

**НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М.П. ДРАГОМАНОВА**

На правах рукопису

МИРОШНІЧЕНКО Наталія Олександрівна

УДК 37.013.42:376.2-053.81(043)

**СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ
ІНТЕГРУВАННЯ МОЛОДІ З
ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ В СУЧАСНЕ
СЕРЕДОВИЩЕ**

13.00.05 – соціальна педагогіка

дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата педагогічних наук

Науковий керівник
доктор педагогічних наук, професор
Капська Алла Йосипівна

Київ – 2008

ЗМІСТ

ВСТУП	2
РОЗДІЛ I ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ТА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ІНТЕГРУВАННЯ МОЛОДІ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ	
1.1. Сутність, складові та характерні ознаки інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище	10
1.2. Основи забезпечення процесу інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище	32
1.3. Законодавча база України як соціально-правова умова забезпечення рівних можливостей молоді з функціональними обмеженнями	78
Висновки до першого розділу	101
РОЗДІЛ II ПРАКТИКА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ІНТЕГРУВАННЯ МОЛОДІ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ	
2.1. Реальний стан інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище	104
2.2. Соціально-педагогічна робота по інтегруванні молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище	128
2.3. Професійно спрямована підготовка волонтерів як соціально-педагогічна умова інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище	165
Висновки до другого розділу	182
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	185
ДОДАТКИ	191
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	234

ВСТУП

Актуальність теми. Кожна держава відповідно до рівня свого розвитку, пріоритетів та можливостей формує соціальну та економічну політику щодо захисту прав та інтересів осіб з функціональними обмеженнями чи розумовими вадами. Сучасне українське суспільство характеризується посиленням уваги до проблем людей з особливими потребами, здатних повноцінно сприймати, розуміти та примножувати матеріальні й духовні цінності.

Серед актуальних проблем становлення особистості особливо відчутними і гострими є питання, пов'язані з інтегруванням молоді з функціональними обмеженнями в сучасне соціальне середовище. Вчені намагаються дослідити теоретичні основи цього явища, визначити його суттєві ознаки та закономірності розвитку, виявити чинники та розкрити соціально-педагогічні умови, що впливають на процес інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у соціальне середовище. Поряд із помітними напрацюваннями і здобутками вітчизняних та зарубіжних учених проблема інтегрування молодих інвалідів ще залишається недостатньо вивченою. Це спонукає науковців і практиків до її подальшого теоретичного осмислення та прийняття дієвих рішень, які б сприяли оптимізації соціально-педагогічного інтегрування молодих інвалідів. Реалізація процесу інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у соціальне середовище в закладах соціального обслуговування населення різних форм власності має важливе значення як для розробки теоретичних основ соціальної політики, так і практичного здійснення соціально-педагогічної роботи, допомоги та підтримки різних соціальних груп молодих інвалідів.

В Україні проблема інтегрування молоді з функціональними обмеженнями актуальна, передусім це стосується молоді з сенсорними чи руховими порушеннями. Наше суспільство ще не готове сприймати їх як рівних. Внаслідок цього з'являється суперечність між необхідністю подолання соціальної ізоляції молоді з функціональними обмеженнями та відсутністю

відповідних психологічних і соціально-педагогічних умов, необхідних для їхньої життєдіяльності. Насамперед йдеться про те, щоб створити систему забезпечення, яка сприяє ефективному соціальному інтегруванню саме цієї категорії осіб.

У дисертації ми спиралися на дослідження вчених з проблем теорії і методики соціальної педагогіки і соціальної роботи: В. Г. Бочарової, О. В. Безпалько, І. Д. Зверєвої, А. Й. Капської, А. В. Мудрика, С. Я. Харченка, Л. П. Харченко та інших; з питань соціальної роботи з сім'ями, в яких виховуються діти-інваліди, та механізмів психолого-педагогічної підтримки таких сімей – праці: І. Б. Іванової, А. Р. Маллера, Е. М. Мастюкової, Н. С. Морового, М. М. Семаго, Є. І. Холостової. Ширше розкриваються зміст, форми, види, умови, проблеми інтеграції інвалідів у соціальне середовище в дослідженнях В. П. Гудоніса, Т. А. Добровольської, Є. І. Леонгарда, А. Й. Капської, В. Г. Петрової, А. Г. Шевцов, Л. М. Шипіциної, Н. Д. Шматко.

Наукова література дала змогу виявити певні аспекти змісту поняття «інтегрування». Зокрема, М. М. Малофєєв розглядає два можливі шляхи розвитку інтегрування: революційний (штучне впровадження західних моделей інтегрування без урахування української специфіки) і еволюційний (поступовий розвиток інтеграційних процесів); В. М. Виноградов, Л. С. Волкова, В. А. Феокістова вивчали соціальні, психологічні, педагогічні умови інтегрування інвалідів у суспільство і визначили різні форми інтегрованого навчання з проведенням глибокого аналізу співвідношення корекційної й освітньої систем. До питання формування нової ідеології в системі освіти зверталися В. І. Бондар, Є. І. Леонгард, В. М. Синьов, П. М. Таланчук, А. Г. Шевцов, Е. А. Ямбург; теоретичні і методологічні аспекти технічної і гуманітарної освіти інвалідів, а також можливості навчально-методичного, інформаційного, медико-соціального супроводу розробляли Л. В. Бадя, В. Н. Вовк, Н. Ф. Дементьєва, М. І. Нікітіна, В. З. Кантор, А. Й. Капська, М. Є. Чайковський, Є. І. Холостова, Л. П. Храпиліна, А. Г. Шевцов аналізували організацію соціальної реабілітації

інвалідів, підготовку фахівців із соціальної реабілітації й організаційно-методичне забезпечення діяльності реабілітаційних установ.

Отже, необхідність вирішення цієї проблеми в науковому плані, її недостатня концептуальна розробленість, теоретичне і практичне значення для обґрунтування шляхів педагогічного процесу соціального інтегрування молоді з функціональними обмеженнями – все це обумовило вибір теми дисертаційного дослідження **«Соціально-педагогічні умови інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище»** за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка.

Зв'язок роботи з науковими програмами і темами. Дисертація є складовою комплексної наукової теми кафедри соціальної педагогіки Інституту соціальної роботи та управління Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова «Психолого-педагогічні засади професійної підготовки студентів до соціально-педагогічної діяльності». Тема дисертаційного дослідження затверджена Вченою радою Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (протокол № 11 від 29.03.2004 р.) та узгоджена Радою з координації наукових досліджень галузі педагогіки та психології в Україні (протокол № 1 від 31.01.2006 р.).

Об'єкт дослідження – процес інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище.

Предмет дослідження – напрями, зміст та технології соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати й експериментально перевірити модель соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у сучасне середовище (напрями, зміст та технології).

Гіпотеза дослідження: соціально-педагогічне інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у сучасне середовище буде ефективним, якщо використовується системно-комплексний підхід для розробки і впровадження

моделі соціально-педагогічного інтегрування молодих інвалідів, яка передбачає забезпечення таких умов:

- інформування громадськості про проблеми інвалідів та необхідність їх інтегрування у сучасне середовище;
- створення комфортного психологічного мікросередовища в клубах спілкування;
- забезпечення активної участі інвалідів у процесі інтегрування;
- підготовка волонтерів та ровесників, які не мають вад розвитку, до соціально-педагогічної роботи з інвалідами.

