виникла у 20-х – 30-х й отримала нового тлумачення наприкінці 40-х – у 50-х рр. ХХ ст. у межах економічної моделі, що стала основою для розробки близької до сучасної системи професійної реабілітації [63, с. 30]. Саме у межах цієї моделі отримали розвитку ідеї стосовно відновлення працездатності осіб з інвалідністю. Проте, сутність економічної моделі зводиться до сприйняття людей з інвалідністю як певного суспільного тягаря і, відповідно, створення системи соціального забезпечення цієї категорії осіб з мінімальною економічною шкодою для іншої частки населення. Як бачимо, зазначена модель є сегрегаційною і передбачає чітке розшарування людей з обмеженими можливостями і людей з нормативним розвитком на основі такої економічної ознаки як суспільна корисність.

Найбільш значущими сегрегаційними осередками у цей час були саме інтернатні заклади. Як зазначають дослідники (Л. Індолев, М. Олейнікова, В. Панов), „щоб не казали про, так зване „сталінське щасливе дитинство”, діти-інваліди, які потрапляли до спеціалізованих лікарень та інтернатів, дійсно не були обділені увагою. Вони отримували там не тільки лікування, а й освіту... Проте, виходячи з під опіки лікарів та вихователів, вони стикалися з непривабливою дійсністю. Це було раптове відчуття непотрібності, незатребуваності тебе як особистості. Яка користь у тому, що інваліди в інтернаті здобували середню освіту і навіть спеціальність, – отримати роботу або продовжити освіту мали змогу небагато хто з них” [51, с. 33-34]. Отже, реалізація економічної моделі через діяльність закритих освітньо-реабілітаційних структур для осіб з обмеженими можливостями призвела до закріплення на теренах нашої держави ставлення до людей з інвалідністю як до соціально неспроможних, бідних, всіляко залежних від соціального забезпечення держави.

Наголосимо також, що за характеристикою А. Шевцова, за умови тоталітарного суспільства з високим ступенем регламентації суспільних відносин соціалізація людини з інвалідністю відбувалася через взаємодію механізмів

відбору, директиви та контролю, як це здійснювалося в радянський період через діяльність ЛТЕК (лікарсько-трудова експертна комісія), у результаті яких на громадян з інвалідністю ставилося «тавро» непрацездатності. Таких осіб на все життя зараховували до касты «недоторканих», жорстко фіксуючи їх рольові функції у суспільстві. Їм приписували стандартний набір соціальних (вигнанець), психологічних (замкнутий на своєму нещасті дикун), трудових (мало інтелектуальний робітник низької кваліфікації), економічних (утриманець, пенсіонер) характеристик. Через спеціальні інститути – системи соціального забезпечення, спеціальної освіти – держава економічними, політичними й адміністративними прийомами суворо пильнувала за виконанням особами з обмеженнями життєдіяльності наданих їм принизливих рольових норм та суспільних функцій [244, с. 32].

На становлення системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я значно вплинуло суттєве збільшення цієї категорії як наслідок Другої світової війни. У цей час з'явилися такі концепції, як інтеграція і включення інвалідів у суспільне життя, які, на жаль, отримали розвиток в основному у зарубіжних наукових дослідженнях та суспільній практиці і гальмувалися на теренах тоталітарної держави, до складу якої належала Україна. На думку авторів (В. Лепський, С. Макаренко О. Семененко), такі концепції повністю віддзеркалювали сприйняття здоровими членами суспільства потенційних можливостей інвалідів [100, с. 44].

Найбільш істотною особливістю інтеграційного підходу до вирішення проблем інвалідності, становлення якого відбувалося у другій половині ХХ століття за кордоном полягає не лише у визнанні рівності людей незалежно від стану здоров'я та наявності особливостей розвитку, що на міжнародному рівні вперше було проголошено у Конвенції ради Європи про захист прав людини і основоположних свобод (1950 р.), але й їх права на самовизначення та самореалізацію в соціумі. На основі аналізу праць вчених – соціальних педагогів (М. Андреева, О. Рассказова, В. Тесленко, С. Харченко, М. Чайковський,

Ю. Чернецька) підкреслимо, що ідеї соціальної й педагогічної інтеграції інвалідів могли виникати і реалізуватися лише в контексті розвитку відкритого цивілізованого суспільства.

Так, концепції соціальної і педагогічної інтеграції інвалідів виникають в 60-і – 70-і рр. і реалізуються в контексті розвитку відкритого громадянського суспільства, ліберально-демократичних реформ, суспільного протистояння ідеям дискримінації людей за расовою, статевою, віковою, національною, політичною, релігійною, етнічною та іншими ознаками. Боротьба проти дискримінації сприяє формуванню нової культурної норми – поваги до відмінностей між людьми.

У русі соціально-педагогічного дослідження особливо важливо відзначити, що у другій половині ХХ ст. починає формуватися нове розуміння світу як співтовариства, що включає різні мікросоціуми і де соціальна маргіналізація осіб з інвалідністю стає неприпустимою, що й було зафіксовано у законодавстві, не лише на рівні окремо взятої європейської країни, а на рівні світової спільноти.

Посилаючись на дані Є. Соболя, зазначимо, що організаційні заходи з реабілітації осіб з інвалідністю у міжнародному масштабі розпочато в 1958 році, коли відбулося перше засідання експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) з реабілітації інвалідів. Згодом, у 1960 році, було засновано Міжнародне товариство з реабілітації інвалідів, яке стало членом ВООЗ і працювало в тісному контакті з ООН та іншими суспільними організаціями [211, с. 72].

Право кожної людини з інвалідністю на соціальну реабілітацію та включення у суспільство шляхом отримання гідної освіти вперше було проголошено на міжнародному рівні у Конвенції про боротьбу з дискримінацією в галузі освіти (1960 р.) [86].

Соціальні права – це одна із головних концепцій, на яких у другій половині ХХ ст. була почала будуватися нова Європа. Проте окремі з прав, задекларовані визначними міжнародними документами, у тому числі право на освіту, залишалися недоступними для багатьох людей з обмеженими можливостями. На думку Г. Давиденко, основна проблема імплементації основних положень міжнародних

документів у законодавчу базу країн світу полягала в тому, що зазначені документи мали переважно дорадчий характер, а закладені в них прогресивні ідеї часто вступали у конфлікт з національними традиціями освіти та соціального забезпечення [30, с. 47].

У цей час у зв'язку з необхідністю пошуку механізмів встановлення рівності прав осіб з різним рівнем здоров'я та можливостями розвитку сутність терміна „реабілітація інвалідів” широко обговорюється на науково-практичних заходах для спеціалістів з реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Сутність цього поняття стає предметом розгляду на Міжнародному симпозиумі з реабілітації інвалідів (м. Галлі, 1964 р.); визначається у резолюції ІХ Народи міністрів охорони здоров'я і соціального забезпечення інвалідів, (м. Прага, 1967 р.), у другому звіті Комітету експертів ВООЗ з реабілітації інвалідів (1964 р.), у документах Міжнародної організації праці [211, с. 73].

Досліджуючи проблему трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я, необхідно наголосити, що у цей час у більшості європейських країн відбулося становлення нового інклюзивного підходу до навчання та виховання дітей з особливостями здоров'я, що було пов'язано з кардинальною зміною соціокультурних умов у суспільстві – соціальною інклюзією.

Комітет міністрів Ради Європи у 2003 році задекларував, що „основною метою на наступне десятиліття є поліпшення якості життя людей із обмеженими можливостями та їхніх сімей, при цьому особливе значення необхідно приділяти їхній інтеграції та повноправній участі в суспільному житті” [106].

Українські вчені А. Колупаєва, Ю. Найда та Н. Софій з цього приводу зазначають: „Інклюзію в освіті можна розглядати як один із багатьох аспектів інклюзії в суспільстві взагалі” [30]. За характеристикою зарубіжного дослідника Г. Банча, інклюзія виявилася не лише ще однією реформою освіти, вона була пов'язана зі становленням нової моделі й філософії соціальної справедливості, „якою стверджується, що усі люди, включаючи людей з інвалідністю, мають повною мірою право брати участь в усіх сферах життя суспільства” [4, с. 13].

Відзначимо, що перше згадування дефініції „інклюзія” стосовно освіти дітей з інвалідністю, було зафіксоване в Торонто 1988 року, у зв’язку з пошуком поняття для позначення нового погляду на освіту, заснованого на визнанні ідей соціальної рівності учнів, незалежно від стану їх здоров’я, на відміну від „спеціальної освіти” та „інтеграції”, значення яких мало у собі сегрегаційний відтінок [4, с. 12]. Термін „інклюзія” одержав розповсюдження у науковому обігу, суспільній та освітній практиці з прийняттям 20 грудня 1993 року 48-ю сесією Генеральної Асамблеї ООН Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів [65]. Його вживають для опису соціального середовища, максимально адаптованого до людей з особливими потребами. Загальне визначення цього поняття звучить так: інклюзія (від англ. „inclusion” – включення) – процес збільшення ступеня участі всіх громадян в соціумі, насамперед тих, що мають труднощі у фізичному розвитку [65; 66; 135]. Тобто зазначене поняття напряду пов’язано з проблематикою трудової реабілітації осіб з інвалідністю.

Право кожної людини з інвалідністю на отримання освіти та трудову реабілітацію було закріплено низкою міжнародних та державних законодавчих документів затверджених міжнародною спільнотою та ратифікованих у багатьох європейських країнах. Основними з таких документів є: „Всесвітня декларація про освіту для всіх” (Таїланд, 1990 р.); „Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів” (ООН, 1993 р.); „Саламанкська Декларація про принципи, політику і практичну діяльність у сфері освіти осіб з особливими потребами” і програма „Рамки дій за освітою осіб з особливими потребами” (1994 р.); Конвенція ООН „Про права інвалідів” (2006 р.) тощо.

У зв’язку з інклюзивною концепцією освіти будь-які спеціальні школи, у тому числі й санаторні школи-інтернати, визнаються сегрегаційними установами, а ізольована від масової система спеціальної освіти – дискримінаційною. Термін «особливі освітні потреби» приходить разом із появою терміну „інклюзивна освіта” як варіативна модель спеціальної освіти [30]. У доповіді „Права людини та інвалідність” (1991 р.) Комісії з прав людини ЮНЕСКО (розділ III „Забобони щодо

інвалідів та їх дискримінація”) відображена офіційна позиція європейського співтовариства: „в більшості випадків інвалідність сама по собі не є перешкодою, дискримінація – ось що заважає дитині отримати освіту в загальній системі. У ряді випадків законодавчими нормами пропонується дітям-інвалідам в обов'язковому порядку відвідувати спеціальні школи, що є офіційною сегрегацією” [160].

Влаштування дитини в спеціальну школу почало розглядатися у західній освітній практиці як порушення прав та суспільна стигматизація осіб з інвалідністю. З цього приводу, характеризуючи розвиток соціальної освіти у Нідерландах, К. Рейсвейк зазначає: „Будь-яка держава, що прагне до справедливості і підпорядкована міжнародним нормам дотримання прав людини, має керуватися законами, які гарантують усім дітям відповідну їх потребам і здібностям освіту. Що стосується дітей з особливими потребами, то така держава зобов'язана надати їм відповідну їх потребі можливість навчання” [189, с. 151].

Інклюзивні тенденції у системі освіти європейських країн та США індуціювалися й у соціальній політиці цих держав. Так, відзначимо, що соціальні реформи 90-х рр. ХХ ст. у цих країнах були орієнтовані на впровадження антидискримінаційного законодавства, механізмів, що стимулюють зайнятість і активну участь осіб з інвалідністю на ринку праці. Такі країни, як Голландія, Англія, Італія, політика яких раніше була цілком спрямована на компенсацію психофізичних вад осіб з інвалідністю, почали акцентувати увагу на пріоритетності механізмів стимулювання працевлаштування.

У звіті на замовлення ПРООН в Україні „Моделі підтримки зайнятості та супроводу на робочому місці для людей з інвалідністю в країнах Європейського союзу” відображено такі елементи, що в різних країнах по-різному застосовувалися в ході реформ, як: законодавче закріплення антидискримінаційних норм; збільшення обов'язків роботодавця по відношенню до людей з інвалідністю; закріплення різних стимулюючих механізмів за умови залишення гарантій, пов'язаних з набуттям статусу інваліда; чітке адміністрування програм, зменшення кількості інстанцій [116].

Посилаючись на це ж джерело відзначимо, що права громадян з інвалідністю у сфері працевлаштування та трудової зайнятості поступово отримали реалізації в різних країнах Європейського союзу й були забезпечені провідними державними документами (Конституцією, законами, законодавчими актами тощо) (Додаток А).

Зазначені тенденції та конкретні дії держав віддзеркалюють зміну суспільного погляду на осіб з інвалідністю, актуалізацію нової концепції піклування соціуму про осіб з інвалідністю, що отримала назву соціальна модель інвалідності. Соціальна модель, на відміну від теорії нормалізації, ґрунтується на визнанні та повазі індивідуальних людських відмінностей, що зумовлює необхідність створення суспільством умов для задоволення особливих потреб кожної особистості, замість однобічного прилаштування особистості до існуючих суспільних стосунків [83, с. 14]; ідеології, що забезпечує рівне ставлення до усіх людей, хоч і передбачає адаптацію середовища та створення компенсаторних умов [241, с. 15].

За характеристикою А. Шевцова, основу такої моделі покладено взаємозв'язок між людиною і навколишнім середовищем (фізичним та соціальним), у контексті якого обмежені можливості трактуються як наслідок того, що соціально-культурні та фізичні середовищні умови (культура суспільства, морально-психологічний клімат, соціально-правова та політична організація, «бар'єрна інфраструктура» тощо), в яких живе і працює людина з проблемами здоров'я та розвитку, звужують можливості її самореалізації [244, с. 23].

Неможливо не погодитися з думкою А. Колупаєвої, яка наголосила, що західноєвропейські системи загальної середньої освіти, незважаючи на різноманітність типів і рівнів навчальних закладів, які опікуються освітою, в тому числі й школярів з особливими освітніми потребами, є ключовими елементами сучасної європейської моделі соціального устрою, яка виявляється привабливою для країн, що позбулися тоталітарних режимів, наразі й для України, з огляду на завдання та перспективи розв'язання назрілих педагогічних і соціальних проблем [83].

Зазначені тенденції поступово інтегрувалися у теорію та практику соціальної реабілітації осіб з інвалідністю в Україні. Так, Концепція ранньої

соціальної реабілітації дітей-інвалідів, що була схвалена Постановою Кабміну України № 1545 від 12.10.2000 р., серед загальних положень містить фразу, що „на зміну ізольованому інтернатному вихованню дітей-інвалідів повинно прийти інтегроване навчання й виховання”, а в „напрямах реабілітації” передбачає „перебування дитини-інваліда в дитячому колективі без ізоляції від суспільства (як це відбувається в закритих інтернатних установах), в умовах звичайного середовища” та про „поступову інтеграцію дітей-інвалідів до дитячих дошкільних закладів і загальноосвітніх шкіл”. Тут також задекларовані збереження сім'ї на протигагу влаштуванню дитини в інтернат і перевага „інтеграції до учнівського колективу” над домашньою формою навчання [81].

Характеризуючи стан наукової розробки проблеми трудової реабілітації людей з обмеженими психофізичними можливостями новітньої доби, слід відзначити, що у вітчизняній дослідницькій базі було віддзеркалено значні науково-практичні досягнення західної науки щодо становлення інклюзивного підходу до освіти, виховання, соціалізації осіб з обмеженнями здоров'я (Г. Банч, Ч. Веббер, Р. Даніелс, Д. Депплер, Д. Голдберг, П.-Дж. Карлінг, Ш. Крокер, Г. Лефлі, Д. Лупарт, Д. Мітчел, К. Стаффорд, П. Хакслі, А. Хатфілд, та ін. [4; 24; 31; 34; 57; 77; 96; 103; 111; 200; 212; 235]), а також інтегровано результат пошуків та помилок у впровадженні зазначеного підходу у країнах близького зарубіжжя, відображений у працях вчених (С. Альохіна, О. Брешенкова, О. Дмитрієва, О. Дроздова, Є. Єкжанова, О. Єртанова, Ю. Загуменнов, О. Ільїна, О. Ключкова, А. Конопльова, О. Кутєпова, М. Ларіонов, Д. Лернер, В. Лубовський, Т. Лещинська, М. Малафєєв, І. Мамайчук, Н. Мікляєва, М. Моїсеєва, Н. Назарова, Ю. Наседкіна, О. Нікольська, М. Перфільєва, М. Прочухаєва, В. Пруднікова, Б. Пузанова, Ф. Ратнер, Т. Расторгуєва, О. Рівіна, С. Розенблум, О. Самсонова, Н. Семаго, М. Семенович, О. Смолін, В. Рискіна, У. Ульєнкова, А. Фадіна, В. Шадрова, Л. Шипіцина, М. Черкашин, А. Чигиріна, А. Юсупова та ін. [26-248]).

Гуманізація суспільної свідомості стосовно осіб з обмеженими психофізичними можливостями, посилення уваги держави та її соціальних

інститутів до проблем таких людей знайшло своє відображення в розвитку вітчизняних наукових досліджень проблеми, що вивчається в межах суміжних наукових галузей: філософії, історії, спеціальної педагогіки та психології, фізіології, медицини, соціології, лінгвістики, соціальної педагогіки.

Традиційно питання інтеграції осіб із вадами здоров'я у суспільство досліджувалися вченими у медичному та медико-соціальному аспектах (І. Каткова, В. Кузнєцов, В. Огнєв, М. Міщенко, О. Міщенко, С. Саричева, О. Чабан та інші). Зокрема, праця О. Міщенко присвячена обґрунтуванню та розробці системи надання медико-соціальної допомоги дітям-інвалідам [104]. Медико-соціологічний моніторинг здоров'я в Україні проводили А. Андрух, С. Григор'єв, Л. Гусякова, І. Журавльова, О. Селезнєва та інші дослідники. Інституціональному аналізу проблем здоров'я присвячені праці Р. Волинець, О. Кириленка, О. Хаустової та інших авторів.

У медичній літературі (С. Даньшова, В. Доскін, С. Ісаков, С. Конова, З. Макарова, Б. Павлюк, К. Печора, В. Полунін, Г. Сахно, І. Сирніков, Л. Чичерін та ін.) відзначається зростання частоти вроджених і спадкових захворювань; підвищення кількісного показнику щодо дітей, народжених із травмами й патологією центральної нервової системи; постійне збільшення хронічних форм патології тощо. Такі дослідження не є безпосередньо пов'язаними з проблематикою нашого дослідження, проте дозволяють визначити тенденції щодо стану здоров'я молодого покоління, розкрити чинники інвалідизації дітей та молоді та можливості їх трудової реабілітації.

Відзначаючи зміну поглядів представників медичної галузі на проблеми осіб з інвалідністю в незалежній Україні на відміну від ідеології, пануючої у тоталітарній державі минулого, А. Іпатов, О. Сергієні, Т. Войчак наголошують, що сучасна концепція інвалідності розглядає людину у всій різноманітності її соціальних зв'язків і трактують інвалідність як обмеження життєдіяльності внаслідок порушення здоров'я, що призводить до необхідності соціального захисту, на відміну від існуючого раніше за часи Радянського Союзу уявлення про

інвалідність як повну або часткову втрату працездатності [69, с. 5].

У сучасній періодичній медичній літературі відзначається потреба у подальшому перегляді на національному рівні існуючих поглядів щодо тлумачення суті проблеми обмежень життєдіяльності, здоров'я та реабілітації, що, на думку О. Устінова, випливає з кількох фактів: саме поняття та розуміння „інвалідності” не відповідає сучасному та міжнародно узгодженому розумінню обмежень життєдіяльності та функціонування; законодавство та підзаконні акти щодо реабілітації в Україні фрагментовані через недостатність координації між уповноваженими міністерствами та організаціями; послуги реабілітації традиційно надаються в курортному або інтернатні-санаторному середовищі й відсутні за місцем проживання особи. Немає цілісної системи реабілітаційних послуг, яка буде охоплювати всі фази та рівні надання допомоги, реабілітаційні послуги недоступні багатьом особам, як їх потребують; кадрове забезпечення реабілітації не досягає світових та європейських стандартів [231].

Проблеми трудової реабілітації та адаптації у суспільстві осіб з вадами здоров'я, хоч і не як самостійний предмет наукового аналізу, все ж знайшли відображення у працях учених, присвячених дослідженню інших соціальних явищ і освітніх процесів з точки зору соціології та теорії управління: ціннісних орієнтацій (О. Балакірева, Є. Подольська, А. Ручка, Л. Сокурянська), адаптації, соціалізації та самоменеджменту (В. Карпичев, М. Лукашевич, К. Михайлова, Н. Чибісова, Н. Шевченко). Для дослідження процесу трудової реабілітації важливо враховувати, що сукупність захисних стратегій та компенсаторних прийомів, які виробляє людина з проблемами здоров'я як реакцію на вплив з боку соціального середовища, розглядається у соціології як „стиль життя” (О. Андрос, Н. Паніна та інші дослідники). Важливі у процесі трудової реабілітації людей з інвалідністю схеми відчуття особистісного і колективного місця у стратифікаційних порядках досліджують Г. Бурова, Г. Дилигенський, І. Нечитайло та інші. Мотивація й потреби, зокрема професійні, осіб з функціональними обмеженнями здоров'я стали предметом досліджень О. Білослюдової, Т. Латишевої, А. Нагорної та М. Хижняк.

Слід відзначити, що у вітчизняній соціальній науці не надається достатньої уваги проблемам самореалізації людей з функціональними обмеженнями. Перспективи розробки цього актуального аспекту досліджуваної проблеми лише накреслюються у працях Т. Альшиної, Ю. Блінкова, В. Бондаря, Д. Коноплицької, І. Пінчук, П. Таланчука, С. Толстоухової, де запроваджується комплексний підхід до освіти і соціальної реабілітації інвалідизованих осіб. Проблемам соціальної інтеграції осіб з вадами здоров'я присвячені праці З. Багатої, Т. Добровольської, Д. Зайцева, А. Мірошніченко, Н. Шабаліної та інших.

Спеціальне дослідження, яке охоплює цілий комплекс проблем людей з особливими потребами в Україні з позицій соціології, представлено у докторському дослідженні вітчизняної вченої О. Дікової-Фаворської, що містить результати розробки змістовних атрибутів нової галузі соціологічного знання – соціології інвалідності. Інвалідизація розглядається вченою [38, с. 374] як соціальне явище, що супроводжується стійкою втратою працездатності, тому, на її думку, інвалідність має не тільки медичне, а й соціально-економічне значення, впливаючи через неблагополуччя однієї людини на стан усього суспільства. О. Дікова-Фаворська пропонує авторське обґрунтування суті інвалідності, яке дозволяє трактувати її як дезадаптацію, що обумовлена захворюваннями чи психофізичними станами і значно обмежує включення людини в адекватні для її віку виховні і педагогічні процеси, у зв'язку з чим вона потребує догляду, допомоги й нагляду [38, с. 374].

Цікавий у межах дослідження проблеми трудової реабілітації людей з психофізичними вадами підхід авторки відображається у тому, що при окресленні проблемного поля інвалідизації як соціального явища, дослідниця підкреслює, що його проблемними місцями є соціальні та фізичні умови життя людей, а саме: психологічний клімат оточення, наявність безбар'єрної інфраструктури, якість організації життя, побуту, навчання, праці, відпочинку, медичних послуг тощо [38].

Вчена наполягає на необхідності забезпечення умов успішної інтеграції інвалідів у суспільство, а серед основних моделей інвалідності акцентує увагу на

моделі „культурний плюралізм”, що характеризує інвалідність як проблему нерівних можливостей і орієнтується на всі засоби ліквідації фізичних і психологічних бар’єрів у соціальному середовищі. На думку авторки, саме сфера соціальної роботи, а не медичний аспект, є основною сферою, де люди з особливими потребами одержують необхідні умови для соціальної адаптації, реабілітації та інтеграції в суспільне життя [38, с. 375].

Основною концепцією роботи було проголошення тези „інклюзивна освіта для всіх”, обґрунтовуючи яку науковиця велику увагу приділила ключовим дефініціям, зокрема обґрунтувавши поняття „людина з функціональними обмеженнями здоров’я”. Вченою запропоновано соціальні й інституціональні аспекти вирішення проблеми дестигматизації осіб з особливими освітніми потребами, окреслено ментальні, моральні, фізичні, психологічні та побутові перешкоди на шляху до інтеграції людей з обмеженими функціональними особливостями здоров’я у повноцінне життя.

Дослідила проблеми осіб з обмеженнями здоров’я у соціологічному розрізі й О. Фудорова, яка присвятила дисертаційну роботу значенню феномена вищої освіти у підвищенні соціального статусу осіб з обмеженими можливостями [232; 233]. У контексті нашого дослідження цікаво відзначити, що ключовим терміном роботи стало поняття статусу (освітнього, професійного, трудового, соціального тощо) осіб з інвалідністю. Крім того, авторкою було доведено, що система стосунків осіб з обмеженнями здоров’я із суспільством є конфліктом статусів, а вища професійна освіта – головний засіб підвищення соціального статусу людини з обмеженими можливостями, її самооцінки й стимулювання особистісного та соціального розвитку.

Посилаючись на статтю Є. Соболя „Реалізація державної правової політики у сфері реабілітації інвалідів”, наголосимо, що переорієнтація вже існуючих і поява нових завдань соціальної політики щодо реабілітації осіб з інвалідністю спонукає до вдосконалення правового регулювання цих відносин, оскільки правовому, організаційному й матеріально-фінансовому забезпеченню реалізації інвалідами

своїх прав, потреб та інтересів у професійній сфері слугує досить розгалужена нормативно-правова база, яка не є досконалою [211, с. 72]. Зважаючи на це, не дивним є інтерес вітчизняних та зарубіжних вчених-юристів до питань реабілітації інвалідів, які порушувалися у наукових працях В. Андрєєва, Я. Безуглої, Н. Болотіної, В. Венедиктова, І. Гуменюк, З. Кондратьєвої, О. Мачульської, О. Процевського, І. Сироти, Б. Сташківа, Н. Стаховської, Г. Чанишевої, М. Флястера та ін.

Останнім часом з'явилася також низка досліджень в царині державного управління, які висвітлюють питання психологічні, законодавчі, адаптивні й адміністративні механізми соціалізації й освіти осіб з обмеженнями здоров'я. Зокрема, в дисертаційному дослідженні Н. Теплової „Державне управління процесом соціалізації людей з особливими потребами” здійснено екскурсів історичне та законодавче підґрунтя державної політики щодо послуг і сервісів для людей з обмеженими можливостями [221]. Авторка трактує інклюзивну освіту як соціально-політичне питання, яке для реалізації потребує запровадження новітніх освітніх та соціальних стратегій, переорієнтацію державного управління на мінімальну інформаційну, інтелектуальну й фінансову підтримку, на тлі чого є можливим реалізувати педагогічні стратегії. Нова концепція реабілітації осіб з обмеженнями здоров'я вбачається автором як компонент трансформаційних процесів, що назріли в українському суспільстві.

Психологічний аспект порушеної проблеми репрезентовано у дослідженнях Т. Комар, Е. Тихої, Є. Клопоти, Т. Лазоренко та ін. Зокрема, у психологічному дослідженні А. Сімак „Аксіопсихологічні чинники вибору копінгстратегій у підлітків-акцентуантів” увагу зосереджено на практичному втіленні так званих копінг-стратегій (сукупність психологічних та психотерапевтичних практик та стратегій, скерованих на подолання стресів, проблемних, валеологічних, психологічних та соціальних ситуацій). Науковець аргументовано доводить, що основою вказаних практик є самоорганізація, при чому у осіб з обмеженнями здоров'я та проблемних підлітків у кризовій ситуації важливим є відслідковування

флуктуаційних моментів та психологічних тригерів, які є зоною нестабільності й можуть спровокувати як позитивне, так і негативне вирішення проблеми [207].

Соціально-психологічний аспект порушеної проблеми висвітлено в наукових працях О. Асмолова, Т. Гребенюк, І. Расюка, М. Семаго, О. Усанової та ін. Із соціокультурних позицій реабілітацію осіб з обмеженням життєдіяльності розглянуто О. Молчан; виховання цієї категорії дітей простежено О. Вержиховською, Л. Погрібною, О. Хорошайло; навчання – Н. Воловик та ін.

Слід відзначити, що в педагогічному плані проблеми спеціальної освіти як загального шляху реабілітації осіб з психофізичними особливостями найбільш повно висвітлені у корекційній педагогіці, де, окрім численних кандидатських наукових праць щодо дидактичної корекції різних сфер особистості (В. Грицюк, І. Дмитрієва, О. Качуровська, О. Нізевич, С. Притиковська, В. Сиротюк, Г. Хворова, К. Яримбаш), розумового розвитку та навчання осіб з проблемами здоров'я (Л. Кашуба, С. Кульбіда, О. Литовченко, С. Литовченко, О. Мартинчук, О. Савченко, Н. Сухоніна, О. Чеботарьова), виховання (В. Ерніязова, І. Кузава, О. Хоптяна), фізичної реабілітації, корекції та стимулювання рухової активності засобами фізичної культури (І. Бабій, В. Дичко, М. Желізний, О. Зінов'єв, Ю. Картава, В. Кемкіна, В. Ковиліна, О. Кириленко, О. Колишкін, Я. Коштур, А. Кравченко, Н. Кукса, Г. Кучеренко, Н. Лещій, Л. Мороз, М. Моча, І. Омелянович, Д. Силантьєв, О. Форостян, О. Шевченко), формування життєвих вмінь, навичок, компетентностей, самосвідомості, культури та норм поведінки (К. Глущенко, І. Григор'єва, Л. Дробот, О. Кочан, В. Ляшенко, В. Нечипоренко, О. Позднякова, Г. Савіцька, Л. Савчук, С. Холодов), підготовки до входження у соціальну, зокрема освітню та професійну сфери (Ю. Долинний, А. Ібрагімова, Л. Лопатко, І. Матющенко, Н. Пахомова, К. Рейда, О. Тельна), здійснено цілу низку докторських досліджень (Ю. Вихляєв, І. Ляхова, Л. Куненко, Д. Шульженко та ін.), присвячених висвітленню методологічних засад навчання, виховання, розвитку й дидактичної корекції функціонального стану дітей та молоді з обмеженням життєдіяльності. Зазначені наукові праці містять важливу інформацію з питань

навчання, виховання та розвитку особистості з обмеженнями здоров'я в соціальному середовищі. Проте, питання трудової реабілітації осіб з інвалідністю виходять далеко за межі спеціально педагогічних проблем.

У новому контексті питання трудової реабілітації людей з обмеженнями здоров'я піднімаються у дослідженнях щодо становлення інклюзивної освіти в нашій країні (Н. Валентик, В. Варава, М. Ворон, Т. Ілляшенко, Ю. Кавун, Л. Коваль, А. Колупаєва, С. Корніцова, Н. Кравець, І. Лапицька, С. Литовченко, Т. Луценко, Б. Мороз, Ю. Найда, Н. Назарова, Г. Першко, Т. Сак, Н. Софій, О. Таранченко, О. Чубар, В. Шорохова, І. Ярмошук та ін. [10-255]). Врахування основних положень таких праць є необхідним у контексті нашої наукової роботи, оскільки такі дослідження відіграють особливу роль у розвитку наукового знання про шляхи досягнення особами з обмеженими можливостями здоров'я самостійності життя як високого рівня соціалізації.

Увагу дослідників зосереджено переважно на вивченні доступності вищої освіти для інвалідів (П. Романов, О. Ярська-Смірнова та ін.), використання дистанційного навчання у професійній підготовці людей з особливими потребами (С. Андрійчук, К. Ощепкова, Д. Шевченко), навчальних програм для людей з функціональними обмеженнями та особливостей позааудиторної роботи з ними (О. Горошко, З. Матвієнко, А. Якимчук та ін.).

Питання профорієнтації осіб з інвалідністю стали предметом досліджень Г. Мулярчук, Г. Онкович, Л. Храпиліної, Р. Кравченко, С. Кавокіна, К. Бондарчука. Технологічні аспекти професійної освіти осіб з обмеженнями здоров'я знайшли своє відображення у працях М. Бірюкової, Н. Долматової, В. Подшивалкіної, О. Скідіна та інших дослідників.

В наш час виникла й успішно розвивається порівняно нова комплексна галузь професійної діяльності – соціально-реабілітаційна діяльність й відповідно наукова галузь – реабілітологія. У науковому контексті її методологія розвивається на стику суміжних наук: загальної, спеціальної та соціальної психології, загальної педагогіки та корекційної (спеціальної) педагогіки, соціальної педагогіки та

соціальної роботи.

Серед праць, які мають особливий інтерес для нашого дослідження, слід відзначити науковий доробок А. Шевцова, де висвітлено освітні основи системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності [246; 247], що віддзеркалюють новітні тенденції дослідження проблематики інвалідності націлені на розбудову системи інклюзивного суспільства для освітньої та трудової реабілітації осіб з інвалідністю.

Дослідник розкриває освітні основи феномена комплексного соціального реабілітування осіб з інвалідністю, обґрунтовуючи теоретичні та практичні проблеми моделювання, створення та функціонування реабілітаційних систем у контексті розбудови нового інклюзивного суспільства, створення системи освіти, що передбачає навчання та виховання дітей та молоді особливими освітніми потребами разом зі своїми здоровими однолітками. Значну увагу дослідник присвятив питанням висвітлення історичних та соціокультурних засад розвитку проблеми інвалідності, аналізу сучасного стану та перспектив розвитку питань освіти та соціального становлення людей з інвалідністю у контексті інноваційної неосоціальної моделі інвалідності.

Вчений визначає сучасний період розробки проблем реабілітації осіб з інвалідністю як „парадигмальний етап реабілітаційної революції початку XXI ст.”, на якому відбувається подальший розвиток соціальної моделі інвалідності і трансформація її у „синтетичну багатофакторну діяльнісну особистісно орієнтовану неосоціальну модель інвалідності, що заснована на освітніх принципах” [246, с. 15].

За характеристикою вітчизняного дослідника А. Шевцова, у площині соціально-історичного розвитку нашої цивілізації спостерігається трансформація основ соціальної політики держав щодо осіб з інвалідністю від примітивних форм благодійності та соціального захисту до новітніх форм взаємодії суспільства та даної категорії громадян – соціального реабілітування та інтегрування. Нові суспільні завдання у цій сфері детерміновані відповідно новою філософією та методологічною парадигмою розв’язання проблем інвалідності: перехід від

медичної моделі (з її клонами – економічною, адміністративною, функціональною) до соціальної моделі, а також її сучасних варіантів, зокрема, обґрунтованої А. Шевцовим – інноваційної неосоціальної моделі інвалідності [244, с. 3].

На думку дослідника новітня модель інвалідності (а відтак і цілей реабілітування) є діалектичним розвитком соціальної моделі інвалідності, синтезом медичних, психологічних, педагогічних, соціологічних та інших знань про людину з обмеженнями життєдіяльності й виникає на основі діалектичного синтезу медичної та соціальної моделей інвалідності зі включенням третього, особистісного (психолого-педагогічного) фактора на основі діяльнісного підходу до проблеми подолання наслідків інвалідизації людини [245, с. 21]. Така модель об'єкта-суб'єкта реабілітування – реабілітовуваного – у його єдності психічних, соціальних та біологічних якостей, що враховує одночасно медичний, соціальний та особистісний аспекти, названа А. Шевцовим, синтетичною багатофакторною діяльнісною особистісно орієнтованою неосоціальною моделлю інвалідності, яка є гомоморфною моделі комплексного процесу реабілітування як системи [245, с. 21].

Наголосимо, що неосоціальна модель інвалідності відзначається яскраво вираженим соціально-педагогічним контекстом, оскільки з погляду соціальної педагогіки, тенденції розбудови та оновлення суспільства та системи освіти у зв'язку з потребами людей з інвалідністю пов'язані з необхідністю докорінної зміни ставлення соціуму до осіб з особливими потребами здоров'я. Виходячи з основної ідеї соціального виховання, що складає підґрунтя інноваційної неосоціальної моделі інвалідності – соціо- культурний рівень суспільства є взаємозалежним від рівня розвитку соціальності кожного індивіда незалежно від стану здоров'я та можливостей розвитку, наголосимо, що повноцінне функціонування суспільства залежить від створених для кожного представника молодого покоління можливостей досягти максимальної самореалізації, зробити позитивний соціальний внесок.

Зважаючи на це, не дивним є загострення інтересу до проблем осіб з інвалідністю, що спостерігається на сучасному етапі у межах соціально-

педагогічної науки. Це обумовлено й тим, що, за характеристикою І. Зверевої, Л. Коваль та С. Хлебик [79], соціальна педагогіка вирішує цілу низку теоретичних і практичних завдань, пов'язаних з інтеграцією та соціальною реабілітацією людей з інвалідністю. зокрема: вивчає і здійснює процеси соціальної й навколишньої адаптації, абілітації й реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями на різних ступенях соціалізації; розробляє і реалізує комплексні програми соціально-трудової адаптації, профорієнтації і професійної підготовки осіб з обмеженою працездатністю; вивчає існуючі соціально-педагогічні системи виховання й навчання осіб з обмеженими психофізичними можливостями, прогнозує, обґрунтовує і розробляє нові інтегровану та інклюзивну соціально-педагогічні системи суспільства.

Аналіз процесу опрацювання у соціально-педагогічному контексті проблематики, пов'язаної з трудовою реабілітацією осіб обмеженими можливостями здоров'я, дозволяє констатувати досить значну розробленість питань становлення та розвитку системи соціальної реабілітації, соціально-педагогічної допомоги, підтримки, інклюзивної освіти інвалідів у соціально-педагогічних наукових джерелах (М. Андреева, Ю. Богінська, І. Зверева, А. Капська, Клопота, С. Коношенко, Л. Міщик, О. Рассказова, В. Тесленко, С. Харченко, М. Чайковський та ін. [2; 7; 79; 90; 115; 183; 212; 224; 234; 239]). Це пояснюється необхідністю пояснення основних соціально-педагогічних процесів, пов'язаних з послідовною трансформацією у період з кінця ХІХ до початку ХХІ ст. різних моделей розуміння суспільством інвалідності, що зумовило концептуальні зміни у світовій суспільній думці та кардинальне перетворення соціокультурних умов у соціумі щодо становлення та розвитку людей з інвалідністю й пошуку на цій основі нових механізмів включення осіб з інвалідністю у суспільне життя.

Деталізуючи зазначене, звернемо увагу, що, наукова позиція А. Капської, яка прицільно розробляла проблематику інвалідності у соціально-педагогічному контексті, полягає у проголошенні провідним компонентом соціально-педагогічної роботи з особами, які мають обмеження життєдіяльності, – формування їх

індивідуальності у пошуку стратегій інтеграції у суспільство і набуття соціальності через сприяння соціалізації з урахуванням потенційних можливостей і потреб кожної людини. Авторка стверджує: „Побудова взаємозв’язків дитини із мікро- і макросередовищем, розвиток її збережених психофізичних можливостей здійснюється шляхом розширення сфери спілкування, організації дозвілля, творчої та ігрової діяльності, допомоги у самообслуговуванні і пересуванні, організації оздоровлення” [225, с. 215]. Крім того, на думку А. Капської, нове бачення проблеми інвалідності, що ґрунтується на ідеї незалежного життя осіб з обмеженими можливостями, суттєво відрізняється від традиційних підходів, згідно з якими ігнорувалася соціальна значущість людини з обмеженнями як повноцінного члена суспільства [74; 216; 225].

Аналіз дисертаційних досліджень з соціальної педагогіки, виконаних в Україні за останні роки, проведений нами у каталозі Національної бібліотеки України імені В.І. Вернадського виявив, що за фахом соціальна педагогіка з досліджуваної тематики за цей час захищено значну кількість кандидатських та чотири докторські дисертації (Ю. Богінська [7], О. Рассказова [183], В. Тесленко [224], М. Чайковський [238]).

Аналізуючи доробок вчених, відзначимо, що однією з найперших ґрунтовних праць, присвячених безпосередньо проблемам трудової реабілітації осіб з інвалідністю є докторське дослідження В. Тесленка, де висвітлюється теорія і практика соціально-педагогічної підтримки дітей та молоді з обмеженими можливостями в промисловому регіоні (2009 р.). Слід відзначити, що дослідження проблеми професійної реабілітації молоді було продовжено у праці Ю. Богінської, де відображено особливості соціально-педагогічної підтримки і супроводу студентів з обмеженими можливостям у ВНЗ (2013 р.). Майже одночасно О. Рассказовою було захищено докторську дисертацію (2014 р.), у якій авторка дослідила питання розвитку соціальності учнів загальноосвітніх навчальних закладів й розкрила можливості розвитку соціальності дітей та їх подальшої безбар’єрної інтеграції у суспільство. Далі у праці М. Чайковського було ґрунтовно

розкрито теорію і практику соціально-педагогічної роботи з молоддю з особливими потребами в умовах інклюзивного освітнього простору (2016 р.).

Серед близьких до нашої проблематики кандидатських досліджень – праця І. Іванової, присвячена вивченню соціально-педагогічної роботи з дітьми-інвалідами в системі соціальних служб для молоді (1998 р.); дослідження В. Ляшенка, зосереджене на вивченні проблеми формування життєвої компетентності дітей-інвалідів у центрах ранньої соціальної реабілітації (2004 р.); праця Т. Соловйової щодо соціально-педагогічних засад роботи з батьками дітей з особливими потребами (2009 р), науковий доробок М. Андреевої, у якому висвітлено систему розвитку соціальної компетентності студентів з особливими потребами у вищому навчальному закладі (2014 р.).

Так, у дослідженні В. Ляшенка отримали теоретичне обґрунтування педагогічні умови ефективного формування життєвої компетентності дітей-інвалідів у центрах ранньої соціальної реабілітації. Її зміст передбачає спрямування діяльності (мети, завдань, функцій, напрямів) центрів ранньої соціальної реабілітації на формування в дітей-інвалідів життєвої компетентності; взаємодію центрів з батьками (вивчення стану психофізичного та духовного розвитку дітей, обговорення змісту та методів корекційної роботи, залучення батьків до процесу формування життєвого досвіду та визначення перспективної програми спільної діяльності); створення реабілітаційного середовища (матеріально-побутові, предметно-просторові, соціосімейні, навчально-виховні форми); залучення дітей-інвалідів до найважливіших сфер життєдіяльності (спілкування з дорослими та однолітками, харчування, самовідчуття, відпочинку, ігрової діяльності, навчання, творчості, ставлення до природи, використання предметів побуту, праці, самообслуговування, особистісної гігієни); використання комплексу методів педагогічного впливу (методи формування життєвої компетентності в груповій кімнаті центру, у кабінетах поглибленої корекції, під час ближніх, середніх та дальніх переходів); підготовку батьків та працівників центрів ранньої соціальної реабілітації (підвищення педагогічної культури батьків, підготовка вчителя-

реабілітолога та його асистентів, підготовка спеціалістів та керівників центрів ранньої соціальної реабілітації) [104, с. 186].

У праці М. Андреевої розроблено й теоретично обґрунтовано систему розвитку соціальної компетентності студентів з інвалідністю як спеціально організовану узгоджену взаємодію суб'єктів та об'єктів, що реалізується через цільовий, змістовий та методичний компоненти й забезпечує поступове набуття студентами з інвалідністю інтегративної єдності когнітивних, ціннісно-мотиваційних і діяльнісних характеристик, які відповідають сутності та змісту соціальної компетентності; на основі аналізу внутрішньої та зовнішньої ситуацій розвитку соціальної компетентності студентів з особливими потребами розкрито його специфіку; теоретично обґрунтовано зміст та складові соціальної компетентності (когнітивний, ціннісно-мотиваційний та діяльнісний) молоді з інвалідністю, визначено критерії, показники та рівні розвитку такої компетентності. Для дослідження порушеної проблематики важливим є те, що вченою з'ясовано суть понять „соціальна компетентність” та „розвиток соціальної компетентності” у контексті розширення можливосте соціальної інтеграції осіб з інвалідністю, розроблено зміст, методи та форми розвитку соціальної компетентності студентів з особливими потребами у процесі професіоналізації та інтегрованого навчання осіб із особливими потребами у ВНЗ [2].

Значний інтерес для нас складають докторські та кандидатські дослідження, у яких розкрито соціально-педагогічні основи соціальної реабілітації та ресоціалізації різних соціальних груп у роботі реабілітаційних центрів та інших соціальних осередків (О. Караман, С. Коношенко, М. Сідорчук, Ю. Чернецька, В. Шпак [75; 90; 240; 250]). Серед таких ґрунтовних праць – доробок С. Коношенка, яким було обґрунтовано теоретико-методичні основи реабілітаційної роботи з соціально дезадаптованими підлітками в умовах індустріального регіону (2010 р.) [90]; О. Караман, де репрезентовані теорія і методика соціально-педагогічної роботи з неповнолітніми засудженими в пенітенціарних закладах України (2013 р.) [76]; Ю. Чернецької, у якій висвітлено теорію та технології соціально-педагогічної роботи з

ресоціалізації наркозалежних осіб в умовах реабілітаційних центрів (2016 р.) [240]. У працях вчених обґрунтовано базові для нашого дослідження дефініції „реабілітаційний центр”, „реабілітаційне середовище”, „програма реабілітації ” тощо.

У цілому, аналіз стану науково-практичної розробки проблеми трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я показує її досить ґрунтовну розробленість, багатоаспектність й залежність основних парадигм, у контексті яких здійснено наукові розробки, від та соціально-економічних умов життя суспільства та пануючої в ньому соціально-політичної ідеології.

Зроблений історичний екскурс в еволюційні зміни у ставленні суспільства до людей з обмеженими можливостями дозволяє стверджувати, що сьогодні завдання інтеграції таких осіб у соціально-економічне життя суспільства повинне розв'язуватися з урахуванням усього комплексу медичних, соціально-економічних, психологічних, педагогічних та соціально-педагогічних, міждисциплінарних наукових напрацювань, виконаних у контексті нових тенденцій розвитку соціальної думки щодо сприйняття осіб з інвалідністю через перетворення уявлень про феномен інвалідності у русі від медичної через реабілітаційну (нормалізація) та її інтерпретацію – економічну до соціальної та неосоціальної моделі інвалідності.

Останні ґрунтуються на таких основних положеннях, що віддзеркалені у працях вчених та складають теоретичну базу нашого подальшого наукового пошуку: основою трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я є інклюзія (включення), що не обмежується реформуванням освіти, а ґрунтується на філософії соціальної рівності, на новій (неосоціальній) моделі розуміння явища інвалідності, виступає одним із багатьох аспектів перебудови суспільної свідомості та містить ідею щодо можливості включення осіб з інвалідністю у професійну сферу у позбавленому сегрегації соціальному середовищі; максимальна компенсація психофізичних обмежень, повна самореалізація та інтеграція людей із проблемами здоров'я у професійному середовищі є можливою лише через сприяння відновленню їх соціального статусу у процесі соціальної реабілітації, що передбачає формування активної суб'єктної

життєвої позиції індивіда, пов'язаної із зустрічною активністю відкритого професійно-реабілітаційного середовища.

Матеріали параграфу висвітлені у публікаціях автора [143; 148; 152; 155].

1.2. Сутність та структура трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я

Звертаючись до вивчення сутності та структури трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я, відзначимо, логіка наукового дослідження зумовлює необхідність розгляду насамперед родового поняття «реабілітація», уточнення його сутності у контексті цього дослідження.

Як зазначається у довідковій літературі, реабілітація є багатозначним поняттям, що має різні тлумачення. Це поняття походить від латинського „rehabilitatio”, що означає поновлення втраченого доброго імені, відновлення репутації; поновлення прав, відміна необґрунтованого звинувачення невинної особи або групи осіб через відсутність складу злочину. Реабілітація відрізняється від амністії, помилування повним відновленням прав та репутації з огляду невірної звинувачення [218, с. 707]. За іншим, більш близьким до проблематики нашого дослідження, трактуванням термін реабілітація походить від латинських слів *habilis* – здатність та *rehabilis* – відновлення здатності й розглядається як комплекс медичних, педагогічних, професійних і юридичних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я та працездатності осіб з обмеженими фізичними й психічними можливостями внаслідок перенесених травм та захворювань [87, с. 6].

Термінологія, що визначає спрямованість накопичених знань, пов'язаних з поняттям реабілітація і їхню систематизацію, бере початок у країнах Західної Європи. Наприклад, у Франції і франкомовних країнах прибігають до поняття „readaptation”, вкладаючи в нього уявлення про відновлення пристосованості на зміненому хворобою рівні. У Данії і Швеції говорять про „принцип нормалізації” („principle of normalization”), що зближається з поняттям „реабілітація” (надання

можливостей), застосовуваним часто у відношенні осіб, що страждають з раннього віку яким-небудь фізичним чи психічним дефектом [6, с. 6].

Вперше у світовому масштабі термін „реабілітація” було закарбовано на Міжнародному симпозиумі з реабілітації інвалідів у 1964 р., де його витлумачено як діяльність колективу медичних працівників, спрямована на відновлення здоров'я (у фізичному, психологічному й соціальному значенні) і працездатності інвалідів [218, с. 146]. Як бачимо у цьому визначенні, увагу акцентовано на медичному аспекті відновлення стану осіб з інвалідністю, тоді як у цей саме час у другому звіті Комітету експертів ВООЗ з реабілітації інвалідів поняття „реабілітація” вже трактується більш широко як сукупність лікувальних, психологічних, педагогічних, соціальних та інших заходів, направлених на відновлення порушеного здоров'я особи з інвалідністю і включення її в життя суспільства й трудовий процес [87, с. 38].

Таке розмежування підходів до розуміння сутності реабілітації спостерігається й в інших, репрезентованих у ранніх міжнародних документах тлумаченнях досліджуваного терміну. Так, за визначенням Міжнародної організації праці під реабілітацією інвалідів розкривається у контексті медичної моделі інвалідності як відновлення здоров'я осіб з обмеженими фізичними та психічними можливостями [218, с. 146]. Тоді як, у резолюції ІХ Нарadi міністрів охорони здоров'я і соціального забезпечення інвалідів реабілітація визначається у ракурсі економічної моделі як ціла система державних соціально-економічних, медичних та інших заходів, спрямованих на профілактику тимчасової або стійкої втрати працездатності, а також на залучення інвалідів до праці, повернення їх до активного суспільного життя [87, с. 38].

Із становленням соціальної моделі інвалідності ці підходи поєднуються й реабілітація, відповідно до трактування цього поняття експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я, визначається як процес, за допомогою можливо попередити інвалідність у період лікування хвороби й допомогти інвалідам досягти максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної й економічної

повноцінності, можливої в рамках існуючої хвороби; сукупність заходів, покликаних забезпечити особам з порушенням функцій в результаті хвороб, травм та уроджених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть [6, с. 6].

У Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів (Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 48 / 96, прийнята на сорок восьмій сесії ООН 20 грудня 1993 р.) термін «реабілітація» також тлумачиться з урахуванням потреб осіб з обмеженими можливостями здоров'я – як процес, який має на меті допомогти людині з інвалідністю досягти оптимального фізичного інтелектуального, психічного і / або соціального рівня діяльності та підтримувати її, надавши їй, тим самим засоби для зміни життя і розширення рамок незалежності [219, с.12].

Позиція Міністерства освіти і науки України щодо даної проблеми була сформована в 1998 році, виходячи з визначення реабілітації, як комплексу психолого-педагогічних, а при необхідності, і медичних заходів, спрямованих на корекцію, відновлення чи компенсацію втрачених або порушених психофізіологічних функцій. Пріоритетний напрям реабілітаційних заходів визначається виходячи з психофізіологічних особливостей, стану здоров'я, рівня розвитку різних типів установ. У комплекс входять медичні, психологічні, педагогічні і соціальні заходи, що об'єднані в поняття „реабілітація”. Діти з відхиленнями в розвитку, діти-сироти, діти-правопорушники, діти з родин, що відносяться до групи соціального ризику, були позначені як пріоритетний об'єкт реабілітації [91, с.125, с.7].

Співставляючи наведені вище базові визначення досліджуваного поняття, відзначимо, що важливим у контексті дослідження проблеми трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я є тлумачення змісту поняття «реабілітація» саме як комплексу лікувальних, психологічних, педагогічних, соціальних і трудових заходів, спрямованих на відновлення здоров'я й працездатності хворого. Відповідно, метою реабілітації виступає ефективно і раннє

повернення хворих та інвалідизованих осіб до побутових і трудових процесів, повноцінного функціонування у суспільстві; відновлення особистісних властивостей людини.

Посилаючись на наукові джерела (О. Андрусенко Н. Грабовенко А. Надточій, М. Чайковський, А. Шевцов [15; 27; 121; 238; 244]), дефініцію „реабілітація” розуміємо як комплексне медико-соціально-психолого-педагогічне поняття, що охоплює низку основних аспектів: відновлення здоров'я хворого за допомогою комплексного лікування; відновлення трудових, побутових навичок і елементів самообслуговування; соціальна реінтеграція, пов'язана з працевлаштуванням, матеріально-побутовим забезпеченням, поверненням у трудовий колектив, інтеграцією у суспільство.

У структурі реабілітації розрізняють медичну, психологічну, педагогічну, соціально-економічну, професійну, побутову, фізичну та інші види реабілітації. Відповідно А. Шевцов визначає узагальнені напрями єдиного процесу комплексного реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності: медичний, психологічний, педагогічний та соціальний [244, с. 105] Перший – медичний напрям (клінічний та постклінічний) – спрямований на повне або часткове відновлення здоров'я, компенсацію втраченої функції засобами сучасної медицини. Разом з цим, й фізична реабілітація, заснована на широкому використанні засобів фізичної культури, посідає одне з основних місць у комплексі медично-реабілітаційних заходів, й забезпечує: лікування травм і захворювань; профілактику ускладнень; відновлення психологічної сфери хворого; відновлення побутових і трудових навичок.

Другий – психологічний напрям – передбачає вплив на психологічну сферу людини, з метою переконати її в сприятливому завершенні лікування, орієнтуючись на такі основні моменти, як ставлення хворих до реабілітаційних заходів, вивчення особливостей психологічного статусу хворих залежно від стадії й перебігу хвороби, особливості особистості хворого і його ставлення до хвороби, згода або відмова від реабілітаційних заходів, взаємовідносини лікаря й хворого;

вибір форм і методів немедикаментозного лікування.

Третій напрям комплексного реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності – педагогічна реабілітація – передбачає заходи освітньо-виховного характеру, особливо дієві відносно неповнолітніх, які забезпечують набуття людьми з інвалідністю необхідних знань та вмінь, вироблення обґрунтованої впевненості у власній повноцінності.

Соціальна реабілітація, що становить четвертий напрям комплексного реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності, визначається доволі широко як процес, спрямований на відновлення здатності людини до життєдіяльності у соціальному середовищі [134] й не тільки, оскільки передбачає зміну-відновлення самого середовища, умов життєдіяльності, порушених чи обмежених з якихось причин. Це комплекс заходів, спрямованих на відновлення людини в правах, соціальному статусі, стані здоров'я, дієздатності [214], забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення матеріальної незалежності [236]; при цьому соціальні заходи реабілітування спрямовуються на компенсацію, зменшення чи ліквідацію конкретних видів соціальної недостатності [85]. За широким тлумаченням соціальна реабілітація забезпечує відновлення зруйнованих чи втрачених індивідом суспільних зв'язків і відносин у різних категорій осіб, до яких належать не лише люди з порушеннями здоров'я зі стійким розладом функцій організму (інвалідність), а й особи, що втратили соціальні зв'язки у наслідок зміни соціального статусу (літні громадяни, біженці і вимушені переселенці, особи, що втратили роботу та ін.), девіантної поведінки (особи, що страждають на алкоголізм, наркоманію, правопорушники та колишні ув'язнені та ін.) [208].

З педагогічної точки зору соціальна реабілітація розуміється як процес включення дитини з відхиленням у розвитку і поведінці у соціальне середовище, залучення до нормальної соціально прийнятної поведінки, адекватні взаємовідносини з однолітками [25]. З позицій соціальної роботи – розглядається як робота, спрямована на відновлення морального, психічного і несоціальної моделі інвалідності відзначається яскраво вираженим соціально-педагогічним контекстом,

оскільки з погляду соціальної педагогіки, тенденції розбудови та оновлення суспільства та системи освіти у зв'язку з потребами людей з інвалідністю пов'язані з необхідністю докорінної зміни ставлення соціуму до осіб з особливими потребами здоров'я. Виходячи з основної ідеї соціального виховання, що складає підґрунтя інноваційної неосоціальної моделі інвалідності – соціокультурний рівень суспільства є взаємозалежним від рівня розвитку соціальності кожного індивіда незалежно від стану здоров'я та можливостей розвитку, наголосимо, що повноцінне функціонування суспільства залежить від створених для кожного представника молодого покоління можливостей досягти максимальної самореалізації, зробити позитивний соціальний внесок індивідуальної чи колективної поведінки індивідів у відповідність до загальновизнаних суспільних правил і норм [226, с. 52].

Як технологія, соціальна реабілітація передбачає сукупність методів, направлених на відновлення статусу людини з обмеженнями здоров'я в очах громадськості на медичному, побутовому, рольовому, професійному та особистісному рівнях [15, с.114].

На думку сучасних дослідників з соціальної роботи Н. Грабовенко, С. Коношенко, А. Надточій, М. Чайковський, А. Шевцов [15; 90; 121; 238; 244], соціальна реабілітація дітей та молоді передбачає цілий комплекс реабілітаційних заходів з: навчально-виховної реабілітації у загальноосвітніх школах-інтернатах для дітей та молоді, які потребують соціальної допомоги; у спеціальних загальноосвітніх школах (школах-інтернатах) для дітей та молоді, які потребують корекції фізичного та розумового розвитку; у загальноосвітніх санаторних школах (школах-інтернатах) для дітей, які потребують тривалого лікування; соціально-лікувальної та психологічної реабілітації у відповідних закладах охорони здоров'я дітей та молоді, які зазнали жорстокості, насильства, а також які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС; фізичної реабілітації дітей та молоді з фізичними, розумовими вадами у спеціалізованих фізкультурно-оздоровчих закладах (клубах, центрах тощо); медико-соціальної реабілітації неповнолітніх, які

зловживають алкоголем, наркотиками і які за станом здоров'я не можуть бути направлені до шкіл соціальної реабілітації та професійних училищ соціальної реабілітації; соціально-освітньої реабілітації в школах соціальної реабілітації та професійних училищах соціальної реабілітації неповнолітніх, які скоїли правопорушення [226, с. 55].

Із соціальною реабілітацією безпосередньо пов'язані соціально-економічна реабілітація, що вирішує комплекс заходів щодо забезпечення проблемних категорій населення житлом і пенсією та соціально-побутова реабілітація спрямована на формування втрачених навичок самообслуговування та необхідне для компенсації втрачених функцій протезування, забезпечення необхідними засобами, створення гідних побутових умов життя для представників певних соціальних груп.

Професійна реабілітація, дослідженню якої присвячене дане дослідження, також пов'язана із зазначеними напрямками процесу комплексного реабілітування, особливо із соціальною реабілітацією певних категорій населення, частково репрезентованих особами з інвалідністю, й розуміється як процес засвоєння людьми з певними обмеженнями доступних форм праці й оволодіння ними необхідним стратегіями та інструментарієм щодо первинної професіоналізації та подальшої професійної самореалізації.

Розкриваючи сутність та структуру трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я неможливо лишити осторонь аналіз змісту основних понять, якими позначається об'єкт реабілітаційного процесу, що є достатньо численними у нормативній базі, працях дослідників, побутовому мовленні.

Відзначимо, що у межах медичної моделі інвалідності людей з обмеженими можливостями здоров'я позначали як „аномальних”, „дефектних”, „осіб з вадами”, „фізично або розумово неповноцінних”, „осіб з порушеннями”, „ненормальних” тощо. У межах економічної моделі репродукувався погляд на інвалідизацію як на соціальне явище, що супроводжується стійкою втратою працездатності, тому

інвалідність набула не тільки медичне, а й соціально-економічне значення, впливаючи через неблагополуччя однієї людини на стан усього суспільства [38, с. 374]. Виходячи з цього відбулася трансформація базових категорій щодо проблеми інвалідизації до опису цієї проблеми почали активно застосовуватися поняття „втрата працездатності”, „недуга”, „обмеження життєдіяльності”, „непрацездатність”, „недієздатність”, „неповносправність” тощо.