Відповідно до мети дослідження були поставлені такі **завдання**:

1. Розкрити і теоретично обґрунтувати зміст понять «інтегрування», «соціально-педагогічне інтегрування», а також особливості висвітлення проблеми інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у соціальне середовище у педагогічній теорії і практиці.

2. Проаналізувати законодавчу базу України щодо забезпечення умов інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у сучасне середовище.

3. Визначити критерії, відповідні показники та рівні інтегрованості молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище.

4. Розробити модель соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями, обґрунтувати і розкрити її складові; виявити та апробувати соціально-педагогічні умови реалізації даного процесу.

5. Розробити пакет навчально-методичного забезпечення соціально-педагогічної роботи з молодими інвалідами.

Методологічною і теоретичною основою дослідження стали ідеї соціальної обумовленості розвитку людини як особистості, теорії діяльності й особистісного підходу: концепції індивідуальної й соціальної суб'єктності людини в її особистісному саморозвитку у взаємодії з іншими суб'єктами; також дослідження стосовно означеної проблеми вітчизняних і зарубіжних авторів (І. Д. Бега, Л. І. Божович, Л. С. Виготського, М. М. Малофєєва та ін.); праці, що відображають концептуальні підходи соціально-педагогічного

інтегрування молоді з функціональними обмеженнями (І.Б.Іванової, Р. В. Овчарової, А. Й. Капської, А. Г. Шевцов); дослідження, присвячені окремим практичним аспектам соціально-педагогічної реабілітації молоді з функціональними обмеженнями (І. Д. Зверєвої, Г. І. Лактіонової, С. С. Пальчевського, Л. П. Харченко).

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань використано комплекс взаємопов'язаних теоретичних та емпіричних методів дослідження, а саме, *теоретичні методи*: аналіз, порівняння та узагальнення джерел із досліджуваної проблеми, спостереження, бесіди, анкетування, тестування, антропометричні та фізіологічні дослідження з метою визначення функціонального стану молоді з особливими потребами та обґрунтування моделі і необхідних соціально-педагогічних умов інтеграції; *емпіричні методи*: констатувальний та формувальний експеримент, що дозволяють здійснити перевірку ефективності авторської моделі і соціально-педагогічних умов інтегрування; *математичні методи* обробки отриманих матеріалів, що використовуються з метою підтвердження достовірності й ефективності дій, механізмів, методів і технологій інтегрування молодих інвалідів у сучасне середовище, аналіз, синтез, порівняння, узагальнення теоретичних і дослідницьких даних.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота виконувалася на базі Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, Києво-Святошинського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (м. Вишневе), Білоцерківського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (м. Біла Церква), громадської організації «Віват Вікторія» (м. Вишневе). У дослідженні брали участь 90 молодих інвалідів (44 особи експериментальної групи і 46 осіб контрольної групи), 70 волонтерів (30 осіб експериментальної групи і 40 осіб контрольної групи).

Наукова новизна і теоретичне значення отриманих результатів дослідження полягає в тому, що:

- *вперше обґрунтовано та визначено* зміст понять «інтегрування» та

«соціально-педагогічне інтегрування»; виявлено критерії, показники та рівні соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями; розроблено авторську модель та розкрито її складові, в яких закладено технології соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями за такими напрямками: соціальний, психологічний, фізичний та педагогічний;

- *концептуально визначено та обґрунтовано* об'єктивну необхідність створення соціально-педагогічних умов інтегрування молоді з функціональними обмеженнями (інформування громадськості про проблеми інвалідів та необхідність їх інтегрування у сучасне середовище; створення комфортного психологічного мікросередовища в клубах спілкування; забезпечення активної участі інвалідів у процесі інтегрування; підготовка волонтерів та ровесників, які не мають вад розвитку, до соціально-педагогічної роботи з інвалідами та ін.);

- *уточнено* зміст поняття «люди з функціональними обмеженнями».

Практичне значення дослідження полягає в тому, що отримані результати дали змогу створити модульну програму «Соціально-педагогічне інтегрування інвалідів у сучасне середовище» з метою підготовки як студентів, так і фахівців соціальної сфери до інтегрування інвалідів у соціальне середовище; розроблено методичні рекомендації «Молодь з обмеженими функціональними можливостями: за рівні права та можливості», які спрямовані на розширення інформаційного поля молоді з функціональними обмеженнями, передбачають формування навичок відстоювання власних прав і активної поведінки в суспільстві з метою соціально-педагогічного інтегрування в соціальне середовище, також розроблено методичні рекомендації «Соціально-педагогічне інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в соціальне середовище», спрямовані на підвищення рівня поінформованості спеціалістів соціальної роботи та волонтерів щодо сутності, змісту та методів соціально-педагогічного інтегрування молоді з обмеженими функціональними можливостями у соціальне середовище. Результати дослідження можуть

використовуватись у навчальних закладах з інтегрованим навчанням, практиці медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) та навчально-реабілітаційних центрів, практичній діяльності спеціалістів та волонтерів системи центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Основні положення та результати дисертаційного дослідження **впроваджено** в навчальному процесі Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, у практиці діяльності Києво-Святошинського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (довідка № 167 від 21.12.2006 р.), Білоцерківського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (довідка № 678 від 4.01.2005 р.), громадської організації «Віват Вікторія» (довідка № 354 від 13.09.2006 р.).

Особистий внесок здобувача. У праці «Соціально-педагогічне інтегрування молоді з обмеженими функціональними можливостями в соціальне середовище», опублікованій у співавторстві з А. Й. Капською, здобувачеві належить обґрунтування соціально-педагогічних умов і моделі інтегрування молоді з інвалідністю, розробка соціального, психологічного, педагогічного та фізичного напрямів інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у соціальне середовище.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження були представлені у доповідях на *міжнародних науково-практичних конференціях*: «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами» (Київ, 2005–2006 рр.), «Ціннісні пріоритети освіти XXI століття: орієнтири та напрямки сучасної освіти» (Київ, 2005 р.), «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами» (Київ, 2005 р.), «Другі міжнародні Драгоманівські читання» (2006 р.), Міжнародному конгресі IV Слов'янські педагогічні читання «Розвиток особистості у полікультурному освітньому просторі» (Черкаси, 2005 р.); *на всеукраїнських конференціях*: міжвузівська методична науково-практична конференції «Соціальна служба в Україні: соціально-психологічні засади формування й ефективного функціонування» (Черкаси, 2005 р.), «Педагогічна

освіта України: Національні традиції та європейські інновації» (Київ, 2005 р.), «Молодь, освіта, наука, культура і національна самосвідомість» (Київ, 2006 р.); щорічних звітних науково-практичних конференціях професорсько-викладацького складу Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (2004–2007 рр.). Основні положення та результати дослідження було викладено й обговорено на засіданнях кафедри соціальної педагогіки Інституту соціальної роботи та управління Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова; матеріали дослідження були використані автором у лекціях та на семінарських заняттях зі студентами спеціальностей «соціальна робота» і «соціальна педагогіка».