Подібні дефініції зустрічаються у психолого-педагогічних першоджерелах минулих років й у сучасній науковій та популярній літературі в основному у історико-педагогічному контексті, проте їх широке використання сьогодні, у часи панування у світі соціальної моделі інвалідності та становлення нової неосоціальної, не є етичним, бо акцентує увагу на обмеженнях самої особистості й репродукує ставлення до осіб з інвалідністю як до соціального виключення.

Характерно, що з розвитком демократичного суспільства, яке гарантує право кожного громадянина на активну участь у житті цього суспільства, приходять нове розуміння феномену „інвалідність” (Ю. Найда [125], Н. Софій [212]), що гуртується на пересуванні акценту з притаманній людині недостатності або хвороби, яка передбачає втрату або дефіцит фізичної та розумової спроможності, на особливість, специфіку траєкторії її розвитку, можливості, які безпосередньо залежать не від стану окремих органів або ж їх фізіологічної функціональності, а, скоріше, від соціально-психологічної функціональності та зовнішньої соціальної ситуації розвитку, яка надає підтримку людині з інвалідністю, враховує її сильні якості та задовольняє всі її індивідуальні потреби [212]. На думку А. Капської, нове бачення проблеми інвалідності, що ґрунтується на ідеї незалежного життя осіб з обмеженими можливостями, суттєво відрізняється від традиційних підходів, згідно з якими ігнорувалася соціальна значущість людини з обмеженнями як повноцінного члена суспільства [74; 216; 225].

У контексті дослідження сутності та структури трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я, розглядаючи міжнародну нормативно-правову літературу (стаття 1 „Декларації про права інвалідів”, проголошеної

Генеральною асамблеєю ООН від 09.12.1975 р.; стаття 2 Закону України „Про основи соціальної захищеності інвалідів України” від 21 березня 1991 р. № 875-ХІІ), відзначимо, що найбільш усталеною у сучасному лінгвістичному обігу є категорія „людина з інвалідністю” (у російськомовних джерелах та деяких українських перекладах з російської – „інвалід”), що визначається як особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, наслідком травм або вродженими дефектами, що призводять до обмеження життєдіяльності (в особистісному та соціальному сенсі), потреби в соціальній допомозі і захисті [32; 171]. Виходячи з цього, підкреслимо, що інвалідність як соціально-педагогічне явище може бути компенсованою зовнішніми відносно індивіда умовами (медициними, просторовими, психологічними, соціальними та соціально-педагогічними), що створюються у суспільстві шляхом упровадження соціальної допомоги і захисту.

Важливим при дослідженні проблеми трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я враховувати той факт, що існує юридична різниця між інвалідами, чий статус відповідно зафіксований, та особами з обмеженими можливостями, які, маючи значні порушення здоров'я, з різних причин не отримують інвалідності. В Україні умовами визнання громадянина інвалідом є: порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектами; обмеження життєдіяльності (повна або часткова втрата громадянином здатності або можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися або займатися трудовою діяльністю); необхідність в заходах соціального захисту, включаючи реабілітацію. При чому, наявність лише однієї із зазначених умов не є підставою, достатньою для визнання громадянина інвалідом [163].

Однак, як наголошує А. Мухілаєва, дослідження потреб людей з обмеженнями здоров'я та розвитку завжди були й залишаються орієнтованими на вивчення проблем осіб, які потребують допомоги, піклування, спеціальних освітніх

умов, незважаючи на їх формальний статус [119, с. 3-4]. У зв'язку з цим, окрім затвердженого у міжнародній нормативно-правовій базі розуміння поняття „інвалід” виникли й альтернативні визначення терміну, що відбивають зміну ставлення до людей з обмеженнями здоров'я у науковій думці та суспільній свідомості.

Так, у сучасній вітчизняній нормативній документації щодо людей з інвалідністю акцент робиться на зовнішніх, середовищних причинах інвалідності. Зокрема у статті 1 Закону „Про реабілітацію інвалідів в Україні” поняття „інвалід” вживається в такому значенні – особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист [173].

У багатьох наукових та науково-методичних джерелах (А. Капська, А. Колупаєва, А. Мухлаєва, О. Холостова, О. Хорошайло та ін. [74; 84; 119; 236; 237]) акцент також робиться на зовнішніх, середовищних причинах інвалідності й саме це явище розглядається як обмеження у можливостях, що обумовлені фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дозволяють людині бути повноцінно інтегрованою у суспільство і брати участь у його житті на рівних з іншими умовах. У цьому контексті на теренах незалежної України широкого розповсюдження набули такі усталені у розвинутих країнах світу дефініції щодо людини з інвалідністю та проблемами здоров'я, як „особа з обмеженими можливостями” або „людина з особливими потребами”.

У літературі (М. Андреева, О. Рассказова, М. Чайковський, А. Шевцов та ін. [2; 183; 239; 244]) зустрічається дещо критичне ставлення до останнього терміну. Так, А. Шевцов з цього приводу зазначає: „Насправді у людей з інвалідністю – звичайні людські потреби. Адже потреби у психологічному тлумаченні означають основне джерело активності людини” [244, с. 159]. Тому більш доречними, на думку О. Рассказової, є поняття, що також зустрічаються у сучасній науково-педагогічній літературі, – „людина з особливими потребами здоров'я та розвитку”,

„особа з обмеженням життєдіяльності”, „дитина з особливими освітніми потребами”, а також „людина з особливостями психофізичного розвитку”, „особа з обмеженням рухової активності” тощо [183, с. 179].

Враховуючи зазначене вище, вважаємо, що контексті дослідження проблеми трудової реабілітації поняття „людина з обмеженими можливостями здоров'я” є цілком коректним й синонімічним усталеним у нормативно-правовій та науковій базі поняттям, крім того є більш загальним, оскільки охоплює й ті категорії осіб, які мають офіційний статус інваліда й ті, які з різних причин не отримали цього статусу, хоча мають стійкі та тривалі функціональні розлади здоров'я й потребують реабілітаційних заходів для залучення у суспільство.

Продовжуючи дослідження сутності та структури трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, вважаємо за потрібне зупинитися на більш докладному вивченні нормативно-правових основ, що визначають можливості та умови трудової діяльності осіб з інвалідністю і, відповідно детермінують напрями та форми їх трудової реабілітації.

Основним законом України із соціального захисту інвалідів є Закон „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” від 12 березня 1991 р. № 875-12, яким визначено основи соціальної захищеності інвалідів в Україні і гарантовано їм рівні з усіма іншими громадянами можливості для участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства, створення необхідних умов, які дають можливість інвалідам вести повноцінний спосіб життя згідно з індивідуальними здібностями та інтересами [171]. У законі визначаються цільові сфери створення умов для нормальної життєдіяльності інвалідів, такі як: діяльність державних органів влади, освіта, профорієнтація і працевлаштування, участь інвалідів у прийнятті рішень, матеріальне і соціальне оточення, фінансування соціальних проектів і програм із соціального захисту інвалідів [171].

Наголосимо, важливим питанням, що безпосередньо пов'язано з проблемою трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я є розподіл інвалідності за певними групами, що впливає на здатність людини до

професіоналізації та працевлаштування. При цьому у вітчизняній як і у загальносвітовій практиці уникають формулювань «нездатність до трудової діяльності», тому що це є своєрідним дискримінаційним елементом і суперечить міжнародним правовим актам.

Конституція України [93] у Статті 37 закріплює принцип свободи праці. Про це ж говорять і міжнародні договори України, які є складовою частиною її правової системи. Найбільш повно право кожної людини на працю закріплено в Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права. У статті 6 Пакту говориться, що право на працю включає право кожної людини на отримання можливості заробляти собі на життя працею, яку він вільно обирає або на яку він вільно погоджується. Таким чином, у цьому формулюванні ми бачимо два елементи права на працю: перший – право на отримання можливості, заробляти собі на життя своєю працею; другий – це власний принцип свободи вибору праці, на яку людина вільно погоджується. Таким чином, Україна, як учасник даного Пакту Конвенції МОП № 122 і як член ООН (в Статуті ООН, у ст. 55 досягнення повної зайнятості індивідів визнається в якості однієї з важливих цілей діяльності ООН) та інших організацій визнає це право і, відповідно, ті зобов'язання, які випливають з даних міжнародно-правових інститутів [112].

Основним вітчизняним нормативним документом, що рекомендує права людини, зокрема особи з інвалідністю у трудовій сфері є Трудовий Кодекс, який декларує заборону дискримінації у сфері праці для всіх громадян незалежно від їх стану. Кодекс про адміністративні правопорушення передбачає заходи адміністративної відповідальності роботодавців за порушення прав інвалідів в області працевлаштування і зайнятості. Чітких механізмів реалізації даних положень у нормативі, на жаль, не прописано. Закон „Про соціальний захист інвалідів в Україні” встановлює систему квотування робочих місць для інвалідів та визначає шляхи проведення спеціальних заходів щодо підвищення конкурентоспроможності інвалідів на ринку праці. Чітких механізмів реалізації даних положень у Законі не визначено [171; 80].

Відповідно Постанові Уряду України „Про порядок і умови визнання особи інвалідом” від 20 лютого 2006 року № 95 громадянин визнається інвалідом на підставі критеріїв і класифікацій, визначених Міністерством охорони здоров'я, в тому числі визначається реабілітаційний потенціал особи з інвалідністю. Згідно постанові обмеження життєдіяльності може бути як повне, так і часткове у будь-якій сфері життєдіяльності. В п.8 Постанови визначено, що „При встановленні громадянину групи інвалідності одночасно визначається відповідно з класифікаціями і критеріями, що передбачені пунктом 2 цих Правил, ступінь обмеження його здатності до трудової діяльності (III, II чи I ступінь обмеження), або група інвалідності встановлюється без обмеження здатності до трудової діяльності” [172].

Згідно Закону „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” інвалідність як міра втрати здоров'я визначається шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я [171].

При становленні статусу „інвалід” у залежності від групи призначають пенсії, встановлюють інші види соціального захисту й пільги. Ці питання детермінуються також причинами інвалідності, які тягнуть за собою різні правові наслідки. У державному законодавстві визначають такі причини інвалідності: загальне захворювання; каліцтво, трудове або професійне захворювання; поранення (контузії), каліцтво, яке одержано при захисті Вітчизни або при виконанні інших обов'язків військової служби, або захворювання пов'язані з перебуванням на фронті; каліцтво одержане в результаті нещасного випадку, не зв'язаного з виконанням обов'язків військової служби або захворювання [171].

Група інвалідності розглядається як ступінь постійної чи продовжуваної втрати працездатності, у залежності від тяжкості в Україні розрізняють три групи інвалідності: I, II і III; при чому I групу поділяють на I А і I Б підгрупи. Основою для встановлення групи інвалідності є медичні показники стану здоров'я [156].

Спираючись на зазначені вище документи схарактеризуємо здатність осіб,

які мають ту чи іншу групу інвалідності до трудової реабілітації та подальшої професіоналізації. Інваліди першої групи є найменш здатними до професійної діяльності, оскільки виявляють нездатність до самообслуговування, самостійного пересування та повну залежність від інших осіб; відсутність здібностей до навчання, нездатність до трудової діяльності, нездатність до орієнтації (дезорієнтація) у соціальному середовищі, до спілкування й контролю над власною поведінкою.

Особи, у яких встановлена друга група інвалідності демонструють здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів та за допомогою інших осіб, здатність самостійно пересуватися з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб, здатність до навчання у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в домашніх умовах, здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (чи) спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб, здатність до орієнтації, що потребує допомоги інших осіб, здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб, здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб.

Найбільш перспективною є реабілітаційна робота з інвалідами третьої групи, яким притаманна здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів, здатність самостійно пересуватися з тривалішою витратою часу, пересування з зупинками і скорочення відстані, здатність до навчання в навчальних закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму навчального процесу та (чи) з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, який навчає), здатність до виконання трудової діяльності за іншою спеціальністю при відсутності зниження кваліфікації чи зменшенні обсягу виробничої діяльності та неможливості виконання роботи за своєю попередньою професією, здатність до орієнтації за умови використання допоміжних засобів, здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передання інформації,

часткове зниження здатності самостійно контролювати свою поведінку.

Відповідно до груп інвалідності але у зворотному порядку встановлюється ступень обмеження здатності людини до трудової діяльності. Існують три показники для визначення розміру допомоги по компенсації заробітку, які фіксуються призначенням відповідного ступеня обмеження здатності до трудової діяльності. Третій ступінь обмеження здатності до трудової діяльності означає повну непрацездатність або протипоказання до праці. Максимальний розмір грошової допомоги, що складається з встановленого базового розміру трудової пенсії та компенсації за скасовані пільги (їх можна не розділяти, тому що їх призначення і розмір залежать від єдиного критерію), встановлюється саме при призначенні третього ступеня обмеження здатності до трудової діяльності. Мінімальний розмір трудової пенсії встановлюється при встановленні першого ступеня обмеження здатності до трудової діяльності [172].

За чинним законодавством, маючи першу групу інвалідності й максимальний ступень обмеження здатності до трудової діяльності, інвалід не має змогу працевлаштуватися, тому що для нього не буде передбачено ніяких реабілітаційних заходів професійного характеру, а роботодавець не буде мати права прийняти його на роботу. Таким чином, виявляється нормативно затверджена трудова дискримінація людини з інвалідності через обмеження його можливості шукати роботу.

Відзначимо, проте, що згідно Положення про медико-соціальну експертизу людина з обмеженими можливостями здоров'я, яка не згодна з результатами експертного обстеження, має можливість оскаржити прийняте рішення як у самій експертизі, так і через суд, домогтися зниження ступеня інвалідності до другого і отримати, таким чином, законну можливість шукати роботу [156].

Наголосимо, що термін забезпечення особи з інвалідністю соціальною допомогою прив'язаний до термінів чергового переосвідчення людини на інвалідність та встановлення ступенів обмеження здатності до трудової діяльності. Перша група інвалідності встановлюється на 2 роки, друга і третя група

інвалідності – на 1 рік; ступені обмеження здатності до трудової діяльності встановлюються на той самий термін, що і групи інвалідності.

Розкриваючи сутність трудової реабілітації осіб з інвалідністю, підкреслимо, що в Україні, у порівнянні з провідними світовими країнами, дуже короткі терміни між переоглядами на підтвердження факту інвалідності і визначення групи й ступеня обмеження здатності до трудової діяльності. Разом з тривалістю процесу переогляду і необхідністю отримати висновки великої кількості медичних фахівців, такі невеликі терміни роблять чергові переогляди на інвалідність, а відповідно і можливість отримувати адекватні реабілітаційні послуги та державні соціальні допомоги, одними з найбільш важких процедур у світі. Зауважимо, що інвалідність без зазначення терміну переогляду встановлюється лише у разі виявлення у ході здійснення реабілітаційних заходів неможливості усунення або зменшення ступеня обмеження життєдіяльності громадянина, викликаного стійкими незворотними біологічними змінами, дефектами і порушеннями функцій органів і систем організму [116].

У контексті даного дослідження важливо також відзначити, що у цілому законодавство щодо встановлення груп інвалідності та ступеня обмеження здатності до трудової діяльності є дещо застарілим, ним не передбачена можливість гнучко змінювати ступінь обмеження здатності до трудової діяльності і розмір державних соціальних виплат до чергового строку експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи. За нинішньої системи особи з інвалідністю мотивовані добиватися встановлення найвищого ступеня обмеження здатності до трудової діяльності щоб отримувати повний обсяг державної соціальної допомоги, оскільки, нажаль, працевлаштування осіб з інвалідністю у нашій державі є доволі проблематичним, не створено також умов для трудової реабілітації та професіоналізації людей з обмеженими можливостями здоров'я. Тож ситуація ускладнюється тим, що багато заходів соціальної підтримки, в тому числі такі базові, як трудова пенсія, щомісячна грошова виплата замість скасованих натуральних пільг, а також можливість отримання технічних засобів реабілітації тощо, залежать від

ступеня обмеження здатності до трудової діяльності. Людина, маючи третій ступінь обмеження здатності до трудової діяльності, отримує всю соціальну допомогу в максимальному обсязі, а людина, маючи інші ступеня – у меншому обсязі. Такий підхід ґрунтується на тому, що через стан здоров'я, а також інші обставин життя інваліда, він має потребу в різному обсязі заходів соціальної підтримки.

Особа з не важкою інвалідністю може працевлаштуватися і отримувати заробітну плату, якщо їй це не заборонено лікарями, а, отже, самостійно придбати собі необхідні кошти або послуги. При цьому, не слід забувати, що у нашій країні працевлаштуватися інваліду навіть першого і другого ступеня обмеження здатності до трудової діяльності або без обмеження такої, дуже складно, якщо не неможливо. Таким чином, людина з інвалідністю змушена домагатися високого ступеня обмеження здатності до трудової діяльності, маючи на увазі заходи соціальної підтримки, бо за потенційну можливість працевлаштуватися вона повинен буде відмовитися від максимального обсягу державної допомоги.

Світовий досвід трудової реабілітації показує, що державна політика по відношенню до осіб з інвалідністю має забезпечувати: по-перше, їх максимальну участь в економічному і соціальному житті суспільства, стимулювати їх працевлаштування та репрезентативність на ринку праці, по-друге, постійний гарантований дохід, щоб люди з інвалідністю не позбавлялися можливості жити гідно по причині своєї інвалідності.

Дослідження зарубіжних експертів [116] показують, що звичні у вітчизняній соціально-економічній практиці державні грошові допомоги не сприяють участі інваліда в суспільстві, не стимулюють його до активного пошуку роботи, тому в законодавстві європейських країн крім грошових виплат передбачаються заходи, що гарантують участь особи в економічному і соціальному житті. Схеми державних соціальних виплат людям з інвалідністю, системи, критерії та процес їх призначення, а також їх цільове використання у напрямі стимулювання працевлаштування інвалідів у розвинутих країнах, незважаючи на певні відмінності, мають спільні риси.

Так, у багатьох країнах є виплати, які сплачуються інваліду незалежно ні від професійних обставин (працює він чи ні, має високий чи низький статок тощо), а є й такі, що нараховуються громадянину з інвалідністю тільки до моменту працевлаштування, про що він завчасно попереджається. У США, наприклад, допомога від держави зменшується у певній пропорції (по одному долару за кожні два зароблених долара), й лише тоді, коли статок від професійної діяльності людини з обмеженнями здоров'я перевищує певну суму на місяць. У цілому ж, зазначимо, що грошова допомога, яка виплачується людям з інвалідністю, у розвинених країнах зазвичай складається з двох частин: компенсація на послуги, пов'язані з інвалідністю, а також певна компенсація заробітної платні у разі, коли людина з інвалідністю не працює. Прикладом може слугувати Данія, де крім відшкодування втраченого заробітку, компенсуються, також, специфічні витрати, пов'язані з інвалідністю. Хоча, при цьому слід наголосити, що данні грошові виплати, не націлені те, щоб стати основним статком людини з інвалідністю і замінити заробітну платню, а тому зазвичай не впливають на відсоток безробітних інвалідів. Такі види допомоги найчастіше виплачуються людям з серйозними обмеженнями і не залежать від розміру компенсації заробітку у разі втрати роботи. Подібні заохочувальні соціально-економічні системи допомоги по інвалідності існують в Англії, Австралії, Голландії, Італії, Німеччині (страховка на догляд), Бельгії (допомога на інтеграцію), а також у певній інтерпретації у Португалії, Норвегії, Швеції та інших розвинутих країнах світу.

Деякі країни роблять простою процедуру повернення допомоги працюючій людині у випадку невдачі в працевлаштуванні: протягом певного часу призначається більш спрощена процедура отримання такої допомоги. У Нідерландах, Норвегії, Швеції такий термін складає 3 роки, в Австралії – 2, в Англії – 1 рік, у Німеччині – 6 місяців. У Данії особам з втратою двох третин працездатності і більше при працевлаштуванні нараховується надбавка по інвалідності. У Туреччині встановлюється пільга з прибуткового податку, в Англії – податковий кредит, який дозволяє досягти гідного та мінімального доходу, у

США допомога повністю виплачується на час випробувального терміну, крім того, зберігається право на медичну страховку [116].

На вітчизняних теренах пенсійне забезпечення громадян здійснюється згідно з законами України „Про пенсійне забезпечення”, „Про пенсійне забезпечення військовослужбовців, осіб начальницького і рядового складу органів внутрішніх справ та деяких інших осіб”, „Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”, а також іншими законодавчими актами, зокрема „Про наукову і науково-технічну діяльність”, „Про державну підтримку засобів масової інформації та соціальний захист журналістів”, „Про службу в органах місцевого самоврядування”. Таке законодавче розмежування питань соціального захисту унеможливорює реалізацію в єдиному напрямі для всіх категорій громадян такої соціальної політики, яка б заохочувала їх до безперервної трудової діяльності та професійної самореалізації згідно наявних у людини можливостей та потенціалу.

До того ж, українським законодавством, на жаль, не передбачено виплат по інвалідності, пов'язаних зі специфічними витратами, що зумовлюються проблемами здоров'я та необхідністю реабілітації осіб з інвалідністю й не пов'язані з компенсацією заробітку. Це можна впевнено стверджувати тому, що абсолютно всі виплати грошової допомоги (які складаються з базового розміру соціальної чи трудової пенсії по інвалідності та компенсаційних виплат за втрачені пільги) прив'язані до критеріїв здатності людини до трудової діяльності.

Наголосимо, що здатність людини до трудової діяльності як критерій, не враховує потреби людини, наприклад, у послугах з компенсації обмежень у можливості самостійного пересування та самообслуговування (для цього існують свої спеціальні критерії), не може називатися допомогою у зв'язку з витратами, пов'язаними з інвалідністю. Погіршує ситуацію і те, що багато інших видів соціальної підтримки інвалідів з боку держави визначаються відповідно до ступеня обмеження здатності людини до трудової діяльності. Наприклад, виділення путівки на санаторно-курортне лікування, а також оплата проїзду для супроводжуючої

інваліда особи, відбувається тільки при встановленні третього ступеня обмеження здатності до трудової діяльності, що означає повну непрацездатність або протипоказання до праці. Тобто, весь обсяг державної соціальної підтримки людей з інвалідністю, як у грошовій, так і за багатьма параметрами і в натуральній формі прив'язується до можливості людини з інвалідністю працювати, до потенційної можливості інваліда самотійно забезпечувати своє економічне існування.

У контексті дослідження проблеми трудової реабілітації осіб з обмеженнями здоров'я, підкреслимо, що сам по собі такий підхід, за яким, особа, яка здатна сама себе утримувати, отримує грошову допомогу від держави у меншому обсязі, має право на існування й практикується і в інших країнах світу. Проте в Україні таке зменшення допомоги від держави відбувається вже заздалегідь, незалежно від того, чи змогла особа з інвалідністю професіоналізуватися та працевлаштуватися, що у нашій державі для такої категорії осіб вкрай ускладнено. Відзначимо, що такий підхід Уряду до соціального захисту осіб з інвалідністю суперечить Стандартним правилам забезпечення рівних можливостей для інвалідів Організації Об'єднаних Націй (Правило 8. Підтримання доходів і соціальне забезпечення), за яким держави несуть відповідальність за надання соціального забезпечення інвалідам та підтримання їх доходів. У відповідності з Правилами, держава має переорієнтуватися на більш справедливий підхід, спрямований на реальну інтеграцію інвалідів у суспільство та створення умов для набуття людьми з обмеженнями здоров'я матеріальної незалежності, що реалізується як перший провідний компонент права на працю – отримання можливості заробляти собі на життя своєю працею, та другий компонент – вільно вибрати працю або вільно на неї погоджуватися, в тому числі й не працювати [219].

Розкриваючи сутність та структуру трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, звернемося до ретроспективного аналізу процесу затвердження нормативно-правових основ такої реабілітації в Україні. Відзначимо, що становлення системи правового забезпечення трудової реабілітації людей з

інвалідністю відбувалося в Україні поступово. Права осіб з інвалідністю на отримання соціальної допомоги та реабілітації було закріплено Законом „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” (1991р.), Постановами Кабінету Міністрів „Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів”, „Про затвердження порядку сплати підприємствами (об’єднаннями), установами і організаціями штрафних санкцій до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, акумуляції, обліку та використання цих коштів”, Указом Президента України від 13.06.2001 р. № 519, яким було затверджено Національну програму професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими можливостями здоров’я на 2001 – 2005 роки тощо.

Наголосимо, що в останньому документі питанням трудової реабілітації осіб з інвалідністю вже надається особлива увага, відзначається, що структура зайнятості людей з обмеженими фізичними можливостями за період з 1994 року в Україні істотно не змінювалася: найбільша частина таких осіб обіймає доволі низькооплачувані посади у сфері матеріального виробництва: у промисловості, сільському господарстві та будівництві, а також у невиробничих сферах – у системі охорони здоров’я та освіти. Відзначається й гендерний дисбаланс у доступі до праці людей з інвалідністю – з числа зайнятих жінки становлять лише 39 % [170].

Зважаючи на зазначене, зв’язку з необхідністю подолання існуючою у трудовій сфері дискримінації людей з обмеженими можливостями, нашою державою взято курс на створення і функціонування належної виробничої, соціальної та реабілітаційної інфраструктури, розширенню діяльності громадських організацій інвалідів, щоб забезпечити дієву допомогу громадянам з обмеженими фізичними можливостями у працевлаштуванні, пристосуванні до самостійного життя і, за наявності суспільної та державної підтримки, можливості відчувати себе корисними для соціуму.

Реалізація зазначеного курсу зумовила певні зміни у стані проблеми трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров’я. Так, за аналітичним звітом, наведеним у національній доповіді „Праця та зайнятість осіб з

інвалідністю в Україні”, підготовленій на виконання Указу Президента України від 18.12.2007 р. №1228/2007 „Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями” та доручення Кабінету Міністрів України від 24.06.2009 р. №2700/3-09, в Україні у 2009 році вже діяли 611 реабілітаційних закладів для підтримки осіб з інвалідністю, з яких, проте, лише 23 займалися професійною та трудовою реабілітацією осіб з обмеженими фізичними можливостями. На жаль, діючі центри медичної, професійної та соціальної реабілітації часто не мали достатнього наукового, медичного, матеріально-технічного, навчально-методичного, інформаційного забезпечення з питань ерготерапії, фізіотерапії та фізичної терапії, профорієнтації та професійного навчання. Робота відбувалася в умовах відсутності індивідуальних програм трудової реабілітації та адаптації таких осіб у навчальних закладах і на виробництві, оновленого переліку професій, що враховують медичні показання та протипоказання за кожним видом і групою інвалідності; незадовільного кадрового забезпечення центрів фахівцями з професійної реабілітації зазначених осіб [127, с. 26-28]. Підкреслимо, що й сьогодні ці болючі проблеми залишаються актуальними у роботі деяких реабілітаційних центрів, а їх кількість, як і раніше, не забезпечує багатьох потреб осіб з інвалідністю.

Наразі проблема трудової реабілітації та працевлаштування осіб з інвалідністю вже має достатнє нормативне забезпечення, регламентується Конституцією України, Законами „Про реабілітацію інвалідів в Україні”, „Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії”, „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”, „Про соціальні послуги” тощо.

Наявність затвердженої нормативної бази забезпечує визначеність основних понять у колі проблеми трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Так, у нормативних документах зазначається, що забезпечення виконання індивідуальної програми реабілітації інвалідів є одним з важних пунктів діяльності держави щодо інвалідів, що виявляється у створенні правових, економічних,

політичних, соціальних, психологічних та інших умов для забезпечення їхніх прав і можливостей нарівні з іншими громадянами для участі в суспільному житті.

У Законі „Про реабілітацію інвалідів в Україні” реабілітація осіб з інвалідністю відзначається як система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення [173].

У тому ж документі професійна реабілітація розглядається як 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 – як 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 [173].

У нормативній базі розкрито також низку супутніх понять щодо трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, серед яких найбільш цікавими для нас є: професійна орієнтація; професійний відбір; професійна адаптація; робоче місце інваліда; спеціальне робоче місце інваліда тощо (Додаток Б).

Витлумачено також поняття „індивідуальна програма реабілітації”, що розуміється як комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у

рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії [173]. Докладніше індивідуальну програму реабілітації як інструмент роботи реабілітаційних осередків розглянемо у наступному підрозділі.

Спираючись на визначення наведені у нормативно-правовій базі та результати наукових досліджень (М. Андрєєва, В. Блейхер, В. Бондар, О. Глоба, В. Григоренко, Т. Завгородня, І. Зверєва, І. Іванова, В. Кравченко, І. Козубовська, Г. Лактіонова, В. Лубовський, Л. Міщук, С. Пальчевський, В. Синьов, С. Харченко, О. Хохліна, А. Шевцов та ін.) визначимо поняття «трудова реабілітація осіб з обмеженими можливостями здоров'я» як спеціально організований багатофакторний, особистісно орієнтований систематичний процес медично-оздоровлювальних, соціальних, психологічних, освітніх, професійно-трудова, технічних, правових, культурно-творчих, інформаційних заходів, спрямованих на усунення обмежень у професійній орієнтації, первинній професіоналізації, професійній самореалізації, відновлення фізичного, психічного та соціального здоров'я, підвищення соціального статусу осіб з інвалідністю шляхом сприяння їх соціалізації у професійній сфері, підвищення якості життя людини і формування його незалежного стилю.

На основі аналізу нормативного законодавства та праць вчених трудову реабілітацію осіб з обмеженими можливостями здоров'я уточнимо як відновлення знижених або втрачених професійних функцій, відбір професії та адаптацію до неї осіб з обмеженими можливостями, дитини-інваліда, поновлення трудової діяльності таких осіб за вже опанованою раніше або новою професією.

Вважаємо, що трудова реабілітація має певні складові і включає заходи із забезпечення зайнятості осіб з обмеженими можливостями, експертизи потенційних професійних здібностей, професійної орієнтації, професійної підготовки, підготовки робочого місця, професійно-виробничої адаптації, раціонального працевлаштування, динамічного контролю раціональності працевлаштування і успішністю професійно-виробничої адаптації. Складовими трудової реабілітації є професійний відбір, професійна перепідготовка,

перекваліфікація, що спрямовуються на працевлаштування осіб з інвалідністю, як у звичайних виробничих умовах, так і в спеціально створених умовах роботи.

Трудова та професійна орієнтація осіб з інвалідністю у працездатному віці та дітей-інвалідів здійснюється відповідно до індивідуальної програми реабілітації інваліда для підвищення їх конкурентоспроможності на ринку праці, визначення можливостей професійної підготовки, перепідготовки і наступного працевлаштування. Послуги з професійної орієнтації дітям-інвалідам традиційно надавали спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати), загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати) за участю, у разі необхідності, центрів соціальних служб для молоді та реабілітаційних установ. Професійну орієнтацію інвалідів у працездатному віці, які мають бажання працювати і зареєстровані в державній службі зайнятості, може здійснювати державна служба зайнятості.

Індивідуальна програма реабілітації інваліда є обов'язковою для виконання відповідними органами державної влади, органами місцевого самоврядування, а також організаціями незалежно від організаційно-правових форм та форм власності - отже, і роботодавцями. Свобода вибору інваліда полягає в тому, щоб відмовитися від тих чи інших видів реабілітаційних послуг чи коштів. [173]

У цілому, розкриваючи сутність та структуру трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я, відзначимо, що у відповідності до існуючих законодавчих, нормативних документів та положень, якими регламентується діяльність центрів професійної реабілітації інвалідів соціальна реабілітація визначається як 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.

Трудову реабілітацію осіб з обмеженими можливостями здоров'я уточнимо як відновлення знижених або втрачених професійних функцій, відбір професії та

адаптацію до неї осіб з обмеженими можливостями, дитини-інваліда, поновлення трудової діяльності таких осіб за вже опанованою раніше або новою професією.

Трудова реабілітація має певні складові і включає заходи із забезпечення зайнятості осіб з обмеженими можливостями, експертизи потенційних професійних здібностей, професійної орієнтації, професійної підготовки, підготовки робочого місця, професійно-виробничої адаптації, раціонального працевлаштування, динамічного контролю раціональності працевлаштування і успішністю професійно-виробничої адаптації. Складовими трудової реабілітації є професійний відбір, професійна перепідготовка, перекваліфікація, що спрямовуються на працевлаштування осіб з інвалідністю, як у звичайних виробничих умовах, так і в спеціально створених умовах роботи.

Необхідність розробки системи трудової реабілітації інваліда особливо в період професійного становлення особистості обумовлена низкою соціально-економічних, психологічних та соціально-педагогічних причин: в першу чергу, визнанням нових підходів до цілей, змісту і результативності професійної реабілітації, по-друге, проблемами і перешкодами, що виникають на шляху інваліда під час професійної реабілітації і після її завершення, а саме: організаційними, правовими, технічними, методичними, психологічними та етичними бар'єрами, існуючими у непідготовленому до інклюзії суспільстві.

Матеріали параграфу висвітлені у публікаціях автора [145; 146; 153; 155].

1.3. Особливості та стан трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів

Подальше дослідження проблеми трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я передбачає проведення ґрунтовного аналізу діяльності реабілітаційних центрів у соціально-педагогічному контексті як осередків створення сприятливого реабілітаційного середовища для професіоналізації, професійної адаптації та самореалізації осіб з інвалідністю через відновлення

порушених соціальних зв'язків та інтеграцію у соціумі.

Наголосимо, що, досліджуючи особливості та стан трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів, будемо спиратися концепцію реабілітаційного центру як середовища соціального розвитку, реабілітації та ресоціалізації особистості, обґрунтовану у працях вітчизняних вчених (Н. Вайзман, С. Коношенко, Е. Мавріна, В. Мороз, В. Нечипоренко, Є. Пліско, М. Тютюнник, Ю. Чернецька, В. Шпак та ін.) [9; 88; 92; 105; 118; 129; 142; 227; 250; 240], у роботах яких закладено науково-методичні основи реабілітаційного процесу щодо різних вікових і соціальних категорій осіб, висвітлено сприятливі і несприятливі чинники реабілітації та ресоціалізації клієнтів, схарактеризовано особливості діяльності, організації і функціонування реабілітаційних центрів.

Відзначимо, що розробка поняття «реабілітаційний центр» як наукової категорії й інноваційного типу закладів освітньої і соціальної сфер налічує не більше ніж 20 років, хоча функція реабілітації була завжди традиційно закладеною й латентно присутньою в освітньо-корекційних середовищах шкіл-інтернатів, виправних установ для неповнолітніх, пенітенціарних закладів, інших корекційно-виховних закладів минулого. Посилаючись на результати історико-педагогічного екскурсу О. Караман, Н. Коношенка, Ю. Чернецької, В. Шпак [76; 90; 240; 250], зазначимо, що попри значний реабілітаційний потенціал у невідповідному для здійснення реабілітаційної функції соціально ізольованому середовищі цих закладів вплив негативних чинників мікросередовища призводив до неочікуваних соціальних наслідків, зокрема до формування замкнених у своїх проблемах та нездатних до соціальної інтеграції субкультур, які професіоналізувалися лише в окремих чітко визначених галузях.

Логіка даного дослідження вимагає більш ґрунтовного розгляду сутності поняття «реабілітаційні центри» у контексті розвитку понятійно-термінологічного апарату соціальної педагогіки й, насамперед, її найбільш загальних понять, які у процесі розвитку соціальної педагогіки як науки постійно уточнюються й

збагачуються новим змістом. Все це, зумовлює істотні зміни вітчизняної соціально-педагогічної практики, зокрема через розробку концепції діяльності нових типів реабілітаційних установ, що забезпечують розвиток соціальності своїх клієнтів за рахунок їх професіоналізації, й пошук шляхів урізноманітнення напрямів та форм роботи таких закладів.

Наголосимо на наявному останньої доби широкому розмаїтті та постійному розширенні типів закладів, що вирішують проблеми реабілітації різних категорій населення. Зокрема, в Енциклопедичному словнику з соціальної роботи (2002 р.) [217, с. 494] зустрічаються такі типи закладів, що надають реабілітаційні послуги, як „центр дозвілля для дорослих”, „центри незалежного життя”, „центри соціальних служб для молоді”, хоча, власне, про сутність центру реабілітації як поняття, мова не йдеться. В енциклопедичному виданні під редакцією І. Звереві (2013 р.) вже наведено більш значний перелік осередків соціальної реабілітації, зокрема: „центр для ВІЛ-інфікованих дітей і молоді”, „центри соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді”, „центр соціально-психологічної допомоги” й безпосередньо „центр соціально-психологічної реабілітації дітей”, „центр соціально-психологічної реабілітації дітей і молоді з функціональними обмеженнями”. Таким чином, можемо констатувати, що на теренах України, урізноманітнюється типологія центрів, які здійснюють соціальну реабілітацію. Найбільш загальним серед зазначених типів закладів є „центр соціально-психологічної допомоги” – осередок, що «надає соціальні послуги особам, які опинилися в складних життєвих обставинах внаслідок стихійного лиха, учинення стосовно них злочину, насильства (у тому числі, в сім'ї) або реальної його загрози, а також за інших обставин, яких вони не можуть подолати самостійно» [43, с. 471-472]. Як бачимо, наведене визначення корелює зі змістом категорії „реабілітаційний центр” в аспекті наголошення необхідності соціальної підтримки осіб, що опинилися у несприятливих життєвих ситуаціях.

Цікаво відзначити, що у цей період у нормативній базі нашої держави відбулося затвердження нових нормативно-правових актів, що стосуються

створення подібних осередків для різних груп населення. Наприклад, Постановою Кабінету Міністрів України від 6 вересня 1996 р. № 1072 було затверджено Положення про центр медико-соціальної реабілітації дітей – лікувально-реабілітаційний заклад для неповнолітніх, які вживають алкоголь, наркотичні засоби і психотропні речовини, а також для дітей, які за станом здоров'я не можуть бути направлені до загальноосвітніх шкіл та професійних училищ соціальної реабілітації) Міністерства охорони здоров'я [165].

Міністерством охорони здоров'я України, разом із Міністерством України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків чорнобильської катастрофи затверджено й Положення про центри медико-психологічної реабілітації рятувальників та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру (наказ № 180/115 від 14.05.2001 р.) [157].

Постановою Кабінету Міністрів України №809-а від 13 червня 2002 р. було затверджено Типове положення про центр ресоціалізації наркозалежної молоді „Твоя Перемога” з метою реабілітації та соціальної адаптації наркозалежної молоді, при чому координацію роботи з організації таких центрів покладено на Міністерство України у справах сім'ї, дітей та молоді [101].

Постановою Кабінету Міністрів України № 87 від 28 січня 2004 р. визначено типове положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей – заклад соціального захисту, що створюється для тривалого (стаціонарного) або денного перебування дітей віком від 3 до 18 років, які опинились у складних життєвих обставинах, надання їм комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової та інших видів допомоги [169] тощо.

У цілому, за даними офіційної статистики до 2009 року в Україні було створено 611 реабілітаційних центрів, які належали до різних міністерств та форм власності (Додаток В). При чому, діяльність лише 44-х з цих реабілітаційних закладів була спрямована на реабілітацію осіб з інвалідністю й лише 23 з них забезпечували професійну та трудову реабілітацію осіб з фізичними

можливостями. Діючі центри медичної, професійної та соціальної реабілітації не мали належного наукового, медичного, матеріально-технічного, навчально-методичного, інформаційного забезпечення з питань ерготерапії, фізіотерапії та фізичної терапії, профорієнтації та професійного навчання. Відсутні індивідуальні програми реабілітації та адаптації таких осіб у навчальних закладах і на виробництві.

Задля упорядкування діяльності центрів для реабілітації осіб з інвалідністю різних вікових груп міністерствами було затверджено типові положення про діяльність.

Відзначимо, що найбільш вагомою була частина закладів, діяльністю яких опікувалося Міністерство праці та соціальної політики України. Аналізуючи дані офіційної статистики щодо кількості реабілітаційних установ системи Мінпраці за 2006 – 2009 роки (Додаток Г), відзначимо, проте, що стан установ, які фінансуються за рахунок коштів спеціального фонду Державного бюджету України був у цей час доволі стабільним, тоді як установи, які фінансувалися за рахунок коштів місцевого бюджету зазнавали певного занепаду, особливо відділення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів, а також відділення професійної реабілітації інвалідів. Більш-менш розвинутою виявилася лише мережа дитячих та молодіжних реабілітаційних осередків.

Зважаючи на необхідність вирішення болючих питань, пов'язаних із трудовою реабілітацією осіб з інвалідністю відбулося докорінне оновлення нормативних основ та концепції діяльності реабілітаційних центрів для людей з особливими потребами здоров'я, що зумовило розширення їх мережі. Так, за даними офіційного веб-портала Міністерства соціальної політики України, станом на 01.01.20017 р. кількість реабілітаційних установ для осіб з інвалідністю, підпорядкованих даному міністерству становить 152 установи, з яких: 126 – центри соціальної реабілітації для дітей з інвалідністю, 9 – центри професійної реабілітації, 14 – центри комплексної реабілітації й 3 – установи змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних

порушень [188].

Аналіз географії розташування таких осередків показує, що центри професійної реабілітації осіб з інвалідністю створені у Вінницькій, Донецькій, Запорізькій, Київській, Одеській, Львівській та Чернівецькій областях України. Більш широкою є географія центрів комплексної реабілітації людей з особливостями здоров'я, які діють на Закарпатті, у Запорізькій, Київській, Львівській, Одеській областях, на Рівненщині, у Сумській, Харківській та Чернігівській областях (Додаток Д). Підкреслимо, що у деяких з перелічених регіонів України створено не один, а два, а на Київщині – три центри комплексної реабілітації. Хоча деякі області не охоплені діяльністю таких центрів, це, зокрема, Волинська, Житомирська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Миколаївська, Полтавська, Херсонська, Хмельницька тощо. Це частково пояснюється наявністю у цих областях реабілітаційних центрів інших типів та іншого підпорядкування [188].

Характеризуючи сутність та призначення таких реабілітаційних центрів, звернемося до відповідних нормативно-правових актів, що стосуються створення та оновлення діяльності подібних осередків.

Аналізуючи особливості та стан трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів, наголосимо, що визначним для розвитку системи реабілітації осіб з інвалідністю стало скасування доволі застарілого за змістом Положення про навчально-реабілітаційний Центр (від 1997 року) і введення у дію наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України № 920 від 16 серпня 2012 р. нового положення про такий центр, згідно якому цю структуру було визначено як загальноосвітній навчальний заклад, метою діяльності якого є реалізація права на освіту дітей з особливими освітніми потребами, зумовленими складними вадами розвитку, їх інтеграція в суспільство шляхом здійснення комплексних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, здобуття освіти відповідного рівня, загальний розвиток особистості та корекцію порушень [164].

Клієнтами такого центру ставали діти із складними порушеннями розвитку

– вадами слуху, зору, тяжкими системними мовленнєвими порушеннями, тяжкими порушеннями опорно-рухового апарату у поєднанні з розумовою відсталістю, затримкою психічного розвитку, сліпоглухі, діти, які себе не обслуговують і відповідно до індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда потребують індивідуального догляду та супроводу, але вони можуть перебувати у дитячому колективі згідно з рекомендованим лікарями режимом [164].

Головними завданнями Центру визначено: забезпечення права дітей із складними вадами розвитку на здобуття відповідного рівня дошкільної та загальної середньої освіти відповідно до їх можливостей, здібностей з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку; забезпечення ранньої соціалізації та підготовки таких дітей до здобуття відповідного рівня дошкільної та загальної середньої освіти шляхом спеціально організованого навчально-виховного процесу в комплексі з психолого-педагогічною, медичною, фізичною, соціальною реабілітацією; формування громадянської позиції, власної гідності, готовності до трудової діяльності, відповідальності за свої дії; забезпечення системного кваліфікованого психолого-медико-педагогічного супроводу дітей з урахуванням стану їх здоров'я, особливостей психофізичного розвитку; надання реабілітаційних послуг згідно з індивідуальною програмою реабілітації дитини-інваліда; надання психолого-педагогічної допомоги батькам (особам, які їх замінюють), які виховують дітей-інвалідів, з метою залучення їх та дітей до навчально-виховного та реабілітаційного процесу [164]. Таким чином реабілітації молодого покоління, зокрема професійній та трудовій, у діяльності центрів було надано визначне місце, а основним засобом такої реабілітації було проголошено соціально-виховний вплив у сприятливому освітньому середовищі.

Майже через рік Міністерством соціальної політики України, замість попереднього – від 2007 року, підготовлено оновлене Типове положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів (наказ № 505 від 15.08.2013 р.). Центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів було визначено у документі як реабілітаційна установа сфери управління Міністерства соціальної політики

України та/або органів соціального захисту населення регіонального та/або місцевого рівнів, цільовим призначенням якої є здійснення комплексу реабілітаційних заходів для дітей-інвалідів, а також дітей віком до 2 років, які мають ризик отримати інвалідність, спрямованих на попередження (запобігання), зменшення або подолання фізичних, психічних розладів, коригування порушень розвитку, навчання основним соціальним та побутовим навичкам, розвиток здібностей, створення передумов для їхньої інтеграції у суспільство [168].

Згідно Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів, затвердженого Міністерства соціальної політики України (наказ № 379 від 06.04.2015 р.) [167] ця соціальна структура тлумачиться як реабілітаційна установа сфери управління Міністерства соціальної політики України та/або органів соціального захисту населення, цільовим призначенням якої є здійснення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення знижених або втрачених професійних функцій, вибір професії та адаптацію до неї дітей-інвалідів віком від 16 років та інвалідів (далі – інваліди), поновлення їх трудової (професійної) діяльності в колишній або новій професії з урахуванням вимог їх індивідуальних програм реабілітації [167].

Метою роботи центра проголошене професійне навчання інвалідів за тими професіями, що користуються попитом на ринку праці. Напрями професійного навчання запроваджуються за результатами проведення фахівцями Центру аналізу попиту та пропонування робочої сили на ринку праці; проведення професійної орієнтації, професійної підготовки, перепідготовки та підвищення професійної кваліфікації інвалідів [167].

До функцій центру входить організація професійної та трудової реабілітації осіб з обмеженням здоров'я із здійсненням медичного спостереження або медичної реабілітації, а також інших видів реабілітації відповідно до Закону України „Про реабілітацію інвалідів в Україні”, що забезпечать адаптацію інвалідів до професійного навчання у Центрі, їх подальше працевлаштування, у тому числі шляхом самостійного забезпечення себе роботою, у тому числі провадження

підприємницької діяльності; оцінка ефективності результатів професійної реабілітації інвалідів за освітніми, соціальними, психологічними, медичними, фізичними критеріями та показниками; надання інформаційно-консультативних послуг інвалідам, підприємствам, установам, організаціям з питань реабілітації інвалідів; створення матеріально-технічної бази для професійного навчання та реалізації відповідних реабілітаційних заходів; здійснення співпраці з вітчизняними та закордонними реабілітаційними, освітніми, медичними, науковими підприємствами, установами та організаціями з питань реабілітації інвалідів [167].

Для дослідження проблеми трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів важливо звернутися до аналізу змісту ще одного оновленого останнім часом державного документа – Типового положення про реабілітаційну установу змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень затвердженого Міністерством соціальної політики України наказом № 112 від 15.02.2016 р. [166]. Така реабілітаційна установа призначена для здійснення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на створення умов для всебічного розвитку осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень, а також дітей віком до 2 років, які мають ризик отримати інвалідність, засвоєння ними знань, умінь, навичок, досягнення і збереження їхньої максимальної незалежності, фізичних, розумових, соціальних, професійних здібностей з метою максимальної реалізації особистого потенціалу. Метою реабілітаційної діяльності центру зокрема є створення умов для зменшення та подолання інтелектуальних і фізичних порушень, запобігання таким порушенням, коригування порушень розвитку, формування та розвиток основних соціальних і побутових навичок; проведення заходів, зокрема з професійної орієнтації, опанування особами з інвалідністю трудових навичок, у тому числі в майстернях, визначення їхніх можливостей щодо професійного навчання у відповідних навчальних закладах, центрах професійної реабілітації (денна зайнятість) [166].

У цілому зазначимо, що наразі нормативною основою для діяльності реабілітаційних установ системи Міністерства соціальної політики усіх типів є Закон України „Про реабілітацію інвалідів в Україні”, а також постанови Кабінету Міністрів України „Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів” (від 08.12.2006 № 1686), „Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда” (23.05.2007 № 757), „Про затвердження Порядку надання інвалідам, дітям-інвалідам і дітям віком до двох років які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних послуг” (від 31.01.2007 № 80); а також накази Міністерства соціальної політики України „Про затвердження форм документів для отримання особами з інвалідністю та дітьми віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних (абілітаційних) послуг у реабілітаційних установах” (від 28.07.2016 № 825), „Про затвердження Соціальних нормативів у сфері надання реабілітаційних послуг інвалідам та дітям-інвалідам” (від 31.03.2015 № 352), „Про затвердження Порядку взаємодії державних органів та установ щодо професійної реабілітації, зайнятості та працевлаштування інвалідів” (від 03.06.2014 № 347).

Міністерством затверджено також диференційовані базові нормативні основи для роботи реабілітаційних осередків різних типів. Так, Центр професійної реабілітації інвалідів керується у своїй діяльності наказами Міністерства соціальної політики „Про затвердження Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів” (від 06.04.2015 № 379) та „Деякі питання діяльності реабілітаційних установ для осіб з інвалідністю” (від 31.10.2016 № 1252); Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю наказами „Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю” (від 09.08.2016 № 855), „Про затвердження Типових штатних нормативів чисельності працівників реабілітаційної установи змішаного типу для інвалідів і дітей-інвалідів” (від 19.07.2010 № 194).

Аналізуючи існуючу нормативно-правову базу та посилаючись на думку С. Коношенка [90; 91; 92, с. 161-163], відзначимо, що у сучасному тлумаченні поняття „реабілітаційний центр” розуміється у широкому інтеграційному контексті як

об'єднання соціальних інститутів, що виконують функції освіти і виховання стосовно дезадаптованих підлітків; організаційна, науково-методична і функціональна основа соціальної адаптації і реабілітації підлітків; специфічний соціально-педагогічний заклад, що забезпечує задоволення різноманітних потреб дітей і підлітків у їхній соціалізації; багатоцільовий функціональний комплекс по наданню всебічної соціальної, медико-психолого-педагогічної, правової допомоги дітям, педагогам і батькам.

Дійсно, у Законі України „Про реабілітацію інвалідів в Україні” реабілітаційна установа визначена доволі широко – як установа, підприємство, заклад, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснює реабілітацію інвалідів і дітей-інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації [173].

А. Шевцов наводить у книзі „Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності” такі складові процесу реабілітації осіб з інвалідністю в реабілітаційному центрі, як: соціальна реабілітація (забезпечує відновлення потенціалу людини з обмеженнями здоров'я як соціального суб'єкта); педагогічна реабілітація (забезпечує реабілітацію людини як суб'єкта діяльності), психологічна реабілітація (забезпечує особистісний аспект реабілітаційного процесу), медична реабілітація (сприяє відновленню можливостей людини як біологічного організму) [15].

За твердженням автора, з яким ми абсолютно згодні, усі наведені складові становлять ідеальну модель реабілітаційного процесу, яка є універсальною і має застосовуватися при стратегічному плануванні центру або установи реабілітації людини з інвалідністю, що має на меті надання найбільш повного комплексу реабілітаційних послуг [15].

Прикладом такого інтегрованого осередку, де наявні усі складові реабілітаційного процесу є Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів, створений 2001 року наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 23.07.2001 № 309 на виконання Указу Президента України від 23.05.2001 № 335

„Про Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів” та Національної програми професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями. Ця державна установа національного значення є найважливішим підрозділом соціального захисту інвалідів держави, де мають можливість пройти медично-професійну реабілітацію інваліди війни 1-3 групи за направленнями регіональних і місцевих органів соціального захисту населення [162].

Наголосимо, що базовим напрямом діяльності центру є соціально-трудова реабілітація, адаптація та надання послуг, пов'язаних з одержанням професійної освіти на рівні кваліфікаційних вимог до професійно-технічного навчання категорій інвалідів України, а також медико-соціальна реабілітація за рахунок бюджетних коштів. Таким чином, у діяльності центру поєднуються різні види реабілітації, забезпечуючи комплексний вплив на вирішення проблеми трудової реабілітації осіб з психофізичними обмеженнями [14]. На жаль, аналогів такої діяльності в регіонах України немає, і цей досвід потребує вдосконалення і розширення.

Проте, дуже часто реальний реабілітаційний процес має певну вузьку спрямованість. Комбінації провідних компонентів реабілітаційного процесу, визначених А. Шевцовим, можуть дати медико-соціальну (або соціально-медичну), соціально-трудова, медико-психологічну та професійну реабілітацію тощо. Реалізацію певного виду реабілітації мають на меті деякі центри реабілітації. Спеціалізація центру реабілітації, як зазначає вчений, залежить від історії його створення та розвитку, багатьох інших чинників: відомчої підпорядкованості, соціального замовлення у регіоні, матеріально-технічної бази, джерел фінансування, кадрового складу та методичного забезпечення тощо. За певних конкретних умов (реабілітаційних фактів) створюються центри: соціальної реабілітації, медико-соціальної реабілітації, соціально-трудової реабілітації, професійної реабілітації, навчально-реабілітаційні центри тощо [15, с. 19].

За твердженням дослідника реабілітаційним конструктом, формою синтезу знань про універсальні складові процесу реабілітації є синтетична схема

реабілітаційного процесу з явно вираженою спрямованістю, але з комплексним супроводом «основної» реабілітації, яких передбачає латентну наявність усіх зазначених вище складових. Зокрема у системі соціального забезпечення, серед установ, що переважно надають послуги у сфері соціальної роботи, провідною, безумовно, є соціальна реабілітація, до складу якої належить і трудова. При цьому психологічна, педагогічна та медична складові реабілітації синтетично інтегровані у загальний процес реабілітації і працюють на головну мету та основні завдання такої установи – інтеграцію людини з інвалідністю у суспільство, її адаптацію до життя у звичайному соціальному середовищі. Такі завдання відповідають функціям центрів соціальної реабілітації [15, с. 19].

Конкретизуючи ідею поєднання зусиль різних соціальних суб'єктів, різних напрямів реабілітації та реабілітаційних послуг у процесі трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів слід акцентувати увагу на універсальному механізмі такого поєднання, що зосереджує усі реабілітаційні впливи на особі отримувача соціальних послуг та забезпечує навчання, профорієнтацію, первинну професіоналізацію, професійну адаптацію та самореалізацію людини з інвалідністю, а саме – на програмі реабілітації особи з інвалідністю. Зміст державної типової програми реабілітації інваліда регламентовано Постановою Кабінету Міністрів України № 1686 „Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів” від 8 грудня 2006 р. й спрямовано на забезпечення системного підходу до організації реабілітації, послідовності і наступності в проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів і установа контролю за якістю реабілітаційних послуг [162].

Реабілітаційні послуги витлумачено у Законі України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» у новому інтеграційному контексті як послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство [173].

Для розуміння особливостей трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів важливим є також поняття

«реабілітаційні заходи», що за вказаним вище джерелом визначається як комплекс заходів, якими здійснюється реабілітація інвалідів [173].

Відзначимо, що метою програми реабілітації є визначення гарантованих державою переліків реабілітаційних послуг, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, що надаються інваліду чи дитині-інваліду з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання (каліцтва) безоплатно або на пільгових умовах. Для досягнення мети забезпечується виконання таких завдань: реалізація інвалідами їх конституційних прав; проведення державної політики у сфері реабілітації інвалідів, сприяння їх широкій інтеграції у суспільство; системний підхід до організації реабілітації інвалідів; послідовність і наступність у проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів; контроль за якістю послуг з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення [162].

Дві принципові позиції в програмі соціальної реабілітації особи з інвалідністю, такі, як розвиток особистості в цілому і розвиток когнітивної сфери, навчальний компонент, «працюють» на майбутнє – на соціалізацію людини, на її повноцінну інтеграцію в суспільство. При цьому освіта є найбільш універсальним та інтегральним засобом реабілітації. І саме цей компонент має забезпечити безперервність соціальної інтеграції, адже через освіту та навчання відбувається входження людини до суспільства [15, с. 21].

Програма виконується шляхом складання індивідуальних програм реабілітації для інвалідів медико-соціальними експертними комісіями, для дітей-інвалідів – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів [162].

При складанні індивідуальної програми реабілітації соціальні працівники та соціальні педагоги центрів реабілітації мають включати до неї необхідні специфічні заходи, що А. Шевцов відносить до соціальної реабілітації у вузькому

сенсі (хоча усі види та складові комплексної реабілітації тією чи іншою мірою сприяють соціальній, зокрема трудовій, реабілітації та інтеграції) [15, с. 115]. Обсяг реабілітаційних послуг, що надаються за індивідуальною програмою реабілітації інваліда та дитини-інваліда, не може бути менший від передбаченого програмою реабілітації [162].

У додатку до програми наведено перелік послуг, що надаються інвалідам з ураженням опорно-рухового апарату та центральної і периферичної нервової системи, у якому зокрема передбачається професійна реабілітація до 18 років, до якої входить: експертиза потенційних професійних здібностей, професійна орієнтація, професійний відбір, професійна освіта, професійна адаптація, професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації. Зазначені види діяльності реалізують лікарсько-консультативні комісії лікувально-профілактичних закладів, навчальні заклади всіх типів, реабілітаційні установи, центри зайнятості. Важливим видом реабілітаційних послуг цієї категорії осіб також є трудова реабілітація, що передбачає: пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда, раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або новою професією). Надавачами зазначених послуг призначені підприємства, установи, організації незалежно від форми власності, центри зайнятості, Фонд соціального захисту інвалідів [162].

Наголосимо, що згідно Постановою Кабінету Міністрів України № 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів» вікова категорія осіб від 18 років до пенсійного віку, також забезпечується послугами з професійної реабілітації, до яких належить: експертиза потенційних професійних здібностей, професійна орієнтація, професійний відбір, професійна адаптація, професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації, професійна освіта. Відповідальність за надання користувачам зазначених послуг у повному обсязі покладено на медико-соціальні експертні комісії навчальні заклади всіх типів, центри зайнятості, реабілітаційні установи, Фонд соціального захисту інвалідів. Іншим видом реабілітації для цієї категорії осіб є трудова реабілітація:

пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда, раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або новою професією), яким опікуються підприємства, установи, організації незалежно від форми власності, центри зайнятості, Фонд соціального захисту інвалідів [162].

Аналізуючи концепцію роботи реабілітаційних центрів, відзначимо, що вирішення проблеми включення людей з інвалідністю до ринку праці має вирішуватися з двох сторін. Для ефективної реабілітації осіб з особливостями здоров'я з боку суспільства має бути рух назустріч інвалідам шляхом зміни деяких правил суспільної життєдіяльності та створення доступної інфраструктури (не тільки архітектурна доступність, а й ставлення до людей з інвалідністю, позбавлення від існуючих стереотипів і забобонів). І зворотний рух з боку осіб з інвалідністю, бо без відповідної мотивації та активної життєвої позиції людей з інвалідністю вирішення проблем їх трудової зайнятості є неможливим. Для цього особам з обмеженнями здоров'я потрібна спеціальна соціально-педагогічна та психологічна підтримка.

До того ж, відповідно до чинних нормативно-правових актів щодо працевлаштування інвалідів, цими питаннями на сьогодні опікуються органи праці та соціального захисту населення, Державної служби зайнятості, Фонду соціального захисту інвалідів, місцеві органи влади. Проте жодний із згаданих органів не зобов'язується працевлаштувати інваліда, а лише сприяє в межах своєї компетенції, що стає однією з найголовніших причин низького рівня зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями.

Перед вітчизняними науковцями та соціальними працівниками-практиками постає проблема забезпечення найближчим часом прориву у цій державно значущій роботі задля виходу на якісно новий рівень надання реабілітаційних послуг. Важливе завдання найближчої перспективи – подальше зміцнення концептуальних засад сприяння працевлаштуванню інвалідів, зокрема, розробка механізмів впровадження позитивної мотивації у роботодавця до

працевлаштування інвалідів та співпраці з підприємствами громадських організацій інвалідів.