Публікації. За темою дисертації опубліковано 9 одноосібних статей, у тому числі 8 статей у фахових виданнях, затверджених ВАК України, 1 параграф у підручнику, 2 методичні розробки, 4 тез конференцій.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків. Основний зміст роботи викладено на 188 сторінках. Список використаних джерел містить 268 назв, з них 4 іноземною мовою. В роботі вміщено 9 таблиць, 15 рисунків на 18 сторінках та 10 додатків на 44 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ТА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ІНТЕГРУВАННЯ МОЛОДІ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ

1.1. Сутність, складові та характерні ознаки інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище

Сучасний стан розвитку українського суспільства характеризується посиленням уваги до проблем формування особистості, здатної повноцінно сприймати, розуміти та примножувати матеріальні й духовні цінності.

Серед актуальних проблем розвитку особистості особливо відчутними і гострими є питання пов'язані із інтегруванням молодих інвалідів в сучасне середовище. Розуміння важливості й актуальності зазначеної проблеми спонукало до вирішення на теоретичному рівні таких завдань дослідження:

1. Визначити сутність та складові компоненти інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище.
2. Розкрити характерні ознаки інтегрування молодих інвалідів в сучасне середовище.

Постановка та розгляд питання сутності та характерних ознак інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище зумовлена тим, що поняття «інтегрування особистості», зокрема молоді з функціональними обмеженнями, є одним із тих, що засвідчує складне й багатоаспектне явище у системі соціалізації людини, її освіти, працевлаштування та подальшого повноцінного життя. Соціально-педагогічне інтегрування охоплює такі надбання особистості, як знання, вміння, навички, способи діяльності, розвинені можливості сприймання, розуміння та творчого використання матеріальних і духовних цінностей суспільства. Зазначимо, що поняття «інтегрування особистості» є предметом уваги вчених у різних галузях сучасної науки. Так, соціальні параметри зазначеної проблеми прагнуть осмислити філософи, історики, соціологи, культурологи, економісти,

правознавці. З їх погляду питання інтегрування особистості слід розглядати як важливу умову її соціалізації, збереження та примноження матеріальних і духовних надбань суспільства.

Сутність інтегрування, його форми й види досліджують О. В. Безпалько, В. П. Гудоніс, І. Д. Зверева, Т. А. Добровольська, Є. І. Леонгард, В. І. Лубовський, М. М. Малофєєва, А. Й. Капська, М. Є. Чайковський, Л. М. Шипіцина, А. Г. Шевцов та ін. [24, 59, 85, 64, 125, 127, 116, 100, 247, 253]. Сучасна система соціально-педагогічної роботи з молоддю з функціональними обмеженнями поступово набуває нового змісту форм та функцій. Так, замість традиційного підходу до хворої людини як до безпомічного об'єкта виховання та лікування на перший план висувається концепція «культурного плюралізму», в основі якої закладено гуманістичну ідею про права та потенційні можливості кожного індивіда на рівних засадах з іншими брати активну участь у житті суспільства. Йдеться про створення оптимальних умов для незалежного життя молоді з функціональними обмеженнями, що, має бути об'єктивною основою для виявлення особистої своєрідності, індивідуальної неповторності та унікальності кожного з них. Незалежне життя особистості можливе лише за умови вільного, повноцінного розвитку людини, коли її існування перетворюється із підтримки, збереження та відтворення життя в його активне здійснення, із задоволення обмежених біологічних потреб – у становлення нових творчих, духовних потреб. У цьому контексті особливої гостроти набуває проблема соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище, створення умов для повноцінного життя.

Поняття «соціально-педагогічне інтегрування» не належить до загальноприйнятих. Тому й досі залишається невирішеним питання, що має важливе методологічне значення, в спеціальній літературі відсутнє єдине та чітке уявлення про його сутність. Цим, і зумовлюється необхідність докладного аналізу та теоретичного обґрунтування змісту дефініції «соціально-педагогічне інтегрування».

Вважаємо за доцільне здійснювати аналіз на підставі предметного змісту таких опорних понять, як «інтеграція», «соціальна інтеграція» та «педагогічна інтеграція», «інтегрування», які широко використовуються в науковій літературі. Що стосується першого поняття, то слово «інтеграція» походить від латинського (*integratio*) – «поповнення», «цілий», тобто щось ціле, яке було з певних причин зруйновано, втратило свою цілісність, але потім відновило її завдяки взаємодії між елементами цього цілого [202 с. 276]. Як науковий термін слово «інтеграція» давно увійшло в широкий вжиток. Проблему інтеграції інвалідів досліджують представники різних галузей, і цей термін широко застосовується в медичній [237, с. 55-62], соціологічній [248, с. 24-27], економічній [217, с. 48-57], психологічній [200, с. 65], юридичній [201, с. 104; 221, с.128.] та інших науках. Медики розуміють інтеграцію інваліда як систему заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених функцій організму, на нормалізацію стану здоров'я в цілому. Соціологи та психологи вважають, що метою інтеграції є відновлення у людини порушених здібностей до професійної, громадської, побутової діяльності і створення умов для оптимальної інтеграції в суспільстві.

З точки зору юристів, інтеграція – це комплекс заходів, що регулюють правовідносини між конкретними суб'єктами (інвалідами) і загальними суб'єктами (органами влади, адміністрацією підприємств та установ) щодо відновлення (підтримки) медичного, соціального та трудового статусу громадян. У педагогічних науках, зокрема в шкільній педагогіці, як синонім поняття «інтеграція» широко використовують терміни «взаємодія», «комплекс», «синтез».

У соціальній педагогіці, яка досліджує проблеми соціалізації особистості, більша частина понять, зокрема й «інтеграція», використовується з прикметником «соціальна» (від латинського *socialis* – суспільний) – «соціальна інтеграція».

У соціальній педагогіці та педагогіці останнім часом активно використовують й таке визначення, як «соціально-педагогічна інтеграція».

У різних джерелах можна зустріти також такі дефініції, як: «інтеграція соціоетальна» – повне зняття дистанції, рівноправне партнерство в діяльності, суб'єкт-суб'єктні взаємостосунки», «інтеграція освітня – можливість мінімально обмежуючої альтернативи (тобто вибору) для осіб з функціональними обмеженнями з особливими освітніми потребами: отримання освіти в спеціальній (коректувальній) освітній установі або, з рівними можливостями, в освітній установі загального призначення (дошкільна освітня установа, школа та ін.)», «інтеграція фізична – об'єднання з метою формування стійкого динамічного стереотипу, заснованого на звиканні до однолітків, з відмінною нетиповою зовнішністю і поведінкою», «інтеграція функціональна – наочно-просторове об'єднання інвалідів в різних видах діяльності», «інтеграція емоційна – уміння співпереживати іншій людині, бажання співчувати і допомагати їй»[14]. До того ж спостерігається явне різночитання тих самих понять у різних авторів.

У філософському енциклопедичному словнику читаємо, наявне таке тлумачення: Інтеграція – це комплекс (від латинського complex – зв'язок, сполучення, поєднання), у психології – це в загальному розумінні певні сполучення окремих психічних процесів в якесь ціле. У вузькому розумінні – група різнорідних психічних елементів, пов'язаних єдиним афектом» [241, с. 272].