У цілому, характеризуючи особливості та стан трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів, відзначимо, що у процесі наукового пошуку було встановлено наступне:

- реабілітаційна установа тлумачиться як будь-яка установа, підприємство, заклад, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснює реабілітацію інвалідів і дітей-інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації;

- реабілітаційний центр розуміється у широкому інтеграційному контексті як об'єднання соціальних інститутів, що виконують функції освіти і виховання стосовно дезадаптованих підлітків; організаційна, науково-методична і функціональна основа соціальної адаптації і реабілітації підлітків; специфічний соціально-педагогічний заклад, що забезпечує задоволення різноманітних потреб дітей і підлітків у їхній соціалізації; багатоцільовий функціональний комплекс по наданню всебічної соціальної, медико-психолого-педагогічної, правової допомоги дітям, педагогам і батькам;

- реабілітаційний процес, що відбувається у реабілітаційному центрі є реабілітаційним конструктом, формою синтезу знань про універсальні складові процесу реабілітації, синтетична схема з явно вираженою спрямованістю, але з комплексним супроводом «основної» реабілітації, що передбачає латентну наявність усіх складових реабілітації;

- визначено такі складові процесу реабілітації осіб з інвалідністю в реабілітаційному центрі, як: соціальна реабілітація (забезпечує відновлення потенціалу людини з обмеженнями здоров'я як соціального суб'єкта); педагогічна реабілітація (забезпечує реабілітацію людини як суб'єкта діяльності), психологічна реабілітація (забезпечує особистісний аспект реабілітаційного процесу), медична реабілітація (сприяє відновленню можливостей людини як біологічного організму);

- у системі соціального забезпечення, серед установ, що переважно надають

послуги у сфері соціальної роботи, провідною, безумовно, є соціальна реабілітація, до складу якої належить і трудова, при цьому психологічна, педагогічна та медична складові реабілітації синтетично інтегровані у загальний процес реабілітації і працюють на головну мету та основні завдання такої установи – інтеграцію людини з інвалідністю у суспільство, її адаптацію до життя у звичайному соціальному середовищі;

- метою програми реабілітації, за якою відбавається робота з клієнтом у реабілітаційному центрі є визначення гарантованих державою переліків реабілітаційних послуг, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, що надаються інваліду чи дитині-інваліду з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання (каліцтва) безоплатно або на пільгових умовах;

- реабілітаційні послуги у новому інтеграційному контексті визначено як послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство; реабілітаційні заходи витлумачено як комплекс заходів, якими здійснюється реабілітація інвалідів;

- освіта є найбільш універсальним та інтегральним засобом реабілітації, що має забезпечити безперервність соціальної інтеграції, адже через освіту та навчання відбувається входження людини до суспільства.

Процес трудової реабілітації, навіть при сприятливому збігу обставин, розгортається нерівномірно й може бути сповнений рядом труднощів, що вимагають спільних зусиль фахівців реабілітаційного центру та його клієнтів. Під труднощами трудової соціалізації осіб з інвалідністю розуміється комплекс внутрішніх та зовнішніх бар'єрів при оволодінні тією або іншою професійною роллю. Найчастіше причинами виникнення цих труднощів є невідповідність вимог до людини з інвалідністю в процесі її взаємин із професійним середовищем і готовності особистості до цих відносин.

Матеріали параграфу висвітлені у публікаціях автора [144; 149; 150].

Висновки до розділу 1

Аналіз філософської, соціологічної, психолого-педагогічної та соціально-педагогічної літератури засвідчив, що проблема трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я є досить ґрунтовно дослідженою, багатоаспектною, розробленою у межах основних парадигм (моделей) сприйняття осіб з обмеженими можливостями здоров'я, у контексті яких здійснено науково-практичні розробки, напрями яких залежні від та соціально-економічних умов життя суспільства та пануючої в ньому соціально-політичної ідеології й змінювалися у історії.

Історико-педагогічний аналіз засвідчив, що ідеї трудової реабілітації осіб з інвалідністю пройшли значний шлях від повного несприйняття суспільством (у межах медичної моделі інвалідності) через розуміння людини з інвалідністю як економічного тагара до суспільства (у контексті соціальної, зокрема її різновиду економічної моделі) до ставлення до осіб з інвалідністю як до рівних та соціально спроможних (неосоціальна модель).

У ході визначення сутності та структури трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я, визначено, що соціально-педагогічний аспект розуміння такої реабілітації визначається її приналежністю до більш широкої за змістом дефініції «соціальна реабілітація», яка витлумачена як 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.

Особливості трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я залежать від умов реабілітаційних центрів – установ, підприємств, закладів, у тому числі їх відділень, структурних підрозділів, незалежно від форм власності, що здійснюють реабілітацію інвалідів і дітей-інвалідів відповідно до

державних соціальних нормативів у сфері реабілітації.

У широкому інтеграційному контексті такі центри мають працювати як об'єднання соціальних інститутів, що виконують функції освіти і виховання стосовно осіб, які потребують соціальної адаптації та інтеграції, ґрунтуючись на чітких гуманістичних організаційних, науково-методичних і функціональних основах трудової реабілітації, забезпечуючи задоволення різноманітних потреб клієнтів у їхній соціалізації; як багатоцільовий функціональний комплекс по наданню всебічної соціальної, медико-психолого-педагогічної, правової допомоги людям з інвалідністю та їхнім сім'ям, педагогам, соціальним працівникам та іншим фахівцям, які опікуються питаннями трудової реабілітації клієнта.

Аналіз теорії та практики діяльності досліджуваних центрів різного спрямування показав, що реабілітаційний процес у такому центрі є реабілітаційним конструктом, формою синтезу знань про універсальні складові реабілітації, синтетичною схемою з явно вираженою спрямованістю, але з комплексним супроводом «основної» реабілітації, що передбачає латентну наявність та взаємне поєднання різних її видів. Визначено такі пов'язані із процесом трудової реабілітації осіб з інвалідністю, види реабілітаційних послуг в умовах реабілітаційного центру, як: соціальна реабілітація (забезпечує відновлення потенціалу людини з обмеженнями здоров'я як соціального суб'єкта); педагогічна реабілітація (забезпечує реабілітацію людини як суб'єкта діяльності), психологічна реабілітація (забезпечує особистісний аспект реабілітаційного процесу), медична реабілітація (сприяє відновленню можливостей людини як біологічного організму).

Встановлено, що процес трудової реабілітації розгортається нерівномірно й гальмується наявністю внутрішніх та зовнішніх бар'єрів при оволодінні тією або іншою професійною роллю. Найчастіше причинами виникнення цих труднощів є невідповідність вимог до людини з інвалідністю в процесі її взаємин із професійним середовищем і готовності особистості до цих відносин.

РОЗДІЛ 2

ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА СИСТЕМИ ТРУДОВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Теоретичне обґрунтування та програмно-методична розробка системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я

Застосування системного та структурного підходів до аналізу трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я дозволяє розглянути її як систему змін особистості у певній соціальній ситуації, а також визначити в ній низку взаємопов'язаних та взаємодетермінованих компонентів. Спираючись на думку В. Ягупова, основними складовими системи вважатимемо цільовий, стимулювально-мотиваційний, змістовий, процесуальний, контрольно-регулювальний, оцінково-результативний, суб'єкт-суб'єктний компоненти [253, с. 256]. Враховуючи ці компоненти та специфіку самого процесу трудової реабілітації, визначимо цільовий (соціальне замовлення, мета, завдання, принципи), суб'єкт-суб'єктний (об'єкт та суб'єкти трудової реабілітації), змістово-технологічний (зміст, форми, методи, засоби), результативний (результат реабілітаційного процесу та критерії і показники щодо його оцінки) компоненти системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я.

Наголосимо, що застосування системно-структурного аналізу до проблематики нашого дослідження забезпечує обґрунтування системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, складові якої, подаються у схематичному вигляді (Рис. 2.1) й будуть проаналізовані нижче.

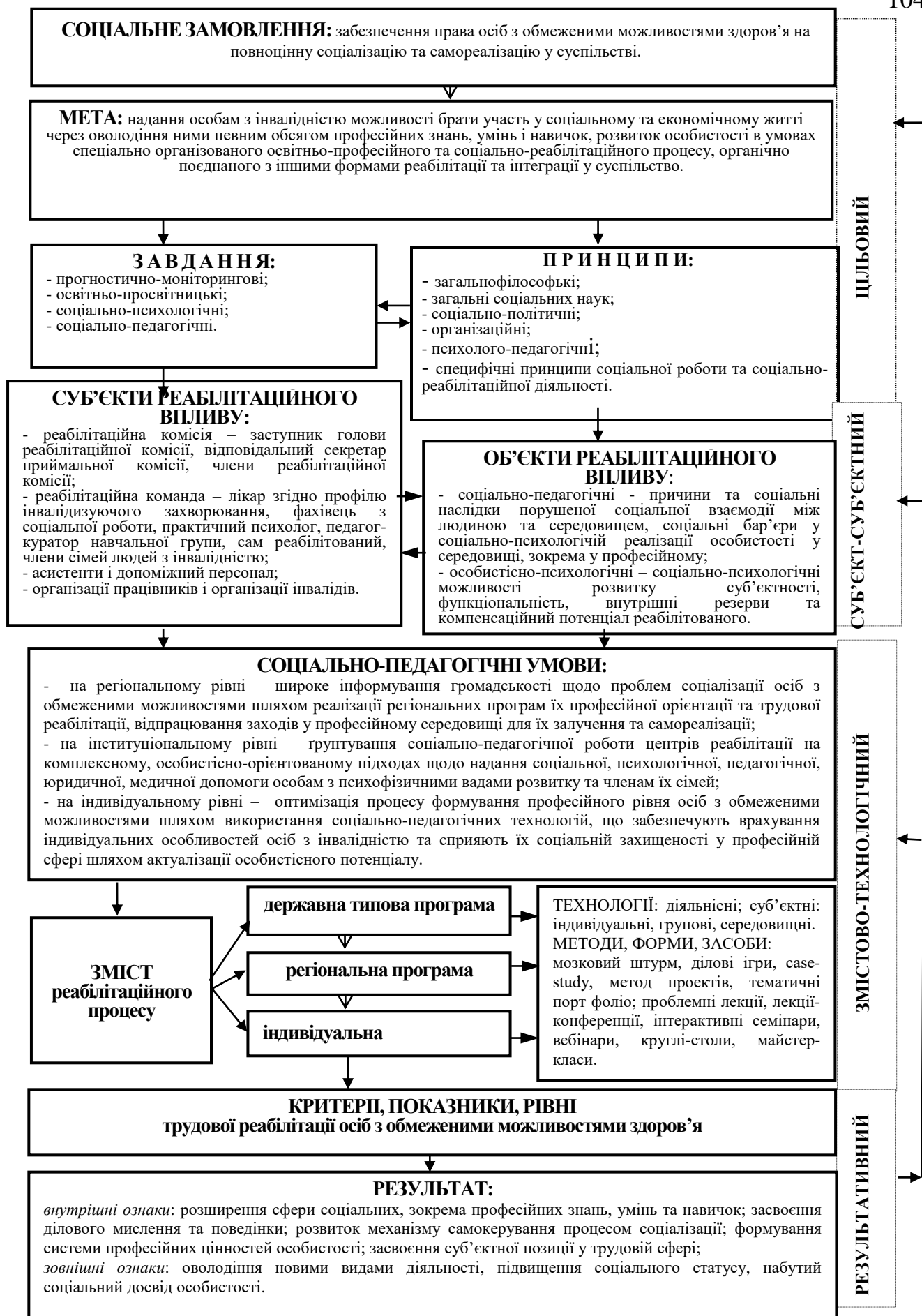


Рис. 2.1. Система трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я

Вивчення феномену трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я з точки зору системно-структурного підходу передбачає розкриття **цільового компоненту** цього процесу через характеристику соціального замовлення, визначення мети та завдань його реалізації, закономірностей, принципів, правил трудової реабілітації осіб з інвалідністю.

Вихідною складовою цільового компоненту системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я у реабілітаційних центрах є наявність *соціального замовлення*. Спираючись на обґрунтовані у попередньому розділі концептуальні положення, відзначимо, що актуалізація у суспільстві питання забезпечення права осіб з обмеженими можливостями здоров'я на повноцінну соціалізацію та самореалізацію у суспільстві зумовлюється певними трансформаціями суспільної думки та практики, серед яких визначальними є:

- актуалізація нової концепції піклування соціуму про осіб з інвалідністю, що отримала назву соціальна модель інвалідності, ґрунтується на визнанні та повазі індивідуальних людських відмінностей, ідеології, що забезпечує рівне ставлення до усіх людей, хоч і передбачає адаптацію середовища та створення компенсаторних умов;

- трактування обмежених можливостей як наслідку того, що соціально-культурні та фізичні середовищні умови (культура суспільства, морально-психологічний клімат, соціально-правова та політична організація, «бар'єрна інфраструктура» тощо), в яких живе і працює людина з проблемами здоров'я та розвитку, звужують можливості її самореалізації;

- розуміння соціумом необхідності створення суспільством умов для задоволення особливих потреб кожної особистості, замість однобічного прилаштування особистості до існуючих суспільних стосунків;

- визнання у суспільстві важливої ролі трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я як універсального шляху відновлення знижених або втрачених професійних функцій, відбір професії та адаптацію до неї осіб з обмеженими можливостями, дитини-інваліда, поновлення трудової

діяльності таких осіб за вже опанованою раніше або новою професією.

Крім зазначених вище положень, що знайшли своє втілення у цілій низці державних нормативних документів, у формуванні соціального замовлення у питанні трудової реабілітації осіб з інвалідністю велику роль відіграє розуміння характеру такої реабілітації багато компонентного персоніфікованого процесу, що складається із професійного відбору, професійної підготовки, перепідготовки, перекваліфікації тощо та містить заходи із забезпечення зайнятості осіб з обмеженими можливостями, експертизи потенційних професійних здібностей, професійної орієнтації, підготовки робочого місця, професійно-виробничої адаптації, раціонального працевлаштування, динамічного контролю раціональності працевлаштування і моніторингу успішності професійно-виробничої адаптації. Кожен з цих заходів виконує певний аспект соціального замовлення, сприяючи ефективній інтеграції людини з обмеженнями здоров'я у професійну сферу суспільства.

Важливим у формуванні соціального замовлення на трудову реабілітацію людей з інвалідністю є й усталення суспільної думки про провідне значення реабілітаційного центру як універсального осередку трудової реабілітації, що згідно Закону України „Про реабілітацію інвалідів в Україні” [173] виконує державне замовлення на реабілітацію інвалідів і дітей-інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації. Додамо, що у широкому інтеграційному контексті концепція центру передбачає об'єднання соціальних інститутів, що виконують функції реабілітації, освіти і виховання, забезпечують задоволення різноманітних потреб осіб з інвалідністю у їхній трудовій соціалізації, надають їм всебічну соціальну, медико-психолого-педагогічну, правову допомогу, що забезпечує успішну професіоналізацію та адаптацію людей з обмеженими можливостями здоров'я у професійне середовище.

Зміст замовлення держави у галузі трудової реабілітації віддзеркалено у Постанові Кабінету Міністрів України № 1686 „Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів” від 8 грудня 2006 р. [162], де відзначено

загальну спрямованість такої програми на забезпечення системного підходу до організації реабілітації, послідовності і наступності в проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів і встановлення контролю за якістю реабілітаційних послуг. Реабілітаційні послуги у Законі України „Про реабілітацію інвалідів в Україні”, у свою чергу, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство [173].

У контексті наближення соціального замовлення до умов його реалізації важливою складовою цільового компоненту системи, що обґрунтовується, є *мета*. Відзначимо, що у Законі „Про реабілітацію інвалідів в Україні” наголошено, що система реабілітації осіб з інвалідністю забезпечує своєчасність, комплексність і неперервність медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації, досягнення людей з обмеженими можливостями здоров'я фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності [173].

В. Тесленко зазначає, що головна мета державної соціально-педагогічної допомоги особам з вадами розвитку на рівні регіону – створення сприятливих соціально-економічних та педагогічних умов, а також правових гарантій для гуманізації способу реабілітації та соціальної адаптації осіб з обмеженими можливостями, ефективної їх соціалізації й в інтересах окремої особистості, і в інтересах регіону, суспільства в цілому, задоволення потреб та інтересів в усіх сферах їх життєдіяльності, зокрема у сфері охорони здоров'я, освіти, праці, культури, побуту, підприємництва, творчості, соціального захисту тощо [222-224].

Спираючись на аналіз нормативної документації та праць вчених, І. Саранча відзначає, що метою концепції соціальної реабілітації є надання особам з інвалідністю можливості брати участь у соціальному та економічному житті незалежно від характеру і причини їхньої інвалідності через оволодіння ними певним обсягом знань, умінь і навичок, розвиток особистості в умовах спеціально організованого навчально-виховного процесу, органічно поєднаного з іншими

формами реабілітації та інтеграції у суспільство, а також впровадження в Україні сучасної системи центрів соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я [201, с. 169-170].

Уточнюючи мету діяльності центрів соціальної реабілітації для дітей та дорослих з порушеннями опорно-рухового апарату, авторка виокремлює три основних цілі. Першою є забезпечення соціального, емоційного, інтелектуального і фізичного розвитку дитини та дорослої особи з комплексними порушеннями і спроба максимально розкрити її потенціал для навчання та подальшого самостійного життя. Другою важливою метою є попередження вторинних дефектів у дітей із відхиленнями у розвитку. Це може проявитися через дві основні причини: або ж після невдалої спроби призупинити вплив первинних дефектів за допомогою медичного, терапевтичного чи навчального впливу, або ж у результаті порушення взаємовідносини між дитиною і сім'єю, спричиненого, в основному, тим, що сподівання батьків стосовно дитини не виправдалися. Третьою метою соціально-реабілітаційної роботи є реабілітація сім'ї, яка має дітей з психофізичними вадами розвитку, щоб максимально ефективно задовольнити потреби дитини. Для такої сім'ї фахівцями має бути розроблена індивідуальна програма, що відповідає потребам і стилю життєдіяльності сім'ї [201, с. 169-170].

Досліджуючи можливості досягнення мети державної соціально-педагогічної допомоги інвалідам на регіональному рівні, В. Тесленко, визначає такі завдання: вивчення стану зайнятості осіб з обмеженими можливостями; реальне гарантування на місцях дії законодавства щодо осіб з обмеженими можливостями, створення необхідних умов для їх реабілітації; соціальна та професійна адаптація, становлення й розвиток особистості кожної людини з вадами розвитку як за місцем проживання, так і в спеціальних навчально-виховних та реабілітаційних закладах; підвищення суспільно-професійної активності осіб з обмеженими можливостями, допомога в реалізації їхніх творчих можливостей та ініціатив; надання державою та регіоном кожному інваліду соціальних послуг в повному обсязі у всіх сферах життєдіяльності; забезпечення на професійному рівні оптимальної трудової

реабілітації; узгодження загальнодержавних, загальнорегіональних та місцевих інтересів з особистісними інтересами осіб з вадами розвитку; забезпечення механізмів реалізації різних напрямів соціально-педагогічної допомоги особам з обмеженими можливостями [222].

Для деталізації мети трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я у соціально-педагогічному контексті, важливо врахувати обґрунтовані у праці М. Галагузової завдання діяльності центру реабілітації неповнолітніх осіб з інвалідністю, серед яких: прогнозування конкретних результатів при реалізації індивідуальної програми реабілітації; проектування і моделювання ефективної діяльності спеціалістів у наданні допомоги дитині і сім'ї; вивчення потенціалу сім'ї, яка забезпечує реабілітацію дитини з психофізичними вадами розвитку; розробка та впровадження методик оцінки різних аспектів реабілітаційного процесу із залученням зацікавлених осіб; надання психолого-педагогічної допомоги сім'ї через заняття з профілактики й корекції здоров'я, сімейну терапію; активне залучення дитини та дорослої людини з психофізичними вадами розвитку до посильної у реабілітаційних і юнацьких організаціях, у співпраці, взаємодії із здоровими дітьми; вивчення динаміки реабілітаційного процесу [213, с. 124].

Розкриваючи цільовий компонент системи трудової реабілітації осіб з інвалідністю, важливо також зорієнтуватися на створення у реабілітаційному центрі позитивного реабілітаційного середовища. Інтерес у цьому контексті становлять визначені Л. Акатовим завдання осередку соціальної реабілітації. Серед завдань, що стосуються внутрішнього середовища – створення сприятливих умов життя, наближених до домашніх, організація догляду за проживаючими, надання їм медичної допомоги й організація змістовного дозвілля; серед завдань, які сприяють створенню зовнішнього середовища реабілітації – організація трудової зайнятості осіб з інвалідністю [1, с. 39].

Наголосимо, що провідним завданням роботи з людиною, яка має інвалідність, у процесі її трудової реабілітації є забезпечення позитивних змін у розвитку її особистості. Спираючись на дослідження С. Коношенка, відзначимо, що у процесі

трудової реабілітації осіб з обмеженнями здоров'я у реабілітаційних центрах вирішуються три групи завдань: трудової адаптації, соціальної автоматизації й активізації особистості. На думку автора, вирішення цих завдань, по суті суперечливих і в теж час діалектично єдиних, істотно залежить від багатьох зовнішніх і внутрішніх факторів. Так, трудова адаптація припускає активне пристосування індивіда до умов професійного середовища; соціальна автоматизація – реалізацію сукупності установок особистості на себе, стійкість у поведінці й відносинах, що відповідає уявленню особистості про себе, її самооцінці. Рішення завдань соціальної адаптації й соціальної автоматизації регулюється суперечливими мотивами „Бути з усіма” і „Залишатися самим собою”. У той же час людина з високим рівнем соціалізації повинна бути активною, тобто в неї повинна бути сформована реалізована готовність до соціальних дій [88, с. 124-127].

На основі аналіз думок авторів [9; 21; 27; 88], можемо схарактеризувати проаналізовані вище складові цільового компоненту системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я таким чином: цільовим замовленням суспільства є забезпечення права осіб з обмеженими можливостями здоров'я на повноцінну соціалізацію та самореалізацію у соціумі, виходячи з цього, мета такої реабілітації полягає у наданні особам з інвалідністю можливості брати участь у соціальному та економічному житті незалежно від характеру і причини їхньої інвалідності через оволодіння ними певним обсягом професійних знань, умінь і навичок, розвиток особистості в умовах спеціально організованого освітньо-професійного та соціально-реабілітаційного процесу, органічно поєднаного з іншими формами реабілітації та інтеграції у суспільство.

Мета трудової реабілітації деталізується у таких завданнях:

- *прогностично-моніторингових* – проектування і моделювання ефективної діяльності спеціалістів у наданні реабілітаційних послуг, прогнозування конкретних результатів при реалізації індивідуальної програми реабілітації, вивчення динаміки реабілітаційного процесу, вивчення потенціалу мікросередовища людини з інвалідністю; розробка та впровадження методик

оцінки різних аспектів реабілітаційного процесу із залученням зацікавлених осіб, зокрема освітян та представників трудової сфери;

- *освітньо-просвітницьких* – максимальне розкриття потенціалу людини з інвалідністю для навчання, професіоналізації та подальшого самостійного життя;

- *соціально-психологічних* – забезпечення соціального, емоційного, інтелектуального і фізичного розвитку особи з інвалідністю, а також трудової адаптації, соціальної автоматизації й активізації особистості

- *соціально-педагогічних* – створення внутрішнього середовища реабілітаційного осередку – сприятливих умов перебування та навчання, професійної орієнтації та обміну досвідом, надання різних видів допомоги і підтримки, організація змістовного дозвілля; створення зовнішнього середовища трудової реабілітації – залучення сім'ї, де є людина з психофізичними обмеженнями розвитку або інших зацікавлених осіб, щоб максимально ефективно задовольнити потреби у професійному навчання, організації трудової зайнятості осіб з інвалідністю, організація трудової зайнятості осіб з інвалідністю.

Важливою ознакою цільового компоненту системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, що віддзеркалює науковий характер соціально-педагогічних роботи, покладеної в основу такої реабілітації, її теоретичної основи є *педагогічні закономірності*.

У посібнику „Соціальна робота: теорія і практика” педагогічні закономірності визначаються як суттєві, необхідні, стійкі та повторювальні зв'язки, що виявляються при взаємодії суб'єкта й об'єкта соціальної роботи і зумовлюють характер і спрямованість її впливу на розвиток конкретних соціальних явищ, процесів, відносин, на результативність заходів із соціального захисту населення, зокрема трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Основними закономірностями такої роботи на думку авторів є: обумовленість завдань і змісту соціальною політикою держави, морально-гуманістичними цінностями суспільного життя; відповідність змісту, форм і методів соціальної роботи конкретним обставинам життєдіяльності клієнтів; спільна зацікавленість соціального працівника

і клієнта в результатах взаємодії; цілісність (комплексність) впливу на клієнта та умови його життєдіяльності; розв'язання соціальних проблем через особистісні; відповідність повноважень і відповідальності соціального працівника, органів соціальної роботи; залежність результативності соціальної роботи від професіоналізму і моральних якостей спеціалістів [226, с. 14].

Виходячи із закономірностей визначаємо *принципи* системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Посилаючись на це ж джерело, відзначаємо, що принципи розглядаються як важливий структурний компонент логічних форм наукової теорії, завдяки яким теоретичні положення безпосередньо співвідносяться із практикою соціальної роботи [226, с. 15-16].

З загальних методологічних позицій В. Курбатов характеризує соціальну роботу, до якої належить і трудова реабілітація осіб з обмеженими можливостями здоров'я, як універсальний вид діяльності, що має міждисциплінарний характер, й, відповідно, визначає її методологічні принципи як інтеграційні принципи інших наук, розподіляючи за традиційною градацією на: загальнофілософські, загальні принципи соціальних наук, соціально-політичні, організаційні, психолого-педагогічні та специфічні принципи соціальної роботи [226, с. 15-16; 214]. Зазначене може бути покладеним в основу розробки принципів трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я.

Так, при обґрунтуванні системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я базовими виступають загальнофілософські принципи, що складають основу наук про суспільство, людину і механізми їх взаємодії. Процес трудової реабілітації осіб з інвалідністю проектується, моделюється та реалізується у межах загальної методології соціальної роботи, відтак загальнофілософські принципи детермінізму, відображення, розвитку вважатиме визначальними у системі трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я.

Оскільки ці принципи є визначальними у системі, зупинимося на розкритті їх сутності докладніше. Детермінізм як уявлення про взаємозв'язок усіх явищ і процесів є важливою складовою частиною наукової методології, яка спрямовує

дослідників на виявлення причин і закономірностей в природі, суспільстві і мисленні [202, с. 17]. У контексті порушеної проблематики важливо підкреслити, що принцип детермінізму вказує на те, що соціальність людини, перш за все, визначається її способом життя, і, як наслідок, здатна зазнавати різного роду змін паралельно з тим, як змінюється спосіб життя.

Принцип відображення означає, що всі психічні функції людини генетично спрямовані на відображення дійсності. Виходячи з цього принцип відображення уточнює розуміння сутності процесу розвитку соціальної свідомості людини та її основних функцій у становленні особистості як соціального суб'єкта через розгляд цього процесу одночасно як особливої форми і як продукту відображення соціальної реальності. За цим принципом відзначаємо, що своєрідність соціальності людини з особливостями здоров'я зумовлена багатьма обставинами, серед яких провідну роль відіграють такі: особливості самої соціальної реальності, що сприймається як з допомогою органів чуття людини, так і за допомогою мови; стан головного мозку, фізичного і психічного здоров'я людини; зміст і стан її психіки тощо. Образ світу, що є продуктом відображення, орієнтує людину в середовищі, створює основу для її активності, виконуючи регулятивну функцію. З цього приводу А. Шевцов відзначає, що люди з обмеженими можливостями здоров'я мають особливу особистість, соціальне становлення й функціонування у суспільстві якої змінені недугою, стражданням чи обмеженням [244, с. 143].

Принцип розвитку соціальності людини у взаємодії з середовищем пояснює, що соціальне у людині розвивається в діяльності і взаємодії із світом, у спілкуванні з іншими людьми. У процесі взаємодії індивіда з соціальним, технічним і природним середовищем розкриваються витoki людської психіки. Психіка людини, її соціальна свідомість можуть бути правильно зрозумілі і пояснені за умови, якщо розглядаються як результат соціальної взаємодії людини з навколишнім соціальним, техногенним та природним середовищем, діяльності та спілкуванні з іншими людьми, її навчанні, вихованні, професіоналізації та професійній самореалізації.

Згідно зазначеному принципу у якості специфічної для людини форми психічного розвитку виступає соціалізація як процес засвоєння суспільного досвіду. Саме через соціалізацію формується і розвивається свідомість і самосвідомість особистості, складається система її цінностей. При чому, зміна життєвих обставин людини з інвалідністю, залучення до нових видів діяльності, відносин між людьми веде до зміни її психіки, свідомості, соціальності.

При обґрунтуванні системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я важливу роль відіграють загальні принципи соціальних (суспільних) наук, серед яких відзначимо принципи: історизму, соціальної обумовленості, соціальної значущості, гносеологічного підходу, єдності свідомості та діяльності; соціально-політичні, організаційні, психолого-педагогічні тощо.

Зважаючи на визначну роль у спрямованості соціальної роботи, зокрема й процесу трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я соціальної політики держави, при обґрунтуванні системи такої реабілітації важливо враховувати й соціально-політичні принципи. Залежність усіх складових системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я від зазначеної групи принципів визначає концептуальні підходи до вибору пріоритетів у соціальному захисті цікавої для нас групи населення, до поєднання індивідуальних і загальних інтересів в соціальній роботі. До основних принципів цієї групи належать: єдність державного підходу у поєднанні з регіональними особливостями соціальної роботи, демократизм у виборі змісту і методів реабілітаційної діяльності, врахування конкретних умов життєдіяльності особистості чи соціальної групи при виборі змісту, форм і методів соціальної роботи, законність і справедливість діяльності соціального працівника.

Посилаючись на Я. Юрків, відзначимо, що організація соціально-педагогічної роботи базується на ряді принципів, яких мають дотримуватись усі суб'єкти соціально-педагогічної роботи з людьми з інвалідністю, і на їх базі має формуватися державна допомога таким особам та їх родинам [252, с. 21-28]. Вважаємо, що з урахуванням зазначених принципів, що належать до наступної

групи принципів – організаційні – соціальна реабілітація організовується з позицій найбільш повного розвитку у людини з обмеженими можливостями духовних і фізичних сил шляхом використання її збережених функцій, виникаючих потреб та інтересів, її особистісної активності та створення відповідних внутрішніх та зовнішніх умов, в яких вони можуть найбільш повно проявлятися та розкриватися.

Це важлива група принципів системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я включає принципи: соціально-технологічної компетентності кадрів, контролю і перевірки виконання, функціональної визначеності, єдності прав і обов'язків, повноважень і відповідальності. Крім того, перелік принципів може бути розширений, оскільки, на думку В. Тесленка, науково-теоретичною основою управління регіональною системою соціально-педагогічної підтримки осіб з обмеженими можливостями виступають ідеї соціально-педагогічного проектування, мета якого полягає в організації процесу актуалізуючого саморозвитку дитини та який дає початок змінам у соціальному середовищі їх мешкання. При цьому законовідповідність та обґрунтованість соціально-педагогічного проектування забезпечується дотриманням принципів комплексного підходу, системного підходу, безперервності, додатковості, оптимальності, єдності діяльності та відносин, нелінійного розвитку [223, с. 27].

Наступна група – психолого-педагогічні принципи визначають вимоги до добору засобів психолого-педагогічного та соціально-педагогічного впливу на клієнтів реабілітаційного центру, необхідність врахування їхніх індивідуальних характеристик при наданні відповідних соціальних послуг. До основних принципів цієї групи, за даними В. Курбатова, належать: комплексний аналіз оцінювання умов життєдіяльності клієнтів і вибору форм роботи з ними; індивідуальний підхід; цілеспрямованість і адресність соціальної роботи [226, с. 15-16; 214]. Посилаючись на думку В. Тесленка зазначимо, що розроблені в сучасній педагогічній науці принципи забезпечення педагогічної підтримки та етапи її здійснення при їх змістовному розгляді призводять до однозначного висновку про те, що соціально-педагогічна підтримка можлива та може здійснюватися тільки в тих випадках, коли

є сприяння, супровід, співробітництво, що сприяють саморозвитку, самодіяльності, самоідентифікації, самопізнанню, самовизначенню, самореалізації особистості дитини з обмеженими можливостями [223, с. 16].

Специфічні принципи соціальної роботи, що становлять наступну групу принципів системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, визначають основні правила роботи у сфері надання соціальних послуг населенню: принципи гуманізму, справедливості, альтруїзму, комунікативності, варіативності соціальної допомоги, гармонізації суспільних групових і особистісних інтересів тощо. Важливими для соціальної роботи з людьми, які мають обмеження життєдіяльності, є принципи: універсальності, охорони соціальних прав, толерантності, профілактичної спрямованості, опори на власні сили, клієнтоцентризму, мобілізації соціальних ресурсів, соціального реагування, конфіденційності.

Продовжуючи обґрунтування принципів системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я необхідно звернутися до аналізу специфічних принципів соціально-реабілітаційної діяльності, визначених Л. Акатовим [1, с. 37]. Щодо реабілітації неповнолітніх. За твердженням автора, в соціально-реабілітаційній практиці принципи відображають основні вимоги, що пред'являються до соціально-реабілітаційної діяльності з людьми з інвалідністю і визначають її організацію, зміст, форми та методи реабілітаційного впливу.

Для обґрунтування принципів як складової цільового компоненту системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я провідне значення мають специфічні принципи соціально-реабілітаційної діяльності, що визначаємо, посилаючись на думку дослідників [1; 225]:

- принцип гуманістичного спрямування соціально-реабілітаційного процесу, що передбачає необхідність поєднання цілей суспільства та особистості, реалізація якого потребує підпорядкування всього соціально-реабілітаційного процесу формування особистості людини з інвалідністю, орієнтованої на її гідності;

- принцип опори на провідну діяльність, в основу якого покладено ідею, що

процес соціальної реабілітації на різних вікових етапах розвитку особистості має відповідати характерній для кожного вікового етапу провідній діяльності (гра, навчання, спілкування) і психологічним можливостям та обмеженням, що пов'язані з віковими та індивідуальними психофізичними особливостями;

- принцип поступовості та активізації передбачає посилення власного потенціалу осіб з обмеженими можливостями шляхом оволодіння ними різноманітними видами діяльності, починаючи від найпростішої й найдоступнішої – предметно-практичної й переходячи до складних дій в професійній сфері, що передбачають сформовані вміння контролю та самоконтролю, оцінки та самооцінки;

- принцип опори на позитивні та сильні сторони особистості ґрунтується на тому, що при оволодінні новими формами поведінки та діяльності, досягненні позитивних результатів людина з обмеженими можливостями здоров'я, переживає радість, що укріплює впевненість у власних силах, прагнення до подальшого росту;

- принцип психологічної комфортності передбачає створення в соціально-реабілітаційному процесі довірливої, стимулюючої атмосфери, з опорою на внутрішні мотиви, а також на мотивацію успішності.

Зазначений перелік принципів доповнимо принципами реабілітації, наведеними у праці З. Шевців: інтеграції в організації реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, що виражає загальні основи реабілітаційної діяльності та розуміння реабілітації інвалідів як комплексної системи заходів; структурної відповідності у процесі реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я як поступовий перехід, раціональна зміна одних форм, видів і методів реабілітації іншими, які характеризують новий рівень реабілітаційної діяльності; соціальної доцільності – визначає мету реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, її відповідність соціальному замовленню; соціальної інтеграції, тобто залучення осіб з обмеженими можливостями здоров'я у систему різносторонньої суспільної діяльності; диференційованої адресності, що передбачає різні підходи до соціального захисту з урахуванням категорії

інвалідності; державного характеру реабілітаційної справи – розуміння реабілітації інвалідів як динамічного процесу, який постійно змінюється в часі [243, с. 42].

Успіх роботи Центрів реабілітації інвалідів практично завжди залежить від декількох спеціалістів, точніше від того як вони співпрацюють між собою, від того, як реалізується принцип міждисциплінарності. Під цим принципом ми розуміємо взаємодію і злагодженість роботи „команди фахівців” (педагогів, психологів, соціальних педагогів, медиків, валеологів, дефектологів, у процесі вивчення клієнта-інваліда. Вони мають єдині цілі, цінності та включені в єдину організаційну модель психолого-педагогічного та соціального супроводу інвалідів, володіють єдиною системою методів і готові винести фахову оцінку стану особи з обмеженнями життєдіяльності, використовують у власній практиці наукові методи дослідження, що дозволяють цілісно вивчати особливості розвитку та стану клієнта. Цей підхід може бути названий комплексним підходом у вирішенні будь-якої проблеми розвитку і життя особи з обмеженими психофізичними можливостями. Сутність принципу неперервності полягає у забезпеченні постійним супроводом дітей-інвалідів та дорослих осіб з обмеженими можливостями здоров'я, які прагнуть інтегруватися у суспільство, до того моменту, коли будуть знайдені вагомі шляхи (підходи) до розв'язання існуючої ситуації, а інваліду буде гарантована соціальна захищеність, безпека і соціалізація. Принцип системності супроводу інвалідів реалізується через єдність діагностики, реабілітації, корекції і розвитку, постановку основних завдань і реалізацію заходів соціального захисту та надання комплексної допомоги клієнтам центрів реабілітації, яка ґрунтуватиметься на комплексному, якісному та глибокому оцінюванні стану і потреб інваліда, з'ясуванні його резервних можливостей і можливостей соціуму. Системний, цілісний підхід передбачає аналіз зв'язків та відносин не лише в середині системи (внутрішнього світу), а й поза нею (сім'ї, соціального оточення, суспільства) [35, с. 84].

Для уточнювальної характеристики специфічних принципів соціальної реабілітації щодо діяльності з особами, які мають інвалідність, слід навести

репрезентовані у праці В. Тесленка, основні принципи професійної орієнтації та трудової реабілітації інвалідів, розроблені на підставі тих, що стосуються загальнодержавної системи: повага до людини незалежно від стану її здоров'я, надання права й залучення кожної молоді людини до соціально-економічного життя (якщо це можливо); правовий та соціальний захист осіб з вадами розвитку з метою створення необхідних стартових можливостей для їхнього повноцінного соціального становлення та розвитку; сприяння ініціативі й активності осіб з обмеженими можливостями в усіх сферах життєдіяльності суспільства; поєднання державної та суспільно-громадської ініціатив у здійсненні соціально-педагогічної допомоги; цільова особистісно орієнтована спрямованість соціально-педагогічної допомоги; стимулювання спонсорської та благодійницької діяльності підприємств, організацій, бізнесменів, фізичних осіб тощо [222].

Важливим також ми вважаємо враховувати дію наступних принципів [148, с.192]: різноплановість зусиль, тобто спрямованість соціальної роботи на різноманітні сфери життєдіяльності дітей і молоді з інвалідністю; єдність психосоціальних, педагогічних, соціальних, медичних, біологічних впливів; партнерство як повномірне залучення інвалідів у процес відновлення; ступінчастість, поступовість, послідовність, створення «переходів» від одного виду корекційних, реабілітаційних або виховних заходів до іншого.

Ґрунтуючись на зазначених вище принципах й розроблених Л. Акатовим [1] правилах реабілітаційного процесу, при за необхідне визначати *правила* організації і безпосередньої реалізації процесу трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я:

1. Ставитися до людини з обмеженими функціональними можливостями як до такої, що вимагає не лише спеціального навчання, виховання та догляду, а й, у першу чергу, інтеграції у суспільство, зокрема й через професіоналізацію та професійну адаптацію.

2. На основі спеціальних рекомендацій, порад та методик необхідно поступово і цілеспрямовано розширювати соціальний досвід людини з

обмеженими можливостями здоров'я: навчати її та її оточення альтернативним способам спілкування, основним правилам поведінки у професійному середовищі; прищеплювати навички самообслуговування; розвивати зорове, слухове, тактильне сприйняття; виявляти та розвивати творчі здібності.

3. Створювати соціально-педагогічно насичене середовище, що позбавлене бар'єрів і ґрунтується на повазі та довірі.

4. Сприймати особу з інвалідністю такою, якою вона є, підтримувати і заохочувати її до пізнання нового, стимулювати до дії та спілкування, надавати можливості вибору, не вимагати від неї того, чого вона не здатна зробити тощо [225].

Розпочинаючи розгляд наступного компонента системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я – *суб'єкт-суб'єктного* – звернемося до думки В. Коношенка [88, с. 125], що у сучасному освітньому просторі відбувається складний процес формування нових типів моральних стосунків між людьми, який ґрунтується на принципі презумпції людської гідності. Цей процес ініціює формування в педагогічній науці й практиці гуманістичної освітньої парадигми, яка бере за основу інтереси дитини, особливо якщо ця дитина обмежена у своїх можливостях. Фактично йдеться про визрівання в надрах українського педагогічного простору глобальної гуманістичної свідомості. Спираючись на погляди В. Ягупова, уточнимо, що важливу для успішної трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я особистісну спрямованість її системі надають гуманізація, гуманітаризація і демократизація усіх її компонентів, а щодо системоутворювального компонента – формування суб'єкт-суб'єктних взаємин між фахівцем і клієнтом, при чому останній може і повинен бути суб'єктом реабілітаційного процесу [253, с. 257].

Визначаючи суб'єкта, М. Каган [72] виокремлює три характеристики: перша (вихідна і головна) – його активність на противагу пасивності або реактивності об'єкта; друга – свідомий і самосвідомий характер цієї активності, що сприяє цілеспрямованій і вільній діяльності; третя – його унікальність.

Характеризуючи суб'єкт-суб'єктний компонент системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, спираючись на праці класиків соціальної педагогіки та соціальної роботи (О. Безпалько, Н. Заверико, І. Зверева, А. Капська, Л. Міщик, С. Харченко та ін.), відзначимо, що, у соціально-педагогічній теорії та практиці традиційно говорять об'єкт соціально-педагогічної діяльності, якого визначають як клієнта – особу, яка потрапила у складну життєву ситуацію, не здатна самотійно відновити власну життєдіяльність. У контексті нашого дослідження для відновлення особистісних ресурсів клієнта або їх компенсацію застосовується інтегрована технологія – реабілітація.

Аналіз соціально-педагогічної літератури та джерел з соціальної роботи створює підстави стверджувати, що об'єктами соціальної реабілітації можуть виступати різноманітні категорії громадян:

- соціально і педагогічно занедбані діти (основними ознаками занедбаності вважаються недоліки провідної діяльності, відхилення в поведінці, труднощі соціальної адаптації), неповнолітні правопорушники, дезадаптовані підлітки з відхиленнями в поведінці; діти-сироти, діти-інваліди, діти, які хворіють хронічними захворюваннями, діти з обмеженими можливостями; обдаровані діти [243, с. 62];

- індивіди або групи, які потребують відновлення втрачених або не набутих в процесі соціалізації навичок і вмінь взаємодіяти в системі соціальних відносин і виконувати соціальні ролі; інваліди всіх віків, ступенів інвалідності і видів; колишні в'язні; випускники інтернатних установ; літні і старі самотні й самотньо проживають, асоціальні сім'ї; бездомні; бездоглядні діти і тощо (А. Капська [215]).

- люди з обмеженими функціональними можливостями, діти, позбавлені батьківського піклування, безробітні, жертви фізичного, психічного та сексуального насилля, особи, які повернулися з місць позбавлення волі, а також сім'ї, що опинилися в складних життєвих обставинах; діти-інваліди та їх батьки; діти, позбавлені батьківського піклування; жінки та діти, що зазнали різних форм насилля, безробітні, особи похилого віку (О. Безпалько [5]).

Як бачимо, у соціальній педагогіці та соціальній роботі існує досить значне розмаїття об'єктів соціальної, зокрема й трудової реабілітації.

Погоджуючись з А. Шевцовим, наголосимо, що проблеми визначення обмеженого кола об'єктів реабілітаційного конструкту як системи реабілітування та моделювання реабілітаційних процесів для нас є взаємопов'язаними, адже досліджувану реабілітаційну систему ми можемо пізнати лише через моделювання відповідного процесу [244, с. 81].

Для моделювання об'єкта реабілітації – реабілітованого – необхідно звернутися до вивчення аналогів моделювання на рівні біологічного організму у медицині та на рівні особистості у психології [244, с. 83]. Так, для розкриття специфіки об'єкту системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я важливо зазначити, що у медичній системології описуються два види підсистем: фізіологічна – спадково закріплена система органів і тканин, а також їх нейроендокринна регуляція, що забезпечує здійснення тієї чи іншої окремої функції організму та функціональна – взаємозв'язок органів, тканин і фізіологічних систем, яка забезпечує досягнення мети у певному виді діяльності й може бути як спадковою, так і набутою в процесі онтогенезу [244, с. 83-84].

Наголосимо, що з позиції першої підсистеми, об'єкт реабілітації може розглядатися як класичний об'єкт впливу, який відзначається певними збоями і обмеженнями, що існують об'єктивно, незалежно від такого виду реабілітації як трудова й від соціальної реабілітації у цілому. Вони діагностуються у ході медичних обстежень, підлягають лікуванню, не завжди успішному, іноді залежать від стадії розвитку організму людини тощо.

Зовсім з інших позицій об'єкт реабілітації споглядається якщо допустити, що система трудової реабілітації є функціональною. Для цього слідуючи за П. Анохіним замість класичної теорії фізіології органів, що традиційно спирається на анатомічні принципи, розглянемо організм людини з точки зору його функціональності, починаючи від молекулярного до соціального рівнів [244, с. 84]. У зв'язку із зазначеним особливо вагомою стає, введена до наукового обігу

Л. Виготським, категорія «компенсація».

Вчений відзначав, що дитина з обмеженими можливостями здоров'я «являє собою якісно інший, своєрідний тип розвитку», у якому будь-який дефект відіграє подвійну роль: з одного боку дефект – це мінус, недолік, з іншого – плюс, тому, що він створює стимули до розвитку і саме в цьому криються величезні сили компенсації: „...дефект не є лише недолік, слабкість, але і плюс, джерело сили і здібностей, в ньому є позитивний смисл” [18, с.17]. Тобто у реабілітаційному процесі потрібно враховувати, що одночасно з психофізичним обмеженням об'єкт реабілітаційного впливу володіє компенсаторними можливостями для подолання цього обмеження, що саме вони виступають на перший план у процесі відновлення можливостей особистості і повинні бути включені у реабілітаційний процес як його рушійна сила й тому, саме у реабілітаційному процесі власне особистість не може вважатися об'єктом впливу, скоріше – його суб'єктом.

Важливо відзначити, що існують особливості розвитку суб'єктності конкретної соціальної групи – осіб з інвалідністю, які на думку А. Шевцова, мають особливу особистість, структуру, а отже, й соціальне становлення й функціонування у суспільстві. «Вочевидь органічні порушення... призводять до викривленого суб'єктування «атрибутивних властивостей людини» соціального змісту», – зазначає вчений та робить висновок про необхідність додаткового розгляду феномена інвалідності «у рольовому аспекті особистості як компонента організму людини, що розвивається з відхиленнями від нормального онтогенезу» [183, с. 143].

Характеризуючи ж об'єкт системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, наведемо думку Л. Виготського, що соціальна зумовленість розвитку людини з психофізичними вадами визначається впливом певних чинників. Сама дія дефекту завжди виявляється вторинною, опосередкованою, відображеною – особистість нічого не знає про своє обмеження, вона сприймає ті труднощі, що витікають з дефекту й детермінуються умовами середовища. Безпосередній соціальний ефект від наявності в особистості

обмежених можливостей здоров'я полягає у зниженні її соціальної позиції. Зважаючи на це перебудовуються усі зв'язки з людьми, всі моменти, що визначають місце особистості у соціальному середовищі як суб'єкта життя, змінюється її роль і доля, всі функції суспільного буття [16; 18]. На основі зниження соціальної позиції через психофізичне обмеження виникає психологічний комплекс, який у психології називають почуттям неповноцінності – в двочленний процес реабілітації „дефект – компенсація” вноситься третій, проміжний член: „дефект – почуття малоцінності – компенсація”. Тож об'єктом реабілітаційного процесу виступає не людина з обмеженими можливостями і не самі по собі психофізичні обмеження, а причини та соціальні наслідки порушеної соціальної взаємодії між людиною та середовищем, бар'єри у соціально-психологічній реалізації особистості у середовищі, зокрема у професійному. Процес компенсації, що покладено в основу реабілітації, також спрямований не на пряме усунення проблем здоров'я, що найчастіше виявляється неможливим, а на подолання труднощів соціальної взаємодії, створених наявністю у індивіда тих чи інших психофізичних особливостей у непристосованому середовищі [18; 19].

Виходячи з цього, і посилаючись на результати наукових узагальнень О. Рассказової, відзначимо, що інвалідність як соціально-педагогічне явище, пов'язана із наявністю у людини психофізичних обмежень здоров'я та розвитку, що діють на розвиток її соціальності як значний, а іноді й визначальний чинник, що безумовно впливає на особистість, хоча може бути компенсованим дією інших зовнішніх відносно індивіда чинників (медичних, просторових, психологічних, а багато в чому й соціально-педагогічних) [183, с. 168]. Це дає підстави для розгляду людини з обмеженими можливостями здоров'я як суб'єкта реабілітаційного процесу, що володіє для цього визначальним – компенсаторним – ресурсом, а об'єктом трудової реабілітації виступають труднощі соціальної взаємодії, створені наявністю у індивіда обмежених можливостей здоров'я у непристосованому професійному середовищі.

Для сутнісної характеристики суб'єкта системи трудової реабілітації осіб з

обмеженими можливостями здоров'я важливою є думка Т. Сак, що «підґрунтям для реалізації компенсаторного механізму, пов'язаного зі здатністю особистості реагувати на дефект як єдине ціле, усунути порушення рівноваги, збалансувати порушені функції, відтак, виробляти нову систему пристосування» є системні особливості функціонування і розвитку навчально-пізнавальної діяльності, а також системні властивості, які є наслідком взаємодії та розвитку її складових елементів [244, с. 52].

Виходячи з цього, підтверджуємо наведене вище положення й відзначаємо, що об'єкт трудової реабілітації має розглядатися нами як суб'єкт певної реабілітаційної діяльності, яка забезпечує набуття людиною з обмеженими можливостями здоров'я певних професійних знань та умінь. Тому, посилаючись на Є. Соболю, відзначимо, що у системі реабілітаційних установ має здійснюватися вироблення у людини з інвалідністю впевненості у власних можливостях, створення установки на активне самостійне життя, для цього реабілітаційний процес включає професійну діагностику й професійну орієнтацію, навчання відповідним трудовим навичкам і вмінням. За даними авторки професійна підготовка осіб з особливими потребами в центрах професійної реабілітації інвалідів провадиться виключно за тими професіями, які є актуальними на ринку праці [211, с. 72-75].

На сьогодні в зазначених центрах професійна підготовка здійснюється за 58 робітничими професіями. Крім того, комплексні програми реабілітації, що використовуються в реабілітаційних установах, включають різноманітні взаємодоповнюючі заходи, які сприяють фізичній і психологічній незалежності людей з особливими потребами [211, с. 74]. Через формування у людей з інвалідністю різноманітних трудових навичок відбувається розширення їх тілесності – уявлень про власні фізичні можливості та здібності, відповідно спостерігається розвиток суб'єктності як можливості активно взаємодіяти із суспільством.

У цьому контексті, слідуючи за О. Рассказовою підкреслимо, що, в цілому, коли мова йде про інтеграцію у соціальну та освітню сферу людини з тяжкими

хронічними хворобами, вродженими вадами, інвалідністю шлях компенсації недугів тіла за допомогою гармонізуючого розвитку тілесної складової соціальності є перспективним. Такий підхід до усунення соціальних наслідків інвалідизації людини є дійсно інклюзивним, оскільки дозволяє включити людину у суспільство через усунення (або компенсацію) причини соціальних деформацій у самому ядрі особистості [183, с. 158].

Взагалі, за думкою авторів (Л. Тюптя, І. Іванова), у сучасних наукових дослідженнях спостерігається стала тенденція до усвідомлення соціальної роботи як професії, призначеної і спрямованої на активізацію збережених можливостей клієнта, його позитивного життєвого досвіду і творчого потенціалу в певній життєвій ситуації, що особливо важливо враховувати у межах нашого дослідження. Власно соціальна робота, як і її частина реабілітаційна діяльність, забезпечує переведення клієнта із суб'єктно-об'єктних взаємовідносин у суб'єкт-суб'єктні, із пасивного споживача соціальних послуг в активну особистість, небайдужу до власної долі і життя своєї сім'ї [226, с. 14].

Характеризуючи суб'єкт-об'єктний компонент системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, не можемо лишити осторонь питання врахування нозологічної складової клієнтів реабілітаційних центрів як суб'єктів реабілітаційного процесу.

Серед численних класифікацій обмежених можливостей здоров'я, таким, який більшою мірою відбиває специфіку трудової реабілітації особистості у зв'язку із наявністю захворювань різної нозології, на нашу думку, є погляд на класифікацію психофізичних обмежень, інтерпольований на проблему розвитку соціальності учнів (О. Рассказова [183, с. 200]).

Згадана класифікація [183, с. 200-201] дає підстави для визначення трьох основних типів трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я:

- специфіка трудової реабілітації першого типу визначається захворюваннями, пов'язаними зі зниженням рухової активності, сенсорними обмеженнями, де обмеження зумовлюються просторовими бар'єрами середовища,

що призводять до недостатності чуттєвого досвіду та просторової ізоляваності;

- специфіка трудової реабілітації другого типу пов'язана з порушеннями здоров'я більш високого порядку: ментальними проблемами, розладами емоційної сфери особистості. Розвиток соціальності таких осіб визначається стигматизуючими стереотипами, які існують у суспільстві щодо людей з інтелектуальною недостатністю та психічними захворюваннями;

- з найбільшим відхиленням від норми розвивається соціальність людей зі складними комплексними порушеннями здоров'я, де реабілітація сполучає у собі заходи щодо подолання обмежень першого та другого типів й умовно виокремлюється як третій, найбільш ускладнений тип трудової реабілітації осіб з інвалідністю. Трудова реабілітація таких людей поєднує в собі особливості двох зазначених вище типів і тісно пов'язана із медичною реабілітацією.

Продовжуючи обґрунтування суб'єкт-суб'єктного компоненту системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, наголосимо, що при проведенні реабілітаційної роботи важливо враховувати, що люди з обмеженими можливостями як соціальна категорія людей, знаходяться в оточенні здорових у порівнянні з ними людей і мають потребу у розумінні, спілкуванні, соціальному захисті, допомозі, підтримці.

Посилаючись на думку О. Рассказової, підкреслимо, що інклюзія – двосторонній процес, що передбачає взаємне збагачення соціального досвіду людей з функціональними обмеженням та осіб зі станом здоров'я та розвитку у межах вікової норми, розширює можливості для засвоєння гуманістичних цінностей, становлення у людини відповідних соціальних якостей та, поєднуючись, сприяє набуттю усіма членами суспільства, незалежно від рівня здоров'я та особливостей розвитку, соціальності, як здатності до входження у соціальне середовище [183, с. 318].

Особам з інвалідністю незалежно від нозології необхідна така допомога, що могла б стимулювати й активізувати компенсаторний потенціал у професійній сфері. Відомо, що для повноцінного, активного життя осіб з інвалідністю необхідне

залучення їх у суспільно-корисну діяльність, розвиток і підтримка зв'язків інвалідів зі здоровим оточенням, державними установами різного профілю, громадськими організаціями й управлінськими структурами. Власне кажучи, мова йде про соціальну інтеграцію інвалідів, що є кінцевою метою реабілітації [251, с. 114-119]. Важливими суб'єктами такої допомоги, що покладена в основу реабілітаційної діяльності, у реабілітаційних центрах є реабілітаційна комісія та команда фахівців (реабілітаційна команда, команда підтримки).

Аналізуючи нормативну документацію Луганського міжрегіонального центру професійної, медико-фізичної та соціальної реабілітації інвалідів, Комунальної установи „Луганський обласний центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів „Відродження”, Центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів „Надія” (м. Красний Луч), відділень реабілітації інвалідів Луганської області, наголосимо, що реабілітаційна комісія центру професійної реабілітації інвалідів створюється для організації і контролю за процесом професійної реабілітації інвалідів, що передбачає професійну підготовку за робітничою професією, заходи соціально-психологічного та медичного супроводу з метою виконання індивідуальних програм реабілітації слухачів та оцінки результатів їх професійної реабілітації.

Склад реабілітаційної комісії реабілітаційного центру затверджується його директором за погодженням з органом, яким було прийнято рішення про створення центру. Головою комісії є заступник директора центру з навчально-виховної роботи, несе персональну відповідальність за виконання покладених на реабілітаційну комісію завдань і здійснення нею своїх функцій, встановлює ступінь відповідальності кожного її члена. Як правило до складу реабілітаційної комісії входять: заступник голови реабілітаційної комісії (завідувач медичної частини); відповідальний секретар приймальної комісії (призначається із числа фахівців відділу професійної орієнтації); члени реабілітаційної комісії (завідувач навчальної частини, начальник відділу професійної орієнтації, практичні психологи, фахівці з соціальної роботи (соціальні педагоги), куратори навчальних груп, лікарі, фахівці з фізичної реабілітації).

Реабілітаційна комісія працює постійно, в кінці кожного навчального періоду складає звіт про результати своєї роботи. Організаційною формою роботи реабілітаційної комісії є засідання, що проводяться згідно затвердженого графіку, іноді відповідно до потреби скликаються позачергові засідання.

З числа членів реабілітаційної комісії створюються реабілітації команди підтримки, діяльність яких спрямовується на підвищення ефективності професійної, особистісної, інтелектуальної та соціальної реабілітації, на основі індивідуального підходу до особистості кожного слухача і посилення взаємодії фахівців.

Команда підтримки (реабілітаційна команда) складається з фахівців, які працюють з медичними, психологічними, педагогічними та соціальними аспектами проблеми з метою надання особистості вести спосіб життя, максимально наближений до того, який вона б мала без функціональних обмежень. Таким чином склад команди змінюється залежно від окремого випадку, хоча існує постійне коло спеціалістів, що за потребою доповнюється фахівцями або представниками інших спеціальностей. Поширеною є практика, коли представники референтної групи – люди з найближчого оточення дитини запрошуються на збори команди [15, с. 17].

Вивчаючи нормативну документацію зазначених вище закладів, можемо визначити команду підтримки як групу фахівців центру (лікар згідно профілю інвалідизуючого захворювання, фахівець з соціальної роботи (соціальний педагог), практичний психолог, педагог-куратор навчальної групи), об'єднаних для розробки і проведення комплексу реабілітаційних заходів в процесі професійного навчання у відповідності з індивідуальною програмою реабілітації інваліда. Координацію діяльності команд підтримки здійснює голова реабілітаційної комісії.

Уточнюючи вимоги до підготовки фахівців команди підтримки звернемося до аналізу Рекомендації щодо професійної реабілітації та працевлаштування інвалідів Міжнародної організації праці, де відзначається, що окрім спеціально підготовлених консультантів і спеціалістів з професійної реабілітації, усі інші особи, які займаються професійною реабілітацією інвалідів і розвитком можливостей у галузі працевлаштування, повинні отримувати професійну

підготовку або бути орієнтованими у питаннях реабілітації [190].

Згідно цьому ж документу, працівникам, які займаються професійною орієнтацією, професійним навчанням і працевлаштуванням працівників в цілому, належить мати необхідні знання про фізичні та психічні дефекти та їх обмежуючий вплив, а також відомості про існуючі допоміжні служби, щоб полегшити активну економічну та соціальну інтеграцію осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Спеціалісти, які зайняті професійною орієнтацією та навчанням, працевлаштуванням інвалідів та наданням їм допомоги в роботі, повинні мати належну підготовку та досвід, щоб виявляти мотиваційні проблеми й труднощі, котрі можуть відчувати інваліди, і в межах своєї компетенції враховувати пов'язані з цим потреби [190].

Особливо наголошується, що таким фахівцям необхідно надавати можливості для приведення їхніх знань у відповідність до нових вимог часу та для накопичення досвіду у цих галузях. Персонал системи професійної реабілітації, спеціалізованих та виробничих підприємств повинен отримувати, в межах його загальної підготовки й в міру необхідності, підготовку в галузі управління виробництвом, виробничої технології та збуту [190].

Члени команди підтримки самостійно визначають завдання, форми і методи соціально-психологічної, педагогічної, соціально-педагогічної, виховної та оздоровчої роботи з особами, які мають психофізичні обмеження. Здійснюють корекцію форм і методів реабілітаційної роботи на основі індивідуального підходу до людини з інвалідністю. Члени команди підтримки збираються щотижня для обговорення поточних проблем і вироблення стратегії спільних дій з реабілітаційної роботи, ведуть документацію з професійної реабілітації слухача.