У наукових працях Б. А. Ахлібінського, В. Г. Левіна, Е. С. Маркаряна, А. Д. Урсул, М. Г. Чепікова поглиблено поняття «інтеграція». За Б. А. Ахлібінським, інтеграція – це процес становлення зв'язків, які забезпечують взаємозалежність елементів і появу інтегративних якостей [17, с.50-66]. В. Г. Левін вважає інтеграцію процесом взаємопроникнення, єдності всіх процесів [17, с.67-89]. Е. С. Маркарян визначає інтеграцію як особливий вид взаємодії, що веде до зближення раніше автономних частин [17, с.67-89]. На думку А. Д. Урсул, інтеграція означає об'єднання в ціле частин [237, с167]. М. Г. Чепіков подає таке визначення: «інтеграція – це взаємозв'язок, взаємодія, засіб широкого використання спільних ідей, прийомів роботи, дослідження навколишньої дійсності» [248,с.48].

На думку Т. В. Егорової інтеграція в суспільство осіб з функціональними обмеженнями означає процес і результат надання їм реальних можливостей брати участь у всіх видах і формах соціального життя нарівні і разом з рештою членів суспільства в умовах, компенсуючих їм відхилення в розвитку і обмеження можливостей [70, с.56].

Є. І. Леонгард визначає інтеграцію як «вільний, відсутний всіляких комплексів, природний стан і поведінка дітей, що знають про свої труднощі, це ініціативність у спілкуванні з дітьми і дорослими, уміння самостійно вирішувати свої проблеми; співчутливе ставлення до інших, готовність прийти на допомогу і прийняти її» [125, с.104-108]. Інтеграція в суспільство – це процес поновлення втрачених зв'язків людини з суспільством, що забезпечує її включення в основні сфери життєдіяльності – праця, побут, дозвілля.

Якщо ж говорити про інтеграцію соціальну, то це процес і стан поєднання складових частин соціуму, передусім, індивідів і груп, в єдину соціальну цілісність або систему:

а) процес і стан поєднання різних за якістю соціальних елементів у функціонально єдиний організм, систему, цілісність утворення;

б) процес входження до певної системи (цілісності), яка вже утворилась, тієї чи іншої соціальної частини (групи, індивіда), що зливається з системою й набуває ознак структурного, складового елемента.

Є. І. Холостова зазначає, що соціальна інтеграція – це водночас і певний підсумок соціальної роботи в тій сфері, де людина була позбавлена можливостей повноцінно жити в суспільстві (інваліди, люди похилого віку, люди без визначеного місця проживання) [245, с.50].

На думку Ю. В. Васильєва, під інтеграцією слід розуміти не тільки вселення інвалідів в середовище здорових людей, але і весь комплекс соціальних умов, необхідних для забезпечення нормального життя людини [34].

В. П. Гудоніс визначає інтеграцію (стосується осіб з порушеннями зору) як «системну освіту, в якій з одного боку, виступають сліпі люди, а з іншого – суспільство, що адекватно оцінює і приймає його як рівноправного партнера і

члена суспільства» [57]. Інтеграція – це процес, у рамках якого конкретне співтовариство забезпечує умови для реалізації максимального соціального потенціалу кожного індивіда цього співтовариства. Завдання інтеграції не може бути вирішеним ззовні, це завдання може вирішуватися лише з середини, тобто самим соціумом. Інтеграція – це процес становлення зв'язків, які забезпечують взаємозалежність елементів і появу інтегративних якостей [86,с.50-66]. «Інтеграція» є найкращим варіантом возз'єднання з суспільством для людей з функціональними обмеженнями, але при виконанні умов доступності для інваліда можливостей побутового, освітнього й професійного середовища [87, с.3-22].

У подальшому підходи до розкриття сутності інтеграції інвалідів розділилися. В одних випадках вона розглядалася, як «складний процес» [117,с.31], в інших, – як «динамічна система» [122, с.21], як «метод підходу до хворого» [86, с.51]. Немає єдиної думки і при визначенні мети і завдань інтеграції. Одні вчені вбачають мету інтеграції у «відновленні здоров'я» [129] інші – у «відновленні статусу інвалідів у системі суспільних відносин» [131], треті – вважали головним завданням «досягнення оптимального рівня працездатності» [130с.39-43.]. Отже, застосування терміна «інтеграція» у різних авторів має істотні відмінності, що утруднює сприйняття його як стабільного визначення. Також слід відзначити, що єдиний за своїм змістом комплекс інтеграційних заходів деколи позначався різними термінами – «адаптація», «соціалізація», «реадаптація» та ін. [4, с.15–17]. Термінологічні відмінності у визначенні сутності і змісту інтеграції обумовлена значною мірою тим, що для кожного напрямку науки, яка займається питаннями інтеграції інвалідів, характерні свої особливі методи, підходу.

Можна цілком погодитися з думкою Д. В. Зайцева., Н. В. Зайцевої, які зазначають що, інтеграція – в контексті корекційної педагогіки, це включення дітей і підлітків з функціональними обмеженнями в оточуюче середовище, звичайні міжособистісні стосунки з метою максимальної нормалізації їх соціокультурного статусу. Одним з оптимальних засобів інтеграції є

інтегроване навчання – процес сумісного навчання звичайних і аномальних дітей [156]. На основі здійсненого аналізу наукових джерел було виділено кілька основних підходів щодо визначення сутності інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище. За визначеннями Є. І. Холостової, інтеграція досягається за рахунок як соціалізації, адаптації, так і реабілітації людини [245,с.87]. Цю ж думку висловили В. М. Блейхер і В. В. Крук, [28,с.89]. На нашу думку, це суперечливе твердження, бо термін соціалізація є більш ширшим поняттям, яке означає процес становлення особистості, засвоєння індивідом мов, соціальних цінностей і досвіду, культури суспільства, соціальної спільноти, групи, відтворення і збагачення нею соціальних зв'язків [120].

Ю. В. Васильєва вважає інтеграцію засобом соціальної реабілітації [34]. Л. М. Шипіцина, Л. М. Кошельова, Н. С. Морова, Т. А. Карандаєва зазначають, що інтеграція є кінцевою метою соціально-педагогічної реабілітації (процесу і результату, яка показує ступінь включеності особистості з функціональними обмеженнями в оточуючий соціум в умовах цілеспрямованої педагогічної дії) [255,с.29-36; 116; 102;]. Л. М. Кошельова, Н. С. Морова, Т. А. Карандаєва вважають, що інтеграція осіб з функціональними обмеженнями в суспільство є не що інше, як соціальна реабілітація, яка є «процесом відновлення основних соціальних функцій особистості як суб'єкта основних життєвих сфер суспільства» [116, 102,с.92, 91].

Інший підхід до визначення сутності інтеграції пропонують В. Г. Головатий, А. В. Калініна, О. А. Виноградова, які стверджують, що соціальний розвиток особистості, інтеграція її в соціумі відбувається у двох взаємопов'язаних напрямках: соціалізації (оволодіння соціокультурним досвідом, його засвоєння та присвоєння) та індивідуалізації (набуття самостійності, відносної автономності) [50; 191, с.95-99; 98;].

Поняття «інтеграція соціальна» співвідноситься з поняттям «*соціальна диференціація і соціальна дезінтеграція*». Ці парні співвідношення принципово різняться між собою . Інтеграція соціальна і соціальна диференціація – процес

чи стани, які взаємообумовлюють, взаємодоповнюють одне одного, через що система (соціум, група, держава) перебуває у стабільному стані, якщо між ними встановлюється динамічний баланс. Отже, інтеграція соціальна і соціальна диференціація становлять функціональну єдність: інтеграція соціальна виникає й існує лише там, де існує диференційованість, множинна розподільність, а остання може відбуватися лише у межах певної соціальної цілісності. Співвідношення інтеграції соціальної і соціальної диференціації характеризує етап закономірного розпаду, подрібнення, спрощення системи, її редукції до окремих частин, одні з яких гинуть, а інші – набувають самостійного існування. Дезінтеграція може також означати не розпад системи як цілого, а випадання з неї лише окремих її елементів, частин, які починають розвиватися за новим алгоритмом [254,с,96-97]. Соціальна інтеграція – це водночас і певний підсумок соціальної роботи в тій сфері, де людина була позбавлена можливостей повноцінно жити в суспільстві (інваліди, люди похилого віку, люди без визначеного місця проживання).

Здійснений аналіз визначення терміну «інтеграція», що наводиться вченими психологічної, педагогічної, соціальної, філософської сфери, визначає його як процес і результат надання йому реальних можливостей брати участь у всіх видах і формах соціального життя нарівні і разом з рештою членів суспільства в умовах, що компенсують йому відхилення в розвитку і обмеження можливостей. Це досягнення кінцевої мети, коли інвалід впливається в соціально-економічне життя суспільства і не відчуває себе неповноцінним.

Разом з тим, інтеграція в суспільство інвалідів – це цілеспрямований процес передачі їм суспільством соціального досвіду з урахуванням особливостей і потреб різних категорій інвалідів за їхньої активної участі та забезпечення адекватних для цього умов. Зміст поняття «інтегрування в соціальне середовище» ми розуміємо як процес входження особистості в систему суспільних відносин, що передбачає необхідність виконання нею своїх функціональних обов'язків. Це процес входження інваліда в середовище

життєдіяльності, отримання професійного уміння в навчальному закладі загального типу, потім – відповідне працевлаштування.

На нашу думку, термін «інтегрування» – це цілеспрямований процес передачі суспільством соціального досвіду з урахуванням особливостей і потреб різних категорій інвалідів за активної їхньої участі й забезпечення адекватних для цього умов, у результаті якого відбувається включення інвалідів в усі соціальні системи, структури, соціуми й зв'язки, призначені для здорових людей, активна їх участь в основних напрямках життя й діяльності суспільства відповідно до віку й статі, готуючи їх до повноцінного життя, найбільш повної самореалізації й розкриття як особистості.

Інтегрування – процес входження молоді з функціональними обмеженнями в середовище життєдіяльності, отримання професійного уміння в навчальному закладі, потім відбувається відповідне працевлаштування. Для досягненні цієї мети необхідна наявність спеціальних освітніх та інших умов, що створить єдине освітнє, трудове й побутове середовище. Надалі потрібно передбачити ефективний медико-реабілітаційний і соціально-реабілітаційний супровід навчальної й виробничої діяльності молоді з функціональними обмеженнями в інтегрованих умовах, які повинні забезпечити професійну адаптацію, підтримку здоров'я і т.ін. Отже, головним для достатньо повноцінної життєдіяльності є здійснення комплексної реабілітації [212,с. 23.].

Вирішення складного завдання соціального захисту інваліда через комплексну реабілітацію полягає у проведенні соціальних, психологічних, методичних, професійних, економічних та інших заходів, які повинні бути спрямовані на компенсацію або усунення обмежень життєдіяльності.

В основі комплексної реабілітації лежить створення механізму, тобто правової бази, спеціальних методик, фінансово-матеріального забезпечення, наявність відповідних структур для включення інваліда в усі типи комплексної реабілітації: медичної, соціальної, психологічної, професійної [134,с.4-22].

Інтегрування – це двобічний процес між інвалідом і оточуючим середовищем, зміст якого полягає в зміні оточуючого середовища та зміни особистості під впливом оточуючого середовища [227,с.21-25].

Можна стверджувати, що «інтегрування» є найкращим варіантом возз'єднання з суспільством для людей з функціональними обмеженнями, але за виконання умов доступності для інваліда можливостей побутового, освітнього й професійного середовища [152,с.4 -22].

На нашу думку, інтегрування – активний соціально-педагогічний процес, що обумовлює взаємодію двох сторін – суспільства та маломобільних груп. Рушієм інтегрування є переконання, що великі групи людей, які, мають мінімум можливостей щодо користування сучасними соціальними і культурними цінностями, при цьому усвідомлюють себе членами суспільства. Саме починається процес інтегрування, який потребує глибоких змін у схемі мислення і нормативних настанов.

У суспільних стереотипах, що існують у побуті і відповідно до яких формується соціальне середовище, домінує образ «занормалізованої» людини зі «стандартною» особистістю, охоплюють все оточення: форми суспільного життя, характер спілкування, будівельні норми, меблі та обладнання тощо. В той же час від так званого стандарту відрізняється велика група людей – діти, люди похилого віку, інваліди, що мають значні відхилення від норми. Всі вони в тій чи іншій мірі не вкладаються в загальноприйнятту соціальну схему. Якщо в наш час відбувається усвідомлення необхідності включення зазначеної категорії громадян в існуючий суспільний порядок, вивчення їх вимог щодо однакових життєвих шансів, і не тільки в правовому плані, то реалізація цих завдань повинна здійснюватися за двома напрямками. По-перше, кожен інвалід з урахуванням всіх можливих засобів та заходів повинен мати умови, які б дозволили йому знайти своє місце в суспільстві. По-друге, мають відбутися зміни в нормуванні оточення, що враховували б вимоги і потреби груп, які підлягають інтегруванню.

Інтегрування відбуваються в кожній сфері людської діяльності. Вони характеризують взаємодію між окремими специфічними формами діяльності людини, що відображається як у виборі мети діяльності, так і в методах їх досягнення і в результатах.

Соціальне інтегрування спостерігається на різних рівнях життя суспільства, в різних соціумах. Як стверджує Л. І. Акатов [4,с.36], на рівні малих (контактних) груп інтегрування виступає змістовним еквівалентом таких понять, як «згуртованість», «консолідація» і є однією з характеристик групової динаміки. На рівні великих систем інтегрування ототожнюється з функціональною єдністю соціальної системи і гіпотетично може бути представлена як показник її життєздатності.

Соціальний аспект підготовки індивіда полягає в забезпеченні комфортних умов та корекційного впливу на розвиток соціально значущих характеристик інвалідів, що сприяє розширенню сфери їх життєдіяльності, підвищує якість життя за рахунок зростання їхньої соціальної активності, підготовки та участі в спортивній, культурній та професійній діяльності.

Науково-теоретичною основою підготовки до соціального інтегрування є система міждисциплінарних знань у галузі генетики, соціальної, вікової, педагогічної та спеціальної психології, психофізіології, теорії та методики фізичної культури.

Спираючись на науково-теоретичну основу, нами виявлено, що молодь, навіть та, котра не має відхилень у психофізичному розвитку, не може вважатися інтегрованою у суспільство, тому що не має утвердженого самостійного соціального статусу (не може виконувати у повному обсязі соціально значущі функції). Крім того, у молодих людей ще продовжується психофізичний і соціальний розвиток.