Зважаючи на те, що трудова реабілітація тісно взаємопов'язана з процесом трудового виховання, що, у свою чергу, є частиною соціального виховання, очевидно, що основним його суб'єктом має бути соціальний педагог / працівник, хоч в умовах реабілітаційного центру до соціального педагога / працівника приєднуються психолог, медичний та соціальний працівник, корекційні педагоги

та педагог-куратор навчальної групи (якщо такі залучаються до занять з людиною, яка має інвалідність), добровільні-помічники волонтери (рідні особи з особливими потребами, активна студентська молодь та ін.). Велику роль у реабілітаційному процесі відіграють педагоги професійного навчання, класні керівники, батьки й близьке оточення та сама особа з інвалідністю.

Діяльність соціального педагога / працівника визначається характером патології особи з інвалідністю і співвідноситься з її реабілітаційним потенціалом. Для здійснення адекватної діяльності соціального педагога / працівника в реабілітаційних центрах, необхідне врахування особливостей структури і функцій цих установ. Соціальний педагог / працівник на відміну від інших працівників центрів, одночасно виступає повноцінним суб'єктом як внутрішньої, так і зовнішньої діяльності центру і є посередником між зовнішнім та внутрішнім середовищами реабілітаційного центру, а отже, саме цей фахівець може ініціювати та керувати процесами, без яких реабілітація осіб з інвалідністю є неможливою, наприклад, взаємодією у системах „родина – реабілітаційний центр – професійне середовище” або „представники громадських організацій – педагоги реабілітаційних закладів – родина особи з інвалідністю” тощо.

Аналізуючи суб'єкт-суб'єктний компонент системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, відзначимо, що цей компонент відображає загальний відкритий характер системи. Так, Міжнародна організація праці рекомендує у випадках, коли відсутня достатня кількість співпрацівників системи реабілітації, які пройшли повну підготовку, розглянути можливість вжиття заходів щодо набору та підготовки асистентів і допоміжного персоналу з професійної реабілітації. Ці асистенти і допоміжний персонал не повинні постійно використовуватись замість спеціалістів, які пройшли повну підготовку. В міру можливості слід передбачити підвищення кваліфікації цього персоналу, щоб повною мірою включити його в число співпрацівників, які отримали підготовку. Крім того, рекомендовано вживати заходів, щоб заохочувати інвалідів до навчання спеціальностям, пов'язаним з професійною реабілітацією, і сприяти отриманню

ними роботи у цій галузі [190].

Відзначимо, що у Рекомендаціях щодо професійної реабілітації та працевлаштування інвалідів № 168 Міжнародної організації праці організації роботодавців і працівників відзначаються як важливі суб'єкти процесу трудової реабілітації осіб з інвалідністю, які повинні проводити політику сприяння професійній підготовці та забезпечення інвалідів роботою відповідно до їхніх можливостей на основі рівності з іншими працюючими. Організації роботодавців і працівників спільно з інвалідами та їхніми організаціями повинні мати можливість сприяти розробці політики, що стосується організації і розвитку служб професійної реабілітації, а також проведенню досліджень та внесенню законодавчих пропозицій у цій галузі [190].

У зазначеному документі наголошується, що там, де це можливо і доцільно, представників організацій роботодавців, організацій працівників і організацій інвалідів слід:

- включати до складу рад і комітетів центрів професійної реабілітації і професійного навчання, які приймають рішення із загальних і технічних питань, з тим щоб забезпечити відповідність програм професійної реабілітації потребам різних галузей економіки.

- співпрацювати з відповідними спеціалістами у справі розгляду можливостей професійної реабілітації й перерозподілу роботи інвалідів, зайнятих на даному підприємстві, і надання роботи іншим інвалідам.

- заохочувати підприємства до створення або утримання у тісному співробітництві з місцевими та іншими службами реабілітації власних служб, професійної реабілітації, серед них різних видів спеціалізованих підприємств [190].

До бажаних функцій організації роботодавців включено:

- консультування своїх членів з питань послуг у галузі професійної реабілітації, які можуть бути надані працюючим інвалідам;

- співпраця з органами та установами, які сприяють активній трудовій

реінтеграції інвалідів, інформуючи їх, наприклад, про умови праці та професійні вимоги, які повинні задовольняти інвалідів;

- консультування своїх членів з питань змін, які можуть бути здійснені щодо працюючих інвалідів, в основних обов'язках або вимогах, що пред'являються до відповідних видів роботи;

- надання рекомендацій своїм членам вивчати можливі наслідки реорганізації методів виробництва, щоб вони не призводили до ненавмисного позбавлення інвалідів роботи [190].

Бажаним є також заохочення участі осіб з інвалідністю та їхніх організацій як повноцінних суб'єктів розвитку діяльності на місцевому рівні, спрямованої на професійну реабілітацію осіб з обмеженими можливостями здоров'я з метою сприяння їхньому працевлаштуванню або їхній соціальній інтеграції або реінтеграції;

Доречним є й надання урядом відповідної підтримки щодо розвитку організації, що захищають права осіб з інвалідністю, сприяючи заохоченню участі людей з обмеженими можливостями у службах професійної реабілітації та працевлаштування, здійснюючи підтримку по забезпеченню програм підготовки для інвалідів у галузі їх соціального самоствердження, здійснюючи програми просвіти громадськості, мета яких створювати позитивне ставлення до здібностей інвалідів [190].

Наступний компонент системи, що обґрунтовується, – **змістово-технологічний** – складається з соціально-педагогічних умов трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, етапів реабілітаційного процесу (організаційний, реалізаційний, результативний), а також методів, форм, технологій трудової реабілітації.

Відзначимо, що наведений у попередніх розділах аналіз дозволив нам визначити трудову реабілітацію осіб з обмеженими можливостями здоров'я як відновлення знижених або втрачених професійних функцій, відбір професії та адаптацію до неї осіб з обмеженими можливостями, поновлення трудової

діяльності таких осіб за вже опанованою раніше або новою професією. Зазначимо, що можливість та ступень такого відновлення визначається, з одного боку, загальними психофізіологічними та психосоціальними характеристиками осіб з обмеженими можливостями здоров'я як соціальної групи, з іншого – специфічними умовами розгортання даного процесу, що складаються у реабілітаційних центрах, а також в умовах професійного середовища й у суспільстві у цілому.

Спираючись на аналіз сучасного стану професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями в Україні, вивчення практичного досвіду діяльності Центрів ранньої реабілітації дітей-інвалідів та Центрів професійної реабілітації інвалідів, базового законодавства, яке регламентує відповідну діяльність цих установ, а також орієнтуючись на науково-теоретичний аналіз інновацій досвідчених вітчизняних та зарубіжних педагогів-науковців і практиків у галузі соціального захисту інвалідів, нами були визначені *соціально-педагогічні умови* забезпечення професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями.

При розробці соціально-педагогічних умов враховували міжнародно-правові стандарти працевлаштування осіб з обмеженнями життєдіяльності, які визначені у відповідних міжнародних нормативно-правових актах та ратифіковані Україною й відображені у законодавстві держави. Розробляючи соціально-педагогічні умови виходили з того, що професійна орієнтація та трудова реабілітація осіб з обмеженими можливостями – це не лише опіка, турбота про людей з інвалідністю, але й сукупність заходів, які допомагають людині стати впевненою у своїх силах, сприяють її власній активності.

О. Глоба відзначає, що процес трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я має сприяти формуванню мотиваційно-особистісного, інтелектуально-змістовного та організаційно-дієвого компонентів їх життєдіяльності. Для цього необхідно забезпечити системно-комплексний підхід, реалізуючи наступні умови: реалізацію державної політики та регіональних програм щодо підтримки людей з обмеженими психофізичними можливостями і створити

цим особам умови для самореалізації себе як особистості та професіонала; оптимізувати процес формування професійного рівня осіб з обмеженими можливостями здоров'я; широке інформування громадськості щодо проблем соціалізації осіб з обмеженими психофізичними можливостями шляхом реалізації регіональних програм їх професійної орієнтації та трудової реабілітації [21, с. 42].

Зважаючи на зазначене, соціально-педагогічні умови трудової реабілітації осіб з інвалідністю було конкретизовано нами на трьох рівнях залежно від масштабності заходів з трудової реабілітації: регіональному, інституціональному та індивідуальному.

На першому – регіональному – найбільш глобальному рівні, пов'язаному із створенням дієвого механізму реалізації державної політики, визначаємо першу групу умов: широке інформування громадськості щодо проблем соціалізації осіб з обмеженими можливостями шляхом реалізації регіональних програм їх професійної орієнтації та трудової реабілітації, відпрацювання у професійному середовищі для їх самореалізації як особистостей та професіоналів.

Другу групу умов, що визначається на інституціональному рівні, пов'язуємо з необхідністю ґрунтування соціально-педагогічної роботи Центрів реабілітації інвалідів на комплексному, особистісно-орієнтованому підходах щодо надання соціальної, психологічної, педагогічної, юридичної, медичної допомоги особам з психофізичними вадами розвитку та членам їх сімей.

Врахування індивідуального рівня масштабності заходів трудової реабілітації забезпечує визначення третьої групи умов, до яких належать: оптимізація процесу формування професійного рівня осіб з обмеженими можливостями шляхом використання соціально-педагогічних технологій, що забезпечують врахування індивідуальних особливостей осіб з інвалідністю та сприяють їх соціальній захищеності у професійній сфері шляхом актуалізації особистісного потенціалу.

Продовжуючи розкривати змістово-технологічний компонент системи трудової реабілітації осіб з інвалідністю, звернемося безпосередньо до аналізу *змісту* такої реабілітації.

Розглядаючи складові змісту трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, відзначимо, що в процесі професійної орієнтації, навчання, підбору підходящої для них роботи та ефективною подальшої трудової діяльності їм потрібні спеціальні, тобто відмінні від того, що робиться для інших громадян програмовані заходи та відповідні технології. Визначення цих відмінностей – необхідна основа для „вирівнювання” можливостей людей з інвалідністю у порівнянні з іншими громадянами у сфері трудової діяльності, що може реалізовуватися двома шляхами: шляхом „підтягування” рівня ефективності праці людей з інвалідністю до загальноприйнятих стандартів для інших громадян (трудова інтеграція), а також шляхом компенсації обмежень можливостей інвалідів через встановлення для них певних гарантій трудової зайнятості й облаштування трудових місць (трудова інклюзія). Остання передбачає заходи, які зараз у загальносвітовій практиці реалізуються через заборону дискримінації людей з інвалідністю при прийомі на роботу та подальшої трудової діяльності, а також через встановлення норм квотування робочих місць для інвалідів.

На цьому шляху переважають заходи організаційного та технологічного характеру, коли змінюються інструкції, графік роботи або посадові обов'язки під індивідуальні особливості людини з інвалідністю та за допомогою використання сучасних технічних засобів їй створюються особливі спеціальні умови праці. Тобто, відбувається взаємний процес адаптації представленої вакансії і людини з інвалідністю з метою створення умов праці, при яких особа з обмеженнями здоров'я зможе найбільш ефективно виконувати необхідний обсяг роботи.

Характер і конкретне наповнення вакансії може також підбиратися або змінюватися під індивідуальні особливості та можливості індивіда, де він зможе краще проявити свої здібності. Безумовно, необхідно комбінувати представлені шляхи вирішення проблеми трудової зайнятості людей з інвалідністю та методи їх досягнення. Але в будь-якому випадку потрібно визначити нинішні потреби інвалідів у спеціальних умовах праці і вже на їх основі будувати подальші припущення щодо найбільш ефективних дій, які складають зміст реабілітації і

дозволять вирішувати означені задачі.

Наголосимо, що найбільш чітко зміст соціальної реабілітації втілюється у програмах різного рівня та спрямування.

Найбільш загальний характер щодо змісту трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я має, визначена Законом України „Про реабілітацію інвалідів в Україні”, державна типова програма реабілітації інваліда. Зазначена програма є обов'язковою для виконання відповідними органами державної влади, органами місцевого самоврядування, а також організаціями незалежно від організаційно-правових форм та форм власності – отже, і роботодавцями [173].

Така програма встановлює гарантований державою перелік послуг з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються інваліду, дитині-інваліду з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання безоплатно або на пільгових умовах [173].

Посилаючись на це ж джерело, зазначимо, що державна типова програма реабілітації інвалідів розробляється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сферах трудових відносин, соціального захисту населення, за участю інших центральних органів виконавчої влади, які здійснюють державне управління системою реабілітації інвалідів, з урахуванням пропозицій всеукраїнських громадських організацій інвалідів [173].

Відзначимо, що державні та громадські програми тільки тоді можуть стати ефективними, коли будуть орієнтовані на можливості кожного конкретного індивіда, і тільки виходячи з цієї інформації, можна підбирати індивідуальний комплекс заходів на створення спеціальних умов праці для цієї людини. Тому важливою складовою вирішення проблем трудової реабілітації осіб з інвалідністю проблем повинні стати заходи організаційного характеру, що відображують місцеві умови та потреби досліджуваної категорії населення.

Зважаючи на це, з урахуванням предмета нашого дослідження ми не обмежились розглядом загальнодержавних підходів до змісту реабілітації осіб з обмеженими можливостями, а використали їх для створення регіональної програми педагогічної професійної орієнтації та трудової реабілітації інвалідів, у якій би знайшла своє відображення специфіка регіону.

Регіональну програму професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями, посилаючись на погляди В. Білоус, О. Глоби, Ю. Полулященка, В. Тесленка [22, с. 44-50]., визначаємо як гнучку цілісну систему з великою кількістю внутрішніх зв'язків, що відображають різноманітні можливості регіону, що є відображенням процесів взаємодії держави та громадськості у напрямі реалізації соціальної моделі інвалідності у суспільстві, залучення осіб з обмеженими можливостями до вияву активності у професійній сфері на рівні регіону; розуміємо як специфічну високо структуровану й пріоритетну діяльність держави на регіональному рівні, що відповідає всім сферам життєдіяльності осіб з вадами психофізичного розвитку й здійснюється на всіх рівнях адміністративно-територіального устрою (область, місто, район, навчально-виховний або реабілітаційний заклад, сім'я), а також у територіальних громадах і трудових колективах регіону.

Успішне виконання регіональної програми є дієвим механізмом реалізації державної політики щодо проблем соціалізації осіб з обмеженими можливостями стосовно їх професійної орієнтації та трудової реабілітації, створення цим особам умов для їх самореалізації як особистостей та професіоналів.

Для висвітлення змісту трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я важливою є думка В. Тесленка, що регіональні програми надання соціальної допомоги мають свою специфіку, яка зумовлюється конкретними особливостями економічної ситуації й культурними, релігійними, етнонаціональними традиціями, але разом з тим, в основу розробки змісту роботи з людьми з інвалідністю на регіональному рівні завжди покладено державну модель, а також прийняті в регіоні загальні орієнтири її реалізації, серед яких: розгляд

проблеми не як медико-педагогічної, а як соціально-педагогічної; комплексний підхід до використання можливостей регіону (потужних соціально-економічного та педагогічного потенціалів, інтеграція зусиль та можливостей усіх суб'єктів соціально-педагогічної допомоги особам з обмеженими можливостями); цільовий адресний характер допомоги інвалідам з урахуванням умов їх реабілітації та соціальної адаптації [222].

Створюючи державні та регіональні Програми дій щодо створення адекватних умов для працевлаштування інвалідів, необхідно враховувати наступні суттєві пропозиції, висвітленні у працях дослідників В. Білоус, О. Глоби, Ю. Полулященка, В. Синьова, В. Тесленка, С. Харченка, А. Шевцова [22; 23; 205; 224; 234; 244] :

- формувати позитивну думку та ставлення до людей з інвалідністю у громаді сприяти активізації роботи існуючих державних та громадських служб соціального спрямування, відкритості та прозорості їх діяльності;

- розуміння поняття «пенсія по інвалідності» переорієнтувати з основного засобу існування людини з інвалідністю на додаткову підтримку державою такої особи в умовах самостійної життєдіяльності;

- створення та всебічна підтримка громадських організацій і волонтерських служб – повинні стати пріоритетними напрямками роботи державних організацій;

- створити безбар'єрним для інвалідів доступ до місць громадського призначення, об'єктів трудової сфери;

- внести зміни до законодавчих актів, що регламентують визнання групи інвалідності, – вона має встановлюватись залежно від стану здоров'я, дефекту фізичного або розумового розвитку і не залежати від рівня адаптації чи дезадаптації даної людини, і встановлюватись у багатьох випадках на все життя або принаймні на декілька років, а не переглядатися щороку;

- поступово змінити напрями спеціальної освіти від інституалізації до навчання за місцем проживання через класи залучення та повну інклюзію в навчальні заклади всіх рівнів;

- стимулювати ЗМІ щодо популяризації позитивного образу осіб з інвалідністю, створити умови для випуску продукції з урахуванням потреб людей з вадами зору та слуху;

- передбачити на законодавчому рівні посади соціального працівника – адвоката чи офіційного представника, як ефективний засіб захисту осіб, які визнані недієздатними і над якими встановлено опіку чи піклування;

- активніше залучати осіб з інвалідністю до вирішення їхніх проблем на всіх рівнях влади, органи державної та місцевої влади роботу щодо забезпечення потреб та дотримання прав людей з інвалідністю мають будувати за принципом : „Не робіть для нас без нас”.

Продовжуючи розробку змістово-технологічного компоненту системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, наголосимо, що особливе значення у межах даного дослідження має обґрунтування змісту такої реабілітації безпосередньо у середовищі реабілітаційного закладу. Це пов'язано з тим, що за твердженням В. Коношенка, реабілітаційна робота з людьми, які мають психосоматичні, нервово-психічні та функціональні відхилення, потребує комплексної реабілітації саме в умовах реабілітаційних центрів. При чому, такі центри надають ефективну допомогу, якщо вони орієнтовані на певний об'єкт допомоги, який має чітко визначену реабілітаційну програму. Реабілітаційна програма визначається вченим як система заходів, спрямована на розвиток можливостей особи з обмеженими можливостями здоров'я, яка розробляється разом з близькими такої особи спеціалістами, які організують і координують її [91, с. 43].

Індивідуальна реабілітаційна програма для особи з обмеженими можливостями здоров'я визначається нами як упорядкована та цілеспрямована сукупність організаційних форм, призначених для досягнення результату трудової реабілітації.

Індивідуальна програма трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я містить: паспортну частину; результати реабілітаційно-експертної діагностики; показання до застосування реабілітаційних заходів;

реабілітаційно-експертний висновок; програму медичної реабілітації; програму професійної реабілітації; програму соціальної реабілітації; висновок про виконання індивідуальної програми трудової реабілітації.

Програма включає комплекс заходів у професійно-освітній, медико-фізіологічній, медико-психологічній, психолого-педагогічній та соціально-побутовій сферах, складається з таких послідовних напрямів: визначення вихідного реабілітаційного потенціалу; розробка комплексної реабілітаційної програми; її реалізація та періодичне корегування.

Перший напрям включає перевірку та збір інформації про рівень соціально-побутової реабілітації; оцінку потенційних можливостей розвитку соціально-побутових навичок; медичне обстеження для підготовки рекомендацій; виявлення гострих психологічних проблем; виявлення педагогічних проблем; визначення професійних інтересів та здібностей.

Другий напрям включає розробку плану формування навичок самообслуговування, медично-психолого-педагогічної реабілітації, плану професійно-трудової підготовки.

Третій напрям включає адаптацію до умов реабілітації; періодичне медичне обстеження та лікування; визначення показання для санаторно-курортного лікування; виявлення порушень в адаптації; індивідуальні психологічні консультації; організація особистісно зорієнтованого навчання і виховання.

Підтримуючи точку зору науковців [6; 15; 23; 87; 90; 105; 121; 227; 238; 244; 246; 250] про те, що процес професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями з одного боку, це метод, технологія, а з іншого – цілісна система професійної діяльності фахівців, спрямована на створення умов, щоб зробити процес професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями більш успішним та результативним. Вважаємо, що індивідуальна програма має інтегрувати розмежовані ще сьогодні діагностику, консультативну роботу, соціально-захисні заходи та ін. й забезпечувати включення у реабілітаційне середовище всіх суб'єктів реабілітації: самого інваліда, педагогів,

вихователів, спеціалістів центрів реабілітації різних фахів, родичів.

При обґрунтуванні системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я стане у пригоді здобутий у науці раніше досвід практичного забезпечення ефективного функціонування системи соціально-педагогічної підтримки дітей з обмеженими можливостями з опорою на програмно-цільовий підхід до її управління як сукупності послідовних впливів на планування, організацію, керівництво та контроль з метою досягнення оптимального режиму дії інноваційного, творчого характеру управління, що за твердженням В. Тесленка, має забезпечуватися на рівні планування – стратегією планування від оперативного, робочого до багатовікової комплексної програми, затвердженої регіональними органами влади; створенням науково-методичного центру, який обґрунтовує стратегію й тактику управління; на рівні організації – створенням Координаційних рад з питань соціально-педагогічної підтримки дітей з обмеженими можливостями, які забезпечують гнучкість, мобільність і цілеспрямованість управління в масштабах області, міста, району. На рівні керівництва – забезпеченням оптимального режиму функціонування системи соціально-педагогічної підтримки шляхом використання трьох типів керівництва (розімкнуте, циклічне, змішане) на основі довіри та самостійності; на рівні контролю – наданням методичної допомоги, виявленням тенденцій, корекцій планів виконаної роботи [223, с. 27].

Крім того, обґрунтовуючи змістово-технологічний компонент системи, відзначимо, що стратегія формування змісту та форм соціально-педагогічної підтримки осіб з обмеженими можливостями має базуватися на ідеї особистісно орієнтованої спрямованості, а її сутність полягатиме в активізації розвитку, самореалізації та самовдосконалення дітей цієї категорії. Вибір і використання змісту та форм трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями заснований на трьох взаємодоповнюючих підходах: інтеграція й оптимізація співвідношення її соціальних і педагогічних аспектів, внутрішніх та зовнішніх чинників, а також рівневої стратегії її використання з урахуванням наявного рівня обмеження

можливостей розвитку.

Для ефективної трудової реабілітації необхідно обирати зміст, який забезпечував би не тільки активну діяльність усіх суб'єктів, але й саморозвиток та самореалізацію людини з обмеженими можливостями.

Враховуючи думку В. Тесленка [224], вважаємо, що провідними засобами створення програмно-цільового продукту до трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями є: комплексне планування всіх напрямів роботи; конкретизація завдань, змісту, форм і методів; особистісно орієнтовані та системні підходи; інтеграція зусиль обласного – міського (районного) – навчально-виховного закладу рівнів.

Реалізація змісту трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я вимагає обґрунтування відповідного механізмів. Відзначимо, що традиційно під механізмами розуміють: систему, устрій, які визначають порядок якогось виду діяльності; послідовність станів, процесів, які визначають собою якусь дію, явище; способи впливу на несвідому й свідому сфери особистості з метою посилення використовуваних педагогічних методів, якими названо навіювання, зараження, наслідування, переконання [216а, с. 189].

С. Савченко, розвиваючи цю думку, підкреслює, що в соціології в якості механізмів розглядаються процеси адаптації (біологічна, психічна, соціальна) і взаємодії соціальних суб'єктів. У педагогіці механізмами є сім'я, найближче оточення, неформальне спілкування, референтні групи, інші соціальні спільності [196а].

У цьому визначенні закладено розуміння способу реалізації педагогічної мети, що дозволяє віднести це поняття до спеціальних технологій педагогічної науки. Таким чином, беручи до уваги специфіку нашого дослідження, під механізмами реалізації регіональної програми ми будемо розуміти сукупність цілеспрямованих, взаємопов'язаних, педагогічно керованих процесів, які забезпечують успішність професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями.

Програмно-цільовий підхід до визначення змісту трудової реабілітації осіб з

обмеженими можливостями передбачає вироблення управлінських рішень на підставі демократизму; орієнтацію реалізації всієї сукупності інновацій на результат, а не на процес; вибір випереджального характеру управлінського впливу.

Для більш чіткого усвідомлення змістовно-технологічної складової системи соціально-педагогічного супроводу процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з інвалідністю, що спрямований на надання індивідуально орієнтованої професійної комплексної освітньої, медико-психологічної, соціально-правової, організаційно-комунікативної, соціально-педагогічної допомоги та підтримки, треба розкрити сутність кожного із виділених нами видів допомоги.

Освітня (педагогічна) допомога – це вид діяльності педагогів-вихователів реабілітаційного центру, яка спрямована на індивідуальну допомогу клієнту, що перебуває у центрі і має труднощі та проблеми у навчанні. Мета педагога-вихователя, при наданні освітньої допомоги – сприяти зниженню негативного ставлення клієнта до навчання, допомогти його визначенню навчитися тому, чого клієнт не може засвоїти самостійно на уроках, ліквідувати прогалини у навчанні та відновити навички навчання, впевненість у власних силах, що можливо лише через спеціально організовану навчально-виховну діяльність [236, с. 52-53].

Медична допомога, як один із видів індивідуально орієнтованої роботи, являє собою комплекс заходів, спрямованих на відновлення здоров'я інвалідів, їх оздоровлення, вакцинацію та вітамінізацію; профілактику соціальних захворювань (туберкульоз, СНІД, інфекційні хвороби, токсикоманія, наркоманія, алкоголізм); попередження шкідливих звичок та асоціальної поведінки. Вона передбачає співпрацю працівників центру та медичних працівників лікарських закладів щодо медичного обстеження, діагностики захворювань дитини, організації проведення лікування, диспансерного обліку осіб з хронічними захворюваннями тощо [236, с. 53-54].

Психологічна реабілітація – це діяльність професійних психологів, спрямована на регулювання емоційного стану інваліда, яка включає психологічну

діагностику, психокорекцію, відповідну терапію, відновлення психічного здоров'я та самопочуття клієнта. Важливою складовою психологічної допомоги є діяльність працівників центру з корекції емоційно-вольової сфери клієнтів, координація дій різних вузьких спеціалістів, які надають допомогу та підтримку інвалідам. Психолог по суті є посередником між клієнтом і всіма суб'єктами, які здійснюють допомогу і підтримку, захищають їх права [236, с. 52].

Організаційно-комунікативна допомога вирішує завдання налагодження зв'язків клієнта центру з навколишнім світом – соціальними суб'єктами чи соціальними інститутами (сім'я, школа, заклади соціального захисту тощо).

Сутність *економічної допомоги* полягає у наданні клієнтам центрів реабілітації матеріальної допомоги (призначення соціальних пільг, пенсій, разових грошових виплат тощо), гуманітарної допомоги у вигляді забезпечення їх одягом, взуттям, засобами особистої гігієни, шкільним приладдям тощо, а також організація повноцінного харчування та оздоровчого відпочинку [236, с. 53].

Правова допомога – це система заходів спрямована на з'ясування соціально-правового статусу особи з обмеженнями життєдіяльності, визначення форм її подальшого влаштування та підготовка до життя після центру; захист прав дітей та дорослих інвалідів у суді, широкому соціальному середовищі – від офіційного рівня до кола неформального спілкування. Вона передбачає знайомство клієнта з його правами та обов'язками, забезпечення юридичних гарантій, які надають кожному з клієнтів можливість реалізації його прав [236, с. 53].

Соціально-педагогічну допомогу ми розуміємо як діяльність соціальних педагогів, спрямовану на допомогу інвалідам у зв'язку з тим, що вони опинилися у важкій життєвій ситуації; організацію дозвілля та профілактику асоціальної поведінки; координацію двосторонньої взаємодії та впливу на клієнта за схемою: „клієнт – педагог-вихователь”, „клієнт – близьке оточення”, „клієнт – адміністрація”, „клієнт – представники соціальних служб ” [236, с. 53]. Технологічними складовими соціально-педагогічної допомоги і підтримки виступають соціальна реабілітація та соціальна адаптація.

Соціальна реабілітація – це діяльність спеціалістів центру, яка спрямована на відновлення втрачених, або раніше не використаних соціально вагомих якостей особистості, формування у інваліда навичок життя у суспільстві, поновлення його соціальних зв'язків [244, с. 38-39].

Соціальна адаптація – це діяльність клієнта щодо освоєння стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища, форм соціальної взаємодії. Соціальна адаптація пов'язана з прийняттям клієнтом різних соціальних ролей, адекватним відображенням себе і своїх соціальних зв'язків [286, с.70-71].

Названі вище види індивідуально орієнтованої професійної комплексної допомоги працюють на кінцевий результат соціально-педагогічного супроводу процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями - формування стану соціальної (соціально-психологічної) захищеності клієнта під час перебування у центрі та впевненості людини у тому, що після виходу з центру негативна життєва ситуація не буде мати повторення, його право на життя, розвиток, самореалізацію у нормальному середовищі стане невід'ємним правом.

Підтримуючи точку зору науковців [213-217; 225; 226] про те, що супровід це метод, технологія, цілісна система професійної діяльності фахівців, спрямована на створення умов для успішної соціалізації, вважаємо, що запропонована комплексна модель соціально-педагогічного супроводу процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями, з одного боку, інтегрує розмежовані ще сьогодні діагностику, консультативну роботу, соціально-захисні заходи та ін., а з іншого – включає у модель супроводу всі суб'єкти соціальної реабілітації: саму особу з обмеженнями життєдіяльності, яка знаходиться у кризі, її оточення(опікунів), педагогів, вихователів центрів, спеціалістів різних фахів та дозволяє зробити процес соціалізації даного контингенту більш успішним та результативним.

Переходячи до характеристики соціально-педагогічних технологій, які обрані

нами як підґрунтя методичного забезпечення Програми, вважаємо за необхідне звернути увагу на теоретико-методологічне розуміння поняття „технологія”, „соціально-педагогічна технологія”, їх класифікацію і визначення змістовної сутності.

Технологія (від грецької – мистецтво, майстерність, вміння й учіння) – це система знань про способи і засоби обробки та якісної зміни об’єкту [225, с.5]. Дотримуючись обраної логіки дослідження відзначимо, що розробці питання технологічного підходу в соціальній роботі, соціальній педагогіці та педагогічній (освітній) діяльності приділяли увагу такі відомі провідні науковці як: В. Безпалько, І. Бех, О. Воронова, І. Зайнишев, І. Зверева, А. Капська, М. Кларк, Л. Мардахаєв, Л. Нікітіна, В. Пітюков, О. Пехота, Г. Селевко, С. Харченко, Є. Холостова, М. Шакурова та інші.

Аналізуючи наукові дослідження, ми прийшли до висновку, що технологічність – це стиль сучасного науково-практичного мислення, який дозволяє забезпечити максимальну результативність будь-якої діяльності, в тому числі й соціально-педагогічної діяльності центрів реабілітації інвалідів, за допомогою науково обґрунтованого підбору відповідних методів, засобів та способів діяльності.

„Соціальні технології – це практика алгоритмічного застосування оптимальних способів зміни і регулювання соціальних відносин та процесів” [5, с.8]. *Соціально-педагогічна технологія* – це один із визначених на підставі попереднього досвіду та обґрунтованих шляхів досягнення певної соціально-педагогічної мети. Вона може розглядатися: як обґрунтування (опис) етапів, методів та засобів соціально-педагогічної діяльності, що забезпечують досягнення певного результату; як доцільна, оптимальна послідовність діяльності, яка спрямована на досягнення певної соціально-педагогічної мети [225]. Соціально-педагогічна технологія має характерні риси, серед яких: універсальність, конструктивність, результативність, оперативність, відносна простота, надійність, гнучкість.

Враховуючи наведене визначення соціально-педагогічної технології та проаналізувавши існуючі класифікації технологій соціально-педагогічної діяльності та соціальної роботи ми наголошуємо, що в нашому випадку *технології процесу* професійної орієнтації та трудової реабілітації інвалідів можна класифікувати як *діяльнісні технології*, які спрямовані на підвищення ефективності соціальної діяльності реабілітаційних центрів (оптимізацію соціально-педагогічної діяльності) та покращення діяльності самих інвалідів щодо підвищення власної самооцінки, корекції та розвитку комунікативних навичок, зняття поведінкових та особистісних психологічних комплексів, стресів тощо. Виділимо також *суб'єктні технології* – *індивідуальні*, що сприяють самозахисту інваліда, *групові технології* – які спрямовані на його соціальну реабілітацію та корекцію; *середовищні технології* – що сприяють оздоровленню соціального середовища навколо інваліда, його удосконаленню через корекцію процесів спілкування та вирішення конфліктних ситуацій, техніки превентивних заходів порушення соціалізації та дезадаптації інвалідів тощо.

Всі названі технології можна віднести як до „*локальних соціальних технологій*”, що застосовуються при вирішенні певних (місцевих) проблем, можуть мати типові та, разом з тим, неповторні особливості, так і до „*гуманістичних психосоціальних технологій*” [225], провідними ідеями яких є положення про розуміння інваліда як цілісної особистості, яка, перебуваючи у певному оточенні та взаємодіючи з ним, набуває деструктивних особистісних змін, що можуть бути викоренені за наявності відповідних позитивних умов – віри у самодостатність особистості та її здатність самоактуалізовуватися, звільнитися від фрустрацій, розвивати свої здібності; зміни самого середовища, яке оточує людину тощо.

Розглядаючи сутність соціально-педагогічних технологій на діяльнісному рівні, ми розуміємо її як сукупність прийомів, методів і впливів державних, суспільних і приватних організацій, фахівців та волонтерів, спрямованих на надання допомоги, підтримки, захисту особам з обмеженнями життєдіяльності. Діяльнісний підхід представляє нам соціально-педагогічні технології як

узагальнення накопичених і систематизованих теоретичних знань, досвіду, вмінь та практики роботи суб'єктів соціальної діяльності [208].

Отже, *соціально-педагогічні технології* процесу професійної орієнтації та трудової реабілітації інвалідів – це сукупність послідовних і координованих дій, що використовується для досягнення мети та вирішення завдань соціалізації дітей-інвалідів та дорослих осіб з інвалідністю через професійне навчання, перепідготовку, підвищення кваліфікації та працевлаштування за отриманою спеціальністю. Алгоритм закладений в технологіях такого типу передбачає послідовне вирішення окремих завдань комплексної реабілітації на кожному з етапів, які можуть бути виконані за допомогою різних методів. Вибір того чи іншого методу зумовлений умовами життєдіяльності особи з психофізичними обмеженнями, в якому здійснюється соціальна діяльність, особливостями об'єкту соціального супроводу, суб'єктів реабілітаційної діяльності та наявних ресурсів (законодавча база, матеріально-технічні умови та можливості регіону, знання, вміння, професійні навички педагогічних працівників, особистісні якості суб'єктів реабілітаційної діяльності, соціальні зв'язки, відносини, які можуть бути використані для досягнення мети соціального захисту.

Соціально-педагогічні технології трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я відзначаються чітким алгоритмом дій, до якого входить: визначення мети та завдань соціалізації інвалідів в умовах реабілітаційного середовища; окреслення можливих напрямів та етапів соціалізації даного контингенту; змістовне наповнення соціально-педагогічної діяльності на кожному з її етапів; обрання методів, за допомогою яких можлива ефективна реалізація змісту та досягнення кінцевої мети соціального супроводу осіб з обмеженими психофізичними можливостями; орієнтовний розподіл обов'язків між фахівцями, залученими до процесу соціального супроводу інвалідів.

Запропоновані технології базуються на тому, що для ефективності соціального супроводу осіб з обмеженнями життєдіяльності в умовах реабілітаційного середовища необхідно враховувати соціально-психологічні

особливості даної категорії людей, усунути причини та подолати чинники, які заважають їм відчувати себе соціально захищеними, мати нормальне сімейне середовище для життя і повноцінного розвитку, власної самореалізації як особистості.

Більш докладно зупинимося на розкритті технологій трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я у підрозділі 2.2, де відповідно до завдань дослідження описано хід упровадження розробленої системи в діяльність регіональних реабілітаційних центрів.

Характеризуючи *результативний компонент* системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, відзначимо, що він складається з компонентів, критеріїв, показників, рівнів трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, що описують результат даного процесу.

Зважаючи на доцільність при композиції тексту дослідження віднести проведене при розробці системи обґрунтування та розроблення критеріальної бази дослідження до підрозділу 2.3, у якому проаналізовано, систематизовано та узагальнено експериментальні статистичні дані, доведено ефективність розробленої нами системи, у даному підрозділі вважаємо за необхідне надати лише коротку характеристику зазначеного компонента.

Обґрунтовуючи *результат* трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я через створення індивідуальних програм реабілітації спиратимемося на методологічний підхід до структурування змісту, обґрунтований О. Рассказовою щодо розвитку соціальності особистості як здатності до соціальної взаємодії. За цим підходом поступ особистості відбувається лише у певній соціальній ситуації, яка залежить як від конкретних умов, що складаються у суспільстві (соціального аспекту розвитку людини), так і від певних задатків і якостей, з якими народилася людина, можливостей та особливостей її морфологічного й функціонального вдосконалення протягом усього життя: розвитку її організму, збагачення зв'язків з навколишнім світом (психо-біологічного та соціально-педагогічного аспектів розвитку людини) [183].

На нашу думку, результат реабілітаційного процесу характеризується внутрішніми та зовнішніми ознаками, які формуються у соціальній ситуації розвитку. Серед *внутрішніх ознак* – ті, що тісніше пов'язані з психофізіологічним розвитком людей з обмеженими можливостями здоров'я, структурою їх особистості (розширення сфери соціальних, зокрема професійних знань, умінь та навичок; засвоєння ділового мислення та поведінки; розвиток механізму самокерування процесом соціалізації; формування системи професійних цінностей особистості; засвоєння суб'єктної позиції у трудовій сфері); серед *зовнішніх* – ті, що демонструють зв'язок особистісного зростання та соціокультурних обставин (оволодіння новими видами діяльності, підвищення соціального статусу, набутий соціальний досвід особистості тощо).

Таким чином, основним результатом організованої трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я повинно стати формування суб'єктності особистості у професійній сфері, це означає, що у процесі професіоналізації такі особи значною мірою мають спиратися на свій власний досвід і сили, формуючи в собі якості справжнього суб'єкта свого життя та професійної діяльності. Реабілітаційна діяльність повинна забезпечувати у людей з обмеженими можливостями здоров'я не тільки розвиток якостей, що допомагають реалізувати себе як істоту, яка здатна жити в суспільстві, але й як неповторну індивідуальність зі своїми специфічними запитами та індивідуальними засобами соціальної самореалізації.

Матеріали параграфу висвітлені у публікаціях автора [147; 151].

2.2. Впровадження системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльність регіональних реабілітаційних центрів

Наведена у підрозділі 2.1 детальна теоретична розробка системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в створила підстави для науково обґрунтованого й практично доцільного їх упровадження у діяльність регіональних реабілітаційних центрів у ході формувального експерименту,

докладний опис якого наведено нижче.

Формувальний експеримент включав упровадження розробленої нами системи у процес у діяльність регіональних реабілітаційних центрів, визначених як експериментальні. Упровадження системи здійснювалося нами особисто у співпраці з адміністрацією реабілітаційних закладів, командою суб'єктів трудової реабілітації закладів, а також викладачами кафедр, працівниками психологічної служби ВНЗ, що здійснювали освітньо-просвітницьку роботу, батьками осіб з інвалідністю, волонтерами, представниками громадських організацій.

Розроблена нами послідовність упровадження, цільова спрямованість і зміст етапів впровадження системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльність регіональних реабілітаційних центрів репрезентовані у спеціальній програмі – регіональній комплексній Програмі впровадження системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльність регіональних реабілітаційних центрів.

Головною *метою* програми стало покращання умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями, завдяки яким інваліди матимуть змогу вести повноцінний спосіб життя відповідно до своїх індивідуальних здібностей та інтересів шляхом надання особам з інвалідністю можливості брати участь у соціальному та економічному житті через оволодіння ними певним обсягом професійних знань, умінь і навичок, розвиток особистості в умовах спеціально організованого освітньо-професійного та соціально-реабілітаційного процесу, органічно поєднаного з іншими формами реабілітації та інтеграції у суспільство..

Реалізація мети відбувалася через вирішення наступних завдань:

проведення наукового соціологічного дослідження щодо становища людей з інвалідністю у регіоні силами волонтерів – студентів і створення регіонального банку даних про осіб з обмеженими можливостями здоров'я усіх категорій та окремо – банку даних щодо осіб, які бажають працювати або закінчують різні навчальні заклади;

створення постійно діючого алгоритму інформування осіб з обмеженими

можливостями здоров'я про зміни та доповнення у законодавстві щодо соціального захисту інвалідів;

організація роботи щодо реалізації комплексу заходів із трудового навчання молоді та дітей з обмеженими фізичними можливостями, виділення приміщень для цієї роботи;

забезпечення соціального супроводу осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю у регіоні;

організація роботи щодо трудової адаптації та інтеграції у суспільство молоді з функціональними обмеженнями та сприяння реалізації комплексу заходів із соціальної підтримки цієї категорії та виділення приміщень для цієї роботи;

забезпечення підготовки необхідної кількості педагогічних працівників за методиками роботи з особами, що мають обмежені фізичні можливості;

вивчення досвіду іноземних держав у сфері реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю;

проведення у навчальних закладах занять з питань захисту прав осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю;

збільшення кількості спеціальних груп для осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю у професійно-технічних вищих навчальних закладах;

проведення зустрічей, «круглих столів», конференцій за участю громадських організацій інвалідів з метою розгляду проблемних питань соціальної спрямованості та залучення зазначених організацій до їх вирішення згідно з чинним законодавством;

сприяння працевлаштуванню та професійній адаптації осіб з обмеженими можливостями здоров'я;

сприяння впровадженню механізму фінансово-економічного стимулювання роботодавців, які працевлаштовують осіб з обмеженими можливостями здоров'я;

організація роботи з розвитку надомної форми праці (фриланс) як одного з оптимальних напрямів забезпечення зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями шляхом висвітлення її переваг через видання відповідних буклетів, листівок, пам'яток тощо;

підтримка громадських організацій інвалідів та надання фінансової допомоги на проведення урочистих заходів;

організація роботи щодо функціонування постійно діючої школи-тренінгу самоконтролю для хворих на цукровий діабет та членів їх сімей при міському ендокринологічному диспансері за участю обласного товариства інвалідів та хворих на цукровий діабет;

розвиток волонтерського руху в навчальних закладах різного рівня акредитації, організація волонтерського клубу і навчання волонтерів на базі обласного товариства інвалідів та хворих на цукровий діабет;

проведення семінарів щодо взаємодії виконавчих органів влади та громадських організацій інвалідів;

продовження роботи щодо реалізації програм створення безперешкодного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до об'єктів житлового та громадського призначення;

створення спеціалізованих транспортних служб для безкоштовного та пільгового перевезення інвалідів;

проведення оздоровлення інвалідів-спортсменів;

удосконалення системи реабілітаційних послуг для інвалідів;

підвищення рівня послуг, що надаються інвалідам та громадським організаціям інвалідів.

Відзначимо, що формувальний експеримент, згідно зазначеної програми, проводився відповідно до певного алгоритму, у якій із урахуванням традиційних педагогічних підходів входили такі етапи:

- перший – *діагностично-організаційний* – включав комплексну первинну, а потім щорічно повторювану психолого-педагогічну діагностику людини з

інвалідністю та вивчення її запитів і планів, крім того на даному етапі проводився аналіз соціально-педагогічної ситуації, у якій перебуває особа з вадами психофізичного розвитку, і вивчення можливостей усіх суб'єктів соціально-педагогічної роботи. Логічним результатом цього етапу виявилася розробка методичного забезпечення *трьох змістових напрямів*: індивідуальної реабілітаційної роботи з професійної орієнтації та розвитку особи з обмеженими можливостями, індивідуальної реабілітаційної роботи з комплексної соціальної адаптації та індивідуальної роботи безпосередньо з трудової реабілітації інваліда;

- на другому етапі – *реабілітаційно-операційному* – здійснювалася особистісноорієнтована соціально-педагогічна робота щодо реалізації розроблених напрямів: у кожному конкретному випадку формулювалися основні принципи організації діяльності, визначалася пріоритетність напрямів соціально-педагогічної роботи, формувався її конкретний зміст за означеними напрямками (при цьому кожного разу він був різним, а точніше індивідуальним); вирішувалося питання місця, де здійснювалася реабілітація та соціальна адаптація особи з психофізичними проблемами: за місцем мешкання, в спеціальному освітньому закладі, в реабілітаційному центрі тощо; визначалися й впроваджувалися індивідуальні комплекси заходів щодо реабілітаційної роботи з клієнтами соціально-педагогічної роботи.

- на третьому етапі – *аналітичному* – вирішувалися питання навчання, перепідготовки, підвищення кваліфікації й працевлаштування осіб з обмеженими можливостями здоров'я, використовуючи передбачені державою пільги та додаткові умови навчання у ВНЗ I–II та III–IV рівнів акредитації, у закладах професійно-технічної освіти та під час працевлаштування; аналізувалися результати такої діяльності.

Перший – *діагностично-організаційний етап* складався: зі здійснення соціальної діагностики молодіжного середовища взагалі й осіб з вадами розвитку зокрема; з виявлення на основі висновків діагностики цілей і пріоритетних напрямів діяльності регіональної програми; з розробки стратегічних і тактичних

заходів щодо практичної реалізації регіональної програми.

Особливу увагу при реалізації регіональної програми ми приділили осмисленню та актуалізації параметрів ресурсного забезпечення процесу трудової реабілітації інвалідів: нормативно-правовому, інформаційному, концептуальному, методичному, матеріальному, психологічному, кадровому забезпеченню.

Слід наголосити, що у напрямі посилення кадрового ресурсного забезпечення на цьому етапі всі суб'єкти діяльності, які мали відношення до реалізації програми, навчалися керуватися нормативно-правовими документами щодо трудової реабілітації осіб з інвалідністю й бути готовими до здійснення прогностичної функції, без якої неможливо досягти високих результатів.

Поглиблене опрацювання нормативно-правового забезпечення забезпечувало знання суб'єктами соціально-педагогічної роботи нормативних документів і правової основи своєї діяльності, загальну професійну компетентність у роботі з документами й регламентуючими інструкціями, усвідомлення своїх прав і обов'язків, уміння використовувати свої повноваження в повному обсязі.

Інформаційне забезпечення включало інформацію, необхідну для виконання інвалідами своїх функцій, формування у них банку спеціальної інформації з різноманітних галузей знань.

Концептуальне забезпечення було спрямоване на осмислення провідних загальнотеоретичних положень з різних наук, необхідних для розробки концептуальних положень програми й створення механізмів її практичної реалізації.

Методичне забезпечення передбачало розробку та подальшу деталізацію соціально-педагогічних технологій і рекомендацій для осіб з обмеженнями життєдіяльності та суб'єктів соціально-педагогічної роботи – педагогів, соціальних працівників, батьків.

Матеріальне забезпечення безпосередньо не формулювалося нами при розробці програми, але враховувалося при безпосередньому здійсненні реабілітаційної діяльності. Це передусім відомості про фінансування конкретних

соціальних програм, наявність сучасної технічної бази, можливостей клієнтів роботи з комп'ютером та ін.

Психологічне забезпечення передбачало створення установки на толерантність і терпіння персоналу закладів у досягненні результатів, формування в осіб з обмеженими психофізичними можливостями життєвої позиції, соціальної активності, віри у власні сили.

Кадрове забезпечення визначалося готовністю соціальних педагогів, соціальних працівників, інших суб'єктів реабілітаційної роботи до реалізації покладених на них обов'язків, їх компетентністю й прагненням до професійного самовдосконалення.

Механізм реалізації регіональної програми формувався, виходячи з сформульованих на діагностично-організаційному етапі та прийнятих усіма суб'єктами діяльності принципово важливих положень: по-перше, усі аспекти реалізації регіональної програми повинні враховувати й загальнодержавні, національні інтереси, й інтереси розвитку регіону з його специфічними особливостями; по-друге, механізм реалізації регіональної Програми має враховувати сектори та напрямки роботи, рівні здійснення (обласний, міський, районний), необхідні спеціально створені структури, відповідальні за роботу з особами цієї категорії, причетних до вирішення проблем даного контингенту; по-третє, механізм реалізації регіональної програми повинен урахувати визначені загальнорегіональні орієнтири для вирішення завдань, важливих для вузької групи чи окремої особи, розвинений механізм фінансування регіональної системи соціально-педагогічного супроводу осіб з обмеженими можливостями (з державного бюджету, фінансування органами обласної та місцевої влади, залучення позабюджетних коштів, фінансування через молодіжні та інші цільові фонди, через дотації, субсидії, проведення конкурсних програм, грантів тощо); по-четверте, необхідна наявність розвиненої інфраструктури медичних, навчально-виховних, соціально-побутових, реабілітаційних закладів для осіб з вадами психофізичного розвитку.

Ефективність реалізації програми залежала від великої кількості чинників зовнішнього й внутрішнього характеру. При розгляді досвіду реалізації системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я у діяльності регіональних реабілітаційних центрів, зупинимося лише на основних, які ми виділяємо як умови ефективності, що класифікуються на морально-психологічні, організаційно-управлінські й матеріально-технічні. Зокрема, прийняття й усвідомлення соціальними педагогами та соціальними працівниками сутності програми як документа, що систематизує й регламентує основні цілі трудової реабілітації й шляхи їх досягнення, готовність спеціалістів, батьків і самих інвалідів до здійснення основних положень програми, наявність індивідуальної особистої концепції саморозвитку особи з обмеженими можливостями, у якій визначено перспективи саморозвитку, обґрунтовано й узгоджено уявлення про пріоритетні напрями педагогічного супроводу, створення механізму координації зусиль педагогів, соціальних працівників, лікарів, батьків, працівників закладів соціальної галузі, постійний моніторинг, відстеження й регулювання стану клієнтів та ефективності застосовуваних методів соціально-педагогічного впливу, створення механізму зворотного зв'язку, інформування всіх суб'єктів соціально-педагогічної й медично-реабілітаційної діяльності про досягнуті результати й труднощі та проблеми, що виникають, співробітництво з представниками соціально-педагогічної науки з метою виключення в процесі педагогічної діяльності елементів непрофесіоналізму, педагогічної безграмотності, усього, що могло б завдати шкоду особі з обмеженими можливостями організація й створення в регіоні єдиного багатомірного соціально-педагогічного освітньо-компенсуючого простору терпіння й прагнення до окресленої мети – ось неповний перелік найважливіших умов, які ми намагалися створити на першому етапі діяльності і які забезпечували ефективність реалізації розробленої нами програми щодо трудової реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями здоров'я у діяльності регіональних реабілітаційних центрів.

Зазначені умови, що зберігалися і на подальших етапах діяльності, дозволили

особам з обмеженнями життєдіяльності самовизначитись у різноманітних видах діяльності, педагогам реалізувати заходи для соціалізації осіб з обмеженими можливостями в широкому соціальному й культурному контексті; батькам – брати участь у створенні ринку праці й освітніх послуг, а організаторам і управлінцям – приймати рішення з урахуванням ситуації у регіоні в цілому.

На другому етапі – *реабілітаційно-операційному* – програма передбачала здійснення комплексу заходів щодо соціального захисту і реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями, забезпечуючи їм: правовий захист; соціальний захист та реабілітаційні заходи; соціально-культурну реабілітацію; покращення соціально-побутових умов; медико-фізичну, професійну та соціальну реабілітацію тощо.

Фінансування заходів програми здійснювалось за рахунок коштів обласного та місцевих бюджетів, громадських організацій та фондів.

Функції організації та контролю за виконанням програми взяли на себе Головне управління праці та соціального захисту населення облдержадміністрації, виконкоми міських рад міст обласного значення та райдержадміністрації, обласне відділення Фонду соціального захисту інвалідів, обласний центр зайнятості, Регіональна комісія з питань діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів, науковці вищих навчальних закладів Луганської області, громадські організації інвалідів, волонтери. Управління у справах преси та інформації облдержадміністрації, починаючи з початку експерименту у 2009 р. й до його завершення у 2016 р., забезпечували висвітлення у засобах масової інформації ходу виконання регіональної програми реалізації системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я у діяльності регіональних реабілітаційних центрів.

Зміст соціальної роботи залежав від ступеню дезадаптації осіб з інвалідністю, їх соціально-психологічних особливостей і здійснювався на різних рівнях різними силами та різними методами. У ході роботи реалізовувалися різні види соціально-педагогічних технологій, які входили до комплексної технології соціалізації осіб з

обмеженими психофізичними можливостями через їх професійну орієнтацію та трудову реабілітацію.

Однією з найбільш важливих технологій вирішення завдань, яка враховує соціально-психологічні особливості осіб з обмеженими можливостями здоров'я, у ході експериментального дослідження виявилася *аналітико-корекційна*, що передбачає комплексну корекцію особистості й здійснюється у певній послідовності:

1) психологічна кваліфікація особистісних деформацій клієнта, виявлення їх внутрішніх механізмів, визначення рівнів психічних змін, ціннісно-змістовної сфери та сфери мотивацій і потреб, яка надає можливість нового сприйняття проблем та пропозиції власних підходів до вирішення проблем конкретної людини;

2) визначення на підставі проведеного аналізу конкретних завдань і сфер, по відношенню до яких необхідні профілактичні, дидактичні та корекційні впливи. Даний етап – це визначення того, які особливості психіки клієнта будуть відповідати уявленням про ефективний вплив реабілітаційних заходів;

3) розробка і апробація тактичних прийомів діагностичних і корекційних методик, оптимальних умов, які сприяють їх впровадженню. Цей етап одночасно є перевіркою попередніх гіпотез і висновків, зроблених на перших двох етапах.

Клієнти реабілітаційних центрів, які мають різні відхилення в розвитку, потребували формування у них механізмів *усвідомленої* регуляції поведінки, взаємодії з оточуючими їх людьми (педагогами, батьками, однолітками, колегами по роботі), корекції емоційно-психічних станів. Саме тому у межах названої технології правомірним було проведення комплексного медико-психолого-педагогічного обстеження клієнтів, використовуючи діагностику з одночасною корекцією.

Наступною технологією, яку ми вводили до технологічного забезпечення розробленої програми й перевіряли у роботі реабілітаційних центрів була *технологія соціальної реабілітації* – система послідовних і координованих соціально-психологічних, педагогічних, медико-біологічних, юридичних, соціально-економічних, професійних дій, що спрямовані на вирішення мети і завдань соціальної реабілітації, а саме – відновлення (або компенсацію) порушених функцій,

ліквідацію соціальних (соціально-психологічних) відхилень тощо [231а, с. 148].

Результатом соціальної реабілітації інвалідів стало повернення цих осіб до нормального життя, створення умов для їх повноцінного фізичного і психічного розвитку, для успішної соціалізації, відновлення широкого спектру відносин із світом, подолання особистісних проблем і конфліктів з оточенням, навчання їх спілкуванню, усвідомлення власної значимості як особистості.

Алгоритм технології соціальної реабілітації передбачав п'ять етапів [72а, с. 22-26]: *визначення вихідного реабілітаційного потенціалу клієнта* (оцінка потенційних можливостей розвитку життєво важливих навичок; первинне медичне обстеження; виявлення гострих психологічних проблем, зібрання психологічного анамнезу, надання психологічної підтримки за наявності кризового стану; виявлення педагогічних проблем, підготовка рекомендацій щодо навчання; зібрання інформації щодо професійних інтересів, здібностей і ставлення до праці, підготовка рекомендацій із трудової адаптації); *розробка індивідуальної комплексної програми реабілітації* (розробка плану формування і розвитку навичок самообслуговування, самозахисту, індивідуальної програми медичної, освітньої, психологічної реабілітації, плану професійного навчання); *реалізація розробленої програми та її періодичне корегування* (адаптація інваліда до умов життя у центрі, соціально-побутове навчання; періодичне медичне обстеження, лікування та профілактика хронічних захворювань, санаторно-курортне лікування; психодіагностика, психотерапія та психокорекція виявлених особистісних деформацій, індивідуальні психологічні консультації; розвиваюче навчання, організація виховного процесу; трудове навчання і формування позитивного ставлення до праці, корегування комплексної програми трудової реабілітації); *розробка та надання рекомендацій клієнту* щодо ефективної реалізації індивідуальної комплексної програми реабілітації; *соціальний супровід життєдіяльності клієнта* (надання необхідних фахових консультацій та медико-психологічної, соціально-педагогічної, організаційно-комунікативної, педагогічної (освітньої), соціально-правової допомоги, а також допомоги у вирішенні кризових

соціально-побутових питань та питань, пов'язаних з працевлаштуванням).

Запропонована технологічна процедура соціально-педагогічної реабілітації включала типові етапи і можливі методи соціальної діяльності центру. Зміст етапів, їх послідовність та використання тих чи інших методів у кожному конкретному випадку залежить від особливостей інваліда, можливостей і ресурсів виконавців. В нашому випадку технологія соціально-педагогічної діяльності містила три етапи реалізації: теоретичний, методичний, практичний. Реалізована нами на реабілітаційно-операційному етапі технологія професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями відзначалася, по-перше, упорядкованістю алгоритмів роботи відповідно комплексної регіональної програми, методичною обґрунтованістю діяльності, системою послідовних педагогічних дій.

Спираючись на таке розуміння технологічної структури реалізації системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, при практичній роботі ми спиралися також на її основні функції, які були реалізовані під час виконання заходів програми:

- компенсаторна – як можливість інваліда компенсувати свої обмежені можливості за допомогою комплексу медико-психолого-педагогічних засобів, які здатні надати їм додаткові соціальні можливості;
- адаптивна, яка дозволила особі з обмеженими можливостями успішно адаптуватися до реалій соціальної дійсності;
- навчально-розвивальна, спрямована на розвиток власних суб'єктних якостей і безперервне збагачення творчого потенціалу власної особистості інваліда.

Значення цих функцій у єдиній системі змінювалося в ході успішного процесу соціалізації особи з обмеженнями життєдіяльності, оволодіння нею основами професійних вмінь і навичок, формування позитивного досвіду життя в умовах об'єктивних життєвих обмежень.

Використання соціально-педагогічних технологій при конструюванні та реалізації регіональної програми сприяло появі нових ставлень соціального

оточення та самого інваліда до його недоліків. Діяльність усіх суб'єктів впровадження програми була спрямована на зміну наслідків внутрішньої соціальної незадоволеності, на подолання людиною з інвалідністю таких явищ, як тривожність, очікування, відхилення в поведінці. Застосування практичних методів соціальної реабілітації сприяє тому, що інваліди навчаються альтернативним засобам спілкування, виявляють творчі та професійні здібності, усвідомлюють основні правила поведінки у суспільстві; їх соціальне оточення навчається сприймати людину з вадами розвитку такою, яка вона є. Соціально-педагогічний підхід до діяльності суб'єктів, використаний у регіональній програмі, ми розглядали як базовий підхід, що сприяв реалізації творчого потенціалу, активізації зусиль особистості на вирішення власних проблем.

В основі регіональної програми реалізації системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я у діяльності реабілітаційних центрів було покладено ідею адресної спрямованості та комплексності соціально-педагогічної допомоги кожній особі з вадами психофізичного розвитку. Тому при роботі на другому – реабілітаційно-операційному – етапі ми орієнтувалися на використання не розрізнених заходів та засобів, а їх цілісного комплексу з виходом на конкретну особу.

Кожна з категорій осіб з обмеженими можливостями здоров'я потребувала спеціальних умов виховання для забезпечення фізичного, розумового та духовного розвитку, правового та соціального захисту. У зв'язку з цим, особливої актуальності набула організація своєчасного системного психолого-педагогічного та медичного супроводу осіб з порушеннями розвитку, тобто органи місцевого самоврядування мали опанувати сучасні форми забезпечення прав цих громадян. Зважаючи на це, соціальна, трудова й професійна реабілітація інвалідів здійснювалася шляхом програмно-методичної підтримки центрів та відділень реабілітації, технічного переоснащення підприємств громадських організацій інвалідів, професійного навчання, покращання санітарно-гігієнічних умов праці осіб з обмеженими фізичними можливостями.

Для забезпечення професійної реабілітації інвалідів органами праці та

соціального захисту населення при активній взаємодії з обласним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів, державною службою зайнятості, громадськими організаціями та іншими державними і недержавними структурами створено робочі групи щодо сприяння працевлаштуванню осіб з обмеженими фізичними можливостями, виконанню завдань зі створення робочих місць для інвалідів.