Основною метою системи підтримки для людей з функціональними обмеженнями є організація максимально можливої соціалізації. При цьому під соціалізацією мається на увазі сукупність всіх соціальних процесів, завдяки яким індивід засвоює й відтворює певну систему знань, норм і цінностей, що

дозволяють йому функціонувати як повноправному члену суспільства, освоюючи соціальні ролі й культурні норми [126,с.259-269].

За визначенням А. В. Мудрика, людина стає повноцінним членом суспільства, якщо засвоює соціальні норми й культурні цінності одночасно з реалізацією своєї активності, саморозвитком і самореалізацією в суспільстві. Самореалізація особистості припускає можливість задоволення людиною здійснення своєї діяльності у важливих для неї сферах: у роботі, побуті, взаєминах з оточенням. При цьому необхідно, щоб успішність цієї реалізації визнавалася й схвалювалася авторитетними для неї людьми.

Для успішного інтегрування у процесі навчання й виховання людей з обмеженими функціональними можливостями необхідне зміщення акценту з принципу «нормалізації» на інший важливий принцип – «якості життя». Під останнім розуміється опора на потреби індивідуума як на центральний фактор і на права інвалідів для найбільш повного задоволення цих потреб.

Все вище сказане дозволяє говорити про інтеграцію у двох формах: соціальну й педагогічну (навчальну та виховну). Прояв проблеми інтеграції інвалідів у суспільство обумовлений, з одного боку, наявними в них відхиленнями у фізичному й психічному розвитку, а з іншого – недостатньою досконалістю самої системи соціальних відносин, що у силу певної негнучкості вимог до своїх потенційних суб'єктів виявляється недоступною для людей з функціональними обмеженнями. Аналіз теорії та практичного досвіду засвідчує, що є два підходи до інтегрування інвалідів у суспільство. Перший підхід припускає пристосування інваліда до входження в ординарне суспільство, його адаптацію до наявних навколишніх умов. Другий підхід – це процес соціалізації. Цей підхід видається одностороннім й вузьким, бо неможливо домогтися бажаних результатів, якщо зважати на те, що процес соціалізації особистості двосторонній. Крім того, інвалід у цьому процесі підготовки повинен бути не лише об'єктом інтегрування, але й обов'язково суб'єктом, активним учасником цього процесу. Крім підготовки інваліда до входження в суспільство, також треба врахувати і підготовку суспільства до прийняття інваліда. Якщо певні

аспекти першого напрямку вже розробляються, то шляхи реалізації другого напрямку лише шукаються, до них і теоретики і практики лише підступають. Наш погляд, інтегрування в суспільство людей з функціональними обмеженнями повинна включати такі обов'язкові складові:

- вплив суспільства й соціального середовища на людей з функціональними обмеженнями ;
- активна участь у цьому процесі самої людини з функціональними обмеженнями;
- удосконалення самого суспільства, системи соціальних відносин, що у силу певної негнучкості стосовно своїх потенційних суб'єктів виявляється недоступною для таких людей.

Отже, *інтегрування* — це універсальне поняття, що охоплює багато інших понять, пов'язаних із розвитком, об'єднанням, відновленням якоїсь цілісності, то правомірно вважати синтез інтегративним процесом. З цього погляду можна розглянути наявні механізми інтегрування.

Синьов В.М. пов'язує абілітацію зі « становленням спроможності людини виконувати свої різноманітні соціальні функції, ...яке відбувається у системній взаємодії двох процесів, перебіг яких триває все життя,— онтогенезу (психовізного розвитку організму) та соціалізації (входження індивіда у соціальне оточення) »[128].

Абілітація (у цьому випадку цей термін є точнішим за звичайно вживаний термін «реабілітація» – повернення втрачених можливостей) – створення нових можливостей, нарощування соціального потенціалу, тобто можливостей особистості реалізуватися в тому чи іншому соціальному середовищі [138, с.5-21]. Йдеться про розвиток у молодого інваліда тих функцій і здібностей, що можуть виникнути тільки в результаті спрямованої роботи фахівців. Наступний механізм інтегрування це адаптація – реалізація накопиченого соціального потенціалу в суспільстві. Інтегрування – процес, у рамках якого суспільство забезпечує умови для реалізації максимального соціального потенціалу кожного

індивіда цього суспільства. Завдання інтегрування не може бути вирішеним зовні, це завдання може вирішуватися тільки зсередини самим суспільством.

Не може бути такої ситуації, за якої хтось когось у щось інтегрує. Це не інтеграція. Це процес, в ході якого не тільки індивід адаптується до суспільства, але й суспільство робить необхідні кроки для того, щоб пристосуватися до цього індивіда.

Абілітація, адаптація, реабілітація та індивідуалізація можуть розглядатися як механізми єдиного складного процесу інтегрування, кінцевим результатом якого є соціалізація [138,с.5-21].

В існуючій освітній системі допомога інвалідам зосередилася на досягненні адаптації, що має на увазі в основному деяку локальну «роботу над дефектом», у той час як повноцінна робота з розвитку й навчання припускає зміщення акценту на інтеграцію. В установах фахової освіти найчастіше досягається абілітація, а не інтеграція, а в багатьох випадках – просте пристосування шляхом тренування.

Якщо абілітація здійснена, а все інше ні, то проблема не може вважатися вирішеною. Саме по собі створення можливості не є достатнім для того, щоб людина змогла використати їх в активній діяльності.

Отже, повноцінна допомога молодому інваліду повинна включати не тільки систему абілітаційних заходів, але й комплексну психолого-медико-педагогічну роботу з побудови такого середовища життя й активності, що якнайкраще спонукає молодого інваліда використати напрацьовані функції в природних умовах. Завдання організації спрямованої активності молодого інваліда, створення в нього мотивів до виконання дій, що викликають утруднення, до подолання власних труднощів входять у сферу педагогіки й психології й вирішуються за допомогою побудови спеціального педагогічного середовища. Чим раніше інвалід одержить допомогу, матиме змогу активно діяти в адекватно організованому середовищі, тим кращим буде результат його подальшого розвитку [138,с.5-21].

Адаптаційний підхід також є недостатнім. Крім того, адаптація в певних конкретних умовах може блокувати наявний потенціал розвитку.

Може виявитися, з одного боку, що певні особливості інваліда заважають йому адаптуватися, з іншого – що певні можливості молодої людини залишаються нереалізованими.

У той час, як адаптаційні завдання можна вирішувати, не перебуваючи в тім же середовищі, де знаходиться молода людина, і не замислюючись про перспективу, інтегративний підхід вимагає ширших знань про ланцюжок середовищ, крізь які необхідно «провести» інваліда.

Для інтегративного підходу характерно те, що увага дорослого зосереджена не тільки на зоні найближчого розвитку молодого інваліда, але й на наступних, зокрема віддаленіших кроках. Інтегрування припускає, що хтось не залишає молодого інваліда й супроводжує його. При цьому людина, яка супроводжує, повинна відстежити, що інваліда потрібно вчасно перемістити в інше середовище, більше відповідає його можливостям й завданням його розвитку. Ті люди, які супроводжують молодого інваліда в процесі інтеграції й відстежують його маршрут, перебувають разом з ним. Отже, молода людина не залишається без уваги і дієвої підтримки.

У процесі інтегрування абілітаційні й адаптаційні завдання включені як етапи в загальніший процес. Ми повинні вибудувати інваліду маршрут у те суспільство, у якому він сам поки реалізуватися не може і яке не готове його прийняти. Необхідно підготувати інваліда до вирішення завдань і підготувати самого інваліда до того, щоб вони реалізувалися разом у цьому суспільстві [159].

Що ж стосується соціальної реабілітації інвалідів, то її визначено як систему відновлення соціальних зв'язків, соціального статусу, працездатності через комплекс соціально-медичних, соціально-психологічних і соціально-правових заходів [23; 13; 143; 138, с.230], або прийнято вважати її системою заходів, що сприяють оптимізації і коригуванню становища інваліда (дитини-інваліда) в сім'ї, трудовому колективі, суспільстві. Це й зміна ставлення його до своїх вад, виховання у нього навичок самообслуговування, а також

протезування, ортезування, забезпечення засобами реабілітації з метою покращання рівня його життєдіяльності [75].

Загалом соціальну реабілітацію для окремої людини з функціональними обмеженнями фахівці здебільшого розглядають як шлях перетворення її з об'єкта соціальної допомоги в активно діючого суб'єкта суспільства [126; 47; 127; 141; 142]. Під соціальною реабілітацією розуміють систему заходів, які забезпечують умови для повернення особи до активної трудової діяльності, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування та забезпечення засобами реабілітації [75]. Цей процес є, способом інтегрування осіб з функціональними обмеженнями в суспільство, повноцінним включенням інвалідів у звичайне незалежне життя, коли їхній дефект у результаті реабілітації не заважає ні їм, ні тим, хто їх оточує в процесі соціальної взаємодії [206, с.25].

Соціалізація особистості відбувається у трьох основних сферах: діяльності, спілкуванні та свідомості. У *сфері діяльності* характерне розширення видів діяльності, орієнтація в кожному виді, її осмислення та засвоєння, оволодіння відповідними формами і засобами діяльності. У сім'ї інвалід залучається до багатьох видів діяльності, пов'язаних із вирішенням побутових питань, матеріального забезпечення, дозвілля тощо, у такий спосіб відбувається розширення видів діяльності, набуття досвіду у нових сферах життєдіяльності людини. У *сфері спілкування* відбувається розширення кола спілкування, наповнення та поглиблення його змісту, засвоєння норм і правил поведінки, прийнятих у соціальному оточенні молодого інваліда та у суспільстві в цілому. Крім того, розширення видів діяльності автоматично веде до розширення кола спілкування у тих сферах, де ця діяльність відбувається: сфера обслуговування, торгівля, зв'язок, громадський транспорт тощо. Для *сфери свідомості* характерне формування образу «власного Я» як активного суб'єкта діяльності,

осмислення своєї соціальної належності і соціальної ролі, формування самооцінки. Паралельно з процесом соціалізації, бажанням «бути як всі» у кожної особистості формується об'єктивна потреба виявити себе та свою індивідуальність. Відбувається індивідуалізація, для якої характерні прояви соціально значимих якостей та рис особистості в індивідуальній, характерній лише для цієї людини формі. Соціальна поведінка людини за всієї зовнішньої схожості з поведінкою інших людей набуває рис неповторності та індивідуальності. Процеси соціалізації та індивідуалізації взаємопов'язані. Важливим є встановлення рівноваги між ними при входженні молодого інваліда в соціум. Якщо, з одного боку, людина засвоює норми і правила поведінки, прийнятні в якомусь соціумі, а з іншого – вносить свій значимий внесок у нього, свою індивідуальність, відбувається інтеграція особи в соціум. При цьому відбувається взаємна трансформація і особистості, і середовища [215,с.95-99].

Узагальнюючи вище сказане процес інтегрування можна подати у такій схемі: (див. рис.1.1.)

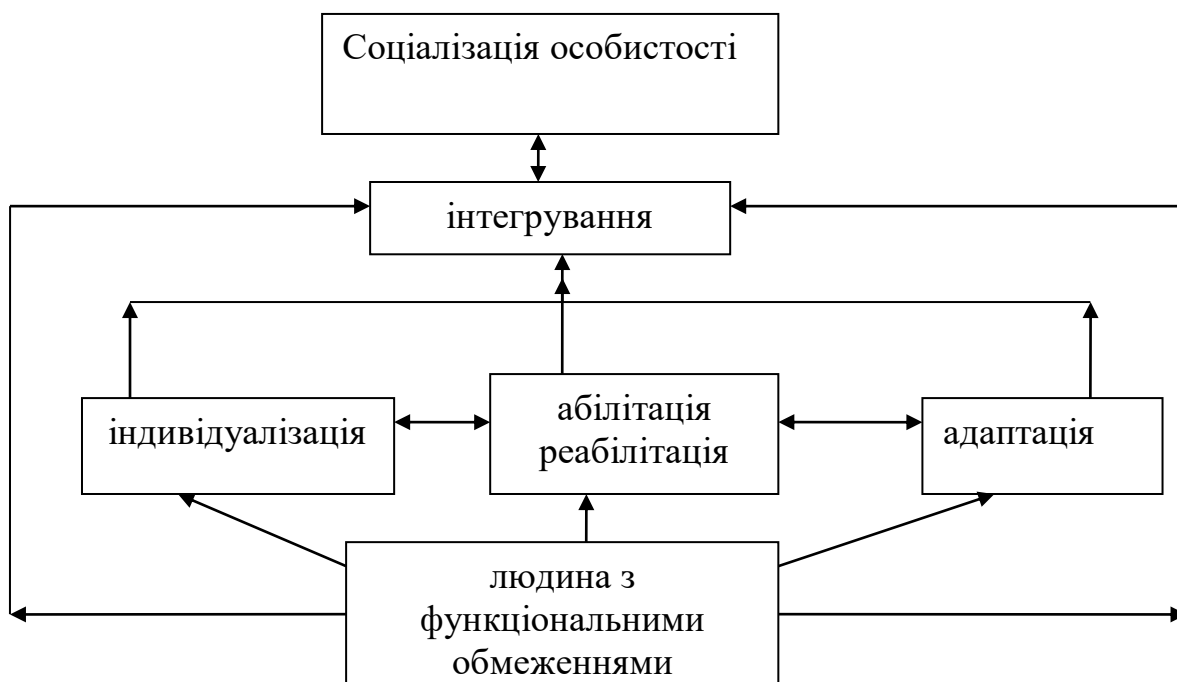


Рис.1.1. Складові процесу інтегрування

У рамках вирішення проблеми інтегрування в суспільство людей з функціональними обмеженнями важливо зважати на соціальні наслідки, що проявляються в обмеженні життєдіяльності й соціальної недостатності особистості.

Виділемо серед обмежень життєдіяльності ті, що є суттєвими для нашого дослідження:

- адекватно поводитися;
- ефективно спілкуватися з людьми, які оточують.

Під соціальною недостатністю особистості розуміється порушення здатності виконувати так називані «соціальні ролі» [26,с.152]. Однак обмеження життєдіяльності й соціальна недостатність однозначно не взаємозалежні з порушеннями і досить виразно визначаються соціальними умовами, суспільними нормами, ставленням до інвалідів у суспільстві й адаптивністю самого індивіда.