На підприємства області було прийнято 221 інваліда, 60 – надано консультації з навчання на курсах у відділенні професійної реабілітації. До керівників підприємств з метою працевлаштування направлено 77 осіб, постійне місце роботи отримало 39 інвалідів.

З метою виявлення інвалідів, які бажають працевлаштуватися або пройти курси для отримання нової професії, центрами зайнятості населення спільно з обласним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів розроблена анкета, яка розповсюджується у громадських організаціях інвалідів, медико-соціальних експертних комісіях м. Луганська й області.

З метою сприяння трудовій реабілітації та працевлаштуванню інвалідів в базових центрах зайнятості створені умови для вільного доступу, і наповнені відповідним чином інформаційні куточки для осіб з обмеженими фізичними можливостями. В них розташовані описи професій, відео і аудіо-фільми, буклети, листівки, довідники, переліки рекомендованих навчальних закладів, професій, інформація про медичні протипоказання до засвоєння окремих професій, паспорти підприємств, організацій тощо. Інваліди мають можливість ознайомитись з переліком послуг, які надаються службою зайнятості, отримати необхідну консультацію щодо працевлаштування на робочі місця для інвалідів, умов оплати праці, професійної підготовки, підвищення кваліфікації, перепідготовки.

З метою надання інформаційної та консультаційної допомоги в частині визначення потенційних можливостей осіб, що мають обмеження в працездатності, до певних видів діяльності, доцільності направлення на профнавчання для забезпечення конкурентоспроможності інвалідів на ринку праці та їх подальшого працевлаштування, до організації і проведення профорієнтаційних заходів для осіб

з обмеженими фізичними можливостями запрошуються представники спеціальних кафедр вищих закладів освіти регіону, обласного відділення Фонду соціального захисту інвалідів, Обласного центру медично-соціальної експертизи.

У рамках соціального партнерства з обласним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів представники обласного центру зайнятості беруть участь у засіданнях Комісії по вирішенню питань фінансування навчання інвалідів. Дев'ять осіб зазначеної категорії, які планують навчатися в учбових закладах області та Всеукраїнському центрі професійної реабілітації інвалідів, пройшли профдіагностичне обстеження для професійного самовизначення, отримали певні рекомендації з урахуванням висновків МСЕК та визначених нахилів, здібностей.

Центр зайнятості разом з науковцями ЛНУ імені Т. Шевченка (м. Старобільськ) ініціював проведення круглих столів за участю фахівців обласного відділення Фонду соціального захисту інвалідів, Обласного центру медично-соціальної експертизи, на теми „Вирішення питання щодо заповнення робочих місць для інвалідів”, „Вирішення питання працевлаштування соціально незахищених верств населення”, „Соціальний захист осіб з обмеженими фізичними можливостями – турбота суспільства”, де розглянуті питання подальшої спільної роботи в частині дотримання Порядку взаємодії органів праці та соціального захисту населення, центрів зайнятості, відділень Фонду соціального захисту інвалідів і навчальних закладів системи Мінпраці щодо працевлаштування інвалідів, затвердженого наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 03.05.2007 р. № 201.

Особи з обмеженими фізичними можливостями, які звернулися до служби зайнятості, отримали профорієнтаційні послуги через залучення до різноманітних профорієнтаційних заходів: ярмарків вакансій, днів відкритих дверей центру зайнятості, презентацій професій, інформаційних семінарів, семінарів з техніки пошуку роботи, тематичних семінарів для молоді та жінок, тренінг-семінарів тощо.

Але питання працевлаштування та зайнятості інвалідів залишається складним. Переважна більшість робочих місць, які пропонують роботодавці для них, не

відповідають медичним показникам і стану здоров'я шукачів роботи, оскільки за даними МСЕК, інваліди потребують роботи без фізичного чи психоемоційного навантаження, з обмеженнями руху тощо. Майже всі громадяни з інвалідністю потребують для працевлаштування спеціалізованих робочих місць або робочих місць із спеціально створеними умовами праці чи навіть надомної праці.

Спеціалістами міських і районних центрів зайнятості разом з науковцями та волонтерами-студентами ЛНУ імені Т. Шевченка під час зустрічей з роботодавцями роз'яснювалися зміни в законодавчих актах, що стосуються осіб з обмеженими фізичними можливостями. Особлива увага приділяється підприємствам, установам та організаціям, які, за даними Луганського обласного відділення Фонду соціального захисту інвалідів, не виконали норматив заповнення робочих місць в рахунок 4 % квоти для працевлаштування інвалідів.

Питання щодо сприяння зайнятості інвалідів регулярно висвітлюються у засобах масової інформації.

З метою індивідуального підходу до проблем зайнятості інвалідів, у тому числі дітей-інвалідів, обласною службою розроблений та виконувався комплекс заходів щодо надання їм адресних соціальних послуг.

Для координації спільних зусиль в частині зайнятості інвалідів, в області діє угода про співробітництво, що укладена 17.04.2007 р. між Луганським обласним центром зайнятості, інститутом педагогіки та психології Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, Луганським комунальним закладом Обласний центр медично-соціальної експертизи, Луганським обласним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів і Головним управлінням праці та соціального захисту населення Луганської облдержадміністрації.

Яскравим прикладом соціального партнерства є участь представників обласної служби зайнятості в розширених засіданнях Громадської колегії Луганського обласного відділення Фонду соціального захисту інвалідів. Під час засідань розглядалися питання реалізації державних програм соціального захисту інвалідів, співпраці між соціальними партнерами, змін чинного законодавства в

системі зайнятості населення та загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття, професійного навчання інвалідів, надання їм реабілітаційних послуг, відвідування обласного центру реабілітації дітей-інвалідів „Відродження” та інші.

Служба зайнятості плідно співпрацює із школами-інтернатами у містах Антрацит, Брянка, Краснодон, Рубіжне, де навчаються діти-інваліди з різними формами захворювань. З метою сприяння професійному самовизначенню дітям-інвалідам для них проводяться різноманітні профорієнтаційні заходи. З дітьми-інвалідами організовано проведення ділових ігор, надання інформації про професії шляхом презентацій, демонстрацій відео матеріалів тощо.

Традиційним для регіону є сумісне з науковцями ЛНУ та Головним управлінням праці та соціального захисту населення проведення анкетування інвалідів, які не перебувають на обліку в центрі зайнятості, щодо бажання працювати. Така форма роботи застосовується для оперативного запрошення громадян та задоволення потреб роботодавців. Крім того, у кожному Управлінні праці та соціального захисту населення Луганщини є інформаційні стенди, що розкривають зміст соціальних послуг та матеріального забезпечення, які надаються державною службою зайнятості.

Базові центри зайнятості постійно співпрацюють із Службами у справах неповнолітніх, місцевими органами праці та соціального захисту населення, центрами соціальної служби для молоді з питань зайнятості громадян у віці до 18 років та реабілітації дітьми-інвалідами права на трудову зайнятість, оформлення документів, необхідних для реєстрації в центрі зайнятості та працевлаштування, надання житла, здійснення соціального патронату підліткам з числа інвалідів. Таким чином, центри зайнятості намагаються якнайбільше охопити соціальними послугами дітей-інвалідів.

З метою створення дієвої системи сприяння працевлаштуванню інвалідам, привернення уваги роботодавців, громадських організацій інвалідів та інших зацікавлених сторін до проблеми ефективної зайнятості таких осіб, нами разом з

регіональним центром зайнятості розроблені методичні рекомендації для базових центрів із схемами співробітництва з соціальними партнерами, обслуговування інвалідів, ланцюжком залучення до самозайнятості, зразком особистої картки інваліда для формування банку „Персонал – сервіс” (Додаток І).

У Луганській області зареєстровано і діє понад 100 громадських організацій інвалідів. Окрім можливостей вияву громадської активності, ці неприбуткові об'єднання забезпечують робочі місця для певного контингенту людей, надають соціально важливі послуги інвалідам, таким чином сприяючи створенню умов для забезпечення життєдіяльності осіб з обмеженими можливостями.

Громадські організації інвалідів не в змозі самотужки, за рахунок членських внесків, забезпечувати свою статутну діяльність. Без об'єднання зусиль органів влади та недержавних організацій, їх конструктивної співпраці не можна сподіватися на успішне розв'язання проблем інвалідів, реалізацію активної соціальної політики.

З метою надання допомоги інвалідам у працевлаштуванні, нами була розроблена форма анкети, а Луганською обласною молодіжною асоціацією молодих інвалідів "Схід" проведено анкетування інвалідів-візочників м. Луганськ, які не звертались до служби зайнятості. З'ясувалося, що лише 5 осіб – готові працевлаштуватися, 6 – бажають перенавчитись. В теперішній час проводиться робота з підприємствами у напрямку зайнятості цих громадян.

На жаль, видатки асигнувань у місцевих бюджетах для фінансової підтримки громадських організацій інвалідів незначні, а інколи відсутні взагалі. Діяльність обласного відділення Фонду соціального захисту інвалідів та спеціального державного органу – Регіональної комісії з питань діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів (далі – Регіональна комісія) спрямована на розв'язання проблем інвалідів і здійснення партнерських зв'язків держави з громадськими організаціями.

IV SWOT-аналіз впливу на проблему ресурсів для реалізації Програми

Сильні сторони (S)	Слабкі сторони (W)
---------------------------	---------------------------

<p>розвинута мережа спеціалізованих соціальних закладів для різних категорій інвалідів; функціонування Міжрегіонального центру професійної, медико-фізичної та соціальної реабілітації інвалідів, обласного центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів «Відродження»</p>	<p>низький рівень правової грамотності та обізнаності населення; неможливість пристосування будинків застарілого житлового фонду до потреб інвалідів; відсутність достатньої кількості спеціалізованих робочих місць для інвалідів, які потребують працевлаштування; недостатній рівень надання медичної допомоги особам з обмеженими фізичними можливостями, неможливість отримання більшістю з них медичних послуг</p>
Можливості (О)	Загрози (Т)
<p>встановлення деяких видів компенсацій інвалідам; надання матеріальної та натуральної допомоги; встановлення телефонів на пільгових умовах; фінансова підтримка громадських організацій інвалідів; організація постійно діючого інформаційно-ресурсного центру; організація волонтерського клубу і навчання волонтерів; оздоровлення дітей-інвалідів; забезпечення можливості відвідування закладів культури; створення спеціалізованих транспортних служб для безкоштовного перевезення інвалідів; можливість збільшення бюджетних асигнувань при перевиконанні доходної частини обласного бюджету</p>	<p>невідповідність пільг, встановлених чинним законодавством України, реальним потребам осіб з обмеженими фізичними можливостями; відсутність фінансування для забезпечення життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями; недостатнє фінансування для утримання реабілітаційних установ та надання реабілітаційних послуг інвалідам та дітям-інвалідам</p>

Починаючи з 2007 року, за рішенням Регіональної комісії за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів цілий ряд підприємств громадських організацій інвалідів отримали пільги з оподаткування, багатьом з них надана фінансова допомога. На цих підприємствах працюють близько 1000 інвалідів.

В результаті реалізації програми було заплановано досягнути таких

соціальних показників:

підвищення правової грамотності серед осіб з обмеженими фізичними можливостями;

поліпшення умов проживання інвалідів області;

своєчасне забезпечення інвалідів путівками на санаторно-курортне лікування для поліпшення стану здоров'я;

створення системи навчання самоконтролю інвалідів, хворих на цукровий діабет та компенсації їх захворювання;

забезпечення сприятливих умов для співпраці громадських організацій інвалідів з роботодавцями, профспілками, органами виконавчої влади області у сфері професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями;

створення безперешкодного доступу для осіб з обмеженими фізичними можливостями до об'єктів житлового та громадського призначення;

підвищення активності громадських організацій інвалідів у розвитку інвалідного руху в області.

створення Регіонального центру дистанційної освіти інвалідів на базі Державного закладу „Луганський інститут праці та соціальних технологій”;

забезпечення бронювання робочих місць для працевлаштування соціально незахищених верств населення. Аналіз стану заповнення таких місць та розробка заходів щодо підвищення ефективності їх використання;

активне залучення осіб з обмеженими фізичними можливостями, які перебувають на обліку в службі зайнятості, до участі в консультаційних, профорієнтаційних заходах з метою скорішого працевлаштування на вільні робочі місця;

створення за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів 252 робочих місць для інвалідів;

здійснення контролю за додержанням підприємствами, установами та організаціями, встановленого Законом України „Про основи соціальної

захищеності інвалідів в Україні” нормативів робочих місць для працевлаштування інвалідів та сприяти збереженню вже діючих – 13679 таких робочих місць;

здійснювати фінансування професійного навчання 100-120 осіб з обмеженими фізичними можливостями щорічно. Сприяти їх подальшому працевлаштуванню;

забезпечення надання профорієнтаційних послуг інвалідам з метою прискорення їх адаптації до умов ринку праці та професійної інтеграції у суспільство;

організація роботи щодо професійної орієнтації молоді як однієї з найбільш уразливих категорій населення з метою формування професійних намірів учнів та побудови кар’єри: проведення з учнями загальноосвітніх навчальних закладів групових профінформаційних консультацій, профорієнтаційних семінарів („Твій вибір: професійне самовизначення”), професіографічних екскурсій (на ринкоутворюючі підприємства, до навчальних закладів: „Екскурс у світ навчальних закладів Луганщини”), уроків („Вибір професії – крок за кроком”, „Уроки реального трудового життя”, „Економічні уроки”, „Бізнес-класи”) тощо; організація для учнів випускних класів загальноосвітніх навчальних закладів тижнів профінформування, профтехосвіти, робітничих професій, місячників з профорієнтації (професій машинобудівного профілю, будівельних професій), днів профорієнтації (у віддалених сільських школах), днів відкритих дверей центру зайнятості, навчальних закладів та ПОУ, інших масових заходів („Гімн робочої професії”, брейн-ринги „Віват – податки!”, ділові ігри „Як шукати роботу”); запровадження у практику роботи загальноосвітніх навчальних закладів надання індивідуальних професійних консультацій учням та їх батькам (проведення батьківських зборів та конференцій „Діємо разом”); запровадження у практику роботи навчальних закладів професійної освіти проведення семінарів з техніки самостійного пошуку роботи та побудови професійної кар’єри для учнів та студентів; надання учням та студентам індивідуальних професійних консультацій; застосування інших форм і методів профорієнтаційної роботи з молоддю,

проведення „Ярмарків кар’єри”, „Днів кар’єри”, „Днів випускника”, презентацій роботодавця, конкурсів профмайстерності;

надання профорієнтаційних послуг соціально незахищеним категоріям населення з метою підвищення їх конкурентоспроможності на ринку праці: проведення тематичних семінарів для цільових груп населення, в т. ч. із залученням зацікавлених організацій (для безробітної молоді – „Школа реального життя: крок до професії”, „Немає досвіду...Чи це так?”, „Молодь: перспективи працевлаштування та зайнятості”, „Шляхи професійної самореалізації молоді”, „Відродження села – справа молодих”; для жінок – „Жінка і праця”, „Особливості зайнятості жінок”, „Трудове рабство: можливості попередження”, „Жінка в бізнесі”, семінари-презентації „Я– успішна жінка!”), для безробітних чоловіків „Знайди роботу в Україні”); надання індивідуальних професійних та психологічних консультацій, в т. ч. із залученням спеціалістів зацікавлених організацій;

забезпечення діяльності гендерних центрів та класів, проведення семінарів з техніки пошуку роботи, презентацій курсів профнавчання, професій, тренінг-семінарів, семінарів „Служба зайнятості – працівникам села”, з орієнтації на підприємницьку діяльність, загальних основ підприємницької діяльності, основ комп’ютерної грамотності, із загальних питань зайнятості та стану ринку праці.

Слід зазначити, що процес формування професійного рівня осіб з обмеженими можливостями здоров’я був найбільш ефективним за рахунок оптимізації використання соціально-педагогічних технологій, з врахуванням індивідуальних та вікових особливостей інвалідів, можливостей регіонального реабілітаційного середовища, якщо забезпечити реалізацію авторського проекту безперервної професійної орієнтації та трудової реабілітації даного контингенту, який сприятиме їх соціальній адаптованості та захищеності.

Професійна, виробнича та соціальна адаптація – система заходів, яка сприяє професійному становленню дитини – інваліда, формуванню у неї відповідних соціальних та професійних якостей, установлень та потреб до активної творчої

праці, досягненню вищого рівня професіоналізму через навчання ліпленню, рослинництву, аплікації, шиттю.

У процесі трудової реабілітації важливим елементом було удосконалення професійної майстерності. Для забезпечення можливості профорієнтаційної роботи, реалізації наявного потенціалу та знаходження шляхів раціонального працевлаштування дітей та молоді з інвалідністю, що сприятиме поступовій ефективній їх інтеграції у суспільне виробництво і соціальне життя, у Центрі було створено трудові майстерні (швейні; майстерня з лозоплетіння; майстерня з виготовлення декоративних свічок; столярна майстерня; слюсарна майстерня; майстерня художньої кераміки; фотомайстерня; майстерня гарденотерапії та ін.). Заняття в майстерні проводив викладач з трудового навчання.

Заняття у швейній майстерні передбачають виготовлення м'якої іграшки, виробів з бісеру з елементами аплікації, вишивки та макраме і сприяють розвитку дрібної моторики, розвивають навички роботи з тканиною, клеєм та бісером. Такі заняття виховують у дітей охайність, увагу та любов до прекрасного. Діти – інваліди оволодівають трудовими навичками в різні строки, тому в умовах Центру використовується індивідуальний підхід до кожної дитини. На заняттях у майстерні художньої кераміки діти оволодівають навичками ліплення з глини, наносять рельєф за допомогою стеків, розвивають пам'ять, мислення, увагу, м'язи рук.

Майстерні з лозоплетіння, соломкоплетіння, виготовлення декоративних свічок, столярних та слюсарних виробів, фотомайстерня повинні бути обладнані необхідними інструментами, формами, обладнанням. В них діти та молодь з інвалідністю вчаться виготовляти фотографії, рамки для фото, картин, оздоблювати їх лозою.

За результатами проведення профорієнтаційної роботи в Центрі, здійснювалася оцінка щодо потенціалу людини з інвалідністю для подальшого професійного навчання та працевлаштування. Отримані навички для донесення їх важливості для особи з обмеженими можливостями здоров'я аналізували схематично у вигляді трьох складових: „Хочу”, „Можу”, „Треба”. „Хочу” –

особисті цілі і цінності, професійні інтереси і схильності. Схильність відрізняє інтерес від необхідності дії. Інтерес до музики, наприклад, може проявлятися в збиранні інформації про виконавців і музичні течії, прослуховуванні записів. Інша справа - створення мистецького твору, для цього потрібні схильності. В ідеалі інтерес і схильності погоджені і доповнюють один одного. „Можу” – можливості (фізіологічні, психічні). Тут постає питання про професійну придатність, що характеризує дві речі: успішність оволодіння професією і задоволеність людини своєю працею. Треба пам'ятати, що профпридатність – не вроджена якість, вона формується в процесі обміну досвідом та діяльності. „Треба” – потреби ринку праці, шляхи і засоби досягнення мети. Добре, коли обрана людиною професія перебуває в перехресній площині, тобто задовольняє всі три критерії.

Реабілітантів орієнтували на те, що у процесі вибору роботи важлива відповідність особистих прагнень і об'єктивних характеристик роботи. Якщо очікування людини не збігаються з об'єктивними характеристиками роботи, то в трудовій діяльності її чекають збої і невдачі. Слухачів знайомили з об'єктивними характеристиками різних видів професійної діяльності:

1) розмаїтість - наскільки робота вимагає різних типів активності і їхніх варіацій, наскільки дозволяє людині використовувати ті чи інші навички, уміння і здібності;

2) цілісність задач – на якій стадії робота має являти собою серію завершених завдань, у який період вона виконується і з якими конкретними результатами;

3) значення роботи - вплив її результатів на життя інших людей;

4) автономія - ступінь волі дій і самостійності у виборі засобів, порядку і правил виконання роботи;

5) зворотний зв'язок - можливість одержувати точну інформацію про результати діяльності.

6) на певному етапі (17-18 років) до процесу професійної орієнтації необхідно долучити спеціалістів центрів професійної реабілітації інвалідів, професійно-технічних училищ, технікумів та ін.

Трудова реабілітація включала соціально-середовищну орієнтацію і соціально-побутову адаптацію інвалідів. Соціально-середовищна орієнтація передбачала індивідуальний підбір доступних видів суспільної і побутової діяльності. Соціально-середовищна орієнтація забезпечувала соціально-середовищне орієнтування (знайомство з територією і розміщеними на ній необхідними об'єктами – корпусами, спортивно-оздоровчими комплексами) та соціально-середовищну освіту – навчання соціальної незалежності, спрямоване на можливість самостійного проживання, вміння користуватися громадянськими правами, участь у громадській діяльності.

Соціально-побутова адаптація передбачала опанування оптимальними режимами в суспільній і побутовій діяльності в конкретних соціально-середовищних умовах і пристосування до них інвалідів. Основні завдання соціальної адаптації полягали в тому, щоб: забезпечити інваліда стандартними схемами поведінки і взаємодії, що дозволяють подолати або запобігти відчуттю власної неповноцінності; підготувати осіб з інвалідністю до адекватних відповідей на вимоги оточення.

Заходи з соціальної реабілітації в центрі професійної реабілітації інвалідів здійснювалися відповідно до індивідуальних програм реабілітації інваліда (ІПР) та „Соціальних нормативів у сфері професійної реабілітації інвалідів для центрів професійної реабілітації інвалідів системи Міністерства праці та соціальної політики України”, які регламентують вимоги до змісту та обсягів реабілітаційних заходів, що здійснюються відповідними центрами.

При проведенні заходів з трудової реабілітації осіб з інвалідністю орієнтувалися на перелік послуг з соціально-побутової реабілітації, визначений державною типовою програмою реабілітації інвалідів, де передбачено низку таких заходів, як пристосування меблів, встановлення обладнання для адаптації житлових приміщень; навчання основних соціальних навичок; соціально-побутовий патронаж; працетерапія.

У переважної більшості осіб з обмеженими можливостями здоров'я

спостерігалася соціальна дезадаптація, зумовлена і соціальними, і психологічними чинниками (відсутність навичок спілкування, неадекватна самооцінка, егоцентризм, негативне сприйняття оточуючих), що поряд з поглибленням проблеми адаптації до життя в соціумі ускладнює процес професійної реабілітації.

Досвід роботи свідчить, що слухачі центрів реабілітації інвалідів у переважній більшості стикнулися з такими соціальними проблемами: індивідуальними – стан фізичного здоров'я, депресія, безпорадність, пригнічення; сімейними – конфліктність, невирішена проблема взаємовідносин між батьками, дітьми та особами протилежної статі; соціальними – сирітство, відсутність житла, невизначеність свого майбутнього; комунікативними – неадекватне спілкування з людьми, конфліктність, невміння проводити свій вільний час; економічними – бідність, відсутність роботи, фінансові проблеми.

Задля вирішення цих проблем, а саме адаптації до виконання суспільної ролі та повноцінного життя, соціальною службою центру професійної реабілітації інвалідів проводилися заходи з трудової реабілітації в центрі реабілітації інвалідів спрямовані на формування соціальної компетентності, що передбачали: навчання основним соціальним навичкам (в разі потреби) - особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування тощо; вироблення та підтримання навичок автономного проживання, стереотипів безпечної поведінки; опанування навичками захисту власних прав та інтересів, самоаналізу та позитивного сприйняття себе та оточуючих; вирішення проблем комунікативного спілкування.

До основних форм трудової реабілітації осіб з інвалідністю у центрах професійної реабілітації інвалідів традиційно належали індивідуальна та групова.

В основу індивідуальної соціальної роботи була покладена індивідуальна взаємодія фахівця з соціальної роботи з особою, яка потребує соціальної допомоги, що дозволило в процесі активної реабілітації і підтримки врахувати як індивідуальні особливості слухача, так і особливості його соціальної ситуації. Предметом індивідуальної роботи була як конкретна проблема слухача, так і вся його життєва ситуація. Загальною метою індивідуальної роботи виступало

підвищення соціальної компетентності слухача, набуття ним здатності самостійно керувати власним життям, задовольняти потреби і вирішувати проблеми (досягнення стану контролю за власним життям).

Серед основних методів індивідуальної роботи фахівця з соціальної роботи, що впроваджувалися у процесі проведення експериментальної роботи необхідно виділити інтерв'ю і консультацію. Індивідуальне інтерв'ю проводилося як спеціально організована бесіда фахівця з соціальної роботи зі слухачем, спрямована на виявлення і дослідження його проблем і вибір шляхів їх подолання, що використовувалося фахівцями з соціальної роботи як на етапі діагностики, так і на етапі активної реабілітації. В ході інтерв'ю фахівець з соціальної роботи допомагав слухачеві розібратися в своїх проблемах та визначити шляхи їх вирішення. Особливістю професійного інтерв'ю є дотримання певної схеми бесіди і свідоме використання технік і прийомів спілкування.

Основні завдання інтерв'ю при першій зустрічі зі слухачем полягали у: встановленні контакту, заснованого на довірі і взаєморозумінні; визначенні дійсних проблем слухача та їх причини; виробленні плану дій, спрямованих на подолання проблем; стимулюванні активності слухача, спрямовуючи її на подолання проблем у відповідності до розробленого плану дій. Під час наступних зустрічей зі слухачем виконувалися такі завдання: аналізується процес виконання завдань і плану взаємодії; досліджуються проблеми, що проявилися в процесі спільної діяльності; ставляться нові завдання та коректується план дій; надається емоційна підтримка. Основним джерелом інформації і активною стороною в інтерв'ю виступав слухач. Інтерв'ю вважалося успішним у разі, коли слухач став краще розуміти свої проблеми і їх причини, підвищилася його активність і впевненість у собі, у власних силах, які спрямовуються на пошук необхідних для подальшої трудової діяльності ресурсів.

У ході дослідження також використовувалася консультація – професійна бесіда, в ході якої слухач отримує від фахівця з соціальної роботи спеціальну інформацію, необхідну для подолання своїх проблем. Це взаємодія слухача з

консультантом, в ході якої слухач отримує достовірну інформацію та кваліфіковані поради, а консультант допомагає йому скоректувати в разі необхідності попередні установки, погляди, подолати внутрішні перешкоди на шляху вирішення проблем. При цьому, про потребу в консультації можна було говорити тільки в разі, якщо слухач не відмовляється від самостійної діяльності з вирішення його проблеми. Подібного роду потреба створює можливість для організації і здійснення соціального консультування як виду соціальної допомоги.

У експериментальній роботі використовувалися різні види консультативної діяльності. Рефлексивне консультування, тобто сумісне з слухачем осмислення якої-небудь життєвої ситуації, її аналіз, пошук пріоритетів, можливостей зміни і розвитку. Процес консультування в цьому випадку перетворюється на спільний роздум, а основне завдання і функція консультанта – вислухати слухача і зрозуміти причини його проблем.

Специфіка застосування цього виду консультативної діяльності серед слухачів центрів професійної реабілітації інвалідів полягає в тому, що цей вид консультування частіше виступає як складова проектного та технологічного консультувань і використовується протягом першого етапу соціальної реабілітації.

Проектне консультування – включало пошук і розробку можливої програми перетворення ситуації, що склалася, її гармонізації і поліпшення. Це консультація – програмування, консультант виступає відповідно як проектувальник, фахівець.

У переважній більшості проектно консультування застосовується в роботі фахівців центрів професійної реабілітації зі слухачами, які мають низький рівень соціальної адаптації. Метою цього виду консультування було підвищення рівня соціальної компетентності слухача, яка орієнтована, в першу чергу, на вироблення практичних навичок самостійного проживання та підготовки до адекватних відповідей на вимоги зміненого оточення в процесі професійного навчання. Обсяг консультування – до 1 години (як елемент входить рефлексивне консультування).

Технологічне консультування – передбачає пошук оптимальної послідовності дій для вирішення конкретної проблеми або завдання. Це консультація –

рекомендація, де консультант – це людина, що володіє необхідними знаннями і необхідним досвідом.

Наприклад, в процесі перебування в центрі, у слухачів виникають конкретні складні життєві ситуації (необхідність консультування у фахівців провідних клінік України, переосвідчення органами МСЕК), що потребують підтримки і поради людини, яка має певний досвід вирішення подібних проблем і саме в такий момент консультант-фахівець допомагає слухачеві побудувати певну технологічну структуру дій для оптимального вирішення нагальної проблеми. Обсяг технологічного консультування складає до 1 години, використовується протягом другого етапу соціальної реабілітації.

Прогностичне консультування – побудова ідеальної моделі можливого, вірогідного стану конкретної ситуації при збереженні або відсутності будь-яких тенденцій. Це консультація – передбачення, де консультант – це людина, яка здатна піднятися над ситуацією, і її нинішнім станом, здатна побачити приховані в ній можливості розвитку, як позитивного, так і негативного характеру.

Потреба саме в цьому виді консультування у переважній більшості слухачів зазвичай виникає наприкінці професійного навчання. Це може бути передбачення певних ситуацій щодо самостійного працевлаштування чи подальшої освіти. Обсяг консультування – до 1 години, використовується на третьому етапі соціальної реабілітації.

Слухач, що зіткнувся з певною проблемою і не має можливості вирішити її самостійно, може усвідомити і позначити зону власних ускладнень, але, як правило, не уявляє, що саме і яким чином необхідно змінити, щоб проблема була вирішена. Отже, він не може точно вказати яка саме допомога або послуга йому необхідна для подолання проблеми, що виникла. В такій ситуації консультант і приходить на допомогу, реалізуюючи на практиці вищезазвані види соціального консультування.

В роботі фахівця з соціальної роботи в умовах центру професійної реабілітації інвалідів також використовується юридичне і педагогічне

консультування. На відміну від інтерв'ю, основним джерелом інформації і активною стороною при консультуванні виступає не слухач, а консультант. Тим не менш, консультація передбачає професійний аналіз проблем слухача та пошук необхідних для подолання проблем ресурсів. Прикладом застосування цих видів консультативної роботи можна навести консультування фахівцями з соціальної роботи та педагогами щодо захисту прав інвалідів на працю, пенсійне та медичне забезпечення, подальшу освіту тощо. Доречним було залучення до цього виду роботи запрошених фахівців: юристів, медичних працівників, фахівців центрів зайнятості, представників громадських організацій.

Метою консультації було досягнення слухачем об'єктивного бачення власних проблем, власних можливостей і власних ресурсів. Для досягнення мети необхідно вирішити такі завдання: встановлення контакту, заснованого на довірі і взаєморозумінні; аналіз запиту; визначення дійсних причин проблем слухача та коло інформації, реально необхідної для їх подолання; надання інформації; перевірка розуміння слухачем отриманої інформації; сприяння усвідомленню слухачем отриманої інформації та корекції попередніх поглядів і уявлень; сприяння визначенню слухачем власних наступних дій.

В соціальній реабілітації осіб з інвалідністю необхідно широко і постійно використовувати методи активації – методи повернення особи до активної життєдіяльності. Саме тому в центрі професійної реабілітації інвалідів перевага надається груповій роботі зі слухачами.

Групові форми роботи відрізняються тривалістю, постійністю в певній групі, активною участю самих слухачів (тренінги, бесіди, дискусії; творчі методи терапії). Групова робота в центрі професійної реабілітації інвалідів проводиться протягом всього навчання як з навчальними так і з проблемними групами. Метою такої роботи є: покращення адаптації слухачів до нових умов життя, до навчального процесу; налагодження позитивної взаємодії між членами групи, орієнтація на взаємодопомогу; підвищення комунікативної компетентності; усвідомлення та розширення репертуару соціальних ролей, розвиток навичок взаємодії та поведінки

в типових соціальних ситуаціях; підвищення мотивації на співпрацю в реабілітаційному процесі та мотивації на трудову навчальну діяльність; підвищення мотивації на оздоровлення та роботу над собою, оволодіння навичками саморегуляції та релаксації.

Серед найбільш дієвих групових форм слід відзначити: групову дискусію – спеціально організоване обговорення проблеми, що передбачає наявність (зіткнення) різних точок зору, що дозволяє прояснити (можливо, змінити) думки, позиції, установки учасників групи в процесі безпосереднього спілкування. Використовувалася у експерименті з метою підвищення активності осіб з інвалідністю, формування в них переконань у спроможності досягнути успіхів у трудовій діяльності, викликала жваві емоції, інтерес, стимулювала активний пошук інформації щодо проблем професіоналізації та працевлаштування людей з обмеженими можливостями; сприяла глибокому засвоєнню інформації; формувала переконання; соціально-педагогічний тренінг – групова робота, спрямована на формування у клієнтів реабілітаційних центрів вмінь та навичок щодо суб'єктної поведінки у професійній сфері, що включає: моделювання і програвання ситуацій спілкування; групові обговорення; рольові ігри.

Проведення групової тренінгової роботи в центрі професійної реабілітації інвалідів з навчальними групами забезпечувало розвиток групової взаємодії, навчання слухачів ефективній комунікації, розвиток почуття власної гідності, підвищення мотивації до навчальної та подальшої трудової діяльності, налаштування на досягнення успіху. Тренінгова робота зі слухачами, які мають проблеми з несформованістю соціальних навичок передбачала навчання їх елементарним та вищим соціальним вмінням (комунікативним навичкам, опануванню своїх почуттів, униканню неприємностей, плануванню та зосередженню на завданні, вмінню створювати мережу соціальної підтримки тощо).

У Всеукраїнському центрі професійної реабілітації інвалідів з 2009 року запроваджена нова групова форма підвищення кваліфікації для фахівців із соціальної та психологічної реабілітації інвалідів – проведення тренінгових

науково-практичних семінарів «Використання інноваційних технологій проведення соціально-психологічних тренінгів». Нами розроблено тематику і програму тренінгових науково-практичних семінарів. До проведення тренінгів залучені провідні науковці Академії педагогічних наук України, професорсько-викладацький склад Національної академії державного управління при Президентові України, фахівці та науковці Київського обласного інституту підвищення кваліфікації педагогічних кадрів. Набутий досвід запроваджено в роботі соціальної та психологічної служб мережі центрів професійної реабілітації інвалідів системи Мінпраці України.

У ході експериментального дослідження визначені такі позитивні чинники групової роботи: універсалізація – узагальнення проблем, потреб, почуттів, мотивів клієнтів – слухачі починають розуміти, що інші відчувають подібне і мають такі ж проблеми, зникає відчуття унікальності своєї проблеми, почуття уособленості, відчуженості та самотності, підвищується самооцінка; згуртування – відчуття підтримки з боку інших членів групи, розуміння того, що вас сприймають як особистість; зворотній зв'язок – отримання щирої та правдивої інформації про себе, свою проблему та шляхи її розв'язання з боку інших членів групи.

Досвід роботи центрів професійної реабілітації інвалідів свідчить про те, що в процесі професійної реабілітації все більше значення набуває оволодіння новими соціальними технологіями. Однією з таких технологій є соціально-культурна (соціокультурна) реабілітація інвалідів.

Соціокультурна діяльність осіб з інвалідністю – складова їх трудової реабілітації, комплекс заходів, спрямованих на створення або поновлення механізмів, що сприяють постійному внутрішньому зростанню, розвитку, і, в цілому, відновленню культурного статусу інваліда як особи. Навчання в центрах професійної реабілітації інвалідів оптимізує умови життєдіяльності людей з інвалідністю, допомагає якнайповніше використовувати і розвивати власні потенційні здібності щодо адаптації до нових реалій, подальшого працевлаштування і подолання різних соціальних проблем.

У ході дослідження встановлено, що метою найефективнішої інтеграції випускників центрів професійної реабілітації слід розробляти, впроваджувати і адаптувати інноваційні методології і технології цього напрямку соціальної реабілітації. Слід відзначити, що питанням і проблемам, пов'язаними із соціокультурною реабілітацією слухачів центрів професійної реабілітації, приділяється дуже мала увага в дослідженнях науковців. Відповідно одними із головних завдань цього напрямку соціальної реабілітації стала реалізація заходів соціокультурної реабілітації слухачів центрів професійної реабілітації інвалідів.

В результаті проведеного стислого аналізу ефективності заходів із соціальної реабілітації можна зробити висновок, що в процесі професійної підготовки і реабілітації величезну роль грає соціокультурний аспект, обумовлений історичними формами і традиціями, які склалися в різних культурах, регіонах і соціальних системах. В таких умовах необхідно використовувати технології соціокультурної реабілітації як резерв, що призводить до соціальної самоорганізації як слухачів, так і випускників професійних закладів. Соціокультурна діяльність може істотно позитивно вплинути на інвалідів всіх вікових і соціальних груп, але особливе значення вона має для молоді з інвалідністю.

Життя людей з інвалідністю в першу чергу формується ними самими, їх соціальна комунікація, рекреація, соціалізація не можуть бути привнесені зовні, завдяки будь-яким суб'єктивним бажанням чи шаблонним схемам. Слід враховувати той несуперечливий факт, що будь-які реабілітаційні проекти, програми, технології, які пов'язані із соціокультурною тематикою, маючи за мету своє цільове призначення не можуть ігнорувати особливості природного культурного середовища, духовних цінностей, потреб і інтересів цих людей, їх культурну самобутність.

Накопичений міжнародний досвід в галузі соціокультурної діяльності дозволяє сформулювати ряд суттєвих загальних та окремих принципів, яких дотримуються у своїй діяльності фахівці і спеціалісти цієї сфери.

До загальних універсальних принципів відносяться: принцип системного

підходу до соціокультурної діяльності інвалідів; принцип середовищного підходу; принцип диференційного підходу до окремого індивіда і соціальних груп.

Основна спрямованість соціокультурної реабілітації повинна сприяти стимуляції інваліда до активних форм рекреації (процеси відновлення життєвих сил і здоров'я людей за допомогою організації творчих форм активності), що сприятиме їх ефективній соціалізації. Важливо використовувати як традиційні форми рекреації (проглядання розважальних програм; участь в масових дозвільних заходах тощо), так і специфічні для інвалідів розвиваючі рекреаційні форми (арт-терапія, професійні демонстраційні конкурси).

Особливістю проведення соціокультурних заходів в умовах центру професійної реабілітації інвалідів виявилось те, що всі вони гармонійно поєднувались із загальним процесом трудової реабілітації для підвищення її ефективності. В центрах професійної реабілітації інвалідів не тільки приділяють велику увагу привабливості дозвільних заходів, але і використовують різні форми рекреації як можливості застосування набутих знань, умінь і навичок своєї майбутньої професії, одночасно демонструючи вміння подолання певних проблем, пов'язаних з наявними обмеженнями життєдіяльності.

В центрах професійної реабілітації інвалідів творче дозвілля різноманітне, як за формою, так і за змістом. Так у Луганському міжрегіональному центрі професійної реабілітації інвалідів воно включає: проведення концертів, присвячених різним пам'ятним датам і святкам; тематичні вечори „В світі закоханих”, „Юморина в Центрі”; тематичні і вітальні радіогазети; „Турнір ерудитів” та „Козацькі забави”; виставки робіт з природних матеріалів „Природа і ми”, „Фантазії природи”; конкурси плакатів „Біль Чорнобиля”, „Скажемо СНІДу – Ні!”. Особливою популярністю користуються танцювальний конкурс „Танцюють всі” і пісенний конкурс «Дві зірки» за участю слухачів і співробітників Центру.

Основна мета цих заходів полягає в гармонізації розвитку особи через розвиток здатності самовираження і самопізнання. До основних методів їх проведення відносяться творчі методи реабілітації – музична, танцювальна терапії

та ізотерапія. З досвіду проведення таких конкурсів можна стверджувати, що у слухачів значно посилюється відчуття власної гідності, підвищується самооцінка, розвивається групова взаємодія (спільна робота, формування здатностей до трудової діяльності в процесі занять специфічними, цілеспрямованими видами творчості). В цьому напрямку роботи фахівці з соціальної роботи плідно співпрацюють з психологами та педагогами (детально цей матеріал буде викладено у наступному розділі).

Провідне місце в заходах соціокультурної реабілітації займають конкурси-презентації робітничих професій. Вони застосовують демонстраційні форми проведення, а саме: слухачі, які навчаються професії перукар (модельєр) беруть участь в демонстраційному конкурсі на кращу сучасну стрижку і зачіску; майбутні швачки і вишивальниці представляють зразки своїх кращих моделей одягу і вишивок; оператори комп'ютерного набору готують конкурсні кліпи-презентації, які безпосередньо демонструються широкому колу слухачів центру.

Творча активність в процесі навчання позитивно впливає на самооцінку, самореалізацію слухачів і сприяє випускникам центру в ефективному працевлаштуванні та подальшій освіті. Так, наприклад, два випускники центру професійної реабілітації інвалідів – переможці конкурсу „Турнір ерудитів”, опанувавши робітничу професію „Оператор комп'ютерного набору” відповідно зайняли посади інспектора відділу кадрів „Товариства „Монтаж ОЗЧМ” у м. Антрацит на Луганщині та контролера ОТК підприємства „Пластик-карт” у с. Нові Петрівці на Київщині. Останній продовжує своє навчання на фінансово-економічному факультеті Київського національного університету технологій та дизайну. Серед випускниць центру, будучі активними учасниками конкурсів-презентацій на кращу сучасну стрижку і зачіску, переможниця конкурсу успішно відкрила власну справу, салон-перукарню на Черкащині; дві випускниці-вишивальниці з Донеччини самостійно організували клуб вишивальниць, де навчають дітей шкільного віку традиційним, національним технікам вишиванок. Вони також уклали договір з Решетилівським художньо-професійним ліцеєм, де

отримують замовлення на виготовлення вишиванок для всієї України.

Великий інтерес викликала у слухачів фотовиставка, присвячена Міжнародному Дню студента, основою якої стали фотороботи слухачів, які висвітлили всі аспекти їх життєдіяльності і процесу навчання. Слід звернути увагу на той факт, що частина випускників центрів, які були активними учасниками і переможцями ряду конкурсів, продовжують своє подальше навчання у навчальних закладах і успішно реалізують здобуті вміння і знання на практиці. Так, 70 випускників центру професійної реабілітації інвалідів продовжили своє подальше навчання у закладах III та IV рівня акредитації, що складає близько 4% від загальної чисельності випускників.

Важливе значення має навчання слухачів навичкам проведення дозвілля, заняття спортом та фізичною культурою. Воно передбачає набуття знань про різні види спортивної діяльності та дозвілля, навчання використанню для цього спеціальних технічних засобів реабілітації.

Прикладом цієї роботи є проведення під керівництвом фахівців з фізичної реабілітації спортивних змагань з шахів, шашок, настільного тенісу, а також змагань з міні-футболу, футболу, волейболу, баскетболу та дарцу, (наприклад, для візочників змагання по дарцу, з техніки управління інвалідним візком).

Професійна діяльність і соціальна активність інвалідів у значній мірі визначається фізичним станом і функціональними можливостями організму. Тому, використання цих заходів реабілітації є дуже важливими як для самого інваліда, так і для суспільства в цілому через те, що ефективна спортивно-оздоровча робота безпосередньо пов'язана з економічною рентабельністю, підвищенням працездатності, зменшенням захворювань, активізацією суспільної та професійної діяльності інвалідів.

Досвід роботи центрів свідчить, що при розробці стратегії професійної реабілітації інваліда в першу чергу слід створити необхідні умови для його індивідуального розвитку, самореалізації і самовдосконалення, що в кінцевому результаті дасть йому можливість змінювати певні обставини свого життя.

Яскравим прикладом реалізації стратегії соціальної реабілітації в умовах центрів професійної реабілітації є той факт, що кадровий склад більшості центрів поповнюється своїми вихованцями, які будучи його випускниками, продовжили своє навчання і повернулися працювати на посадах соціальних працівників, викладачів, методистів тощо.

Важливою умовою успіху соціальної реабілітації було поетапне, оперативне введення слухача в соціальні технології. Для цього необхідно знати достатньо повно проблеми інваліда, збудувати програму коректувальної допомоги, відібрати відповідно до його можливостей індивідуальні заходи соціальної реабілітації, тому процес соціальної реабілітації слухачів у центрі професійної реабілітації інвалідів розпочинається з моменту приїзду до центру для проходження профвідбору і проходить в три кроки: перший – соціальна діагностика, прогностика, розробка індивідуального плану реабілітаційних заходів слухача; другий – активна реабілітація, підтримка і стимуляція (протягом всього курсу реабілітації); третій – аналіз та оцінка результатів соціальної реабілітації.

Основні завдання першого кроку – соціальна діагностика та прогностика – полягали у проведенні вступної соціальної діагностики, оцінки ступеню соціальної адаптованості слухача, що забезпечує профвідбір вступника і визначає основні соціальні проблеми, які потребують подальшої корекції.

Перший крок реалізувався з урахуванням висновків та рекомендацій спеціалістів органів праці та соціального захисту населення, медичних установ, служби зайнятості за місцем проживання слухача, рекомендацій ППР та під контролем Приймальної комісії Центру. Передбачається проведення соціальної діагностики з метою професійного відбору інвалідів в Центрі. При цьому враховуються висновки та рекомендації, викладені в індивідуальній картці професійної консультації клієнта, виданій центром зайнятості.

Під час професійного відбору в умовах центру проводилися: соціальне анкетування; індивідуальні співбесіди зі вступником фахівців з соціальної роботи та практичних психологів; індивідуальні заходи адаптації до умов центру тощо. За

результатами соціальної та психологічної діагностики визначається спроможність вступника оволодіти обраною професією, готуються висновки щодо можливості (або неможливості) його професійної реабілітації в центрі.

Методи, що застосовувалися: аналіз пакету документів (історія хвороби, документ про освіту тощо); бесіда, інтерв'ю (опитування) вступника, його родичів; соціальне анкетування; спостереження за особливостями поведінки вступника, стосунками з рідними, комунікативними навичками тощо; розробка індивідуального плану реабілітаційних заходів.

За результатами професійного відбору в умовах центру Приймальною комісією приймалося рішення про зарахування (або не зарахування) інваліда на професійну реабілітацію до центру.

Соціальна діагностика передбачала збір необхідної офіційної інформації про слухача-інваліда, його рівень освіти, визначення його соціального статусу. Дає змогу оцінити вид та ступінь обмеження життєдіяльності інваліда. Дані соціальної діагностики враховувалися при складанні індивідуального плану реабілітаційних заходів.

Ступінь соціальної адаптованості оцінювався фахівцями з соціальної роботи шляхом проведення бесіди (структурованого інтерв'ю), анкетування. Соціальна адаптація розглядається в широкому змісті, що включає різноманітні сторони життя. Це дозволяє більш якісно оцінити успішність самостійного функціонування випускників. Ступінь соціальної адаптованості на час прибуття до центру на професійну реабілітацію може бути оцінений як високий, середній, проблемна адаптація, дезадаптація.

Одночасно проводяться заходи з соціально-побутового патронажу які включають: інформування щодо спеціального пристосування житлових приміщень, в яких мешкають слухачі центрів під час навчання щодо їх індивідуальних потреб, адаптації слухача до нових умов проживання, харчування, навчання, відпочинку тощо.

Підсумком заходів у межах першого кроку є: забезпечення профвідбору

слухачів; розробка індивідуального плану заходів з соціальної реабілітації із врахуванням особливостей фізичного стану слухача, потреби у психологічній та педагогічній корекції, плануванням індивідуальної та групової роботи; формування навчальних груп з урахуванням показників соціальної сумісності; сприяння процесу адаптації слухача до умов навчання в центрі.

Другий крок – активна реабілітація, підтримка і стимуляція - був спрямований на вирішення завдань, що полягали у проведенні відповідно до індивідуального плану реабілітаційних заходів повного комплексу всіх заходів соціальної реабілітації, зокрема заходів з соціальної корекції та соціального консультування. Цей крок починався після зарахування людини з обмеженими можливостями здоров'я на курс професійної реабілітації і закінчувався проведенням кваліфікаційної атестації. Проводилася за рекомендаціями і під контролем Реабілітаційної комісії центру, до складу якої входили фахівці з соціальної роботи.

Фахівцями з соціальної роботи здійснювався динамічний та проміжний контроль за соціальною адаптацією слухача в умовах Центру. Динамічний контроль передбачав періодичні заняття та бесіди слухача з фахівцем з соціальної роботи, в ході яких виявляються проблеми і потреби соціальної адаптації та соціально-побутового характеру з відображенням їх у картці соціального супроводу слухача. Проміжний контроль проводився по закінченні першої половини терміну професійного навчання слухача і передбачає проведення соціального анкетування, індивідуальних співбесід зі слухачем та корекцію (в разі необхідності) ІПРЗ.

Фахівці з соціальної роботи самостійно, з урахуванням результатів діагностики, визначали форми і методи роботи зі слухачами, черговість і послідовність заходів з соціальної реабілітації.

Під соціальними функціями (їх також називають соціальними вміннями) розуміли навчання, трудову діяльність, здатність до самообслуговування і самостійного пересування, здатність до комунікації тощо.

Висновки фахівців з соціальної роботи мали рекомендаційний характер. Слухачі самостійно вирішували питання про участь у заходах з соціальної реабілітації в межах його ІПРЗ.

Заходи з соціальної реабілітації проводилися у центрі професійної реабілітації інвалідів щоденно при 5-денному робочому тижні (та клубу вихідного дня) згідно планів роботи фахівців з соціальної роботи, плану соціокультурних реабілітаційних заходів Центру.

Індивідуальна робота зі слухачем включала *індивідуальні інтерв'ю та консультивання, соціально-побутовий патронаж, надання слухачеві послуг побутового характеру.*

Соціально-побутовий патронаж включав: навчання основних соціальних та побутових навичок; інформування щодо спеціального пристосування житлових приміщень, в яких мешкають слухачі центрів під час навчання щодо їх індивідуальних потреб, праце терапію.

До функціональних обов'язків фахівців з соціальної роботи, які забезпечують вказаний напрямок індивідуальної роботи входило систематичне відвідання: навчальних занять з метою діагностування набутого рівня соціальної адаптованості слухачів; житлових корпусів з метою: спостереження та контролю набутих ними соціальних вмінь і навичок; дотримання встановленого в центрах правил внутрішнього розпорядку та санітарно-гігієнічних вимог; вирішення інших побутових проблем, що виникають під час компактного проживання; надання необхідної безпосередньої практичної допомоги слухачеві (допомога в придбанні проїзних квитків, оформлення різного роду документів, відпрацювання навичок самообслуговування тощо).

З метою якісного забезпечення соціального патронажу слухачів центрів професійної реабілітації інвалідів фахівці з соціальної роботи зверталися за консультаціями та допомогою до установ соціального захисту населення, системи освіти і науки, сім'ї та молоді, медичних та інших установ, підприємств та організацій.

Загальними принципами оволодіння *соціально-побутовими вміннями та навичками виступали*: методичність, наполегливість, постійність такої роботи; позитивне підкріплення кожного маленького успіху; поєднання опори на інтереси і запити людини з об'єктивним аналізом проблемних галузей; дозування навантаження на слухача, що захищає його від надмірної напруги.

Досвід центрів професійної реабілітації інвалідів, зокрема Луганського Міжрегіонального центру професійної, медико-фізичної та соціальної реабілітації інвалідів, дозволяє розкрити основні завдання та структуру *соціально-побутового патронажу*.

Основна увага приділялася вихованню позитивних особистісних якостей, а також повторенню, закріпленню та розширенню отриманих в процесі перебування в центрі знань, автоматизації вмінь, придбанню нових і формуванню корисних звичок, еталонів поведінки.

Оволодіння певним колом *соціально-побутових навичок* є також необхідною умовою для успішної адаптації в трудових колективах, спілкування з оточуючими. Самообслуговування включає складні по своїй структурі навички. Тут можуть виникнути певні ускладнення: у визначенні і засвоєнні послідовності операцій в оволодінні кожною з них. Накопичення соціально-побутових знань, умінь, навичок повинно відбуватися поступово.

Соціально-побутове орієнтування включає заходи спрямовані на розвиток і вдосконалення навиків самообслуговування, ведення домашнього господарства, орієнтування в навколишньому середовищі інвалідів.

В цілому засвоєння навичок господарсько-побутової діяльності забезпечило підвищення рівня соціальної адаптованості осіб з обмеженими можливостями, сприяє їх профорієнтації.

З метою формування необхідних гігієнічних вмінь і навичок у слухачів різних вікових груп в центрах професійної орієнтації проводяться цикли лекцій, тренінгові заняття щодо елементарних відомостей про хвороби при недотриманні санітарно-гігієнічних правил, зокрема культури харчування, виховання прагнення

до підтримки порядку, тощо.

Соціально-побутовому орієнтуванню слухачів сприяє також суспільно-корисна праця. *Працетерапія* - це активний метод відновлення порушених функцій і працездатності слухачів центрів професійної реабілітації інвалідів за допомогою певних трудових операцій. Проводиться з метою подальшого відновлення працездатності, спрямовує на цілеспрямовану, усвідомлену, результативну діяльність. В результаті поєднання в процесі працетерапії розумових і фізичних зусиль разом з соціальною доцільністю, сприяє поверненню слухачеві впевненості у своїх силах, робить його повноцінним членом суспільства.

Працетерапія здійснюються у навчально-виробничих майстернях (для технічних і обслуговуючих видів праці), підсобних господарствах, на земельних ділянках з обов'язковим дотриманням правил техніки безпеки, урахуванням вимог чинного санітарного законодавства. Процес працетерапії повинен проходити в кожній групі в присутності інструктора з праці та соціального і медичного працівника (залежно від характеру виконуваних робіт).

Слухачі залучаються до самообслуговування, різних видів суспільно корисної праці з урахуванням віку, статі, фізичних особливостей, вимог чинного санітарного законодавства, норм і правил особистої гігієни та охорони здоров'я. При цьому особам забезпечуються належні санітарно-гігієнічні й безпечні умови на робочих місцях згідно із законодавством. Розрізняють загальнозміцнюючу (тонізуючу), відновну і професійну працетерапію. В центрах професійної реабілітації інвалідів переважно застосовується загальнозміцнююча (тонізуюча) та відновна працетерапія на території, в класах та майстернях. Особливого змісту працетерапія набуває під час проведення загальнодержавних акцій сприяння реабілітації та зайнятості осіб з інвалідністю.

Працетерапія проводиться в перервах між практичними заняттями в позаурочний час, на вихідні дні. Результатом працетерапії є цілеспрямоване виконання робочого завдання. Дозування фізичного навантаження і трудовий режим встановлюють індивідуально. Фахівцями з соціальної роботи разом із

лікарями-кураторами проводиться оцінка енергетичної спроможності інваліда працювати у діапазоні енерговитрат певної трудової діяльності. Це, разом із безпосереднім наглядом за реакцією слухача на фізичні навантаження, є основою висновку про можливість відновлення роботи в повному чи меншому обсязі, зміни умов робітничої професії та майбутньої праці.

Групова робота передбачала проведення *лекцій* санітарно-просвітницького змісту, з організації безпеки життєдіяльності, *бесід* на морально-етичні теми, *дискусій, соціально-психологічних тренінгів, занять з арттерапії*.

Підсумком заходів із соціальної реабілітації при реалізації другого кроку було: підвищення рівня соціальної і комунікативної компетентності слухачів; набуття та опанування навичок автономного проживання, стереотипів безпечної поведінки; формування мотивації до навчання та отримання робітничої професії тощо.

Третій крок – аналіз та оцінка результатів соціальної реабілітації – був завершальним, його метою виступала загальна оцінка ефективності соціальної реабілітації через: оцінку змін, які відбулися у процесі надання соціальних послуг і після того, як вони були отримані слухачем; вивчення нових потреб, які з'явилися у слухача у результаті змін в процесі професійної реабілітації; підготовку особи до згортання соціальної допомоги (соціального супроводу) як складову припинення роботи; надання конкретних рекомендацій.

Методичними особливостями цього кроку було те, що особа має бути підготовленою до припинення активного втручання і воно повинно відбуватися поступово, за рахунок скорочення обсягів допомоги. Таке скорочення відбувається тоді, коли фахівець з соціальної роботи за результатами підсумкової оцінки має підстави робити висновок, що позитивні зміни набули ознак достатньої сталості.

На завершальному кроці реабілітаційного процесу здійснювалася *соціальна діагностика актуального стану слухача та надаються конкретні рекомендації після завершення реабілітаційного процесу*.

Вихідний контроль передбачав проведення індивідуальних співбесід з метою

оцінки ефективності заходів з соціальної реабілітації.

Результатом виконання реабілітаційної програми інваліда є забезпечення інтеграції інваліда в суспільство.

Після закінчення курсу реабілітації випускнику видається рекомендаційний лист, де вказується назва та реквізити центру, прізвище, ім'я, по-батькові випускника, перелік та обсяг наданих йому послуг, результати реабілітації, наступні рекомендації.

Підсумком третього кроку є оцінка ефективності заходів із соціальної реабілітації: аналіз результатів заходів соціальної реабілітації; оцінювання результатів соціальної реабілітації; надання наступних рекомендації щодо сприяння працевлаштуванню.

Планування та контроль за виконанням індивідуального плану реабілітаційних заходів (ІПРЗ) з соціальної реабілітації слухача, забезпечення послідовності, комплексності і безперервності виконання реабілітаційних заходів, оцінку їх результатів та ефективності здійснювала Реабілітаційна комісія центру професійної реабілітації інвалідів. Основними документами з планування та обліку заходів з соціальної реабілітації в центрі були: паспорт реабілітації слухача (динамічна частина); індивідуальний план реабілітаційних заходів (ІПРЗ); картка соціального супроводу слухача.

Індивідуальний план реабілітаційних заходів розроблявся за результатами вхідної діагностики та в разі необхідності корегувався за результатами проміжного та поточного контролю за якістю реабілітаційного процесу. Наприкінці курсу професійної реабілітації фахівець з соціальної роботи заповнював графі щодо виконання ІПРЗ і доповідав на засіданні Реабілітаційної комісії центру про результативність роботи.

Картка соціального супроводу слухача – форма внутрішньої первинної облікової документації фахівця з соціальної роботи, що відображає соціальний анамнез слухача Центру та містить перелік реабілітаційних заходів з соціальної реабілітації слухача (напрямки, форми, обсяги, строки), спрямованих на адаптацію

слухача до умов Центру, розвиток громадської активності, інтелектуальних, фізичних та інших здібностей та виконання ним основних соціальних функцій (професійне навчання, подальше працевлаштування, комунікації з людьми).

Обліковими документом роботи з соціальної реабілітації слухачів у Центрі є журнали обліку роботи фахівця з соціальної роботи, у яких здійснюється облік проведення зі слухачами індивідуальної, групової роботи та масових заходів (дата, час і зміст).

Фахівці з соціальної роботи щоквартально подають заступнику директора з навчально-виховної роботи звіт про проведену роботу. Контроль діяльності фахівців з соціальної роботи у центрі здійснюють директор, заступник з навчально-виховної роботи, керівники підрозділів, яким підпорядковується соціальна служба центру, які вивчають стан і якість виконання заходів, науково-методичний рівень і ефективність комплексного забезпечення заходів з соціальної реабілітації слухачів, впровадження передового досвіду в галузі соціальної роботи.

Ефективність реалізації програми залежала від великої кількості чинників зовнішнього й внутрішнього характеру. При розгляді досвіду реалізації системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я у діяльності регіональних реабілітаційних центрів, зупинимось лише на основних, які ми виділяємо як умови ефективності запровадження розробленої системи, це, зокрема: прийняття й усвідомлення соціальними педагогами та соціальними працівниками сутності програми як документа, що систематизує й регламентує основні цілі трудової реабілітації й шляхи їх досягнення, готовність спеціалістів, батьків і самих інвалідів до здійснення основних положень програми, наявність індивідуальної особистої концепції саморозвитку особи з обмеженими можливостями, у якій визначено перспективи саморозвитку, обґрунтовано й узгоджено уявлення про пріоритетні напрями педагогічного супроводу, створення механізму координації зусиль педагогів, соціальних працівників, лікарів, батьків, працівників закладів соціальної галузі, постійний моніторинг, відстеження й регулювання стану клієнтів та ефективності застосовуваних методів соціально-

педагогічного впливу, створення механізму зворотного зв'язку, інформування всіх суб'єктів соціально-педагогічної й медично-реабілітаційної діяльності про досягнуті результати й труднощі та проблеми, що виникають тощо.

Зазначені умови, що зберігалися на усіх етапах діяльності, дозволили особам з обмеженнями життєдіяльності самовизначитись у різноманітних видах діяльності, педагогам реалізувати заходи для соціалізації осіб з обмеженими можливостями в широкому соціальному й культурному контексті; батькам – брати участь у створенні ринку праці й освітніх послуг, а організаторам і управлінцям – приймати рішення з урахуванням ситуації у регіоні в цілому.

Програма передбачала здійснення комплексу заходів щодо соціального захисту і реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями, забезпечуючи їм: правовий захист; соціальний захист та реабілітаційні заходи; соціально-культурну реабілітацію; покращення соціально-побутових умов; медико-фізичну, професійну та соціальну реабілітацію тощо. Фінансування заходів програми здійснювалось за рахунок коштів обласного та місцевих бюджетів, громадських організацій та фондів.

Зміст соціальної роботи залежав від ступеню дезадаптації інвалідів, їх соціально-психологічних особливостей і здійснювався на різних рівнях різними силами та різними методами. Зокрема, відбувалася організація роботи щодо професійної орієнтації молоді як однієї з найбільш уразливих категорій населення з метою формування професійних намірів учнів та побудови кар'єри: проведення з учнями загальноосвітніх навчальних закладів групових профінформаційних консультацій, профорієнтаційних семінарів („Твій вибір: професійне самовизначення”), професіографічних екскурсій (на ринкоутворюючі підприємства, до навчальних закладів: „Екскурс у світ навчальних закладів Луганщини”), уроків („Вибір професії – крок за кроком”, „Уроки реального трудового життя”, „Економічні уроки”, „Бізнес-класи”) тощо; організація для учнів випускних класів загальноосвітніх навчальних закладів тижнів профінформування, профтехосвіти, робітничих професій, місячників з профорієнтації (професій машинобудівного

профілю, будівельних професій), днів профорієнтації (у віддалених сільських школах), днів відкритих дверей центру зайнятості, навчальних закладів та ПОУ, інших масових заходів („Гімн робочої професії”, брейн-ринги „Віват – податки!”, ділові ігри „Як шукати роботу”); запровадження у практику роботи загальноосвітніх навчальних закладів надання індивідуальних професійних консультацій учням та їх батькам (проведення батьківських зборів та конференцій „Діємо разом”); запровадження у практику роботи навчальних закладів професійної освіти проведення семінарів з техніки самостійного пошуку роботи та побудови професійної кар’єри для учнів та студентів; надання учням та студентам індивідуальних професійних консультацій; застосування інших форм і методів профорієнтаційної роботи з молоддю, проведення „Ярмарків кар’єри”, „Днів кар’єри”, „Днів випускника”, презентацій роботодавця, конкурсів профмайстерності.

Важливим напрямом роботи було надання профорієнтаційних послуг соціально незахищеним категоріям населення з метою підвищення їх конкурентоспроможності на ринку праці стало: проведення тематичних семінарів для цільових груп населення, в т. ч. із залученням зацікавлених організацій (для безробітної молоді – „Школа реального життя: крок до професії”, „Немає досвіду...Чи це так?”, „Молодь: перспективи працевлаштування та зайнятість”, „Шляхи професійної самореалізації молоді”, „Відродження села – справа молодих”; для жінок – „Жінка і праця”, „Особливості зайнятості жінок”, „Трудове рабство: можливості попередження”, „Жінка в бізнесі”, семінари-презентації „Я– успішна жінка!”), для безробітних чоловіків „Знайди роботу в Україні”); надання індивідуальних професійних та психологічних консультацій, в т. ч. із залученням спеціалістів зацікавлених організацій.

Дієвим виявилось забезпечення діяльності комплексних центрів та класів на базі навчальних закладів, проведення семінарів з техніки пошуку роботи, презентацій курсів профнавчання, професій, тренінг-семінарів, семінарів „Служба зайнятості – працівникам села”, з орієнтації на підприємницьку діяльність,

загальних основ підприємницької діяльності, основ комп'ютерної грамотності, із загальних питань зайнятості та стану ринку праці.

У цілому, підсумовуючи результати якісного аналізу досвіду реалізації системи трудової реабілітації осіб з обмеженими психофізичними можливостями, слід зазначити, що методи спостереження та опитування працівників центрів, науково-педагогічних працівників, батьків осіб з особливими потребами дозволили нам стверджувати, що працівники центрів підвищили свої компетенції в контексті організації та реалізації трудової реабілітації. Зафіксовано позитивну динаміку в ставленні батьків молоді з обмеженими можливостями здоров'я до трудової реабілітації. Повністю або частково вирішено наступні проблеми: здійснення психологічного консультування батьків у процесі навчання; розробка науково-методичних рекомендацій для батьків; допомога батькам у формуванні розкладу дня слухачів центрів. Щодо осіб з обмеженими можливостями здоров'я, у ході впровадження розробленої системи вони здобули більш глибокий досвід виконання конкретних навчальних дій особистості й володіння необхідними практичними навиками в контексті підготовки до майбутньої трудової діяльності. Варто зазначити й підвищення рефлексивних умінь молоді з обмеженими можливостями здоров'я (здатність до самоаналізу і самооцінки, до використання результатів самоаналізу, потребу та прагнення до самовдосконалення).

Окреслюючи можливості подальшої розробки порушеної проблеми, наголосимо, що процес формування професійного рівня осіб з обмеженими можливостями здоров'я може бути найбільш ефективним за рахунок оптимізації використання соціально-педагогічних технологій, з врахуванням індивідуальних та вікових особливостей осіб з особливими потребами, можливостей регіонального реабілітаційного середовища, що зумовлює необхідність розробки системи безперервної трудової реабілітації даного контингенту, яка сприятиме їх соціальній адаптованості та захищеності протягом усього життя.

Матеріали параграфу висвітлені у публікаціях автора [147; 154].

2.3. Аналіз результатів експериментальної роботи

Науково-теоретичний аналіз досліджуваної проблеми трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в системі комплексних заходів регіональних реабілітаційних центрів та розкриття її теоретико-методичних засад є необхідною та достатньою підставою для подальших наукових пошуків. Починаючи з 2009 р. експериментальне дослідження було реалізовано за чотирма основними етапами: констатувальним, пошуковим, формувальним та узагальнювальним.

Експериментальна робота виконувалася у визначених вище експериментальних закладах. У дослідженні взяли участь 116 молодих осіб з обмеженими можливостями здоров'я: 56 осіб експериментальної групи (ЕГ) і 60 осіб контрольної групи (КГ). Відповідно до критерію Пірсона χ^2 емпіричний розподіл на контрольну й експериментальну групи є порівняним з рівномірним, тобто розбіжності між розподілами статистично недостовірні, тому що $\chi_{емп}^2 < \chi_{кр}^2$ (див. Табл. 2.1).

Для кількості ступенів свободи $\nu=1$ $\chi_{кр}^2 = \begin{cases} 3,841, p \leq 0,05 \\ 6,635, p \leq 0,01 \end{cases}$, де $f_{емп}$ – емпірична частота, f_m – теоретична частота, $\chi_{емп}^2$ – емпіричне значення критерію, $\chi_{кр}^2$ – критичне значення критерію, p – рівень значущості.

Таблиця 2.1

Зіставлення розподілу кількості осіб контрольної та експериментальної груп з теоретичним (рівномірним)

№	Емпірична частота	Теоретична частота	$f_{емп} - f_m$	$ f_{емп} - f_m - 0,5$	$(f_{емп} - f_m - 0,5)^2$	$(f_{емп} - f_m - 0,5)^2 / f_m$
1	56	58	-2	1,5	2,25	0,039
2	60	58	2	1,5	2,25	0,039
Суми	116	116	-	-	-	0,078

Крім того, до вибіркової сукупності як експерти та помічники ввійшли, 70 волонтерів-студентів ЛНУ імені Тараса Шевченка, 25 представників регіональних реабілітаційних центрів, а також 36 батьків молоді з обмеженими

можливостями здоров'я.

Організуючи вибірково сукупність, ми намагалися передати реальний стан трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в Україні, його основні проблеми та недоліки з позиції суб'єктів та об'єктів зазначеного процесу, визначити рівень соціально-психологічної готовності молоді до трудової діяльності, а також пріоритети розвитку регіональних реабілітаційних центрів.

Послідовність етапів педагогічного експерименту, достатня кількість його учасників, вірогідність методів дослідження стали найважливішими умовами для розроблення та впровадження системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльності регіональних реабілітаційних центрів.

Перед тим, як представити результати констатувального експерименту, наведемо офіційну статистику, яка якнайкраще підтверджує значущість проблеми дослідження. Так, починаючи з 2000 р. кількість інвалідів в Україні зросла приблизно на півмільйона осіб (з 2,1 до 2,6 млн). Водночас кількість працюючих інвалідів становить лише близько 15 % від загальної кількості осіб з обмеженими можливостями. Отже, виникає необхідність у поліпшенні матеріального стану молоді з обмеженими можливостями здоров'я, забезпечення їм стабільності й впевненості, інтегруванні в суспільне життя, доведенні, що вони є рівними з-поміж рівних – ось основні завдання, досягти які можливо, якщо системно вирішувати проблему трудової зайнятості.

У процесі дослідження нами була вивчена думка різних категорій опитуваних щодо необхідності трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльності регіональних реабілітаційних центрів. Працівники таких центрів майже одногосно (88,8 %) позитивно висловилися на поставлене питання (див. Рис. 2.1). Різні думки щодо зазначеної проблеми представили батьки молоді з обмеженими можливостями здоров'я та здорові студенти зі спеціальності „Спеціальна освіта”. Цікаво, що доля тих, хто позитивно відповів на це питання збільшується у студентів, які вже проходили виробничу практику (магістранти – 79,7 %, студенти I – II-курсів – 22,4 %).

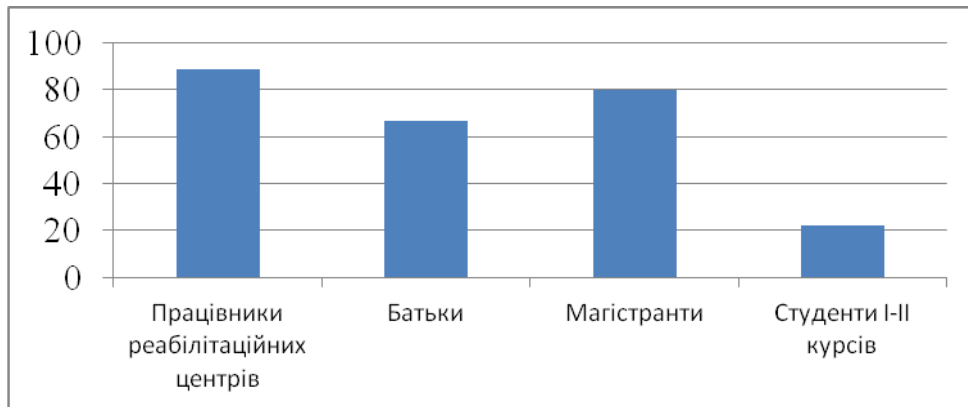


Рис. 2.1. Розподіл думок щодо необхідності трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я

Більшість із 36 опитаних батьків (66,5 %) також вважають, що трудовій реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльності реабілітаційних центрів необхідно приділяти особливу увагу. Цю важливість вони пояснюють наявністю труднощів, з якими зіштовхується молодь з обмеженими можливостями здоров'я. Серед основних – недостатність спеціальних (корекційних), реабілітаційних закладів (особливо в невеликих містах і селах), кваліфікованих кадрів (юристів, психологів, логопедів, дефектологів, соціальних працівників та ін.), що не дозволяє забезпечити дітей-інвалідів необхідними освітніми та реабілітаційними послугами.

У процесі опитування також зроблено наголос на важливості отримання соціальної, психологічної, педагогічної, юридичної, медичної допомоги особам з психофізичними вадами розвитку та членам їх сімей.

Крім того, окремі працівники реабілітаційних центрів звернули увагу на те, що сучасний зміст, принципи, форми та методи роботи центрів не співвідносяться з реаліями сьогодення. Потрібне вивчити залежність успішного працевлаштування та розвитку кар'єри від форми отриманої освіти; визначити конкретні потреби осіб у створенні спеціальних умов праці; визначити, з якими бар'єрами стикаються інваліди, працюючи на своїх робочих місцях; виявити діапазон професій, що найбільш затребувані людьми з обмеженими можливостями через їх освітній рівень, особисті вподобання та об'єктивні фактори, у тому числі форми інвалідності тощо.

Спілкування з працівниками центрів дозволило нам також з'ясувати, які саме

заходи необхідно вжити задля покращення трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльності регіональних реабілітаційних установ. Переважно називали спецкурси, методичні семінари, тренінги, висловлювалися також про необхідність проведення спільних заходів з громадськими організаціями.

Перейдемо далі до обґрунтування та розроблення **критеріальної бази дослідження**. Зауважимо, що поняття «критерій» походить від гр. *kritcrion* – «здатність розрізнення, засіб судження, мірило». Зазвичай під критерієм розуміють якості, властивості, ознаки досліджуваного об'єкта, що дають можливість дійти висновків про його стан і рівень розвитку.

Із поняттям „критерій” тісно пов'язане інше поняття – „показник”, тобто кількісна і якісна характеристика сформованості кожної властивості, ознаки досліджуваного об'єкта. Отже, під показником ми розуміємо рівень сформованості критеріїв. Причому як слушно зазначає С. Сисоєва, ми дотримуємося вимог: критерій розкривають через низку показників, завдяки яким роблять висновки щодо рівня вираженості критерію; критерій повинен відбивати в часі та просторі динаміку якості, що вимірюється [206, с. 54].

Загальновідомими є кілька підходів до розробки критеріальної бази дослідження. Зазвичай за основу побудови сукупності критеріїв беруть мету дослідження та відповідно до неї формулюють критерії. Ми маємо глибоке переконання, що такий підхід є найбільш дієвим. Крім того, орієнтуємося на загально визначені критерії якості педагогічних вимірювань: об'єктивність, надійність, валідність і точність.

Спираючись на результати наукових досліджень (І. Зверєва, Г. Лактіонова, С. Пальчевський, С. Харченко, О. Глоба, В. Бондар, Л. Міщук, В. Синьов, І. Іванова, В. Кравченко, Т. Завгородня, І. Козубовська, О. Хохліна, В. Блейхер, В. Лубовський, В. Григоренко та ін.) ми розробили критерії системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльності регіональних реабілітаційних центрів: **мотиваційно-ціннісний, когнітивний та операційно-діяльнісний**.

Обґрунтуванням щодо вибору критеріїв став проведений нами аналіз психолого-педагогічної літератури та результатів дисертаційних робіт, власний досвід організації діяльності регіональних реабілітаційних центрів, а також вивчення думок працівників реабілітаційних центрів, науково-педагогічних працівників, батьків молоді з обмеженими можливостями здоров'я. Доведемо доцільність використання перелічених критеріїв.

Мотиваційно-ціннісний критерій є своєрідним вимірювальником реалізації всіх компонентів розробленої нами системи. Ми його розглядаємо як сукупність мотивів особистості молоді з обмеженими можливостями здоров'я та найважливішу характеристику її здатності до майбутньої праці, ступеня психологічної готовності до роботи в трудових колективах. Основне значення для такої діяльності мають інтерес до пізнання на підставі особистісних потреб, розуміння значущості системи трудової реабілітації, знань її специфіки, самостійність у виборі відповідних завдань (у т. ч. цілеспрямоване виконання робочих завдань у процесі працетерапії), наполегливість у подоланні труднощів при роботі з завданнями, надання допомоги іншим особам з особливими потребами, активність у самоствердженні, саморозвитку, наявність особистісного смислу в трудовій реабілітації, задоволеність власною діяльністю, прагнення досягти в ній вагомих результатів, успіхів, розуміння цінностей відновлення знижених або втрачених професійних функцій, відбору професії та адаптації до неї, поновлення трудової діяльності осіб за старої або нової професії.

Зауважимо, що ми цілеспрямовано говоримо про інтерес до пізнання, урахувавши, що переважна більшість слухачів центрів має вік від 14 до 18 років. Саме в цей період життя формується інтерес до певної професії (спеціальності), зайнятості, умов і організації праці, заробітної платні, відношення до роботи та ін.

Зазначимо, що включення молоді з особливими потребами в трудову, соціальну, освітньо-культурну, правову та економічну сфери суспільного життя, які ми вважаємо найбільш значущими для молоді, розглядається як одно із найважливіших ціннісних досягнень реабілітаційного середовища. При визначенні цінностей зазначеного середовища ми спираємося на те, що відповідно до

Конституції України [93] кожному громадянину держави гарантовано право на працю, вільне обрання професії та можливість заробляти собі на життя працею.

Наступний критерій – **когнітивний**. На наш погляд, він спрямований на оцінювання сукупності набутих знань і намірів, необхідних для включення у реабілітаційне середовище, норм і вимог системи трудової реабілітації, знань про допоміжні засоби навчання, готовність до покращення знань про сутнісні характеристики освіти в межах реабілітаційних центрів, основні закономірності взаємодії людини з особливими потребами і суспільства. Саме цей критерій вимірює рівень конкурентоспроможності осіб з обмеженими можливостями на ринку праці та їх працевлаштування в звичайних виробничих умовах, а також спеціально створених умовах роботи.

Важливе значення має визначення емоційної стабільності, вимогливості до себе і власної поведінки, ініціативи в контактах, толерантності в стосунках, здатності комунікативного впливу на учасників трудової діяльності тощо.

Орієнтиром в нашій роботі є Закон України „Про вищу освіту” [161], де зазначено, що компетентність – динамічна комбінація знань, вмінь і практичних навичок, способів мислення, професійних, світоглядних і громадянських якостей, морально-етичних цінностей, яка визначає здатність особи успішно здійснювати професійну та подальшу навчальну діяльність і є результатом навчання на певному рівні вищої освіти.

Когнітивної компетентності ми досягаємо в процесі цілеспрямованого впливу на молодь через активізацію мотивів відповідної діяльності, опанування системою знань про навчання в реабілітаційному середовищі, формування необхідних умінь і навичок за допомогою різних видів діяльності в регіональних центрах. Завдяки когнітивному компоненту відповідна інформація засвоюється та поглиблюється. При чому, як зазначає С. Вітвицька, оцінюванню підлягають такі характеристики знань як обсяг, повнота, правильність, логічність, усвідомленість і застосування знань [13, с. 234].

Наступний критерій – **операційно-діяльнісний**. На нашу думку, він

спрямований на оцінку досвіду виконання конкретних навчальних дій особистості й володіння необхідними практичними навиками в контексті формування готовності до трудової діяльності, на налагодженість навчальних контактів з працівниками реабілітаційних центрів і іншими особами з вадами здоров'я, включеність у роботу колективу, володіння методиками застосування допоміжних технічних засобів навчання, пристосованість до режиму праці і відпочинку. Його основні ознаки: сформованість спеціальних умінь і самостійність дій, що виконується.

Аналізуючи процес реабілітації важливо також показати, як саме здійснюється самореалізація інвалідів як особистостей та професіоналів.

Важливе значення мають рефлексивні вміння молоді, під якими ми розуміємо здатність до самоаналізу і самооцінки, до використання результатів самоаналізу, потребу та прагнення до самовдосконалення. На нашу думку, рефлексія є однією із найважливіших складових процесу навчання в регіональних реабілітаційних центрах, адже вона дає можливість проаналізувати власну діяльність, від такого аналізу залежить якість подальшої реабілітаційної роботи.

Відтак, зазначені критерії охоплюють всі основні аспекти соціально-педагогічної роботи з молоддю з особливими потребами в умовах реабілітаційного середовища: система знань, система вмінь, активне позитивне ставлення до майбутньої трудової діяльності, морально-вольові, професійні риси особистості, взаємостосунки з працівниками реабілітаційних центрів і іншими особами з обмеженими можливостями здоров'я тощо.

У нашій роботі ми беремо до уваги успішний досвід застосування в дисертаційних роботах трирівневої шкали рівнів показників критеріїв і пропонуємо наступні рівні: низький, середній і високий. Введемо позначення: x_{\min} , x_{\max} – найменше та найбільше значення показника, \bar{x} – середнє значення показника, D – дисперсія, δ – середнє квадратичне відхилення вибіркової сукупності. Для знаходження \bar{x} , D , δ ми використовуємо формули:

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}, \quad D = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 n_i}{n}, \quad \delta = \sqrt{D}, \quad \text{де } n - \text{обсяг, } x_i - \text{варіанти, } n_i - \text{частоти}$$

вибіркової сукупності, $i = 1, 2, 3, \dots, n$, де $n \in N$. Укажемо розмежування за рівнями (див. Табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Рівні показників критеріальної бази дослідження

Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
$(x_{\min}; \bar{x} - \frac{1}{2}\delta)$	$(\bar{x} - \frac{1}{2}\delta; \bar{x} + \frac{1}{2}\delta)$	$(\bar{x} + \frac{1}{2}\delta; x_{\max})$

Ураховуючи власний досвід організації роботи регіональних реабілітаційних центрів, а також здійснений нами історико-педагогічний аналіз проблеми трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я, виділимо показники критеріїв: мотиваційно-цінісного, когнітивного та операційно-діяльнісного системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльності регіональних реабілітаційних центрів (Додаток Е). Виділені критерії, показники та рівні сформованості з кожного з них дозволили нам виявити реальний стан зазначеної проблеми. Питання, що цікавили нас у процесі дослідження, подано в Додатку Ж.

Крім того, ми використовували відомі методики, що були адаптовані відповідно до завдань нашого дослідження: карта самооцінки схильностей клієнтів, диференційно-діагностичний опитувальник, оцінки ступеня соціальної адаптованості (Додаток З); діагностика ціннісних орієнтацій студентів за методикою М. Рокіча, професійної мотивації А. Крилова, опитувальник для оцінки потреби досягнення успіхів [128, с. 496]; методика Т. Пашукової „Шкала емоційного відгуку”, анкета студента на визначення соціальної активності, методика „Самопочуття – активність – настрої” [128, с. 454], опитувальник А. Джерсайлд [128, с. 455], методика „Вихід з важких життєвих ситуацій” [128, с. 483], опитувальник афіліації [128, с. 490], методика А. Звєрькової та Є. Ейдмана, адаптований варіант методики Н. Самсонової „Незакінчене речення”, модифікована анкета оцінки якості життя SF – 36, методика Р. Плутчика

„Діагностика типологій психологічного захисту”, методика „Тест на об’єктивність” [128, с. 469].

Подамо результати констатувального експерименту (див. Табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Оцінка стану трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров’я в межах констатувального експерименту

№	Критерій	Групи	Рівні розвитку, %		
			Низький	Середній	Високий
1	Мотиваційно-ціннісний	КГ	39,8	49,9	10,3
		ЕГ	40,1	50,6	9,3
2	Когнітивний	КГ	38,8	50,0	11,2
		ЕГ	38,7	51,2	10,1
3	Операційно-діяльнісний	КГ	37,5	54,3	8,2
		ЕГ	35,6	56,3	8,1
Загальний рівень		КГ	38,7	51,4	9,9
		ЕГ	38,1	52,7	9,2

Для наочності сприйняття статистичної інформації представимо результати графічно. Для цього розглянемо окремо результати контрольної групи (Рис. 2.2), експериментальної (Рис. 2.3), а також порівняння результатів контрольної та експериментальної груп у межах констатувального експерименту (Рис. 2.4).

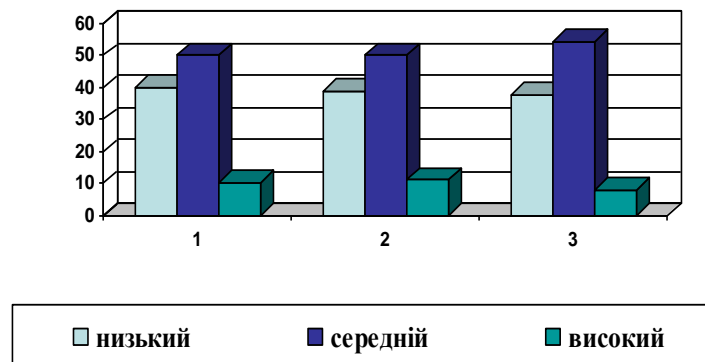


Рис. 2.2. Оцінка стану трудової реабілітації осіб з обмеженими

можливостями здоров'я в межах констатувального експерименту (контрольна група)

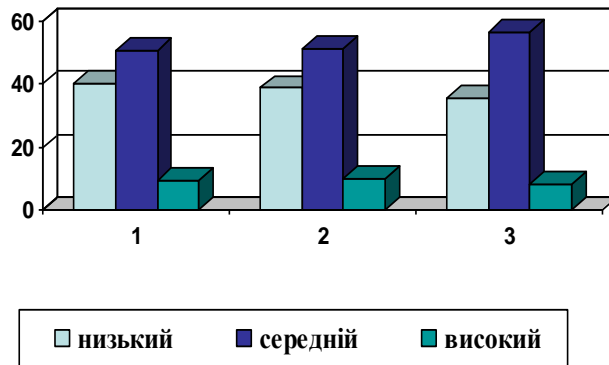


Рис. 2.3. Оцінка стану трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в межах констатувального експерименту (експериментальна група)

На Рис. 2.2, 2.3 уведено позначення: 1 – мотиваційно-цінісний критерій, когнітивний критерій, операційно-діяльнісний критерій.

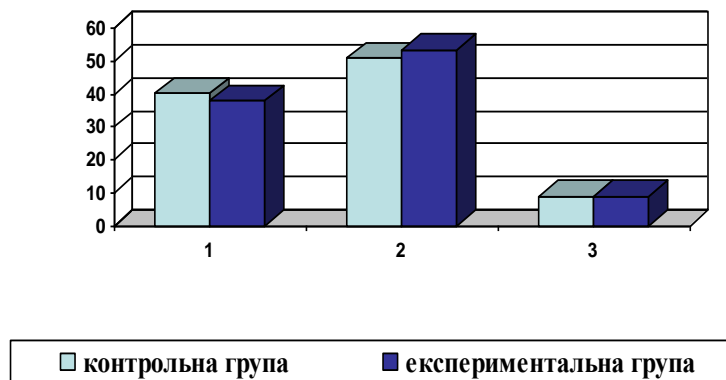


Рис. 2.4. Порівняння контрольної та експериментальної груп на констатувальному етапі експерименту

На Рис. 2.4 уведено позначення: 1 – низький рівень, 2 – середній рівень, 3 – високий рівень.

Отримані статистичні дані щодо експериментальної і контрольної груп порівняли за допомогою критерію Пірсона χ^2 (див. Табл. 2.4). Для кількості

ступенів свободи $\nu=2$ $\chi_{кр}^2 = \begin{cases} 5,991, p \leq 0,05 \\ 9,21, p \leq 0,01 \end{cases}$, $\chi_{емп}^2 < \chi_{кр}^2$, тобто розбіжності між цими розподілами (контрольна та експериментальна групи) статистично не достовірні.

Таблиця 2.4

Розрахунок зіставлення показників контрольної й експериментальної груп за критерієм Пірсона χ^2

№	Емпірична частота	Теоретична частота	$f_{емп} - f_m$	$(f_{емп} - f_m)^2$	$(f_{емп} - f_m)^2 / f_m$
1	38,7	38,4	0,3	0,009	0,002
2	51,4	52,05	-0,65	0,42	0,008
3	9,9	9,55	0,35	0,12	0,013
4	38,1	38,4	-0,3	0,09	0,002
5	52,7	52,05	0,65	0,42	0,008
6	9,2	9,55	-0,35	0,12	0,013
Суми	200	200	-	-	0,046

Для підтвердження сказаного ми також провели розрахунки за критерієм Фішера φ^* (див. табл. 2.5 – 2.7).

Таблиця 2.5

Порівняння показників критеріїв за низьким рівнем для контрольної та експериментальної груп за критерієм Фішера φ^*

Групи	«Є ефект», %	«Немає ефекту», %
КГ	38,7	61,3
ЕГ	38,1	61,9

Отримали $\varphi_{емп}^* = 0,291$, $\varphi_{кр}^* = \begin{cases} 1,64, p \leq 0,05 \\ 2,31, p \leq 0,01 \end{cases}$, $\varphi_{емп}^* < \varphi_{кр}^*$, отже, кількість осіб

контрольної групи, які мають низький рівень показників критеріїв, не більше кількості осіб експериментальної групи, які мають такий самий рівень.

Таблиця 2.6

Порівняння показників критеріїв за середнім рівнем для контрольної та експериментальної груп за критерієм Фішера φ^*

Групи	«Є ефект», %	«Немає ефекту», %
КГ	51,4	48,6
ЕГ	52,7	47,3

За розрахунками $\varphi_{емп}^* = 0,581$, $\varphi_{кр}^* = \begin{cases} 1,64, p \leq 0,05 \\ 2,31, p \leq 0,01 \end{cases}$, $\varphi_{емп}^* < \varphi_{кр}^*$, отже, кількість осіб

експериментальної групи, які мають середній рівень показників критеріїв, не більше кількості осіб контрольної групи, які мають такий самий рівень.

Таблиця 2.7

Порівняння показників критеріїв за високим рівнем для контрольної та експериментальної груп за критерієм Фішера φ^*

Групи	«Є ефект», %	«Немає ефекту», %
КГ	9,9	90,1
ЕГ	9,2	90,8

Маємо $\varphi_{емп}^* = 0,537$, $\varphi_{кр}^* = \begin{cases} 1,64, p \leq 0,05 \\ 2,31, p \leq 0,01 \end{cases}$, $\varphi_{емп}^* < \varphi_{кр}^*$, кількість осіб контрольної

групи, які мають високий рівень показників критеріїв, не більше кількості осіб експериментальної групи, які мають такий самий рівень.

Отже, у межах констатувального експерименту ми здійснили відбір контрольної та експериментальної груп, які є рівноцінними за показниками критеріїв. Перейдемо до аналізу результатів констатувального експерименту, який здійснювався в реабілітаційних центрах при навчанні осіб з наступних професій: „Манікюрниця, педикюрниця” і курсів: „Підприємець-початківець”, „Сучасні вимоги до охорони об’єктів”, „Налагоджувальні і слюсарно-ремонтні роботи в паперовому виробництві”, „Посадка та догляд за лісовими культурами”, „Організаційні основи трудових відносин на підприємствах”, „Нагляд за санітарним станом прилеглих територій багатопверхових будинків”, „Правові та організаційні основи трудових відносин на сучасному етапі”, „Організаційні основи трудових відносин на підприємстві”, „Обслуговування заправного устаткування”, „Допоміжні роботи в закладах громадського харчування”. Низка осіб проходили стажування за професіями: „Слюсар з механоскладальних робіт”, „Інженер-електронік”, „В’язальниця трикотажних виробів та полотна”.

Розглядаючи показники критеріїв, зазначимо, що більшість осіб мають середній рівень показників (КГ – 51,4 %, ЕГ – 52,7 %), а також низький рівень (КГ –

38,7 %, ЕГ – 38,1 %). Як бачимо, молодь переважно не виявляє особливого інтересу та здатності до трудової реабілітації, не має особливого інтересу до пізнання на підставі особистісних потреб, не всі отримують задоволення від реабілітаційного середовища, прагнуть досягти результатів лише в межах його окремих напрямках, недостатньо наполегливі в подоланні труднощів, неактивні в самоствердженні та саморозвитку.

Молодь слабо усвідомлює цінності трудової реабілітації, недостатньо проявляє індивідуальну активність у різних сферах діяльності колективу, суспільного життя. Аналізуючи останню складову, узагальнимо труднощі:

соціальні (труднощі у пристосуванні до нових умов реабілітаційного середовища, зокрема при наявності несприятливих ситуацій в колективі; неприйняття поведінки, що відповідає нормам і правилам регіонального реабілітаційного центру; слабе використання наявних умов для реалізації власних можливостей на здобуття професії);

освітньо-культурні (слабка сформованість мотивації до отримання професії, недостатньо усвідомлена цінність трудової реабілітації, інертність до участі в діяльності регіональних реабілітаційних центрів).

Результати діагностики ціннісних орієнтацій у молоді з обмеженими можливостями здоров'я свідчать про відсутність усвідомлення своєї життєвої позиції, невизначеність особистісного ставлення до цінностей навколишнього світу, що дає підставу характеризувати рівень особистісної зрілості молоді як не цілком відповідний віковому та соціальному критеріям розвитку. Виявлені особливості ціннісних орієнтацій відносимо до одного з суттєвих психологічних бар'єрів на шляху повноцінної трудової реабілітації.

Результати дослідження свідчать, що особи з вадами здоров'я недостатньо обізнані знаннями, необхідними для включення в реабілітаційне середовище, про норми та вимоги до навчання, методики застосування допоміжних технічних засобів навчання, пристосованість до режиму праці і відпочинку. Вони слабо володіють інформацією про сутність трудової реабілітації, майже не готові до

підвищення знань. У молоді слабка налагодженість навчальних контактів з працівниками центрів, включеність у роботу колективу. Вони погано аналізують власну діяльність, недостатньо якісно виявляють та усувають помилки в стосунках з іншими особами з обмеженими можливостями здоров'я.

Низькі рівні сформованості рефлексії пояснюються відсутністю навичок співпраці та надання соціальної підтримки іншим представникам молоді з особливими потребами.

За результатами спостереження також встановлено, що у більшості осіб з вадами здоров'я слабо виражені або взагалі відсутні такі показники саморегуляції поведінки, як: цілеспрямованість, зібраність, розвинений самоконтроль, упевненість в собі, стійкість психоемоційної сфери і позитивний вплив на оточуючих.

На наш погляд, однією з причин низької саморегуляції поведінки є наявність зовнішніх ознак інвалідності чи функціональні обмеження (порушення зору, слуху, мовлення чи неможливість пересуватися без сторонньої допомоги). Це значною мірою впливає на емоційний стан осіб з особливими потребами, їх працездатність, спілкування з оточуючими. Тому ми глибоко переконані, що цим особам треба значно підвищувати самооцінку, впевненість в собі та своїх силах, позитивну мотивацію на досягнення успіху, у т. ч. в трудовій реабілітації.

У процесі індивідуальних співбесід з працівниками центрів з'ясовано, що виконання індивідуальних самотійних завдань чи доручень викликає у молоді з обмеженими можливостями здоров'я негативні переживання – тривогу, страх, невпевненість в собі, що спричинено низьким рівнем саморегуляції поведінки. Інвалідам важко виконувати самотійну роботу не лише через наявність у них функціональних порушень здоров'я, але й через низький рівень їх соціальної активності. Їм важко звернутись за допомогою до інших через страх виявитися безпомічними та незрозумілими.

У молоді з вадами здоров'я в міжособистісних відносинах відчувались такі труднощі: встановлення контактів, некомфортне відчуття в колективі, недостатнє

розуміння емоційних проявів і дій та відсутність взаєморозуміння з оточуючими. Вони проявляли більшу продуктивність в індивідуальній роботі, ніж в груповій.

Спостереження показують, що багато з осіб з вадами здоров'я відчують такі емоційні переживання як стан страху, тривоги, що заважають адаптуватися, зламують звичні життєві стереотипи, породжують стан емоційного дискомфорту та стрес. Слабкий рівень включення молоді в реабілітаційну сферу характеризується наступними труднощами: адаптації до нових умов через замкнутість, тривожність, низький рівень комунікативної компетентності, непристосованості до проживання самотійно, відсутності сімейної підтримки в побуті і професійній підготовці, входженні в освітній простір центрів, а також засвоєнні правил нового способу життя.

У процесі наукових пошуків ми здійснили ранжування потреб молоді з вадами здоров'я щодо умов роботи: 1) гнучкий графік роботи; 2) регулярні перерви протягом робочого дня; 3) допомога в транспортуванні до місця роботи; 4) зменшення фізичного навантаження на роботі; 5) наявність спеціального обладнання для виконання роботи; 6) додатковий контроль і допомога керівника; 7) додаткові лікарняні та відпустка; 8) допомога вдома при підготовці до роботи; 9) додаткові перерви протягом дня; 10) зміни функціональних обов'язків.

Також було здійснено ранжування бар'єрів, з якими молодь зіштовхується при проведенні співбесід або в процесі трудової діяльності: 1) фізичне середовище, де мешкає інвалід, не дозволяє потрапити на роботу; 2) недостатньо фізичних сил працювати повний день; 3) недостатньо професійних навичок; 4) невпевненість, яку саме роботу хотілося б мати в перспективі; 5) неадекватне ставлення колег по роботі; 6) не бажання родичів, щоб особи вадами здоров'я працювали; 7) стереотип мислення – якщо працювати, можна втратити пільги, пов'язані з інвалідністю; 8) відсутність спеціальних умов на роботі; 9) некомфортно працювати, де багато незнайомих людей; 10) відсутність мотивації до праці.

У процесі дослідження ми вивчили ставлення батьків молоді з вадами здоров'я до трудової реабілітації й узагальнили проблеми:

психологічне консультування батьків у процесі підготовки їх дітей в регіональних реабілітаційних центрах;

розробка методичних рекомендацій для батьків;

допомога батькам у формуванні розкладу дня молоді, що забезпечує реалізацію програм підготовки в центрах;

пояснення батькам перспектив трудової реабілітації.

У процесі наших наукових пошуків з урахуванням результатів досліджень інших авторів [9; 21; 27; 87; 88; 144] і проведених нами узагальнень у попередніх розділах роботи виявлено **проблемне поле** трудової соціалізації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльності регіональних реабілітаційних центрів:

діючі центри медичної, професійної та соціальної реабілітації не мають належного наукового, медичного, матеріально-технічного, навчально-методичного, інформаційного забезпечення з питань ерготерапії, фізіотерапії та фізичної терапії, профорієнтації та професійного навчання; структура зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями за період з 1994 р. фактично не змінювалася;

відсутні індивідуальні програми реабілітації та адаптації осіб з обмеженими можливостями здоров'я у навчальних закладах і на виробництві; перелік професій, що враховують медичні показання та протипоказання за кожним видом і групою інвалідності, є застарілим; незадовільним залишається кадрове забезпечення центрів фахівцями з трудової реабілітації;

недостатній рівень трудової реабілітації в наявних установах, недосконалість системи зазначеної реабілітації, слабка адаптація наявних навчальних матеріалів, недостатнє забезпечення технічними засобами навчання, що враховують індивідуальні потреби слухачів, слабка організація психолого-педагогічного супроводу молоді з вадами здоров'я;

слабке використання широких можливостей регіональних реабілітаційних центрів для забезпечення наступності, послідовності та безперервності освітнього та реабілітаційного процесів із використанням позитивного досвіду зарубіжних країн;

відсутність у багатьох центрах толерантної співпраці працівників і слухачів,

взаємодопомоги та взаємоповаги осіб з вадами здоров'я, відсутність комфортного психологічного клімату, що постає однією з основних чинників якісного впровадження системи трудової реабілітації;

слабка мотивація осіб з обмеженими можливостями здоров'я до навчання, недостатня визначеність особистісно-професійних цінностей задля соціалізації, самовизначення, самореалізації, а також цінностей трудової реабілітації; відсутність у молоді системних знань про сутність трудової реабілітації, недостатня окресленість перспектив трудової діяльності, недостатній рівень готовності до подолання соціально-психологічних бар'єрів на шляху трудової реабілітації.

Усі названі чинники були враховані нами під час формувального експерименту. Зазначимо також, що при обґрунтуванні, розробленні та впровадженні нашої авторської системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я нами вивчено досвід діяльності Львівського міжрегіонального центру соціально-трудої, професійної та медичної реабілітації інвалідів, Кримської республіканської установи „Міжрегіональний центр трудової, медико-соціальної і професійної реабілітації інвалідів”, Вінницького міжрегіонального центру професійної реабілітації інвалідів „Поділля”.

Наприкінці формувального експерименту ми за допомогою визначених критеріїв, їхніх показників і методичного інструментарію порівняли характеристики контрольної та експериментальної груп, що дозволило довести ефективність розробленої та впровадженої нами системи трудової реабілітації.

Розпочнемо аналіз результатів формувального експерименту (див. Табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Оцінка ефективності системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в межах формувального та констатувального експериментів

№	Критерій	Групи	Рівні розвитку, %					
			Низький		Середній		Високий	
			КЕ	ФЕ	КЕ	ФЕ	КЕ	ФЕ
1	Мотиваційно-ціннісний	КГ	39,8	28,2	49,9	52,3	10,3	9,5
		ЕГ	40,1	16,6	50,6	50,6	9,3	32,8

2	Когнітивний	КГ	38,8	33,5	50,0	53,2	11,2	13,3
		ЕГ	38,7	11,8	51,2	58,6	10,1	29,6
3	Операційно-діяльнісний	КГ	37,5	23,5	54,3	54,9	8,2	11,6
		ЕГ	35,6	15,2	56,3	50,3	8,1	24,5
Загальний рівень		КГ	38,7	28,4	51,4	50,1	9,9	11,5
		ЕГ	38,1	14,5	52,7	56,5	9,2	29,0

У таблиці 2.8 уведено позначення: КЕ – констатувальний експеримент, ФЕ – формувальний експеримент. Для більш наочного сприйняття інформації подамо статистичні дані графічно (див. Рис. 2.5 – 2.7).

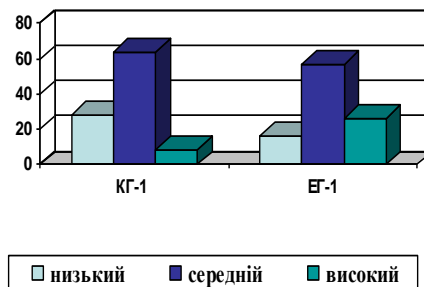


Рис. 2.5. Порівняння показників контрольної та експериментальної груп у межах формувального експерименту

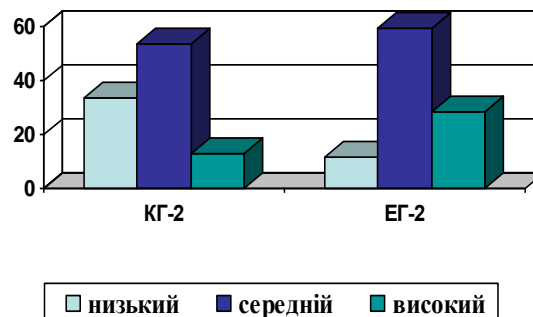


Рис. 2.6. Порівняння показників контрольної та експериментальної груп у межах формувального експерименту

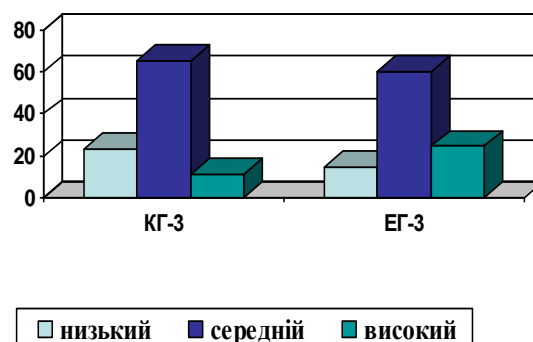


Рис. 2.7. Порівняння показників контрольної та експериментальної груп у межах формувального експерименту

На Рис. 2.5 – 2.7 уведено позначення: КГ-1, КГ-2, КГ-3 – показники критеріїв: мотиваційно-ціннісного, когнітивного, операційно-діяльнісного (контрольна група), ЕГ-1, ЕГ-2, ЕГ-3 – показники критеріїв: мотиваційно-ціннісного, когнітивного, операційно-діяльнісного (експериментальна група).

Представники обох груп зазнали певних змін у показниках критеріїв у процесі трудової реабілітації. Для виявлення загальних тенденцій дослідження розглянемо узагальнені статистичні показники за критеріями.

Значно зменшено кількість осіб, які відносимо до низького рівня за цими критеріями. У контрольній групі було 38,7 %, стало 28,4 %, в експериментальній – відповідно 38,1 % і 14,5 %. У процесі формувального експерименту збільшилася кількість осіб з вадами здоров'я, які відносимо до середнього та високого рівнів. Для контрольної групи зафіксовано такі показники: середній рівень (було – 51,4 %, стало – 60,1 %), високий рівень (було – 9,9 %, стало – 11,5 %), для експериментальної – середній рівень (було – 52,7 %, стало – 56,5 %), високий рівень (було – 9,2 %, стало – 29,0 %).

Отже, можемо стверджувати, що в процесі університетської підготовки для обох груп зафіксовано певні зміни (див. Рис. 2.8, 2.9).

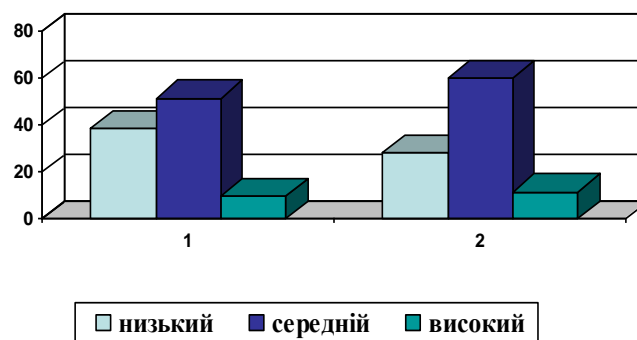


Рис. 2.8. Порівняння показників контрольної групи на констатувальному та формувальному експериментах

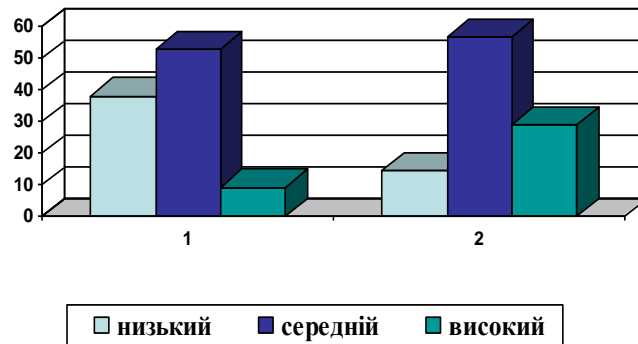


Рис. 2.9. Порівняння показників експериментальної групи на констатувальному та формувальному експериментах

На Рис. 2.8, 2.9 уведено позначення: 1 – констатувальний експеримент, 2 – формувальний експеримент.

Для доведення того, що гіпотеза дослідження підтверджена, необхідно довести факти: 1) експериментальна та контрольна групи за показниками статистично відрізняються; 2) зміни, які зафіксовано в експериментальній групі по закінченню дослідницької роботи, є статистично значущими. Для вирішення першого завдання ми порівняли дані експериментальної й контрольної груп за допомогою критерію Пірсона χ^2 (Таблиця 2.9).

Таблиця 2.9

Розрахунок зіставлення показників контрольної й експериментальної груп за критерієм Пірсона χ^2

№	Емпірична частота	Теоретична частота	$f_{емп} - f_m$	$(f_{емп} - f_m)^2$	$(f_{емп} - f_m)^2 / f_m$
1	28,4	21,45	6,95	48,3	2,252
2	60,1	58,3	1,8	3,24	0,056
3	11,5	20,25	-8,75	76,56	3,781
4	14,5	21,45	-6,95	48,3	2,252
5	56,5	58,3	-1,8	3,24	0,056
6	29,0	20,25	8,75	76,56	3,781
Суми	200	200	-	-	12,178

Для кількості ступенів свободи $\nu=2$ $\chi_{кр}^2 = \begin{cases} 5,991, p \leq 0,05 \\ 9,21, p \leq 0,01 \end{cases}$, $\chi_{емп}^2 > \chi_{кр}^2$, тобто розбіжності між цими розподілами (контрольна й експериментальна групи)

статистично достовірні. Для підтвердження сказаного вище ми також провели розрахунки за критерієм Фішера φ^* (див. Табл. 2.10 – 2.12).

Таблиця 2.10

Порівняння показників за низьким рівнем для контрольної та експериментальної груп за критерієм Фішера φ^*

Групи	«Є ефект», %	«Немає ефекту», %
КГ	28,4	71,6
ЕГ	14,5	85,5

Ми отримали $\varphi_{емп}^* = 7,67$, $\varphi_{кр}^* = \begin{cases} 1,64, p \leq 0,05 \\ 2,31, p \leq 0,01 \end{cases}$, $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$, отже, кількість осіб контрольної групи, які мають низький рівень показників критеріїв, більше кількості осіб експериментальної групи, які мають такий саме рівень.

Таблиця 2.11

Порівняння показників за середнім рівнем для контрольної та експериментальної груп за критерієм Фішера φ^*

Групи	«Є ефект», %	«Немає ефекту», %
КГ	60,1	39,9
ЕГ	56,5	43,5

За розрахунками $\varphi_{емп}^* = 1,632$, $\varphi_{кр}^* = \begin{cases} 1,64, p \leq 0,05 \\ 2,31, p \leq 0,01 \end{cases}$, $\varphi_{емп}^* < \varphi_{кр}^*$, отже, кількість осіб контрольної групи, які мають середній рівень показників критеріїв, не більше кількості осіб експериментальної групи, які мають такий саме рівень.

Таблиця 2.12

Порівняння показників за високим рівнем для контрольної та експериментальної груп за критерієм Фішера φ^*

Групи	«Є ефект», %	«Немає ефекту», %
КГ	11,5	88,5
ЕГ	29,0	71,0

Маємо $\varphi_{емп}^* = 9,951$, $\varphi_{кр}^* = \begin{cases} 1,64, p \leq 0,05 \\ 2,31, p \leq 0,01 \end{cases}$, $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$, отже, кількість осіб експериментальної групи, які мають високий рівень показників критеріїв, більше кількості осіб контрольної групи, які мають такий саме рівень.

Отже, ми з'ясували, що контрольна та експериментально групи не є рівноцінними за визначеними критеріями.

У педагогічних дослідженнях варто показати, що в результаті дії будь-яких чинників (наприклад, часу) у вимірюваних показниках не лише відбуваються зміни, а вони ще є статистично значущими.

Тому, перш ніж перейти до аналізу результатів формувального експерименту, вважаємо за необхідне довести таку статистичну значущість (див. Табл. 2.13, 2.14).

Таблиця 2.13

Розрахунок зіставлення показників на костатувальному та формувальному експериментах за критерієм Пірсона χ^2 (контрольна група)

№	Емпірична частота	Теоретична частота	$f_{emn} - f_m$	$(f_{emn} - f_m)^2$	$(f_{emn} - f_m)^2 / f_m$
1	38,7	33,55	5,15	26,52	0,79
2	51,4	55,75	-4,35	18,92	0,339
3	9,9	10,7	-0,8	0,64	0,06
4	28,4	33,55	-5,15	26,52	0,79
5	60,1	55,75	4,35	18,92	0,339
6	11,5	10,7	0,8	0,64	0,06
Суми	200	200	-	-	2,378

Для кількості ступенів свободи $\nu = 2$ $\chi_{кр}^2 = \begin{cases} 5,991, p \leq 0,05 \\ 9,21, p \leq 0,01 \end{cases}$, $\chi_{emn}^2 < \chi_{кр}^2$, отже, зміни

в вимірювальних показниках контрольної групи не є статистично значущими.

Таблиця 2.14

Розрахунок зіставлення показників на костатувальному та формувальному експериментах за критерієм Пірсона χ^2 (експериментальна група)

№	Емпірична частота	Теоретична частота	$f_{emn} - f_m$	$(f_{emn} - f_m)^2$	$(f_{emn} - f_m)^2 / f_m$
1	38,1	26,3	11,8	139,24	5,294
2	52,7	54,6	-1,9	3,61	0,066
3	9,2	19,1	-9,9	98,01	5,131
4	14,5	26,3	-11,8	139,24	5,294
5	56,5	54,6	1,9	3,61	0,066
6	29,0	19,1	9,9	98,01	5,131
Суми	200	200	-	-	20,982

Для кількості ступенів свободи $\nu = 2$ $\chi_{кр}^2 = \begin{cases} 5,991, p \leq 0,05 \\ 9,21, p \leq 0,01 \end{cases}$, $\chi_{emn}^2 > \chi_{кр}^2$, отже, зміни

в вимірювальних показниках експериментальної групи є статистично значущими.

Підтвердивши значущість змін в експериментальній групі порівняно з контрольною, можемо перейти до аналізу результатів формувального експерименту. Розглядаючи мотиваційно-ціннісний критерій, зазначимо, що в експериментальній групі більше ніж у 3 рази збільшено кількість осіб з високим рівнем показників (було – 9,3 %, стало – 32,8 %) і майже в 2,5 рази зменшено їхню

кількість із низьким рівнем (було – 40,1 %, стало – 16,6 %). У контрольній групі зміни також відбулися, але не такі помітні. Насамперед зазначимо, що переважна більшість осіб (62,3 %) мають середній рівень показників (було – 49,9 %). Зменшено кількість осіб з низьким рівнем показників (було – 39,8 %, стало – 28,2 %), що, безсумнівно, є позитивною тенденцією. Водночас визначимо негативні аспекти, серед них – зменшення кількості осіб з високим рівнем показників (було – 10,3 %, стало – 9,5 %).

У більшості осіб експериментальної групи зацікавлене ставлення до трудової реабілітації, вони вважають її важливою для свого майбутнього, мають пізнавальний інтерес на підставі особистісних потреб, глибоку переконаність у значущості реабілітаційного середовища та знань його специфіки. Слухачі центрів переважно самостійні у виборі навчальних завдань, наполегливі у подоланні труднощів при роботі з ними. Вони намагаються допомагати іншим особам з вадами здоров'я, активні в самоствердженні, саморозвитку, у них наявний особистісний смисл в трудовій реабілітації.

У молоді з обмеженими можливостями здоров'я констатуємо позитивну мотивацію до трудової реабілітації, бажання приймати в неї активну участь і поповнювати необхідні знання.

У нашій практичній частині дослідження, створюючи мотиваційно-стимулювальний складник процесу трудової реабілітації, ми попросили слухачів центрів надати оцінку ефективності прийомів підвищення мотивації до трудової реабілітації. Серед найбільш ефективних прийомів назвали такі: збудження інтересу до трудової реабілітації, навчального пізнання; пояснення соціальної значущості трудової реабілітації для особистісного зростання; інформаційна обізнаність про інновації, найважливіші події реабілітаційного простору та ін.

Отже, значна кількість осіб з обмеженими можливостями здоров'я усвідомлює цінності трудової реабілітації, проявляє індивідуальну активність у різних сферах діяльності колективу, суспільного життя.

Представники експериментальної групи здійснили ранжування ціннісних

орієнтацій, що дало можливість суб'єктивно структурувати системи ціннісних орієнтацій, визначити індивідуальну закономірність. Переміщення на перші рангові місця відбувалося за такими цінностями як «розвиток», «творчість», «свобода», «пізнання», що свідчить про підвищення мотивації до навчання і намірів до продуктивної трудової діяльності.

У контрольній групі не здійснювалося позитивної динаміки ціннісних орієнтацій, що доводить доцільність і важливість застосування стимулюючих заходів у комплексній соціально-педагогічній роботі.

Чимало осіб з контрольної групи не усвідомлюють життєву позицію, мають невизначеність особистісного ставлення до цінностей навколишнього світу, що дає підстави характеризувати рівень їх особистісної зрілості як не цілком відповідний віковому та соціальному критеріям розвитку.

Аналіз показників мотиваційно-ціннісного критерію підтверджує те, що мотиваційна сфера особистості зумовлює професійне становлення осіб з вадами здоров'я. Результати дослідження підтвердили теоретичні положення про те, що стимулювання як метод управління впливає на успішність реалізації ідеї трудової реабілітації.

Аналізуючи когнітивний критерій, констатуємо такі саме тенденції, що й у попередньому. Так, майже в 3 рази збільшено кількість осіб експериментальної групи, які мають високий рівень показників (було – 10,1 %, стало – 29,6 %), а також майже в 2,5 рази зменшено кількість осіб із низьким рівнем показником критеріїв (було – 38,7 %, стало – 11,8 %). Зазначимо, що в контрольній групі позитивні зміни також відбулися, але вони не є статистично значущими: низький рівень – було – 38,8 %, стало – 33,5 %, високий рівень – було – 11,2 %, стало – 13,3 %.

Ми довели, що у переважної більшості респондентів експериментальної групи достатній рівень знань і намірів, необхідних для включення у реабілітаційне середовище. Вони володіють на достатньому рівні нормами та вимогами трудової реабілітації, спроможні до підвищення знань про її сутнісні характеристики,

основні закономірності взаємодії людини з особливими потребами та суспільства. У слухачів центрів наявний досвід виконання конкретних навчальних дій, вони мають практичні навички сприяння процесу трудової реабілітації. У більшості осіб налагоджені навчальні контакти з працівниками та слухачами центрів. Вони здатні аналізувати власну діяльність, вирішувати різні проблемні ситуації, виявляти та усувати помилки в стосунках з оточуючими.

Молодь переважно ініціатива в контактах, толерантна в стосунках, здатна до комунікативного впливу на учасників освітнього процесу та вміє вирішувати конфлікти, установлювати зв'язки між цінностями спілкування та професійним зростанням.

Особи з обмеженими можливостями здоров'я здатні до встановлення групових стосунків, у них сформоване відчуття приналежності до колективу, наявна позитивна самоідентифікація, емоційний контакт з соціумом, вони достатньо часто демонструють особистісну активність.

Завдяки впровадженню нашої системи в практику в цілому вдалося подолати труднощі: установлення контактів, некомфортне відчуття в колективі, недостатнє розуміння емоційних проявів і дій та відсутність взаєморозуміння з оточуючими. Частково вдалося вирішити типову проблему, яка полягає в тому, що особи з однаковими вадами здоров'я створюють окрему мікрогрупу та спілкуються переважно відособлено від інших. Але в цілому зазначене питання залишається перспективним.

Зменшено кількість осіб, у яких наявні труднощі: адаптація до реабілітації через замкнутість, тривожність, низький рівень комунікативної компетентності (було – 64,8 %, стало – 43,7 %); відсутність сімейної підтримки в побуті та професійній підготовці, входження в освітній простір реабілітаційних центрів, засвоєння правил нового способу життя (було – 42,4 %, стало – 33,6 %).

Останній критерій – операційно-діяльнісний. Для осіб контрольної та експериментальної груп характерна позитивна динаміка показників. Констатуємо статистично достовірне збільшення кількості осіб експериментальної групи, які

оцінені за високим рівнем показників (було – 8,1 %, стало – 24,5 %), зменшення – за низьким рівнем (було – 35,6 %, стало – 15,2 %), а також статистично недостовірне збільшення кількості осіб контрольної групи, які оцінені за високим рівнем (було – 8,2 %, стало – 11,6 %), зменшення – за низьким рівнем (було – 37,5 %, стало – 23,5 %).

Якісно оцінюючи результати експерименту зазначимо, що особи експериментальної групи здобули більш глибокий досвід виконання конкретних навчальних дій особистості й володіння необхідними практичними навиками в контексті підготовки до майбутньої трудової діяльності. Констатуємо наявність навчальних контактів з працівниками реабілітаційних центрів і іншими особами з вадами здоров'я, включеність у роботу колективу, достатнє володіння методиками застосування допоміжних технічних засобів навчання, пристосованість до режиму праці і відпочинку.

Важливо, що більшість слухачів центрів стали активними учасниками соціально-гуманітарних заходів. Так, у Луганському міжрегіональному центрі професійної реабілітації інвалідів особи з вадами здоров'я брали участь у проведенні заходів: „Любов і світ”, „1 квітня”, „Ерудити”, „Козацькі розваги”, підготовки тематичних і вітальних радіогазет, виставок: „Світ і ми”, „Креатив ”, конкурсу плакатів „Трагедія – Чорнобиль”, „СНІД-стоп!”. Певною популярність мали конкурси „Зіркові танці”, „Талант-шоу”.

Варто зазначити й підвищення рефлексивних умінь молоді з обмеженими можливостями здоров'я (здатність до самоаналізу і самооцінки, до використання результатів самоаналізу, потребу до самовдосконалення).

Як свідчать результати співбесід, більшість працівників центрів чітко усвідомлюють значення трудової реабілітації молоді з особливими потребами як найбільш ефективної форми соціалізації, мають високе бажання проводити власне навчання та підвищувати власну активність у реабілітаційному середовищі.

За результатами експерименту встановлено, що працівники центрів підвищили свої компетенції стосовно виявлення кола потенційно доступних дитині

професій; діагностики індивідуальних професійних можливостей; виявлення професійних інтересів, переваг; корекції професійних намірів дитини та дорослих членів її сім'ї по відношенню до неї тощо.

У результаті дослідження ми також простежили зміни в ставленні батьків молоді з обмеженими можливостями здоров'я до трудової реабілітації. Виділимо проблеми, які нам вдалося вирішити частково: здійснення психологічного консультування батьків у процесі навчання; розробка науково-методичних рекомендацій для батьків; допомога батькам у формуванні розкладу дня слухачів центрів.

Проведене теоретичне дослідження, знайомство з інноваційними розробками науковців-практиків щодо покращення стану осіб з обмеженнями життєдіяльності, аналіз практичного досвіду вирішення проблем їх трудової реабілітації, результати проведеної експериментальної роботи дозволили нам сформулювати пропозиції рекомендаційного характеру щодо покращення результативності діяльності реабілітаційних центрів, удосконалення організаційної структури та управління системою професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями (Додаток II).

І найголовніше – упровадження авторської системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я дозволило значно підвищити відсоток працевлаштованих осіб, які пройшли навчання в центрах (2011 р. – 13,8 %, 2012 р. – 76,5 %, 2013 р. – 83,3 %).

Отже, наведені в підрозділі докази, що ґрунтуються на матеріалі отриманих емпіричних даних та їх аналізі за визначеними критеріями служать достатньою підставою для підтвердження високої ефективності розробленої нами системи. Гіпотеза дослідження була підтверджена, що дає можливість поширити результати роботи в інших реабілітаційних центрах.

Висновки до розділу 2

Узагальнення результатів розв'язання останнього завдання нашого дослідження, яке було спрямоване на обґрунтування та експериментальну перевірку ефективності системи розвитку соціальної компетентності студентів з особливими потребами, дає підстави для таких висновків:

1. Застосування системного та структурного підходів до аналізу трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів забезпечило їй розгляд як системи змін особистості у певній соціальній ситуації, що забезпечується через низку взаємопов'язаних та взаємодетермінованих компонентів: цільовий (соціальне замовлення, мета, завдання, принципи), суб'єкт-суб'єктний (об'єкт та суб'єкти трудової реабілітації), змістово-технологічний (зміст, умови, форми, методи, засоби), результативний (результат реабілітаційного процесу та критерії і показники щодо його оцінки).

2. Обґрунтована система була змістово розроблена через створення і реалізацію у ході формувального експерименту регіональної комплексної Програми впровадження системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в діяльність регіональних реабілітаційних центрів, що містила певний трьох-етапний (діагностично-організаційний, реабілітаційно-операційний, аналітичний) алгоритм дій.

На діагностично-організаційному етапі здійснювалася підготовка фахівців міждисциплінарної команди, реабілітаційно-операційному – розроблену Програму реалізовано в умовах експериментальних реабілітаційних центрів і на аналітичному – проведено якісний аналіз отриманих результатів експерименту на основі підсумкової діагностики. Оцінку отриманих результатів здійснено за трьома критеріями: мотиваційно-ціннісним, когнітивним, операційно-діяльнісним, за показниками яких спостерігається динаміка підвищення рівня трудової реабілітованості осіб з обмеженими можливостями здоров'я в експериментальній групі.

3. За результатами формувального експерименту доведено, представники

контрольної та експериментальної груп зазнали певних змін у показниках критеріїв у процесі трудової реабілітації: контрольна та експериментальна групи за своїми показниками достовірно відрізняються; зміни, що зафіксовано в експериментальній групі наприкінці формувального експерименту, є статистично значущими порівняно з його констатувальним етапом; зміни, що зафіксовано в контрольній групі наприкінці формувального експерименту, є статистично незначущими порівняно з його констатувальним етапом. Крім того, найважливішим орієнтиром якості авторської системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я стало підвищення відсотка працевлаштованих осіб, які пройшли навчання в центрах.

4. За результатами експерименту встановлено, що працівники центрів підвищили свої компетенції в контексті організації та реалізації трудової реабілітації. Зафіксовано позитивну динаміку в ставленні батьків молоді з обмеженими можливостями здоров'я до трудової реабілітації. Повністю або частково вирішено наступні проблеми: здійснення психологічного консультування батьків у процесі навчання; розробка науково-методичних рекомендацій для батьків; допомога батькам у формуванні розкладу дня слухачів центрів.

Проведене теоретичне дослідження, знайомство з інноваційними розробками науковців-практиків щодо покращення стану осіб з обмеженнями життєдіяльності, аналіз практичного досвіду вирішення проблем їх трудової реабілітації, результати проведеної експериментальної роботи дозволили нам сформулювати пропозиції рекомендаційного характеру щодо покращення результативності діяльності реабілітаційних центрів, удосконалення організаційної структури та управління системою професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У дисертації теоретично проаналізовано та практично вирішено проблему трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів, яка полягала у теоретичному обґрунтуванні, змістовій розробці та експериментальній перевірці ефективності відповідної системи. Проведене дослідження дозволило зробити низку загальних висновків теоретичного, практичного й методичного характеру:

1. Аналіз філософської, соціологічної, психолого-педагогічної та соціально-педагогічної літератури засвідчив, що історичними, соціокультурними передумовами становлення і формування концепції трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я стали такі науково-практичні концепти: сприйняття суспільством інвалідності як кардинальної відмінності, що допускає інтеграцію лише за умови медичного лікування, яке забезпечує наближення до суспільної норми (медична модель інвалідності); розуміння людини з інвалідністю як економічного тягара для суспільства (соціальна, зокрема її різновид економічна модель);

У межах сучасного ставлення до осіб з інвалідністю як до рівних та соціально спроможних (неосоціальна модель) теоретичну базу наукового пошуку складають такі основні положення, віддзеркалені у працях вчених: основою трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я є інклюзія (включення), що не обмежується реформуванням освіти, а ґрунтується на філософії соціальної рівності, на новій (неосоціальній) моделі розуміння явища інвалідності; інклюзія у соціально-економічній сфері виступає одним із багатьох аспектів перебудови суспільної свідомості та містить ідею щодо можливості включення осіб з інвалідністю у професійну діяльність у позбавленому сегрегації соціальному середовищі; максимальна компенсація психофізичних обмежень, повна самореалізація та інтеграція людей із проблемами здоров'я у професійному середовищі є можливою лише через сприяння відновленню їх соціального статусу

у процесі соціальної реабілітації, що передбачає формування активної суб'єктної життєвої позиції індивіда, пов'язаної із зустрічною активністю відкритого професійно-реабілітаційного середовища.

2. Трудову реабілітацію осіб з обмеженими можливостями здоров'я уточнюємо як відновлення знижених або втрачених професійних функцій, відбір професії та адаптацію до неї осіб з обмеженими можливостями, дитини-інваліда, поновлення трудової діяльності таких осіб за вже опанованою раніше або новою професією.

Трудова реабілітація має певну структуру і включає заходи із забезпечення зайнятості осіб з обмеженими можливостями, експертизи потенційних професійних здібностей, професійної орієнтації, професійної підготовки, підготовки робочого місця, професійно-виробничої адаптації, раціонального працевлаштування, динамічного контролю раціональності працевлаштування і успішністю професійно-виробничої адаптації. Складовими трудової реабілітації визначено професійний відбір, професійна перепідготовка, перекваліфікація, що спрямовуються на працевлаштування осіб з інвалідністю, як у звичайних виробничих умовах, так і в спеціально створених умовах роботи.

3. Аналіз особливостей та сучасного стану трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів на всіх її рівнях показав, що цей процес спирається на нормативно-правову базу щодо соціального захисту осіб з обмеженими можливостями здоров'я, існуючу структуру реабілітаційних центрів, соціальну ситуацію розвитку та індивідуальний реабілітаційний потенціал людини з інвалідністю.

Особливості трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я залежать від умов реабілітаційних центрів – установ, підприємств, закладів, у тому числі їх відділень, структурних підрозділів, незалежно від форм власності, що здійснюють реабілітацію інвалідів і дітей-інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації. У широкому інтеграційному контексті такі центри мають працювати як об'єднання соціальних інститутів, що

виконують функції освіти і виховання стосовно осіб, які потребують соціальної адаптації та інтеграції, ґрунтуючись на чітких гуманістичних організаційних, науково-методичних і функціональних основах трудової реабілітації, забезпечуючи задоволення різноманітних потреб клієнтів у їхній соціалізації; як багатоцільовий функціональний комплекс по наданню всебічної соціальної, медико-психолого-педагогічної, правової допомоги людям з інвалідністю та їхнім сім'ям, педагогам, соціальним працівникам та іншим фахівцям, які опікуються питаннями трудової реабілітації клієнта.

Згідно проведеному аналізу, необхідність розробки системи трудової реабілітації інваліда особливо в період професійного становлення особистості обумовлена низкою соціально-економічних, психологічних та соціально-педагогічних причин: в першу чергу, визнанням нових підходів до цілей, змісту і результативності професійної реабілітації, по-друге, проблемами і перешкодами, що виникають на шляху інваліда під час професійної реабілітації і після її завершення, а саме: організаційними, правовими, технічними, методичними, психологічними та етичними бар'єрами, існуючими у непідготовленому до інклюзії суспільстві.

4. Застосування системного та структурного підходів до аналізу трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в умовах реабілітаційних центрів забезпечило їй розгляд як системи змін особистості у певній соціальній ситуації, що забезпечується низкою взаємопов'язаних та взаємодетермінованих компонентів: цільовий, орієнтований на соціальне замовлення: забезпечення права осіб з обмеженими можливостями здоров'я на повноцінну соціалізацію та самореалізацію у суспільстві, складається з мети, завдань та принципів; суб'єкт-суб'єктний, до якого входять суб'єкти (реабілітаційна комісія, реабілітаційна команда, сама особа з обмеженими можливостями здоров'я та її оточення) та об'єкти реабілітаційного впливу (соціально-педагогічні та особистісно-психологічні); змістово-технологічний, поєднує зміст реабілітаційного процесу, соціально-педагогічні умови, технології, методи, форми, засоби реабілітації;

результативний – вміщує результат реабілітаційного процесу та критерії і показники, що забезпечують його оцінку.

5. Упровадження системи реалізовувалося у реабілітаційних центрах, спільно з вищими навчальними закладами, поетапно шляхом використання адаптованих та спеціально розроблених форм і методів, спрямованих на підвищення реабілітаційних можливостей осіб з інвалідністю у напрямі професійного зростання та трудової самореалізації.

Доведено, що показники критеріїв контрольної та експериментальної груп зазнали певних змін у процесі трудової реабілітації: групи за своїми показниками достовірно відрізняються; зміни, зафіксовано, що на відміну від контрольної, в експериментальній групі зміни наприкінці експерименту, є статистично значущими порівняно з констатувальним етапом. Крім того, найважливішим орієнтиром якості авторської системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я стало підвищення відсотка працевлаштованих осіб, які пройшли навчання в центрах.

Усе зазначене вище дозволяє дійти висновку про ефективність розробленої нами системи. Викладені положення не вичерпують усіх аспектів досліджуваної проблеми. Подальшого розвитку потребує дослідно-експериментальна робота, спрямована на удосконалення організаційної структури та управління системою професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, підтримку взаємодії у міждисциплінарній команді фахівців реабілітаційних центрів та вищих закладів освіти, розширення спектру форм і методів реабілітаційної роботи, які б увійшли у наступні програми системної трудової реабілітації осіб з інвалідністю, розробка механізмів взаємодії реабілітаційних центрів та представників трудової сфери – потенційних працедавців.

ДОДАТКИ

Додаток А

Нормативне забезпечення прав громадян з інвалідністю у сфері працевлаштування та трудової зайнятості в різних країнах Європейського союзу

Країна Європейського союзу	Назва нормативу	Призначення
Австралія	Конституція	містить загальну статтю про заборону дискримінації
	Акт співдружності про дискримінацію інвалідів	забороняє звільнення з причини інвалідності, визначає стандарти для працевлаштування
	Акт про послуги для інвалідів	визначає правила надання послуг для інвалідів
	Акт про робоче місце	встановлює субсидії для працевлаштування на відкритому ринку праці
	Акт про працевлаштування інвалідів	встановлює обов'язкову квоту для працевлаштування зареєстрованих інвалідів, звільнення після 6 місяців роботи на новому місці тільки зі згоди регіональної комісії
Бельгія	Акт про соціальну реабілітацію	сформулював основи нового законодавства про недопущення дискримінації інвалідів в різних областях
	Грудове законодавство	забороняє дискримінацію при працевлаштуванні, у тому числі і на підставі інвалідності
Канада	Канадська Хартія про права і свободи	гарантує рівні права і недискримінацію інвалідів
Данія	Соціальна модель інвалідності і компенсаційна модель	держава повинна надати інвалідам всі можливості, щоб компенсувати свої порушення для надання їм рівних можливостей
Франція	Акт про реабілітацію інвалідів	забороняє дискримінацію інвалідів

	Акт про працівників з інвалідністю	встановлює обов'язкову квоту, а також більш тривалий період для повідомлення інвалідів про звільнення
Німеччина	Акт про інтеграцію інвалідів	встановлює обов'язкову квоту для працевлаштування інвалідів, звільнення після 6 місяців після укладення контракту тільки за згодою державного органу, а також інші обов'язки роботодавця
	Соціальний кодекс	встановлює право на соціальну інтеграцію, основи реабілітації
Італія	Закон про права, соціальну інтеграцію та послуги для інвалідів	встановлює принцип інтеграції в державній політиці і закріплює певні права в цій області, у їх числі право на працю та обов'язкову квоту 60% інвалідність, або 30% втрата професійної працездатності не можуть бути справедливими підставами для звільнення
Корея	Акт про працевлаштування та професійну реабілітацію інвалідів	забороняє дискримінацію з причини інвалідності, встановлює обов'язкову квоту
	Акт про соціальну підтримку інвалідів	забороняє дискримінацію з боку роботодавця і служб зайнятості
Мексика	Ратифіковано Конвенцію держав Америки про заборону всіх форм дискримінації по відношенню до інвалідів	забороняє усі види дискримінації по відношенню до інвалідів
	Закон про працевлаштування	забороняє дискримінацію і несправедливе звільнення всіх громадян, у тому числі інвалідів
Голландія	Акт про реінтеграцію інвалідів	встановлює механізми залишення на роботі осіб, що отримали грудові каліцтва або захворювання, встановлює обов'язки для роботодавця з працевлаштування інвалідів
	Соціальний Кодекс	забороняє звільнення з причини хвороби або інвалідності протягом 2 років

Норвегія	Акт про робоче місце	встановлює обов'язки роботодавця по відношенню до працівників з інвалідністю
	Акт про недопущення дискримінації	забороняє дискримінацію з причини інвалідності
Польща	Акт про соціальну інтеграцію, професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів	встановлює обов'язкову квоту для роботодавців
	Трудовий Кодекс	забороняє дискримінацію у трудових відносинах з причини інвалідності
Португалія	Конституція	встановлює, що інваліди мають такі ж, як і інші громадяни права та обов'язки
	Основний законодавчий акт про соціальну реабілітацію та інтеграцію інвалідів	встановлює основи державної політики по відношенню до інвалідів і механізми реалізації прав, закріплених в Конституції. Акт забороняє звільнення без обґрунтованих причин, надає підтримку організаціям, які займаються професійною реабілітацією інвалідів.
Іспанія	Акт про соціальну інтеграцію інвалідів	встановлює обов'язкову квоту, особливий захист для осіб, які отримали інвалідність під час роботи та які отримують пенсію по інвалідності
	Правила працевлаштування	забороняють дискримінацію інвалідів при працевлаштуванні
Швеція	Акт про боротьбу з дискримінацією	забороняє дискримінацію за ознакою інвалідності у трудових відносинах
	Акт про робоче місце	встановлює додаткові обов'язки для роботодавців
	Акт про послуги для осіб з обмеженнями життєдіяльності	встановлює обов'язки в цій сфері органів влади провінцій і графств
Швейцарія	Конституція	містить загальну норму про недискримінацію. В основному політика побудована не на зобов'язування та заборони, а на стимулювання.

Гуреччина	Грудовий кодекс	- встановлює обов'язкову квоту, регулює зайнятість інвалідів, встановлює критерії для визначення інвалідності
Англія	Акт про заборону дискримінації інвалідів	забороняє дискримінацію у трудових відносинах за ознакою інвалідності, забороняє звільнення в причини інвалідності, зобов'язує роботодавців зі штатом більше 15 осіб надавати послуги для працівників з інвалідністю разом з іншими працівниками
США	Акт про американців з інвалідністю	забороняє дискримінацію з інвалідністю (положення стосується роботодавців зі штатом понад 15 чоловік і організацій, які отримують кошти від уряду) покладає на державні органи обов'язок стати лідером у працевлаштуванні інвалідів

Додаток Б

Глосарій основних категорій у полі проблеми трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я

Категорія	Зміст категорії	Джерело
реабілітація інвалідів	система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац одинадцятий статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
реабілітаційні послуги	послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
реабілітаційні заходи	комплекс заходів, якими здійснюється реабілітація інвалідів	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011

працездатність	здатність до праці, що залежить від стану здоров'я, фізичного, духовного розвитку (розумових та емоційних можливостей), а також професійних знань, вміння і досвіду працівника, що дає йому змогу виконувати роботу визначеного обсягу, характеру та якості. Тобто здатність людини до праці оцінюється не лише за можливістю виконання роботи та функціональним станом організму, а й за додатковими критеріями (стан здоров'я, професійні знання, вміння, досвід).	
постійна втрата працездатності	повна чи часткова втрата здатності до загальної чи професійної праці.	
повна втрата працездатності	означає непрацездатність особи; визначається як настання пенсійного віку (старість). Пенсійний вік в Україні становить 55 років для жінок та 60 років для чоловіків (стаття 26 Закону України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування»).	
непрацездатність	стан здоров'я (функцій організму) людини, обумовлений захворюванням, травмою тощо, який унеможливорює виконання роботи визначеного обсягу, професії без шкоди для здоров'я.	

часткова втрата працездатності	Інвалідність, що встановлюється за двома критеріями – медичним та економічним. З медичної точки зору – це розлад функцій організму, з економічної точки зору – це таке порушення, яке призводить до втрати працездатності: професійної чи загальної.	
інвалідність	стійкий розлад функцій організму, зумовлений захворюванням, наслідком травм або вродженим дефектом, який призводить до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі і захисті	
обмеження життєдіяльності	повна або часткова втрата здатності обслуговувати себе, самостійно пересуватись, орієнтуватись, спілкуватись, контролювати свою поведінку, вчитись, займатись трудовою діяльністю.	
причини інвалідності	грудове каліцтво професійне захворювання загальне захворювання вроджені дефекти	

<p>інвалідність внаслідок трудового каліцтва</p>	<p>встановлюється якщо нещасний випадок настав:</p> <ul style="list-style-type: none"> • під час виконання трудових обов'язків (в тому числі і під час відрядження); • по дорозі на роботу, або з роботи; • на території підприємства, установи, організації протягом робочого часу (включаючи перерви); • поблизу підприємства протягом робочого часу, якщо перебування там не суперечило правилам внутрішнього трудового розпорядку; • у разі виконання державних або громадських обов'язків; • у разі виконання дій по рятуванню людського життя, охорони державної чи приватної власності, охорони правопорядку. 	<p>Постанова Кабінету Міністрів від 25 серпня 2004 р. № 1112 «Деякі питання розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві»</p>
<p>інвалідність внаслідок професійного захворювання</p>	<p>встановлюється на підставі висновку спеціалізованого медичного закладу про наявність професійного захворювання.</p>	<p>Постанова Кабінету Міністрів України від 8 листопада 2000 р. № 1662 «Про затвердження переліку професійних захворювань»</p>

<p>професійне захворювання</p>	<p>захворювання, яке виникло внаслідок професійної діяльності застрахованої особи та зумовлене дією на організм виключно або переважно факторів виробництва, характерних для конкретної професії. Професійні захворювання можуть бути викликані виключно дією несприятливих виробничо-професійних факторів, а можуть бути і такими, у розвитку яких встановлено причинний зв'язок впливом певного несприятливого виробничо-професійного фактора та виключено явний вплив інших непрофесійних факторів, що викликають аналогічні зміни в організмі. Крім того, необхідно враховувати можливість розвитку проф. захворювання через тривалий термін після припинення впливу шкідливих факторів виробництва.</p>	<p>Постанова Кабінету Міністрів України від 8 листопада 2000 р. № 1662 «Про затвердження переліку професійних захворювань»</p>
<p>загальне захворювання як причина інвалідності</p>	<p>визначається за залишковим принципом, тобто якщо інвалідність не спричинена нещасним випадком на виробництві чи професійним захворюванням, то її причиною визнається загальне захворювання. До загального захворювання порівнюють нещасний випадок невиробничого характеру.</p>	<p>Постанова Кабінету Міністрів України від 8 листопада 2000 р. № 1662 «Про затвердження переліку професійних захворювань»</p>

показання для встановлення інвалідності у дітей	паталогічні стани, які виникають при вроджених, спадкових, набутих захворюваннях та після травм	Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку професійних захворювань» від 8 листопада 2000 р. № 1662
-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>тимчасова втрата працездатності</p>	<p>неспроможність особи виконувати свою трудові обов'язки внаслідок короткотривалих обставин об'єктивного характеру, спричинена:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. фізичною нездатністю особи здійснювати трудову діяльність (хвороба, травма, вагітність та пологи); 2. неможливістю працювати у зв'язку із необхідністю здійснювати догляд за іншим членом сім'ї (хворою дитиною; хворим членом сім'ї; за дитиною до трьох років; за дитиною до досягнення трьох річного віку або дитиною-інвалідом до 16 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за цією дитиною); 3. неможливістю працювати у зв'язку із настанням обставин, спричинених діями державних органів (карантин, накладений органами санітарно-епідеміологічної служби). <p>Тимчасова непрацездатність має зворотний характер під впливом лікування та реабілітаційних заходів, триває до відновлення працездатності або встановлення групи інвалідності, а в разі інших причин - до закінчення причин відсторонення від роботи.</p>	
----------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
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	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
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	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011

<p>трудова реабілітація</p>	<p>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</p>	<p>Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011</p>
<p>фізкультурно-спортивна реабілітація</p>	<p>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</p>	<p>Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011</p>
<p>фізична реабілітація</p>	<p>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</p>	<p>Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011</p>

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	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
психологічна реабілітація	система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
соціальна допомога	система заходів, спрямованих на повернення особи до активного життя та праці, відновлення соціального статусу і формування в особи якостей, установок щодо пристосування до умов нормальної життєдіяльності шляхом правового і матеріального захисту її існування, підготовки до самообслуговування з формуванням здатності до пересування і спілкування, повсякденних життєвих потреб тощо	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011

абілітація	система заходів, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
професійна орієнтація	науково обґрунтована система форм, методів, засобів впливу на особу для сприяння її професійному самовизначенню на основі врахування стану здоров'я, освітнього і професійно-кваліфікаційного рівнів, інтересів, здібностей, індивідуальних, психофізіологічних особливостей та потреб галузей економіки;	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
професійний відбір	науково обґрунтована система визначення ступеня придатності особи до конкретної професії, спеціальності (робочого місця, посади) відповідно до встановлених законодавством нормативних вимог	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
професійна адаптація	система заходів, спрямованих на забезпечення успішного професійного становлення працюючої особи, формування в неї професійних якостей, установок, потреби активно і творчо працювати	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011

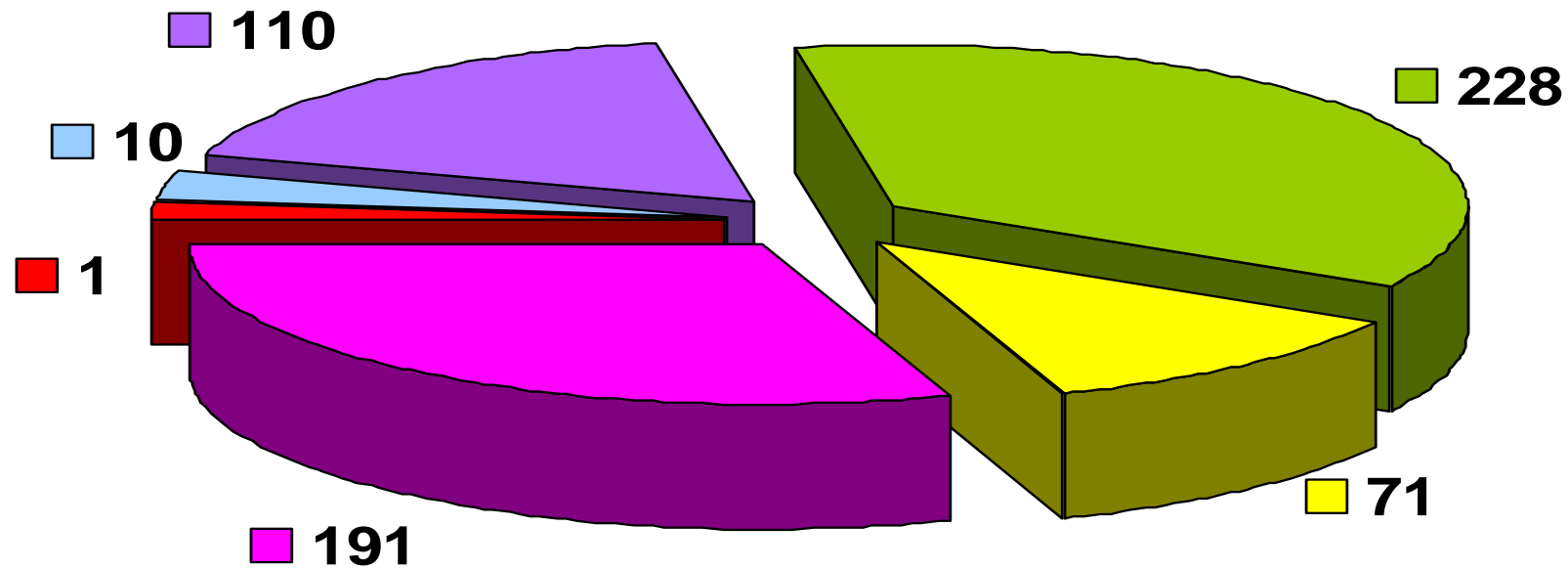
психологічна підтримка	система соціально-психологічних, психолого-педагогічних способів і методів допомоги особі з метою оптимізації її психоемоційного стану в процесі формування здібностей і самосвідомості, сприяння соціально-професійному самовизначенню, підвищенню конкурентоспроможності на ринку праці та спрямуванню зусиль особи на реалізацію власної професійної кар'єри	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
психолого-педагогічний супровід	системна діяльність практичного психолога та корекційного педагога, спрямована на створення комплексної системи клініко-психологічних, психолого-педагогічних і психотерапевтичних умов, що сприяють засвоєнню знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, особистісному становленню особи, нормалізації сімейних стосунків, її інтеграції в соціум	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
психологічна адаптація	система заходів, спрямованих на формування в особи здатності пристосовуватися до існуючих у суспільстві вимог та критеріїв за рахунок присвоєння їй норм і цінностей даного суспільства	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011

робоче місце інваліда	місце або виробнича ділянка постійного або тимчасового знаходження особи у процесі трудової діяльності на підприємствах, в установах і організаціях	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
спеціальне робоче місце інваліда	окреме робоче місце або ділянка виробничої площі, яка потребує додаткових заходів з організації праці особи з урахуванням її індивідуальних функціональних можливостей, обумовлених інвалідністю, шляхом пристосування основного і додаткового устаткування, технічного обладнання тощо	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
індивідуальна програма реабілітації	комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011

реабілітаційна установа	установа, підприємство, заклад, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснює реабілітацію інвалідів і дітей-інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації	Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні», абзац статті 1 в редакції Закону № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011
догляд за інвалідом (дитиною-інвалідом)	сукупність соціальних послуг, спрямованих на соціально-побутову допомогу та підтримку, захист і забезпечення життєдіяльності інваліда (дитини-інваліда)	Статтю 1 доповнено абзацом згідно із Законом № 4213-VI (4213-17) від 22.12.2011

Додаток В

МЕРЕЖА РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ УСТАНОВ В УКРАЇНІ



- в системі Міністерства праці та соціальної політики України
- в системі Міністерства охорони здоров'я України
- в системі Міністерства освіти і науки України
- в системі Міністерства оборони України
- в системі Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту
- недержавні установи

ВСЬОГО
611

Додаток Г

ІНФОРМАЦІЯ

щодо кількості реабілітаційних установ системи Мінпраці

за 2006 – 2009 роки

№	Назва реабілітаційної установи	2006 рік	2007 рік	2008 рік	2009 рік
1	2	3	4	5	6

Установи, які фінансуються за рахунок коштів спеціального фонду Державного бюджету України

1	Центри соціальної реабілітації дітей-інвалідів	7	11	11	11
2	Центри професійної реабілітації інвалідів	6	7	7	7
Всього		13	18	18	18

Установи, які фінансуються за рахунок коштів місцевого бюджету

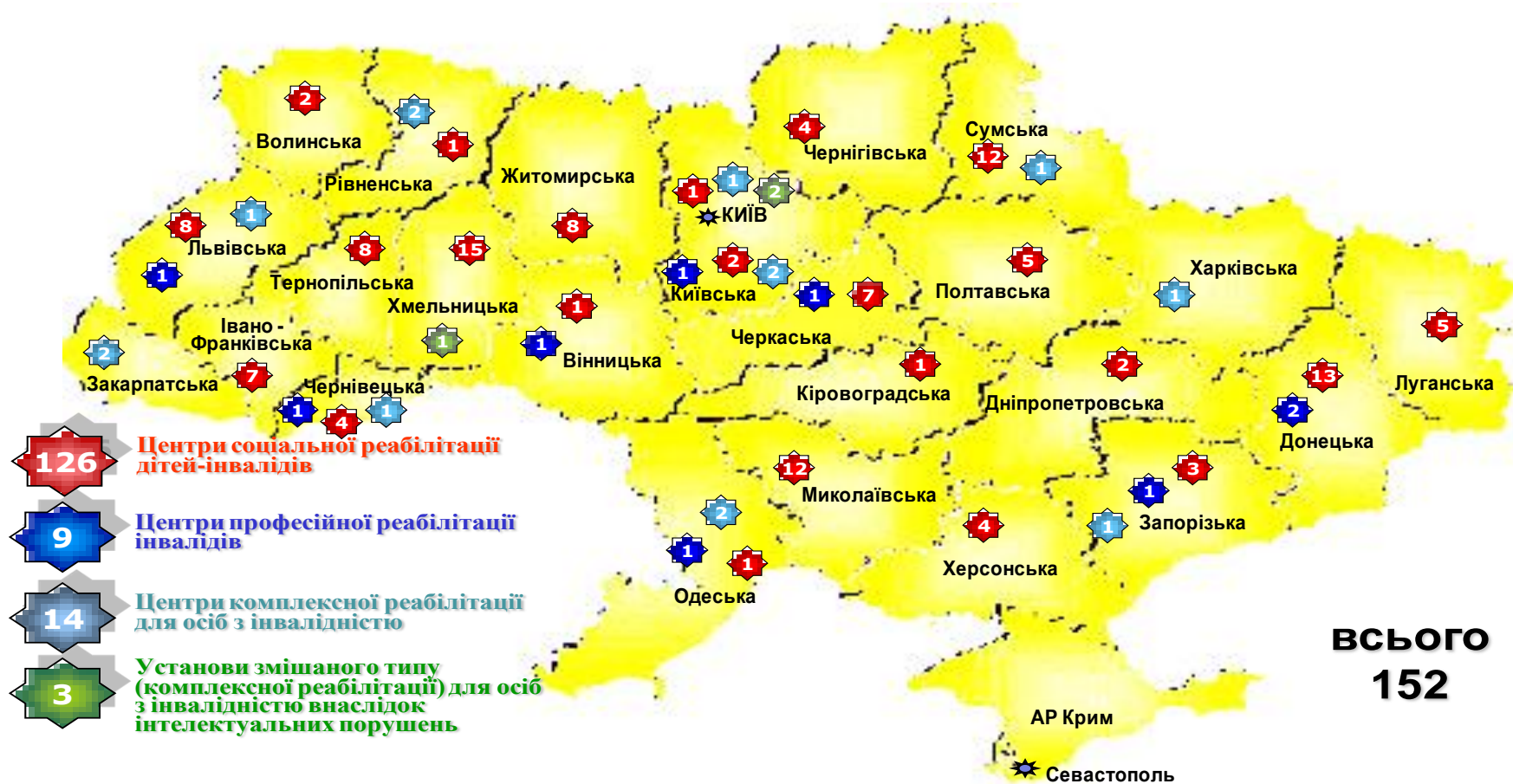
3	Відділення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів	66	2	-	-
4	Центри соціальної реабілітації дітей-інвалідів	35	44	52	52
	Відділення соціальної реабілітації дітей-інвалідів	170	165	150	146
5	Центри професійної реабілітації інвалідів	6	5	5	5
	Відділення професійної реабілітації інвалідів	2	2	-	-

6	Центри змішаного типу для інвалідів та дітей-інвалідів з розумовою відсталістю	-	-	2	3
	Відділення змішаного типу для інвалідів та дітей-інвалідів з розумовою відсталістю	-	-	1	3
7	Центри постійного та тимчасового перебування інвалідів з розумовою відсталістю	-	-	1	1
Всього		279	218	211	210
РАЗОМ		292	236	229	228

Додаток Д

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ УСТАНОВИ ДЛЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ СИСТЕМИ МІНСОЦПОЛІТИКИ

станом на 01.01.2017



ДОДАТОК Е

Таблиця А.1

Показники та критерії системи трудової реабілітації молоді з обмеженими можливостями здоров'я

Мотиваційно-цінісний критерій
<p><u>Показники критерію:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• інтерес до пізнання на підставі особистісних потреб, розуміння значущості системи трудової реабілітації, знань її специфіки;• самостійність у виборі навчальних завдань (у т. ч. цілеспрямоване виконання робочих завдань у процесі працетерапії), наполегливість у подоланні труднощів при роботі з завданнями;• надання допомоги іншим особам з особливими потребами, активність у самоствердженні, саморозвитку, наявність особистісного смислу в трудовій реабілітації;• задоволеність власною діяльністю, прагнення досягти в ній вагомих результатів, успіхів, розуміння цінностей відновлення знижених або втрачених професійних функцій, відбору професії та адаптації до неї, поновлення трудової діяльності осіб за старої або нової професії;• розуміння під ціннісним досягненням реабілітаційного середовища включення молоді з обмеженими можливостями здоров'я в трудову, соціальну, освітньо-культурну, правову, економічну та інші сфери суспільного життя
<p>Якщо рівень показників <i>високий</i>, у осіб з обмеженими можливостями здоров'я наявний інтерес до пізнання на підставі особистісних потреб, розуміння значущості системи трудової реабілітації, знань її специфіки; вони самостійні у виборі навчальних завдань (у т. ч. цілеспрямоване виконання робочих завдань у процесі працетерапії), наполегливі у подоланні труднощів при роботі з завданнями; особи з вадами здоров'я намагаються надавати допомогу іншим особам з особливими потребами, активні у самоствердженні, саморозвитку, у них наявний особистісний смисл в трудовій реабілітації; молодь задоволена власною діяльністю, прагне досягти в ній вагомих результатів, успіхів, розуміє цінності відновлення знижених або втрачених професійних функцій, відбору професії та адаптації до неї, а також поновлення трудової діяльності осіб за старої або нової професії; особи з вадами здоров'я вважають ціннісним досягненням реабілітаційного середовища включенням в трудову, соціальну, освітньо-культурну, правову, економічну та інші сфери суспільного життя</p>
<p>За <i>середнього</i> рівня показників особи з вадами здоров'я без особливого інтересу ставляться до пізнання, недостатньо відчують значущість системи трудової реабілітації, знань її специфіки; вони недостатньо самостійні у виборі навчальних завдань (у т. ч. цілеспрямоване виконання робочих завдань у процесі працетерапії), не наполегливі у подоланні труднощів при роботі з завданнями; особи з вадами здоров'я не завжди намагаються надавати допомогу іншим особам з особливими потребами, пасивні у самоствердженні,</p>

саморозвитку, у них не простежується особистісний смисл в трудовій реабілітації; молодь не завжди задоволена власною діяльністю, не всі прагнуть досягти в ній вагомих результатів, успіхів, не всі розуміють цінність відновлення знижених або втрачених професійних функцій, відбору професії та адаптації до неї, а також поновлення трудової діяльності осіб за старої або нової професії; особи з вадами здоров'я не вважають ціннісним досягненням реабілітаційного середовища включення в трудову, соціальну, освітньо-культурну, правову, економічну та інші сфери суспільного життя

За *низького* рівня показників особи з особливими потребами не мають інтересу до пізнання, не відчують значущість системи трудової реабілітації, знань її специфіки; вони пасивні у виборі навчальних завдань (у т. ч. цілеспрямоване виконання робочих завдань у процесі працетерапії), взагалі не наполегливі у подоланні труднощів при роботі з завданнями; особи з вадами здоров'я не намагаються надавати допомогу іншим особам з особливими потребами, пасивні у самоствердженні, саморозвитку, у них не простежується особистісний смисл в трудовій реабілітації; молодь не задоволена власною діяльністю, не прагне досягти в ній вагомих результатів, успіхів, не розуміє цінність відновлення знижених або втрачених професійних функцій, відбору професії та адаптації до неї, а також поновлення трудової діяльності осіб за старої або нової професії; особи з вадами здоров'я взагалі не вважають ціннісним досягненням реабілітаційного середовища включення в трудову, соціальну, освітньо-культурну, правову, економічну та інші сфери суспільного життя

Когнітивний критерій

Показники критерію:

- сукупність набутих знань і намірів, необхідних для включення у реабілітаційне середовище, норм і вимог системи трудової реабілітації, знань про допоміжні засоби навчання;
- готовність до підвищення знань про сутнісні характеристики освіти в межах реабілітаційних центрів, основні закономірності взаємодії людини з особливими потребами і суспільства;
- розуміння ролі, значення, специфіки трудової реабілітації, основних принципів вирішення проблем професійної діяльності;
- уміння планувати власну професійну діяльність, обирати раціональні методи виконання професійних дій;
- емоційна стабільність, вимогливість до себе і власної поведінки, ініціатива в контактах, толерантність у стосунках, здатність комунікативного впливу на учасників трудової діяльності як умови якісного опанування системи знань про навчання в реабілітаційному середовищі

За *високого* рівня показників у осіб з вадами здоров'я яскраво виражена сукупність набутих знань і намірів, необхідних для включення у реабілітаційне середовище, норм і вимог системи трудової реабілітації, знань про допоміжні засоби навчання; вони готові до підвищення знань про сутнісні характеристики освіти в межах реабілітаційних центрів, основні закономірності взаємодії людини з особливими потребами і суспільства; особи з обмеженими можливостями здоров'я розуміють роль, значення, специфіку трудової реабілітації, основні принципи вирішення проблем професійної діяльності; вони вміють планувати власну професійну діяльність, обирати раціональні методи виконання професійних дій; у осіб з вадами здоров'я наявна емоційна стабільність, вони вимогливі до себе і до власної поведінки, ініціативні в контактах, толерантні в стосунках, здатні до комунікативного впливу на учасників трудової діяльності як умови якісного опанування системи знань про навчання в реабілітаційному середовищі

За *середнього* рівня показників у осіб з обмеженими можливостями здоров'я частково наявна сукупність знань і намірів, необхідних для включення у реабілітаційне середовище, норм і вимог системи трудової реабілітації, знань про допоміжні засоби навчання; не всі готові до підвищення знань про сутнісні характеристики освіти в межах реабілітаційних центрів, основні закономірності взаємодії людини з особливими потребами і суспільства; особи з обмеженими можливостями здоров'я посередньо розуміють роль, значення, специфіку трудової реабілітації, основні принципи вирішення проблем професійної діяльності; вони недостатньо вміють планувати власну професійну діяльність та обирати раціональні методи виконання професійних дій; у осіб з вадами здоров'я наявна емоційна нестабільність, вони недостатньо вимогливі до себе і до власної поведінки, не ініціативні в контактах, не завжди толерантні в стосунках, не всі здатні до комунікативного впливу на учасників трудової діяльності як умови якісного опанування системи знань про навчання в реабілітаційному середовищі

За *низького* рівня показників у осіб з особливими потребами майже не прослідковуються знання й наміри, необхідні для включення у реабілітаційне середовище, норми і вимоги системи трудової реабілітації, знання про допоміжні засоби навчання; молодь не готова підвищувати рівень знань про сутнісні характеристики освіти в межах реабілітаційних центрів, основні закономірності взаємодії людини з особливими потребами і суспільства; особи з обмеженими можливостями здоров'я не розуміють роль, значення, специфіку трудової реабілітації, основні принципи вирішення проблем професійної діяльності; вони не вміють планувати власну професійну діяльність та обирати раціональні методи виконання професійних дій; у осіб з вадами здоров'я наявна емоційна нестабільність, вони не вимогливі до себе і до власної поведінки, безініціативні в контактах, не толерантні в стосунках, не здатні до комунікативного впливу на учасників трудової діяльності як умови якісного опанування системи знань про навчання в реабілітаційному середовищі

Операційно-діяльнісний критерій

Показники критерію:

- сформованість спеціальних умінь, досвід виконання конкретних навчальних дій й володіння необхідними практичними навиками при формування готовності до трудової діяльності;
- налагодженість навчальних контактів з працівниками реабілітаційних центрів і іншими особами з вадами здоров'я, включеність у роботу колективу;
- володіння методиками застосування допоміжних технічних засобів навчання, пристосованість до режиму праці і відпочинку;
- здатність до самоаналізу і самооцінки, до використання результатів самоаналізу, наявність потреби та прагнення до самовдосконалення

За *високого* рівня показників у осіб з особливими потребами достатній рівень сформованості спеціальних умінь, досвіду виконання конкретних навчальних дій й володіння необхідними практичними навиками при формування готовності до трудової діяльності; у них налагоджені навчальні контакти з працівниками реабілітаційних центрів і іншими особами з вадами здоров'я, висока включеність у роботу колективу; молодь володіє методиками застосування допоміжних технічних засобів навчання, пристосована до режиму праці і відпочинку; вона здатна до самоаналізу і самооцінки, до використання результатів самоаналізу, у осіб з вадами здоров'я наявна потреба та прагнення до самовдосконалення

За *середнього* рівня показників у осіб з обмеженими можливостями здоров'я частково сформовані спеціальні вміння, недостатній досвід виконання конкретних навчальних дій й володіння необхідними практичними навиками при формування готовності до трудової діяльності; не у всіх наявні навчальні контакти з працівниками реабілітаційних центрів і іншими особами з вадами здоров'я, слабка включеність у роботу колективу; молодь недостатньо володіє методиками застосування допоміжних технічних засобів навчання, слабо пристосована до режиму праці і відпочинку; вона практично не здатна до самоаналізу і самооцінки, до використання результатів самоаналізу, у осіб з вадами здоров'я не завжди відчуваються потреба та прагнення до самовдосконалення

За *низького* рівня показників у студентів з вадами здоров'я не сформовані спеціальні вміння, відсутній досвід виконання конкретних навчальних дій, не має необхідних практичних навичок для формування готовності до трудової діяльності; відсутні навчальні контакти з працівниками реабілітаційних центрів і іншими особами з вадами здоров'я, вони не включені в роботу колективу; молодь не володіє методиками застосування допоміжних технічних засобів навчання, не пристосована до режиму праці і відпочинку; вона не здатна до самоаналізу і самооцінки, до використання результатів самоаналізу, у осіб з вадами здоров'я не відчуваються потреба та прагнення до самовдосконалення

Опитувальник про спеціальні умови та бар'єри на робочому місці

Форма інвалідності: _____ міст: _____

Група інвалідності _____

Степінь обмеження можливостей до трудової діяльності _____ Ж Ч

Поточне місце роботи: _____

Місце роботи за бажанням / розвиток кар'єри _____ Вік: _____

Будь ласка, поставте відмітку напроти всіх спеціальних умов на робочому місці.

Дякуємо за участь в опитуванні!

Спеціальні умови на робочому місці

Наскільки Ви задоволені наявними умовами

Шкала: 1 – Умови відсутні

2 – Не задоволений

3 – Достатньо задоволений

4 – Повністю задоволений

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|---------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Гнучкий графік роботи | 1 2 3 4 | 1 2 |
| <input type="checkbox"/> | Переклад матеріалів у відповідний формат (напр. Брайль) | 1 2 3 4 | 1 2 |
| <input type="checkbox"/> | Можливість пересуватися на інвалідному візку | 1 2 3 4 | |
| <input type="checkbox"/> | Можливість працювати у самотності | 1 2 3 4 | |
| <input type="checkbox"/> | Тиша на робочому місці | 1 2 3 4 | 1 2 |
| <input type="checkbox"/> | Регулярні перерви протягом робочого дня | 1 2 3 4 | |
| <input type="checkbox"/> | Додаткові перерви для відпочинку протягом дня | 1 2 3 4 | |
| <input type="checkbox"/> | Зміни робочих функцій або професійних обов'язків | 1 2 3 4 | |
| <input type="checkbox"/> | Наявність спеціального обладнання для виконання роботи | 1 2 3 4 | |
| <input type="checkbox"/> | Спеціальні обладнання (програми) для комп'ютера | 1 2 3 4 | |
| <input type="checkbox"/> | Додатковий контроль и зворотній зв'язок, допомога керівника | 1 2 3 4 | |
| <input type="checkbox"/> | Сурдоперекладач або додаткові пристрої для спілкування | 1 2 3 4 | |
| <input type="checkbox"/> | Допомога в транспортуванні до місця роботи і назад додому | 1 2 3 4 | |

- Зменшення фізичного навантаження на роботі
1 2 3 4
- Додаткові лікарняні дні або дні відпочинку понад вже дозволених роботодавцем
1 2 3 4
- Зміна температури в приміщенні на роботі
1 2 3 4
- Допомога вдома при підготовці на роботу, супровід до місця роботи
1 2 3 4
- Письмові інструкції і замітки на роботі, контроль з боку колег
1 2 3 4
- Інше (уточніть) _____ 1 2 3 4

Бар'єри на роботі

Наскільки цей бар'єр актуальний для Вас?

Шкала: 1 – Ніколи не був бар'єром

2 – Рідко є бар'єром

3 – Іноді є бар'єром

4 – Часто є бар'єром

- Фізичне середовище, де я живу, не дозволяє мені добиратися до роботи (на співбесіду або на роботу) 1 2 3 4
- Я не можу отримати запрошення на співбесіду 1 2 3 4
- Зі мною проводили співбесіди, але ніколи не пропонували роботу 1 2 3 4
- На робочому місці роботодавець несправедливо до мене ставиться 1 2 3 4
- Для мене не створені спеціальні умови на робочому місці 1 2 3 4
- Я просив створити спеціальні умови, але вони не були створені 1 2 3 4
- Мої колеги ставляться до мене інакше через мою інвалідність 1 2 3 4
- Мої колеги не підтримують мене (не допомагають мені) на роботі 1 2 3 4
- Я не отримав необхідні професійні навички через інвалідність 1 2 3 4
- Я не отримав необхідної освіти через мою інвалідність 1 2 3 4
- Мої родичі не хочуть, щоб я працював 1 2 3 4
- Якщо я буду працювати, то втрачу пільги, пов'язані з інвалідністю, тому я не хочу працювати
1 2 3 4
- У мене недостатньо фізичних сил працювати цілий день 1 2 3 4
- Я не можу сконцентруватися для роботи цілий день 1 2 3 4
- У мене немає мотивації до того, щоб працювати цілий день 1 2 3 4
- У мене дуже хворий стан для того, щоб працювати 1 2 3 4
- У мене є залежності (алкоголь, надмірна потреба в ліках тощо), що не дозволяє мені працювати цілий день 1 2 3 4
- Я боюся працювати цілий день через вимоги до роботи 1 2 3 4
- Я думаю, у мене недостатньо навичок, корисних на роботі 1 2 3 4

- Я побоююся обстановки, де багато незнайомих людей 1 2 3 4
- Мене влаштовує можливість сидіти вдома і не працювати 1 2 3 4
- Я повинен (повинна) піклуватися про дітей, і тому не можу працювати 1 2 3 4
- Я не наважуюся попросити про створення спеціальних умов 1 2 3 4
- Я не знаю, яку роботу хочу в довгостроковій перспективі 1 2 3 4
- Інше (вказіть): _____ 1 2 3 4
- Інше (вказіть): _____ 1 2 3 4

Карта самооцінки схильностей клієнтів

Я хотів (ла) би

<p>а. Доглядати за тваринами</p> <p>а. Допомогати хворим людям, лікувати.</p> <p>а. Стежити за якістю виготовлення нижкових ілюстрацій, плакатів.</p> <p>а. Обробляти матеріали (дерево, тканини, метал, пластмасу)</p> <p>а. Обговорювати науково-популярні книжки, статті.</p> <p>а. Вирощувати молодняк (тварин).</p> <p>а. Копіювати малюнки, зображення або налаштовувати музичні інструменти.</p> <p>а. Розшукувати та пояснювати людям необхідні відомості (у довідковому бюро, на екскурсії).</p> <p>а. Ремонтувати речі, вироби, одяг, техніку.</p> <p>0 а. Лікувати тварин.</p> <p>1 а. Виводити нові сорти рослин.</p> <p>2 а. Розв'язувати суперечки між людьми, переконувати, заохочувати їх, пояснювати їм незрозуміле.</p> <p>3 а. Спостерігати, вивчати роботу уртеків художньої самодіяльності.</p> <p>4 а. Обслуговувати, налагоджувати медичні прилади.</p> <p>5 а. Складати точні описи, звіти про спостереження.</p> <p>6 а. Робити лабораторні аналізи.</p> <p>7 а. Фарбувати або розмальовувати стіни приміщень, поверхні машин, виробів, пристроїв.</p> <p>8 а. Організовувати культпоходи, екскурсії до театру, музею.</p> <p>9 а. Виготовляти за кресленнями деталі, вироби, машини, одяг.</p> <p>0 а. Боротися з хворобами рослин, п'янічками.</p>	<p>б. Обслуговувати машини, прилади (спостерігати, регулювати).</p> <p>б. Складати таблиці, схеми, програми обчислювальних машин.</p> <p>б. Стежити за станом і розвитком ослин.</p> <p>б. Доправляти товари до споживача.</p> <p>б. Обговорювати художні твори, п'єси, концерти.</p> <p>б. Тренувати товаришів (молодших) у виконанні будь-яких дій: трудових, навчальних, спортивних.</p> <p>б. Керувати будь-яким вантажним засобом .</p> <p>б. Оформляти виставки, вітрини за допомогою художніх засобів або брати участь у підготовці п'єс.</p> <p>б. Шукати і виправляти помилки в ексках, таблицях.</p> <p>0 б. Виконувати розрахунки, обчислення.</p> <p>1 б. Проектувати, конструювати нові види промислових виробів.</p> <p>2 б. Розбиратися у схемах, кресленнях, перевіряти, уточнювати.</p> <p>3 б. Спостерігати, вивчати життя мікробів.</p> <p>4 б. Надавати людям медичну допомогу у разі їх травмування.</p> <p>5 б. Описувати та художньо зображувати вати події, що спостерігалися або виникли в уяві.</p> <p>6 б. Приймати, оглядати хворих, проводити з ними бесіди.</p> <p>7 б. Здійснювати монтаж споруд.</p> <p>8 б. Грати на сцені, брати участь у концертах.</p> <p>9 б. Креслити, копіювати мапи, креслення.</p> <p>0 б. Працювати на комп'ютері.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Диференційно–діагностичний опитувальник

Людина-Природа	Людина-Техніка	Людина-Людина	Людина-Знакова система	Людина – Художній образ
а	б	а	б	а
б	а	б	а	б
а	б	б	б	а
0 а	а	а	0 б	б
1 а	1 б	2 б	2 б	3 а
3 б	4 а	4 б	5 а	5 б
6 а	7 б	6 б	9 б	7 а
0 а	9 а	8 а	0 б	8 б

Інтерпретація результатів. Заповнивши таблицю, підрахуйте суму плюсів та мінусів у кожному стовпчику і запишіть у відповідний рядок („+”, „-”). Найбільша сума балів (7-8) в одному стовпчику є свідченням ступеня вираженості нахилів дитини – інваліда до одного з п’яти типів професій.

Критерії оцінки ступеня соціальної адаптованості

Первинне (вхідне) оцінювання

№ з/п	Показники	К-ть балів
1.	Рівень освіти	
2.	Навчальні заклади	
3.	Наявність трудового досвіду	
4.	Матеріальне становище в сім’ї	
5.	Родина	
6.	Термін інвалідності	
7.	Сенсорні вади	
8.	Загальний рівень розвитку	
9.	Мовленнєвий розвиток	
10.	Уявлення про майбутню професію, наявність певних навичок	
11.	Громадська свідомість, моральні принципи	
12.	Наявність хобі, дозвілля	

13.	Самообслуговування	
14.	Навички та звички культурної поведінки	
15.	Стосунки з друзями	
16.	Наявність шкідливих звичок	
17.	Реагування на свою неповносправність	
18.	Особливості спілкування	
19.	Наявність планів на майбутнє	
20.	Мотивація до навчання	
21.	Емоційний стан	
22.	Вольовий контроль	

Визначення рівня соціальної адаптованості слухачів оцінюється фахівцями з соціальної роботи по 22 (при вхідному оцінюванні) чи по 12 критеріям (при проміжному та заключному оцінюванні), які включають в себе навчальну, побутову, соціально-психологічну, соціальну адаптацію.

Кожен критерій оцінюється в балах від 0 до 3, в залежності від успішності адаптації. Загальний критерій адаптованості являє собою середнє арифметичне всіх 22 (12) оцінок. При його значенні:

в межах від 2,5 до 3 – високий рівень соціальної адаптації;

при значеннях 2-2,4 – середній рівень адаптації;

в межах від 1,5 до 2 – проблемна адаптація; нижче 1,4 – дезадаптація.

Проміжне та вихідне оцінювання

№ з/п	Показники	К-ть балів
1.	Соціальний статус	
2.	Особливості спілкування з педагогами	
3.	Законослухняність	
4.	Побутова адаптація	
5.	Стосунки з покоївками, сусідами по кімнаті, корпусу	
6.	Стосунки з друзями	
7.	Близькі стосунки (сексуальні контакти)	

8.	Наявність шкідливих звичок	
9.	Ставлення до матеріальних цінностей	
10.	Мотивація до навчання	
11.	Вольовий контроль	
12.	Емоційний стан	

Визначення рівня соціальної адаптованості слухачів оцінюється фахівцями з соціальної роботи по 22 (при вхідному оцінюванні) чи по 12 критеріям (при проміжному та заключному оцінюванні), які включають в себе навчальну, побутову, соціально-психологічну, соціальну адаптацію.

Кожен критерій оцінюється в балах від 0 до 3, в залежності від успішності адаптації. Загальний критерій адаптованості являє собою середнє арифметичне всіх 22 (12) оцінок. При його значенні:

в межах від 2,5 до 3 – високий рівень соціальної адаптації;

при значеннях 2-2,4 – середній рівень адаптації:

в межах від 1,5 до 2 – проблемна адаптація;

нижче 1,4 – дезадаптація.

**Пропозиції рекомендаційного характеру щодо покращення
результативності діяльності реабілітаційних центрів стосовно
працевлаштування інвалідів, удосконалення організаційної структури та
управління системою професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими
фізичними можливостями**

1. Підготувати проекти нормативно-правових актів для ратифікації Конвенції Міжнародної організації праці № 159 «Професійна реабілітація та зайнятість інвалідів».

2. Доповнити Державний класифікатор професій новими професіями та спеціальностями, пов'язаними з професійною, медичною, фізичною та соціальною реабілітацією осіб з обмеженими фізичними можливостями та наданням соціальних та консультаційних послуг сім'ям, в яких є такі особи.

3. Розробити Положення про професійну орієнтацію осіб з обмеженими фізичними можливостями та їх психологічну підтримку.

4. Розробити нормативи чисельності реабілітологів, психологів, сурдоперекладачів та інших спеціалістів для спеціальних шкіл-інтернатів, центрів раннього втручання і соціальної реабілітації дітей-інвалідів, центрів медичної, професійної, фізичної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями, навчально-виробничих підприємств.

5. Створити централізований банк даних з проблем інвалідності.

6. Удосконалити державну статистичну звітність для моніторингу проблем професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями.

7. Розробити методичні рекомендації із забезпечення професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями у сільській місцевості.

8. Сприяти випуску спеціальної наукової, методичної, інформаційної літератури з правових, соціально-економічних питань, професійної орієнтації, переорієнтації, психологічної підтримки, а також випуску аудіовізуальних засобів навчання та навчальних посібників для забезпечення процесу професійної

реабілітації осіб – з обмеженими фізичними можливостями.

9. Запроваджувати в дошкільних, загальноосвітніх навчальних закладах, спеціальних школах-інтернатах (школах) для дітей з вадами фізичного та (або) розумового розвитку, центрах раннього втручання і соціальної реабілітації дітей-інвалідів, центрах медичної, професійної та соціальної реабілітації, а в разі необхідності - у професійно-технічних і вищих навчальних закладах посади вчителів-реабітологів, асистентів вчителів-реабітологів і психологів.

10. Забезпечити введення до складу медико-соціальних експертних комісій спеціалістів з професійної орієнтації для розроблення обґрунтованих індивідуальних програм реабілітації та адаптації осіб з обмеженими фізичними можливостями відповідно до їх інтересів, здібностей, стану здоров'я, освіти, професійно-кваліфікаційного рівня, а також для контролю і коригування даної програми.

11. Забезпечити підготовку відповідно до попиту на ринку праці фахівців для роботи з особами, які мають вади зору, слуху, опорно-рухового апарата тощо.

12. Розширити мережу центрів раннього втручання і соціальної реабілітації дітей-інвалідів, центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями шляхом заснування їх у всіх містах з чисельністю населення понад 50 тис. осіб.

13. Здійснювати наукове і навчально-методичне забезпечення центрів раннього втручання і соціальної реабілітації дітей-інвалідів, центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями.

14. Проводити роботу з допрофесійної та соціальної реабілітації дітей-інвалідів.

15. Визначити науково-теоретичні засади і розробити відповідні загальні та спеціальні методики і програми для виявлення, розвитку та підтримки обдарованих дітей, учнівської та студентської молоді, молодих учених і творчих працівників з обмеженими фізичними можливостями.

16. Розробити та затвердити перелік технічних засобів для професійної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями, які видаються їм

безоплатно (за рахунок коштів державного бюджету).

17. Вивчити питання щодо доцільності передачі медико-соціальних експертних комісій до системи Міністерства праці та соціальної політики України та в разі потреби подати Кабінету Міністрів України узгоджені пропозиції.

18. Подати Кабінету Міністрів України пропозиції щодо вдосконалення механізму заохочення роботодавців до працевлаштування осіб з обмеженими фізичними можливостями, а також посилення відповідальності роботодавців за неналежне здійснення реабілітації працівників, які постраждали на виробництві.

19. Забезпечити придбання комп'ютерної техніки, професійно-діагностичної апаратури, збірників нормативно-правових актів, а також літератури з психологічних питань для кабінетів з професійної орієнтації та психологічної підтримки осіб з обмеженими фізичними можливостями у дошкільних, загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладах, спеціальних загальноосвітніх санаторних школах (школах-інтернатах), центрах раннього втручання і соціальної реабілітації дітей-інвалідів, центрах медичної, професійної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями.

20. Увести до державного компонента освіти курси «Основи вибору професії», «Саморегуляція та психічне здоров'я» в загальноосвітніх, професійно-технічних навчальних закладах, спеціальних загальноосвітніх санаторних школах (школах-інтернатах); в центрах раннього втручання і соціальної реабілітації дітей-інвалідів, центрах медичної, професійної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями розробити і запровадити курс «Психологічна підтримка осіб з обмеженими фізичними можливостями та членів їх сім'ї».

21. Забезпечувати психологічне супроводження процесу освіти та професійного навчання інвалідів у загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладах, спеціальних загальноосвітніх санаторних школах (школах-інтернатах), центрах медичної, професійної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями.

22. Збільшити кількість спеціальних груп для осіб з обмеженими фізичними можливостями у вищих і професійно-технічних навчальних закладах з навчання конкурентоспроможних професій та спеціальностей відповідно до попиту регіональних ринків праці з урахуванням особливих потреб таких осіб.

23. Вжити заходів щодо збільшення обсягів державного замовлення на підготовку осіб з обмеженими фізичними можливостями у професійно-технічних та вищих навчальних закладах.

24. Застосовувати у процесі професійної підготовки осіб з обмеженими фізичними можливостями гнучкі технології навчання, в тому числі за модульною системою.

25. Переглянути перелік медичних показань і протипоказань до навчання у вищих та професійно-технічних навчальних закладах. Створення звичайних, спеціалізованих і збереження існуючих робочих місць для осіб з обмеженими фізичними можливостями

26. Вжити заходів, спрямованих на збільшення серед працюючих числа осіб з обмеженими фізичними можливостями.

27. Запровадити на підприємствах та в організаціях громадських організацій інвалідів облік наявних робочих місць для осіб з обмеженими фізичними можливостями.

28. Вжити заходів щодо забезпечення рекламування в засобах масової інформації продукції та послуг підприємств і організацій громадських організацій інвалідів.

29. Сприяти створенню мережі торгових підприємств для реалізації промислових товарів, що виготовляються підприємствами та організаціями громадських організацій інвалідів; сприяти розвитку малих підприємств громадських організацій інвалідів.

30. Сприяти підприємницькій діяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями, особливо жінок, розвитку їх сімейного бізнесу.

31. Підготувати пропозиції Кабінету Міністрів України щодо надання громадським організаціям інвалідів, їх підприємствам та організаціям державної,

допомоги у вигляді фінансової допомоги, кредитування, розміщення державного замовлення, пільг з оподаткування тощо.

32. Забезпечувати усунення комунікаційних, будівельних та інших перешкод, що заважають доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до об'єктів соціальної інфраструктури, зокрема транспорту.

33. Забезпечити систематичне медичне обслуговування працюючих осіб з обмеженими фізичними можливостями.

34. Передбачати у колективних договорах заходи щодо виробничої адаптації осіб з обмеженими фізичними можливостями.

35. Встановити контроль за наявністю в установах, організаціях та на підприємствах усіх форм власності індивідуальних програм реабілітації та адаптації осіб з обмеженими фізичними можливостями та їх виконанням.

36. Вивчати кращий досвід у сфері професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями.

37. За сприяння Міжнародної організації праці забезпечувати фахівців у сфері реабілітації матеріалами щодо кращого міжнародного досвіду роботи лікарів, психологів, соціальних працівників і спеціалістів з професійної реабілітації для розроблення та реалізації індивідуальних програм професійної реабілітації та адаптації осіб з обмеженими фізичними можливостями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л. И. Акатов. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
2. Андреева М. О. Розвиток соціальної компетентності студентів з особливими потребами у вищому навчальному закладі : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / Марія Олександрівна Андреева; Українська інженерно-педагогічна академія. – Харків, 2014. – 262 с.
3. Анісімова О. Е. Формування особистості дитини з особливими потребами засобами фребельпедагогіки / О. Е. Анісімова // Наукові записки РДГУ : зб. наук. праць. – 2014. – Випуск 10 (53). – С. 33 – 36.
4. Банч Г. О. Поддержка учеников с нарушением интеллекта в условиях обычного класса : пособие для учителей / Гэри Оуэн Банч ; пер. с англ. С. Ю. Котова. – М. : ООО „Издательство МБА”, 2008. – 64 с.
5. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка : схеми, таблиці, коментарі : навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.] / О. В. Безпалько. – К. : Центр учбової літератури, 2009. – 208 с.
6. Бісмак О. В. Основи фізичної реабілітації : навч. посіб. / О. В. Бісмак, Н. Г. Мельнік. – Харків: Вид-во Бровін О.В., 2010. – 120 с.
7. Богинская Ю. В. Социально-педагогическая поддержка студентов с ограниченными возможностями в высших учебных заведениях : теория и практика : монография / Ю. В. Богинская. – Ялта: РИО РВУЗ „КГУ”, 2012. – 384 с.
8. Бурыкина Н. М. Социально-педагогическая поддержка учащихся с особыми проблемами в общеобразовательной школе : дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.02 / Наталья Михайловна Бурыкина ; ГОУ ВПО „Костромской государственный университет”. – Кострома, 2004. – 212 с.
9. Вайзман Н. П. Реабилитационная педагогика / Н. П. Вайзман. – М. : Аграф, 1996. – 160 с.
10. Валентик Н. Інклюзивна освіта: за і проти / Н. Валентик // Директор школи.

– 2010. – № 14 –15. – С. 45 – 58.

11. Варава В. Інклюзивна освіта / В. Варава // Завуч. – 2006. – № 14. – С. 11.
12. Висоцька А. М. Вивчення особливостей корекційно-виховного процесу у спеціальних школах-інтернатах / А. М. Висоцька // Дефектологія. – 2001. – № 2. – С. 13 – 17.
13. Вітвицька С. С. Основи педагогіки вищої школи : підруч. за модульно-рейтинг. системою навч. для студ. магістратури / Світлана Сергіївна Вітвицька. – К. : Центр навч. л-ри, 2006. – 384 с.
14. Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.vcprg.com.ua/>.
15. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності : навчально-методичний посібник / Л. Б. Люндквіст, В. В. Бурлака, А. Г. Шевцов, К. Лінгрєн, Г. Бата [та ін.]. – К. : ГЕРБ, 2007. – 288 с.
16. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии. Социально-психологическая основа воспитания ребенка с дефектом / Л. С. Выготский // Педагогическая энциклопедия. – Т. 2. – М., 1928, – С. 393 – 394.
17. Выготский Л. С. Психология искусства / Л. С. Выготский ; сост., авт. послесл. М. Г. Ярошевский; под ред. М. Г. Ярошевского; [подгот. текста и коммент. В. В. Умрихина]. – М. : Педагогика, 1987. – 341 с.
18. Выготский Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. / Л. С. Выготский ; гл. ред. А. В. Запорожец. – М. : Педагогика, 1982-1984. Т. 5 : Основы дефектологии / под. ред. Т. А. Власовой. – 1983. – 369 с.
19. Выготский Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. / Л. С. Выготский ; гл. ред. А. В. Запорожец. – М. : Педагогика, 1982-1984. Т. 3 : Проблемы развития психики / под. ред. А. М. Матюшкина. – 1983. – 369 с.
20. Выготский Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. / Л. С. Выготский ; гл. ред. А. В. Запорожец. – М. : Педагогика, 1982. – Т. 2. Проблемы общей психологии. – 504 с.
21. Глоба О. П. Педагогічні умови забезпечення трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями / О. П. Глоба // Науковий часопис НПУ

імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. – № 30. – С. 41 – 47.

22. Глоба О. П. Програма соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату / О. П. Глоба, Ю. М. Полулященко, В. Н. Білоус // Освіта та педагогічна наука. – 2014. – № 1 (162), – С. 44 – 50.
23. Глоба О. П. Регіональне реабілітаційне середовище як фактор соціалізації дітей і молоді з обмеженими психофізичними можливостями : монографія / О. П. Глоба. – Краматорськ : ДДМА, 2011. – 348 с.
24. Голдберг Д. Распространенные психические расстройства : биосоциальная модель : монография / Д. Голдберг, П. Хаксли ; пер. с англ. Д. Полтавца. – К. : Сфера, 1999. – 256 с.
25. Гонеев А. Д. Основы коррекционной педагогики : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева ; под. ред. В. А. Сластенина. – 2-е изд., перераб. – М. : Академия, 2002. – 272 с.
26. Готовность Российской Федерации к ратификации Конвенции о правах инвалидов и практической реализации ее положений : доклад по мониторингу соблюдения российского законодательства в сфере прав инвалидов / авт. сост. М. Ларионов, Н. Х. Линь, М. Черкашин и др. ; отв. ред. М. Ларионов. – М., 2010. – 96 с.
27. Грабовенко Н. В. Соціально-педагогічна робота з сім'ями, що виховують дітей з обмеженими фізичними можливостями, в умовах реабілітаційного центру : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.05 „Соціальна педагогіка” / Н. В. Грабовенко ; АПН України, Ін-т пробл. виховання. – К., 2008. – 20 с.
28. Гуманістично-психологічний підхід в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами : науково-методичний збірник за матеріалами обласних педагогічних читань / укладач Л. Савчук ; Рівненський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти, кафедра корекційної освіти. – Рівне : РОШПО, 2011. – 121 с.
29. Гур В. І. Етичні засади морального виховання як сутнісної складової

соціальної реабілітації студентів з особливими потребами / В. І. Гур, О. В. Андрусенко // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : зб. наукових праць. – К. : Університет „Україна”, 2004. – № 1 (3). – С. 500 – 504.

- 30.** Давиденко Г. В. Теоретико-методичні засади організації інклюзивного навчання у вищих навчальних закладах країн Європейського Союзу : дис. ... доктора пед. наук : 13.00.01 / Ганна Віталіївна Давиденко. – Київ, 2015. – 467 с.
- 31.** Даніелс Р. У класі – діти з особливими потребами / Р. Даніелс, К. Стаффорд // Шкільний світ. – 2008. – № 3. – С. 18 – 19.
- 32.** Декларация о правах инвалидов : резолюция Генеральной ассамблеи ООН от 9 декабря 1875 года № 3447 (XXX) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations /disabled.shtml.
- 33.** Демичева О. Г. Неспециальные проблемы инклюзивного образования / О. Г. Демичева // Народное образование. – 2012. – № 2. – С. 242 – 245.
- 34.** Дешплер Д. Переосмислюючи допоміжні послуги спеціалістів в інклюзивних класах / Д. Дешплер // Дефектологія. – 2009. – № 3. – С. 9 – 14.
- 35.** Дефектологічний словник : навчальний посібник / за ред. В. І. Бондаря, В. М. Синьова. – К. : „МП Леся”, 2011. – 528 с.
- 36.** Дианова В. И. Проблемы интегрированного обучения и предпосылки их решения : (из опыта работы пилотных площадок интегрированного образования детей с ограниченными возможностями здоровья в Краснодарском крае) / В. И. Дианова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2010. – № 4. – С. 19 – 24.
- 37.** Дистанционное образование детей-инвалидов : зарубежный опыт : учеб. пособие / авт. сост. В. Н. Андреев и др. ; под ред. Н. А. Шайденко, Ж. Е. Фомичевой ; М-во образования и науки РФ, ГОУ ВПО ТГПУ имени Л. Н. Толстого. – Тула : изд-во ТГПУ имени Л. Н. Толстого, 2010. – 57 с.
- 38.** Дікова-Фаворська О. М. Соціологічна концептуалізація освіти осіб з функціональними обмеженнями здоров'я : дис. ... д-ра соціол. наук : 22.00.04 / Олена Михайлівна Дікова-Фаворська ; Класичний приватний ун-т. – Запоріжжя,

2009. – 454 с.

39. Діти з особливими потребами в школі : психолого-педагогічний супровід / автори-упорядники : О. М. Романова, Л. П. Засенко, О. П. Кириліна [та ін.]. – К. : Шкільний світ, 2011. – 128 с. – (Б-ка „Шкільного світу”).
40. Донкан И. М. Социальная эксклюзия семей, имеющих детей-инвалидов : на примере Дальнего Востока России : дисс. ... канд. социол. наук : 22.00.04 / Ирина Михайловна Донкан ; Тихоокеанский государственный ун-т. – Хабаровск, 2010. – 173 с.
41. Единая концепция специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья : основные положения / О. И. Кукушкина, Н. Н. Малофеев, О. С. Никольская, Е. Л. Гончарова // Дефектология. – 2010. – № 1. – С. 6 – 22.
42. Екжанова Е. А. От интеграции к инклюзии / Е. А. Екжанова ; беседовала О. Решетникова // Школьный психолог. – 2010. – № 16. – С. 34 – 37.
43. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за ред. І. Д. Звереві. – 2-е вид. – Київ ; Сімферополь : Універсум, 2013. – 536 с.
44. Жить вместе и учиться вместе в начальной школе (классы с совместным обучением). – Мн. : Бел. Экзархат, 1999. – 36 с.
45. Загумённов Ю. Л. Инклюзивное образование : создание равных возможностей для всех учащихся / Ю. Л. Загумённов // Минская школа сегодня. – 2008. – № 6. – С. 3 – 6.
46. Загумённов Ю. Л. Обеспечение равных возможностей для учащихся в получении качественного образования в условиях его диверсификации / Ю. Л. Загумённов // Профильное обучение : состояние, проблемы, перспективы : материалы Междунар. конф. – Минск: НИО, 2007. – С. 481 – 485.
47. Загумённов Ю. Л. Организация инклюзивного образовательного процесса в современной школе / Ю. Л. Загумённов // Образовательная среда региона : от локальных инициатив к сетевому взаимодействию : материалы открытой очно-дистанционной научно-практической конференции. – Минск : МГИРО, 2011. – С. 34-39.

48. Загумённов Ю. Л. От инклюзивного образования к инклюзивному обществу / Ю. Л. Загумённов // Адукацыя і выхаванне. Столичное образование сегодня. – 2008. – № 11. – С. 12 – 15.
49. Загумённов Ю. Л. Ценности профессионального педагогического образования в условиях инклюзивного подхода / Ю. Л. Загумённов // Последипломное образование : достижения и актуальные направления развития : тез. докл. II Междунар. науч.-практ. конф. (Минск, 27-28 ноября 2008 г.) / ГУО „Академия последипломного образования”. – Минск : АПО, 2008. – В 2 ч. – Ч. 1. – С. 168 – 171.
50. Ильина О. М. Международные нормы об инклюзивном образовании и имплементации их в российскую правовую систему / О. М. Ильина // Дефектология. – 2008. – № 5. – С. 67 – 72.
51. Индолев Л. Н. Как это было. Очерки истории инвалидного движения в России и создания ВОИ / Л. Н. Индолев, М. Ю. Олейникова, В. А. Панов. – Москва : ВОИ, 1998. – 221 с.
52. Инклюзивное образование : методология, практика, технология : материалы Международной научно-практической конференции (Москва, 20-22 июня 2011 г.) / ред. С. В. Алехина [и др.] ; Московский городской психолого-педагогический ун-т. – М. : МГППУ, 2011. – 244 с.
53. Инклюзивное образование : проблемы совершенствования образовательной политики и системы : материалы Международной конференции (СПб, 19-20 июня 2008 года). – СПб : Изд-во РГПУ имени А. И. Герцена, 2008. – 215 с.
54. Инклюзивное образование : путь в будущее : материалы третьего регионального семинара Сообщества практики в СНГ по вопросам развития содержания общего среднего образования. – Минск: НИО, 2007. – 190 с.
55. Инклюзивное образование / сост. С. В. Алехина, Н. Я. Семаго, А. К. Фаина ; отв. ред. Т. Н. Гусева ; Моск. городской психол.-пед. ун-т [и др.]. – М. : Центр „Школьная книга”, 2010. – Выпуск 1. – 272 с.
56. Инклюзивное образование / сост. С. В. Алехина, Н. Я. Семаго, А. К. Фаина ; отв. ред. Т. Н. Гусева. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. – Выпуск 2:

Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья. – 208 с.

- 57.** Инклюзивные школы : польза обществу: по материалам национального института по развитию городского образования (США) / перевод О. Дроздовой // Новый сайт людей с ограниченными возможностями здоровья г. Зеленогорска Красноярского края. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://ortolife3.ucoz.ru/publ/rabota_i_obrazovanie/mify_ob_inkluzivnykh_shkolakh/2-1-0-256.
- 58.** Интеграция детей с нарушением зрения в среду здоровых сверстников : метод. рек. / МДОУ Дет. сад компенсирующего вида № 49 „Тополек”. – Псков : ПОСБС, 2005. – 42 с.
- 59.** Иванова О. Стандарты у соціальної роботі : якими їм бути в Україні? / О. Иванова // Соціальна політика і соціальна робота. – 2004. – № 3. – С. 24 – 26.
- 60.** Ілляшенко Т. Діти з церебральним паралічем у загальноосвітній школі / Т. Ілляшенко // Початкова школа – 2008. – № 11. – С. 58 – 61.
- 61.** Ілляшенко Т. Інтеграція дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітній школі / Т. Ілляшенко // Початкова школа – 2007. – № 12. – С. 46 – 49.
- 62.** Ілляшенко Т. Концепція державних освітніх стандартів для дітей із затримкою психічного розвитку / Т. Ілляшенко // Дефектологія. – 2000. – № 3. – С. 6 – 8.
- 63.** Інвалідність та суспільство : навчально-методичний посібник / за заг. редакцією Л. Ю. Байди, О. В. Красюкової – Еннс ; колектив авторів : Л. Ю. Байда, О. В. Красюкова – Еннс, С. Ю. Буров [та ін.]. – К., 2012. – 216 с.
- 64.** Інклюзивна освіта в законодавчому просторі // Відкритий урок. – 2009. – № 10. – С. 88 – 89.
- 65.** Інклюзивна освіта : стан і перспективи розвитку в Україні : науково-методич. зб. до Всеукр. науково-практич. конференції / за ред. : В. В. Засенка, Н. З. Софій ; Всеукр. Фонд „Крок за кроком”. – К. : ФО-П Придатченко П. М., 2007. – 180 с.

66. Інклюзивна школа : особливості організації та управління : навч.-метод. посібник / кол. авторів : А. А. Колупаєва, Н. З. Софій, Ю. М. Найда [та ін.] ; за заг. ред. Л. І. Даниленко, – К., 2007. – 128 с.
67. Іноземцева С. В. Історичний досвід соціально-педагогічної діяльності з дітьми з особливими потребами / С. В. Іноземцева. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.rusnauka.com/2._SND_2007/Pedagogica/19082.doc.htm.
68. Інтеграція молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство : громадсько-правові, соціально-психологічні та інформаційно-технологічні аспекти : метод. посіб. / Є. А. Клопота, В. Г. Бондаренко, О. А. Клопота [та ін.]. – Запоріжжя, 2008. – 114 с.
69. Іпатов А. В. Інвалідність як інтегрований показник стану здоров'я населення України / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Т. Г. Войчак. – Дніпропетровськ : Пороги, 2002. – 342 с.
70. Ісаєвич Я. Львівська братська школа / Я. Ісаєвич // Енциклопедія історії України : у 10 т. / редкол. : В. А. Смолій (голова) та ін. ; Інститут історії України НАН України. – К. : Наук. думка, 2009. – Т. 6 : Ла – Мі. – С. 340.
71. Кавун Ю. Інклюзивна освіта / Ю. Кавун, М. Ворон // Дефектолог. – 2007. – № 5. – С. 4 – 11.
72. Каган М. С. Человеческая деятельность : (опыт системного анализа) / М. С. Каган. – М. : Политиздат, 1974. – 328 с.
- 72а. Казакова Е. И. Психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение ребенка: проблема развития диагностических исследований / Е. И. Казакова // Инновационные процессы в российском образовании. – М., 1999. – С. 23 – 26.
73. Калюжна І. Сімейні стратегії подолання кризи при вихованні дитини з інтелектуальною недостатністю / І. Калюжна // Соціальна політика і соціальна робота : Український науковий і громадсько-політичний часопис. – К. : Видавничий дім „Києво-Могилянська академія”, 2005. – № 3. – С. 125 – 137.
74. Капська А. Й. Технології соціальної роботи в зарубіжних країнах : навчальний посібник / А. Й. Капська, Л. М. Завадська, С. В. Грищенко. – К. : Видавничий Дім „Слово”, 2011. – 248 с.

75. Караман О. Л. Соціально-педагогічна робота з неповнолітніми засудженими в пенітенціарних закладах України : монографія / Олена Леонідівна Караман ; Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка. – Луганськ : Вид-во ЛНУ імені Тараса Шевченка, 2012. – 448 с.
76. Караман О. Л. Теорія і методика соціально-педагогічної роботи з неповнолітніми засудженими в пенітенціарних закладах України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : спец. 13.00.05 „Соціальна педагогіка” / Олена Леонідівна Караман ; Луганський педагогічний ун-т імені Тараса Шевченка. – Луганськ, 2013 . – 44 с.
77. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество : построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П. Дж. Карлинг ; пер. с англ. О. П. Чернявская. – Киев: Издательство „Сфера”, 2002. – 299 с.
78. Клочкова Е. В. Факторы, влияющие на включение ребенка-инвалида в жизнь общества : индивидуальный и коллективный опыт на пути инклюзии / Е. В. Клочкова // Аутизм и нарушения развития. – 2010. – № 3. – С. 1 – 18.
79. Коваль Л. Г. Социальная педагогика / социальная работа : навч. посібник / Л. Г. Коваль, І. Д. Зверева, С. Р. Хлебик. – К. : ІЗМН, 1997. – 392 с.
80. Кодекс законів про працю України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/322-08>.
81. Колупаєва А. А. Діти з особливими потребами та організація їх навчання : науково-метод. посіб. / А. А. Колупаєва, Л. О. Савчук. – Видання доп. та перероб. – К. : Видавнича група „АТОПОЛ”, 2011. – 273 с.
82. Колупаєва А. А. Зasadничі понятійно-термінологічні визначення інклюзивної освіти / А. А. Колупаєва // Дефектологія. – 2009. – № 2. – С. 3 – 8.
83. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта : реалії та перспективи : монографія / А. А. Колупаєва. – Київ : Самміт-Книга, 2009. – 272 с.
84. Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади : монографія / А. А. Колупаєва. – К. : Педагогічна думка, 2007. – 458 с.
85. Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями

вследствие заболеваний нервной системы : методические рекомендации / Министерство труда и социального развития РФ; Департамент по делам семьи, женщин и детей. – М.-СПб. : НВТ „БИМК-Д”, 1998. – 536 с.

- 86.** Конвенція про боротьбу з дискримінацією в галузі освіти : протокол ООН від 14 грудня 1960 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_174.
- 87.** Кондратьева З. А. К вопросу о понятии социально-трудовой реабилитации / З. А. Кондратьева // Вопросы социального обеспечения : сб. науч. трудов. – 1986. – Вып. 17. – С. 37 – 43.
- 88.** Коношенко С. В. Деякі проблеми реабілітаційно-виховної роботи з дітьми-сиротами в умовах реабілітаційного центру / С. В. Коношенко // Проблеми трудової і професійної підготовки : наук.-метод. зб. / [за ред. М. Т. Малюта, В. В. Стешенко]. – Слов’янськ, 2002. – Вип. 6. – С. 124 – 127.
- 89.** Коношенко С. В. Особливості роботи вихователя в умовах реабілітаційного центру : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.07 „Теорія виховання ” / С. В. Коношенко ; Ін-т проблем виховання АПН України. – К., 2002. – 23 с.
- 90.** Коношенко С. В. Реабілітаційна робота з соціально дезадаптованими підлітками в умовах індустріального регіону : монографія / Сергій Володимирович Коношенко. – Слов’янськ : Печатный двор, 2009. – 251 с.
- 91.** Коношенко С. В. Реабілітаційна робота з соціально дезадаптованими учнями : навчальний посібник / С. В. Коношенко. – Слов’янськ, 2010. – 163 с.
- 92.** Коношенко С. В. Центр реабілітації дітей-сиріт та дітей, які залишилися без опіки батьків : зміст, функції, напрямки діяльності / С. В. Коношенко // Теоретичні питання культури, освіти та виховання : зб. наук. пр. / за заг. ред. М. Б. Євтуха. – К., 2002. – Вип. 21. – С. 161 – 163.
- 93.** Конституція України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.
- 94.** Корніцова С. Запровадження інклюзивної освіти в ЗНЗ / С. Корніцова // Управління школою. – 2011. – №1/3. – С. 73 – 92.

95. Кравець Н. Особливості розумової працездатності школярів в умовах інклюзивного навчання / Н. Кравець, В. Шорохова // Рідна школа. – 2009. – № 11. – С. 52 – 56.
96. Крокер Ш. Політика підтримки інклюзії (канадський досвід) / Ш. Крокер // Дефектологія. – 2009. – № 4. – С. 4 – 6.
97. Крутій К. Лінгводидактична модель мовленнєвого супроводу дітей дошкільного віку в умовах ДНЗ / К. Крутій // Мова як чинник формування громадянина України : матеріали Всеукраїнської конф., (м. Запоріжжя, 16-17 травня 2008 року) / за ред. К. Л. Крутій, А. І. Паленко. – Запоріжжя : ТОВ „ЛПС” ЛТД, 2008. – 352 с.
98. Кузьменко В. Індивідуалізація виховання і навчання / В. Кузьменко // Дошкільне виховання. – 2000. – № 10. – С. 5 – 7.
99. Лапицкая И. Инклюзивное образование сегодня : демократизация школы / И. Лапицкая // Завуч. – 2007. – № 7. – С. 14 – 16.
100. Лепський В. В. До питання реабілітації інвалідів в Україні / В. В. Лепський, О. В. Семененко, С. В. Макаренко // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2012. – № 3(5). – С. 44 – 49.
101. Лечение наркомании в Харькове. Харьковский центр „Твоя перемога” [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://tvoya-peremoga.com.ua.717>.
102. Лещенко Я. В. Училище слепых / Я. В. Лещенко // Слепец. – 1914. – № 4. – С. 14 – 26.
103. Лупарт Д. Шкільна реформа в Канаді : перехід від роздільних систем освіти до інклюзивних шкіл / Д. Лупарт, Ч. Веббер // Дефектологія. – 2010. – № 2. – С. 3 – 6.
104. Ляшенко В. І. Формування життєвої компетентності дітей-інвалідів у центрах ранньої соціальної реабілітації : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.05 „Соціальна педагогіка” / Валерій Іванович Ляшенко ; Луганський педагогічний ун-т імені Тараса Шевченка. – Луганськ, 2005. – 20 с.
105. Маврина Э. А. Социально-педагогическая реабилитация несовершенно-

летних в специализированных учреждениях : на примере Республики Татарстан : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Эльмира Амировна Маврина. – Казань, 2009. – 263 с.

- 106.** Малагская декларация : декларация министров в Малаге о людях с ограниченными возможностями „К полному гражданскому участию”. – 2-я Европейская конференция министров (Малага, 7-8 мая 2003 года) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCgQFjAC&url=http%3A%2F%2Ffirbis-nbu.gov.ua>.
- 107.** Малофеев Н. Н. Дети с отклонениями в развитии в общеобразовательной школе : общие и специальные требования к результатам обучения / Н. Н. Малофеев, О. С. Никольская; отвечает О. И. Кукушкина // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2010. – № 5. – С. 6 – 11.
- 108.** Малофеев Н. Н. Становление и развитие государственной системы специального образования в России : автореф. дисс. на соискание уч. степени д-ра пед. наук : спец. 13.00.01, 13.00.03 / Н. Н. Малофеев ; Рос. акад. образования, Ин-т коррекционной педагогики. – М., 1996. – 81 с.
- 109.** Методичні рекомендації для вчителів загальноосвітніх та спеціальних закладів щодо процедури переходу до інклюзивного навчання дітей з особливими потребами // Завуч. – 2009. – № 19. – С. 12 – 20.
- 110.** Микляева Н. В. Детский сад для всех : „чужие” дети – тоже „свои” / Н. В. Микляева // Обруч. – 2009. – № 3. – С. 3 – 6.
- 111.** Митчелл Д. Эффективные педагогические технологии специального и инклюзивного образования : главы из книги / Дэвид Митчелл ; перевод с англ. И. С. Анিকেев, Н. В. Борисова. – 2-е изд. – М. : ООО „БЭСТ-принт”, 2011. – 138 с.
- 112.** Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права : (Міжнародний пакт ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР № 2148-VIII (2148-08) від 19 жовтня 1973 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_042.
- 113.** Мінаєв Д. М. Моніторинг проектів організації доступності будівель і споруд

вокзалів залізниці України / Д. М. Мінаєв, Т. Г. Фесенко, Г. Г. Фесенко // Управління проектами : проектний підхід в сучасному менеджменті : матеріали VIII науково-практичної конференції фахівців, магістрантів, аспірантів та науковців. – Одеса : ОДАБА. 2017. – С. 51 – 57.

- 114.** Міщенко О. М. Обґрунтування та розробка системи надання медико-соціальної допомоги дітям-інвалідам : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / О. М. Міщенко ; Нац. мед. ун-т імені О. О. Богомольця. – К., 2009. – 239 с.
- 115.** Міщук Л. І. Теоретико-методичні основи професійної підготовки соціального педагога у закладах вищої освіти : монографія / Л. І. Міщук ; відп. ред. Л. Г. Коваль. – Запоріжжя : Промінь, 1997. – 370 с.
- 116.** Моделі підтримки зайнятості та супроводу на робочому місці для людей з інвалідністю в країнах Європейського союзу: підсумковий звіт на замовлення ПРООН в Україні / підгот. Ф. Кеван. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.slideshare.net/undpukraine/ss-53641052>.
- 117.** Мороз Б. Упровадження нових інформаційних технологій в умовах інклюзивної системи навчання / Б. Мороз, Л. Коваль // Дефектологія. – 2010. – № 2. – С. 28 – 30.
- 118.** Мороз В. Про школи соціальної реабілітації : їх сучасне становище і перспективи : (реабілітація малолітніх злочинців) / В. Мороз // Право України. – 1998. – № 7. – С. 86 – 88.
- 119.** Мухлаева А. И. Социальные аспекты профессиональной реабилитации инвалидов : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. социолог. наук : спец. 22.00.04 „Социальная структура, социальные институты и процессы” / Аделия Ильдусовна Мухлаева ; Московский государственный университет сервиса ; Социально-технологический институт. – Москва, 2002. – 24 с.
- 120.** На пути к инклюзивной школе : пособие для учителей / РООИ „Перспектива”. – М. : Перспектива, 2006. – 40 с.
- 121.** Надточій А. М. Організація реабілітаційно-виховного процесу в санаторній школі-інтернаті : метод. посіб. / А. М. Надточій. – К. : Інститут проблем виховання, 2000. – 84 с.

- 122.** Назаренко В. І. Медична реабілітація в умовах Хортицького навчально-реабілітаційного багатoproфільного Центру / В. І. Назаренко // Реабілітаційна педагогіка на рубіжі ХХІ ст. – Ч. І. – К. : ІЗМН, 1998. – С. 86 – 93.
- 123.** Назарова Н. М. Интегрированное (инклюзивное) образование : генезис и проблемы внедрения / Н. М. Назарова // Вестник Московского городского педагогического университета / ред. А. И. Савенкова. – 2009. – № 3 (9). – С. 8 – 18.
- 124.** Найда Ю. Инклюзивна модель освіти : за і проти / Ю. Найда // Директор школи (Шкільний світ). – 2010. – № 34. – С. 30 – 31.
- 125.** Найда Ю. М. Инклюзивна освіта : українські реалії / Ю. М. Найда, М. В. Ворон // Підручник для директора. – Офіційний веб-портал Всеукраїнського фонду „Крок за Кроком” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ussf.kiev.ua/index.php?go=Inklus&in=view&id=19>.
- 126.** Национальный доклад о развитии системы образования Республики Беларусь // Международная конференция по образованию, 48-ая сессия (Женева, 25-28 ноября 2008 г.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ibe.unesco.org/ru/ice/48th-session-2008/national-reports.html>.
- 127.** Національна доповідь „Праця та зайнятість осіб з інвалідністю в Україні”. – Київ, 2009. – 194 с.
- 128.** Немов Р. С. Психология : учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений : в 3 кн. / Р. С. Немов. – 4-е изд. – М. : ВЛАДОС, 2001. – Кн. 3 : Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. – 640 с.
- 129.** Нечипоренко В. В. Системний розвиток навчально-реабілітаційного центру як умова формування життєвих компетенцій в учнів з обмеженими можливостями здоров'я : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Валентина Василівна Нечипоренко. – К., 2006. – 207 с.
- 130.** Никольская О. С. К выходу книги Н. Н. Малофеева „Специальное образование в меняющемся мире. Россия” / О. С. Никольская // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2010. – № 2. – С. 17 – 23.
- 131.** О передаче в ведение Народного Комиссариата Просвещения учебных и

образовательных учреждений и заведений всех ведомств : декрет СНК РСФСР от 05 июня 1918 г. // СУ РСФСР. – 1918. – № 39. – Ст. 507.

- 132.** Образование – право для всех / ред. О. Дроздова. – М. : Перспектива, 2003. – 160 с. – (Школа для всех).
- 133.** Образовательные учреждения города Москвы, реализующие инклюзивную практику : справочно-информационные материалы / сост. С. В. Алехина, Е. Н. Кутепова, А. К. Фадина ; отв. ред. С. В. Войтас. – Москва : ООО „АЛВИАН”, 2011. – Вып. 6. – 115 с. – (Инклюзивное образование).
- 134.** Овчарова Р. В. Справочная книга социального педагога / Р. В. Овчарова. – М. : ТЦ „Сфера”, 2002. – 480 с.
- 135.** Олейник Е. Разные возможности – равные права / Е. Олейник // Родительский клуб. – 2010. – № 3(4). – С. 8 – 9.
- 136.** От инклюзивного образования к инклюзивному обществу : сб. науч. тр. / под ред. Ю. Л. Загуменнова. – Минск: Ковчег, 2009. – 264 с.
- 137.** Отчет о деятельности Харьковского городского управления по начальному народному образованию за 1906 год. – Харьков : Типография и литография Н. В. Петрова, 1907. – 74 с.
- 138.** Перфильева М. Ю. Участие общественных организаций людей с инвалидностью в развитии инклюзивного образования : пособие / М. Ю. Перфильева, Ю. П. Симонова, С. А. Прушинский ; под. ред. Т. Г. Туркиной ; Региональная общественная организация инвалидов „Перспектива”. – Москва: ООО „Типография Гарант”, 2012. – 68 с.
- 139.** Першко Г. О. Навчальні програми курсів „Соціально-педагогічна робота в закладах освіти” та „Основи інклюзивної освіти” / Г. О. Першко. – Кам’янець-Подільський : ПП Буйницький, 2011. – 100 с.
- 140.** Першко Г. О. Підготовка соціальних педагогів до інтеграції дітей з особливостями психофізичного розвитку у середовище загальноосвітнього навчального закладу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.05 „Соціальна педагогіка” / Г. О. Першко ; Київський університет імені Бориса Грінченка. – Київ, 2011. – 20 с.

- 141.** Пімшина Г. В. Історико-педагогічний аналіз соціальної адаптації дітей-сиріт з розумовою відсталістю / Г. В. Пімшина // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія „Педагогічні науки”. – Частина II. – 2009. – № 17 (180). – С. 26 – 34.
- 142.** Пліско Є. Ю. Соціально-педагогічна реабілітація підлітків, схильних до агресивної поведінки, в умовах реабілітаційного центру : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.05 „Соціальна педагогіка” / Є. Ю. Пліско. – Словянськ, 2014. – 20 с.
- 143.** Поліщук О. А. До проблеми трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в Україні / О. А. Поліщук // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія „Педагогічні науки”. – 2017. – № 7 (312). – Ч. 1. – С. 233 – 243.
- 144.** Поліщук О. А. Досвід реалізації системи трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я у регіональних реабілітаційних центрах / О. А. Поліщук // Education and Pedagogical Sciences. – 2017. – № 2. – С. 37 – 51.
- 145.** Поліщук О. А. Порівняльний аналіз державної політики України та провідних світових країн у галузі підтримки доходів і забезпечення соціальних виплат особам з обмеженими можливостями / О. А. Поліщук // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія „Педагогічні науки”. – 2010. – № 10 (197). – Ч. 1. – С. 174 – 182.
- 146.** Поліщук О. А. Реалізація державної підтримки проблем професійної реабілітації інвалідів в умовах регіонального реабілітаційного середовища / О. А. Поліщук // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. – Вип. 17. – Київ, 2011. – С. 197 – 120.
- 147.** Поліщук О. А. Система трудової реабілітації людей з обмеженими можливостями здоров'я : цільовий компонент / О. А. Поліщук, С. Я. Харченко // Організація соціальної та соціально-педагогічної роботи у різних соціальних інституціях суспільства : матеріали міжвузівського науково-практичного семінару (м. Харків, 9 листопада 2017 р.) / укладачі : О. І. Рассказова, К. С. Волкова. –

Харків : ФО-П Шейніна О.В., 2017. – С. 64 – 67.

- 148.** Поліщук О. А. Соціально-педагогічні умови забезпечення трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями / О. А. Поліщук // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. — Вип. 14. — Київ, 2009. — С. 119 – 121.
- 149.** Поліщук О. А. Стан трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в Україні / О. А. Поліщук // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія „Педагогічні науки”. — 2017. — № 8 (313). — Ч. 1. — С. 81-89.
- 150.** Поліщук О. А. Суб'єкт – суб'єктний підхід до трудової реабілітації людей з обмеженнями здоров'я у реабілітаційних установах / О. А. Поліщук // Соціальна підтримка сім'ї та дитини у соціокультурному просторі громади : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Суми, 15 листопада 2017 р.) – Суми, 2017. – С. 93 – 96.
- 151.** Поліщук О. А. Теоретичні та практичні аспекти професійної орієнтації та трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я / О. А. Поліщук // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія „Педагогічні науки”. — 2011. — № 14 (225). — Ч. III. — С. 129 – 133.
- 152.** Поліщук О. А. Трудова реабілітація людей з обмеженими можливостями здоров'я як умова розбудови інклюзивного суспільства в Україні / О. А. Поліщук // Aktualne naukowe problemy. Rozpatrzenie, decyzja, praktyka. (29.06.2017 - 30.06.2017) – Warszawa: – 2017. — Т. 4. — С. 140 -152.
- 153.** Поліщук О. А. Трудова реабілітація особистості юнаків з обмеженими можливостями як складова їх самоактуалізації / О. А. Поліщук // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія „Педагогічні науки”. — 2008. — № 12 (151). — С. 226 – 234.
- 154.** Поліщук О. А. Шляхи підвищення конкурентоспроможності на ринку праці осіб з обмеженнями життєдіяльності / О. А. Поліщук // Науковий часопис Національного педагогічного ун-ту імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. — Вип. 16. — Київ, 2010. — С. 149 – 151.

- 155.** Поліщук О. А. Щодо визначення дефініцій у сфері забезпечення трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями / О. А. Поліщук // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. — Вип. 15. — Київ, 2010. — С. 218 – 120.
- 156.** Положення про медико-соціальну експертизу : постанова Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 р. № 83 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/83-92-%D0%BF>.
- 157.** Положення про центри медико-психологічної реабілітації рятувальників та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру : положення МОЗ України, МНС України від 14 травня 2001 р. № 180/115 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0702-01/>.
- 158.** Пособие для людей с инвалидностью по поиску работы / РООИ „Перспектива”– М., 2012. — 40 с.
- 159.** Пособие для проведения занятий со школьниками по теме „Разные возможности – равные права” : планы занятий и методические рекомендации / авт.-сост. С. А. Прушинский, М. Ю. Перфильева. – М. : ООО „БЭСТ-принт”, 2011. – 56 с.
- 160.** Права людини та інвалідність : доповідь комісії з прав людини ООН: E / CN, 4 / SUB 2/1 991/31 / С. 43 – 44.
- 161.** Про вищу освіту : Закон України від 01 липня 2014 р. № 1556-VII [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws /show/1556-18>.
- 162.** Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів : постанова Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. № 1686 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws /show/1686-2006-%D0%BF>.
- 163.** Про затвердження інструкції про встановлення груп інвалідності : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07 квітня 2004 р. № 183 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/ laws/show /z0516-04>.

- 164.** Про затвердження Положення про навчально-реабілітаційний центр : наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 16 серпня 2012 р. № 920 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1502-12>.
- 165.** Про затвердження Положення про центр медико-соціальної реабілітації дітей : постанова Кабінету Міністрів України від 6 вересня 1996 р. № 1072 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1072-96-%D0%BF>.
- 166.** Про затвердження Типового положення про реабілітаційну установу змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень : наказ Міністерства соціальної політики України від 15 лютого 2016 р. № 112. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0338-16>.
- 167.** Про затвердження Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів : наказ Міністерства соціальної політики України від 06 квітня 2015 р. № 379 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0425-15>.
- 168.** Про затвердження Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів : наказ Міністерства соціальної політики України від 15 серпня 2013 р. № 505 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1511-13>.
- 169.** Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей : постанова Кабінету Міністрів України від 28 січня 2004 р. № 87 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/87-2004-%D0%BF>.
- 170.** Про Національну програму професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001 – 2005 роки : Указ Президента України від 13 липня 2001 року № 519/2001 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/519/2001>.
- 171.** Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні : Закон України від

21 березня 1991 р. № 875-ХІІ // Про соціальний захист в Україні : збірник законів. – Харків: ІГВІНІ, 2005. – 352 с.

- 172.** Про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності : постанова Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF>.
- 173.** Про реабілітацію інвалідів в Україні : Закон України від 22 грудня 2011 р. № 4213-VI (4213-17) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15.
- 174.** Прочухаева М. Дом, который построили мы / М. Прочухаева // Обруч. – 2009. – № 3. – С. 38 – 39.
- 175.** Прудникова В. А. Общественное настроение в Самарской области по вопросам интегрированного образования детей с ограниченными возможностями здоровья / В. А. Прудникова // Дефектология. – 2009. – № 1. – С. 77 – 84.
- 176.** Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами : навчально-методичний посібник : у 9-ти книгах / за заг. ред. А. А. Колупаєвої. – К. : ТОВ ВПЦ „Літопис-ХХ”, 2010. – Книга 1 : Інклюзивна освіта : вибір батьків. – 70 с.
- 177.** Развитие и образование особенных детей : проблемы, поиски : сб. научно-практических, проектных, методических материалов. / сост. О. Н. Ертанова ; под общей редакцией В. И. Слободчикова. – М. : Ин-т педагогических инноваций РАО, 1999. – 240 с.
- 178.** Разные возможности – равные права. Что такое Конвенция о правах инвалидов / дизайн и верстка Е. Стукалова; Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Региональная общественная организация инвалидов „Перспектива” [и др.]. – М. : ООО „БЭСТ-принт”, 2011. – 26 с.
- 179.** Рассказова О. І. Діагностика соціальності учнів інклюзивної школи / О. І. Рассказова // Педагогічні науки : вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка / гол. ред. В. С. Курило. – Луганськ : Видавництво Державного закладу „Луганський національний університет імені Тараса Шевченка”, 2012. – № 5 (240). – С. 166 – 175.
- 180.** Рассказова О. І. Діагностика соціальності учнів як напрям соціально-

педагогічної діяльності в умовах інклюзивної освіти / О. І. Рассказова // Педагогіка та психологія : збірник наукових праць / за заг. ред. І. Ф. Прокопенка, В. І. Лозової. – Харків, 2011. – Вип. 40. – С. 119 – 128.

- 181.** Рассказова О. І. Програма соціально-педагогічної підтримки сімей, що виховують дітей з проблемами здоров'я як засіб розбудови інклюзивного суспільства / О. І. Рассказова // Наукові записки кафедри педагогіки : збірник наукових праць / за заг. ред. Л. С. Нечепоренко. – Харків, 2012. – Випуск ХХІХ. – С. 126 – 138.
- 182.** Рассказова О. І. Розвиток соціальності дітей з особливими потребами як результат практичної діяльності майбутніх соціальних педагогів в інклюзивній школі / О. І. Рассказова // Наукові записки кафедри педагогіки : збірник наукових праць / за заг. ред. Л. С. Нечепоренко. – Харків, 2011. – Випуск ХХVІІ. – С. 170 – 177.
- 183.** Рассказова О. І. Розвиток соціальності учнів в умовах інклюзивної освіти : теорія та технологія : монографія / О. І. Рассказова. – Харків : ФОП Шейніна О. В., 2012. – 468 с.
- 184.** Рассказова О. І. Роль соціального педагога у розвитку соціальності учнів в умовах інклюзивної освіти / О. І. Рассказова // Проблеми підготовки сучасного вчителя : збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини / ред. кол. Н. С. Побірченко (гол. ред.) [та ін.]. – Умань : ПП Жовтій О. О., 2011. Випуск 4. – Частина 1. – С. 176 – 182.
- 185.** Расторгуева Т. Н. От специальной группы – к инклюзивному воспитанию в детском саду / Т. Н. Расторгуева, Ю. Н. Наседкина, В. Н. Шадрова // Современный детский сад. – 2009. – № 1. – С. 65 – 71.
- 186.** Ратнер Ф. Л. Интегрированное обучение детей с ограниченными возможностями в обществе здоровых детей / Ф. Л. Ратнер, А. Ю. Юсупова. – М. : Владос, 2006. – 175 с. : ил. – (Коррекционная педагогика).
- 187.** Реабілітація інвалідів в Україні : збірник нормативно-правових документів відповідно до Закону України „Про реабілітацію інвалідів в Україні” / упорядники Н. Скрипка, В. Масленнікова [та ін.]. – К. : Знання, 2007. – 178 с.

- 188.** Реабілітація осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю : статистичний збірник / Міністерство соціальної політики України : офіційний веб-портал [Електронний ресурс]. – Режим доступу : **Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки..**
- 189.** Рейсвейк К. М. Специальное образование в Нидерландах : (включая английский конспект) / К. М. ван Рейсвейк. – Den Haag : CROSS, 1993. – 44 с.
- 190.** Рекомендація щодо професійної реабілітації та працевлаштування інвалідів від 20.06.1983 р. № 168 / Міжнародна організація праці [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/993_091.
- 191.** Рідний край : навч. посібник з народознавства / ред. І. Ф. Прокопенко ; АПН України, ХДПУ імені Г. С. Сковороди. – 2-е вид., виправл. і доп. – Харків, 1999. – 526 с.
- 192.** Робота з дітьми і молоддю в інклюзивному та інтегрованому освітніх середовищах : навч.-метод. пос. / укл.: М. О. Андрєєва, К. С. Волкова, Т. В. Отрошко, О. І. Рассказова, Ю. І. Чернецька, С. Я. Харченко. – Харків : ХГПА, 2014. – 186 с.
- 193.** Родненко М. Є. Метод Монтессорі-терапії в корекційній роботі з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку / М. Є. Родненко // Корекційна педагогіка : науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. – Випуск 24. – С. 198 – 203.
- 194.** Розенблюм С. А. Обучение детей с расстройствами аутического спектра в школе с углубленным изучением ряда предметов и гимназии (общие подходы и практический опыт) / С. А. Розенблюм, М. В. Моисеева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2010. – № 5. – С. 20 – 25.
- 195.** Российские и зарубежные исследования в области инклюзивного образования : собрание научн. трудов / под. ред. В. Л. Рыскиной, Е. В. Самсоновой. – М. : ФОРУМ, 2012. – 208 с.
- 196.** Россихина И. Г. Социальная инклюзия студентов как функция учреждения среднего профессионального образования : дисс. ... канд. социол. наук : 22.00.04 / Ирина Геннадиевна Россихина ; Педагогический институт ФГАОУ ВПО „Южный федеральный университет”. – Ростов-на-Дону, 2010. – 174 с.

- 196а.** Савченко С. В. Науково-теоретичні засади соціалізації студентської молоді в позанавчальній діяльності в умовах регіонального освітнього простору : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : спец. 13.00.05 „Соціальна педагогіка” / С. В. Савченко ; Луган. нац. пед. ун-т імені Тараса Шевченка. – Луганськ, 2004. – 41 с.
- 197.** Сак Т. Контроль та оцінювання навчальних досягнень учнів в інклюзивному класі / Т. Сак // Дефектологія. – 2010. – № 1. – С. 3 – 5.
- 198.** Сак Т. Психологічний супровід учнів із затримкою психічного розвитку в інклюзивному класі (діагностичний напрям) / Т. Сак // Дефектологія. – 2009. – № 1. – С. 16 –19.
- 199.** Сак Т. Технологія портфоліо в інклюзивному класі / Т. Сак // Дефектологія. – 2009. – № 4. – С. 6 – 9.
- 200.** Самостійне життя людей з особливими потребами. Позитивний досвід / підг. матер. О. Ворона, В. Шакуро ; Спілка громадських організацій інвалідів Києва, Фонд прав інвалідів (США). – Київ, 2011. – 64 с.
- 201.** Саранча І. Г. Роль центрів соціальної реабілітації у процесі соціалізації осіб з вадами опорно-рухового апарату / І. Г. Саранча // Корекційна педагогіка і психологія : вісник Кам’янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. 3. – Кам’янець-Подільський : ПП Медобори-2006, 2011. – 230 с.
- 202.** Сачков Ю. В. Детермінізм / Ю. В. Сачков // Новая философская энциклопедия : в 4-х т. / Ин-т философии РАН, Национальный общественно-научный фонд ; ред. В. С. Степин [и др.]. – Т. 1 : А-Д. – М. : Мысль, 2010. – 744 с.
- 203.** Семаго Н. Еще раз об инклюзии / Н. Семаго // Школьный психолог. – 2010. – № 16. – С. 38.
- 204.** Семенович М. Л. Дети с проблемами развития имеют такое же право на образование, как и остальные / М. Л. Семенович ; беседовала Е. Ищенко // Современное дошкольное образование. – 2008. – № 5. – С. 24 – 27.
- 205.** Синьов В. М. Нова стратегія розвитку корекційної педагогіки в Україні / В. Синьов, А. Шевцов // Дефектологія. – 2004. – № 2. – С. 6.

- 206.** Сисоєва С. О. Методологія науково-педагогічних досліджень : підручник / С. О. Сисоєва, Т. Є. Кристопчук. – Рівне : Волинські обереги, 2013. – 360 с.
- 207.** Сімак А. А. Аксіопсихологічні чинники вибору копінг-стратегій у підлітків-акцентуантів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.07 „Педагогічна та вікова психологія” / А. А. Сімак ; ДВНЗ „Прикарпатський національний ун-т імені Василя Стефаника”. – Івано- Франківськ, 2011. – 22 с.
- 208.** Словарь-справочник по социальной работе / под ред. Е. И. Холостовой. – М. : Юрист, 1997. – 327 с.
- 209.** Словник іншомовних слів / за редакцією академіка АН УРСР О. С. Мельничука. – Вид. 2-ге. – К. : Головна редакція Української радянської енциклопедії, 1985. – 986 с.
- 210.** Смолин О. Н. Эксклюзив об инклюзиве / О. Н. Смолин // Воспитание детей с нарушениями развития. – 2012. – № 8. – С. 3 – 7.
- 211.** Соболев Є. Ю. Реалізація державної правової політики у сфері реабілітації інвалідів / Є. Ю. Соболев // Держава та регіони. Право. – 2013. – № 3 (41). – С. 72 – 75.
- 212.** Софій Н. З. Концептуальні аспекти інклюзивної освіти / Н. З. Софій // Інклюзивна школа : особливості організації та управління : навч.-метод. посібник / кол. авторів : А. А. Колупаєва, Ю. М. Найда, Н. З. Софій [та ін.] ; за заг. ред. Л. І. Даниленко. – К., 2007. – 128 с.
- 213.** Социальная педагогика : курс лекций / под общей редакцией М. А. Галагузовой. – М. : ВЛАДОС, 2000. – 416 с.
- 214.** Социальная работа / под общ. ред. В. И. Курбатова. – Ростов н/Д : Феникс, 2000. – 576 с.
- 215.** Соціальна педагогіка : підручник / за ред. А. Й. Капської. – 4-те вид., виправ. та доп. – К. : Центр учбової літератури, 2009. – 488 с.
- 216.** Соціальна педагогіка : підручник / за ред. А. Й. Капської. – 5-е вид., перероб. та допов. – К. : Центр учбової літератури, 2011. – 488 с.
- 216а.** Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю / Український держ. центр соціальних служб для молоді / С.В. Толстоухова (заг. ред.), І. М. Пінчук

(ред.). – К. : УДЦССМ, 2000. – 183 с.

- 217.** Соціальна робота : короткий енциклопедичний словник / авт. кол. В. П. Андрущенко, В. П. Бех, В. А. Башкірев. – К. : ДЦССМ, 2002. – 536 с.
- 218.** Стадченко Н. А. Врачебно-трудова експертиза : учебное пособие для мед. институтів / Н. А. Стадченко, Ю. М. Алисова, А. А. Лавров. – М. : Медицина, 1986. – 239 с. – (Учеб. лит. для студентів мед. ін-тів).
- 219.** Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів : Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 48/96, прийн. 48-ю сесією ООН 20 грудня 1993 р. – К. : ВГСПО „НАІ України”, 2003. – 40 с.
- 220.** Таранченко О. Можливості оптимізації навчання дітей зі зниженим слухом в умовах інклюзивного навчального закладу / О. Таранченко // Дефектологія. – 2009. – № 2. – С. 8 – 11.
- 221.** Теплова Н. А. Державне управління процесом соціалізації людей з особливими потребами: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. : спец. 25.00.01 „Теорія та історія державного управління / Н. А. Теплова ; Нац. академія держ. управління при Президентіві України. – Харків, 2010. – 20 с.
- 222.** Тесленко В. В. Особливості реалізації соціально-педагогічної підтримки дітей з обмеженими можливостями в умовах промислового регіону [Електронний ресурс]. – Режим доступу: **Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки..**
- 223.** Тесленко В. В. Теорія і практика соціально-педагогічної підтримки дітей з обмеженими можливостями в промисловому регіоні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.05 „Соціальна педагогіка” / В. В. Тесленко. – Луганськ, 2007. – 42 с.
- 224.** Тесленко В. В. Теорія і практика соціально-педагогічної підтримки дітей з обмеженими можливостями в промисловому регіоні : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05 / Валентин Вікторович Тесленко: Державний заклад „Луганський національний педагогічний університет імені Тараса Шевченка”. – Луганськ, 2007. – 513 с.
- 225.** Технології соціально-педагогічної роботи : навч. посібник / за заг. ред. А. Й. Капської. – К., 2000. – 372 с.

226. Тюття Л. Т. Соціальна робота : теорія і практика / Л. Т. Тюття, І. Б. Іванова. – К. : ВМУРОЛ „Україна”, 2004. – 408 с.
227. Тютюнник М. І. Соціально-педагогічна реабілітація дітей в спеціальних дошкільних закладах освіти засобами творчої гри : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Марія Іванівна Тютюнник. – Івано-Франківськ, 1999. – 199 с.
228. Український тлумачний словник [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://language.br.com.ua/>.
229. Ульєнкова У. В. Интеграция детей с умеренными нарушениями развития в общеобразовательную среду : проблемы и перспективы / У. В. Ульєнкова, Е. Е. Дмитриева // Коррекционная педагогика. – 2008. – № 4. – С. 5 – 12.
230. Устименко О. М. Історія Харківської обласної спеціальної гімназії-інтернату імені В. Г. Короленка для сліпих дітей в 1886-2008 рр. / О. М. Устименко. – Харків, 2000. – 119 с.
231. Устінов О. В. Вітчизняна система реабілітації потребує суттєвих змін / О. В. Устінов // Український медичний часопис : актуальні питання клінічної практики [Електронний ресурс]. – Режим доступу : **Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки..**
- 231а. Филлюк В. Ф. Роль научно-практического ортопедо-травматологического реабилитационного центра в системе профильной реабилитации службы медико-социальной экспертизы / В. Ф. Филлюк, Л. В. Михайловская // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. – Вып. 31. – Днепропетровск. – РВА „Дніпро - VAL ”, 2000. – С. 148.
232. Фудорова О. М. Вища освіта осіб з обмеженими можливостями в сучасній Україні : освітня інклюзія чи міф? (соціологічний вимір) : монографія / О. М. Фудорова ; Херсонський державний ун-т. – Херсон : Херсонська міська друкарня, 2012. – 229 с.
233. Фудорова О. М. Вища освіта як чинник підвищення соціального статусу осіб з обмеженими можливостями : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. соціол. наук : спец. 22.00.04 „Спеціальні та галузеві соціології”/ О. М. Фудорова ; Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. – Харків, 2011. – 20 с.

- 234.** Харченко С. Я. Соціалізація дітей та молоді в процесі соціально-педагогічної діяльності : теорія і практика : монографія / С. Я. Харченко. – Луганськ : Альма-матер, 2006. – 320 с.
- 235.** Хатфилд А. Б. Как выжить с психическим заболеванием. Стресс, приспособительное поведение, адаптация / Агнес Б. Хатфилд, Гарриет П. Лефли ; пер. с англ. О. Бессонова, И. Полтавец, В. Штенгелов. – Киев : Сфера, 2002. – 299 с.
- 236.** Холостова Е. И. Социальная реабилитация : учебное пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. – 4-е изд. – М. : Издательско-торговая корпорация „Дашков и К^о”, 2006. – 340 с.
- 237.** Хорошайло О. С. Виховання духовно-моральних цінностей у студентів з обмеженими фізичними можливостями : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 / Олена Станіславівна Хорошайло ; Східноукраїнський національний університет імені В. Даля. – Луганськ, 2008. – 203 с.
- 238.** Чайковський М. Є. Соціально-педагогічна робота з молоддю з особливими потребами в інклюзивному освітньому просторі : монографія / М. Є. Чайковський. – Київ, 2015. – 442 с.
- 239.** Чайковський М. Є. Соціально-педагогічні умови реабілітації студентів з особливими потребами : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / М. Є. Чайковський ; Вінницький держ. педагогічний ун-т імені Михайла Коцюбинського. – Вінниця, 2006. – 210 с.
- 240.** Чернецька Ю. І. Теорія і практика соціально-педагогічної роботи з ресоціалізації наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів : дис. ... доктора пед. наук : 13.00.05 / Ю. І. Чернецька ; Державний заклад „Луганський національний університет імені Тараса Шевченка”. – Старобільськ, 2016. – 517 с.
- 241.** Чигиріна А. Я. Инклюзивное образование детей-инвалидов с тяжелыми физическими нарушениями как фактор их социальной интеграции : дисс. ... канд. социол. наук : 22.00.04 / Анна Яковлевна Чигиріна ; Нижегородский гос. университет имени Н. И. Лобачевского. – Нижний Новгород, 2011. – 147 с.
- 242.** Чубар О. Навчання учнів з особливостями психофізичного розвитку. Інклюзивна освіта / О. Чубар, Т. Луценко // Дефектолог. – 2006. – С. 34-43.

- 243.** Шевців З. М. Основи соціально-педагогічної діяльності : навч. посіб. / З. М. Шевців ; рец.: Р. В. Павелків, С. В. Лісова, М. М. Філоненко. – К. : Центр учб. л-ри, 2012. – 246 с.
- 244.** Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології : монографія / А. Г. Шевцов. – К. : „МП Леся”, 2009. – 483 с.
- 245.** Шевцов А. Г. Освітні основи системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук : спец. 13.00.03 „Корекційна педагогіка” / А. Г. Шевцов. – К., 2010. – 47 с.
- 246.** Шевцов А. Г. Освітні основи системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності : дис. ... доктора пед. наук : 13.00.03 / Андрій Гаррієвич Шевцов; Національний педагогічний ун-т імені М. П. Драгоманова. – Київ, 2010. – 747 с.
- 247.** Шевцов А. Г. Открытая модель социальной реабилитации людей с инвалидностью и современный мир // Практична філософія. – 2003. – № 1. – С. 127 – 137.
- 248.** Школа, открытая для всех : пособие для учителей общеобразовательных школ, работающих с детьми-инвалидами / РООИ „Перспектива”. – М. : Перспектива, 2003. – 35 с.
- 249.** Шпак В. П. Реабілітаційна педагогіка : навчальний посібник / В. П. Шпак. – Полтава : АСМІ, 2006. – 328 с.
- 250.** Шпак В. П. Теоретичні та практичні засади реабілітаційної діяльності виправно-виховних закладів в Україні (XIX – початок XX ст.) : дис. ... доктора пед. наук : 13.00.01 / Шпак Валентина Павлівна. – Полтава, 2006. – 500с.
- 251.** Юрків Я. І. Роль соціального педагога в реабілітації дітей з обмеженими можливостями / Я. І. Юрків // Materialy Miedzynarodowej Naukowi-Praktycznej Konferencji. Rozwoj nauk humanistycznych / (27.02.2012 – 29.02.2012). – Poznan, 2012. – Р. 114 – 119.
- 252.** Юрків Я. І. Сутність та специфіка соціально-педагогічної роботи з дітьми з обмеженими можливостями / Я. І. Юрків // Соціальна педагогіка : теорія та практика. – 2012. – № 1. – С. 21 – 28.
- 253.** Ягупов В. В. Педагогіка : навч. посібник / В. В. Ягупов. – К. : Либідь, 2002. –

560 с.

- 254.** Ярмошук І. Інклюзивне навчання в системі освіти / І. Ярмошук // Шлях освіти. – 2009. – № 2. – С. 24 – 28.
- 255.** Ярмошук І. На шляху до інклюзивного навчання / І. Ярмошук // Математика в школі. – 2010. – № 1/2. – С. 51 – 54.
- 256.** Ярошевский М. Г. История психологии от античности до середины XX в. : учебное пособие / М. Г. Ярошевский. – М. : Академия, 1996. – 416 с.
- 257.** Fesenko T. The safe city: developing of GIS tools for gender-oriented monitoring (on the example of Kharkiv city, Ukraine) / T. Fesenko, G. Fesenko, N. Bibik // Eastern-European Journal of Enterprise Technologies. – 2017. – Vol. 3. – Issue 2 (87). – P. 25 – 33.