Інтегрування ґрунтується на концепції «нормалізації», в основу якої закладена ідея про те, що життя і побут людей з функціональними обмеженнями мають бути якомога більш наближеними до умов і стилю життя суспільства, в якому живуть.

Термін «нормалізація» використовується в міжнародній термінології і відображає політику держави по відношенню до інвалідів у сфері обслуговування, освіти, трудової діяльності, способу життя. Цей термін містить реабілітаційний радикал, оскільки установка в рамках цілого суспільства дозволяє реалізувати компенсаторні можливості інвалідів, а переорієнтація громадської думки створює передумову для більш успішної їх реалізації.

Передача соціального досвіду, навчання соціальним формам і способам діяльності здійснюється через виховання, навчання, включення в різні види діяльності та багатогранні впливи середовища.

Одним із найважливіших факторів соціального інтегрування людей з функціональними обмеженнями є підготовка суспільства до сприйняття інвалідів. Ця підготовка включає формування відповідних правових основ держави, що регламентують сприятливі умови для інтегрування, формування

позитивного ставлення здорових членів суспільства до людей з функціональними обмеженнями в розвитку, а також пристосування середовища перебування для цієї категорії людей.

За результатами досліджень закордонних авторів [135; 115] встановлено, що ставлення здорових людей до інвалідів у цілому характеризується як відверто несприятливе, хоча із почуттям жалю, відвертою неприхильністю, і має характер домінування – підпорядкування, коли здорові набувають у тому або іншому виді владу над тими, у кого є певні відхилення.

У деяких дослідженнях [66; 20] відзначається амбівалентний характер ставлення здорових до хворих: з одного боку неприйняття і навіть ворожість, а з другого – симпатія і співчуття. В цьому відкриваються приховані можливості поліпшення соціальної інтеграції інвалідів.

Повноцінне залучення більшості людей з функціональними обмеженнями у соціальне життя на сьогодні зустрічає значні труднощі. Це зумовлено насамперед обмеженнями на отримання рівноцінного загального й професійного забезпечення і, як наслідок цього, зниженням соціально-економічної незалежності, матеріальною й моральною залежністю людини з функціональними обмеженнями від держави, суспільства, родини [192,с.3-22].

Потрібно відзначити, що інтегрування – це можливість, але у жодному випадку не обов'язок. Люди з функціональними обмеженнями повинні мати право вибрати свій шлях: брати участь в житті суспільства, або віддати перевагу захищеності і самоті. Щоб інтегроване навчання і розвиток інвалідів увійшли до широкої практики вітчизняної освіти, щоб люди з функціональними обмеженнями могли успішно включитися в життєдіяльність суспільства, необхідна наявність ряду чинників, які багато в чому зумовлюють успіх інтеграційних процесів:

- готовність суспільства розуміти і розділяти особисті проблеми людини з функціональними обмеженнями;
- стабільна державна політика щодо матеріального забезпечення, працевлаштування, соціального захисту осіб з функціональними обмеженнями;

- законодавче визначення статусу інтегрованої людини і освітньої установи, що приймає її [230, с.15].

Отже, термінологічна невизначеність та суперечливість у тлумаченні таких понять, як «інтегрування», «соціальне інтегрування», непослідовність у формулюванні основних характеристик інтеграційного процесу потребують глибшого аналізу самої проблеми інвалідності та вироблення об'єктивного погляду щодо сутності соціально-педагогічного інтегрування молоді, які внаслідок хвороби чи травми повністю чи частково втратили здатність виконувати соціальні функції, виключені з соціальних зв'язків та соціальної діяльності.

Для вироблення об'єктивного погляду на сутність поняття «інтегрування інвалідів» доцільно розглянути саму проблему інвалідності у ширшому діапазоні аспектів, бо будь-яка проблема людини пов'язана з усіма сторонами її життя, та й сама вона є цілісною єдністю й потребує комплексного вивчення.

Виходячи з того, що інтегрування відбувається в конкретних соціальних умовах і має комплексний характер, цілком правомірно виділити соціальну складову інтегрування, що включає найрізноманітніші аспекти соціальної роботи, а саме, інтегрування назвати соціальним. Тобто розуміти під ним комплекс заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених індивідом суспільних зв'язків та відносин внаслідок стійкого розладу функцій організму (інвалідність) чи зміни соціального статусу (люди похилого віку, безробітні, біженці) [207, с.33; 39]. У цьому контексті поняття «інтеграція» виступає еквівалентом «соціалізації», тобто процесу опанування інвалідом соціально значущих норм, цінностей, стереотипів поведінки, їх коригування при освоєнні різних форм соціальної взаємодії, спрямованої на «включення» інвалідів у суспільство [162, с. 240].

Серед загальнонаукових принципів пізнання світу, людини та її буття найефективнішим і плідним у процесі дослідження вважається системний підхід. Саме з позицій системного підходу нами було здійснено

багатоаспектний аналіз, який дозволив якнайкраще зрозуміти та якнайповніше визначити сутність соціально-педагогічного інтегрування інвалідів і зробити певні висновки:

По-перше, оскільки людина є біо-соціальною системою, тобто природною істотою, яка за своєю сутністю соціальна, інтеграція не може бути «не соціальною», а якоюсь іншою. На цій підставі можна стверджувати, що поняття «соціальне інтегрування» та «інтегрування» можуть використовуватися як тотожні, але при цьому термін «соціальне інтегрування» точніше й повніше розкриває сутність нашого питання. До того ж, немає ніяких підстав розглядати соціальне інтегрування як частину якогось «соціально-педагогічного інтегрування», адже при правильному розумінні мети першої (соціальне становлення інвалідів та повне інтегрування у суспільство) в принципі виключається можливість існування ще якоїсь іншої, «більш широкої» чи «загальної».

По-друге, враховуючи те, що людина є цілісною єдністю як організму, так і особистості, а інвалідність – це втрата цієї цілісності, з найбільшою вірогідністю можна говорити про предмет інтегрування як про відновлення цілісності людини та її буття через нейтралізацію та усунення негативних наслідків, спричинених органічними дисфункціями, та підвищення ступеня її соціальної повноцінності, формування соціальної активності. При цьому доречно зауважити, що, оскільки саме особистість є головним інтегруючим ланцюгом цілісної системи, інтегрування не може будуватися без урахування особистісного компоненту.

По-третє, в зв'язку з тим, що людина як відкрита функціональна система тісно пов'язана із середовищем і не може існувати поза ним, а головними механізмами, які підтримують її існування та цілісність, є адаптація та активність (саме активність слугує адаптації до середовища та інтегрування з ним), інвалідність можна охарактеризувати як стійку дезадаптацію та дезінтеграцію людини в умовах середовища, спричинені порушенням вітальних функцій як особистості, так і організму. Отже,

головною метою інтегрування має бути повне включення інвалідів в усі соціальні системи, структури соціуму й зв'язки, призначені для здорових людей.

По-четверте, враховуючи те, що людина є такою унікальною системою, «інтегрованою індивідуальністю», яка сама здатна до самопрограмування, саморегулювання, самозбереження та самовдосконалення, при розробці стратегії інтегрування слід одразу відмовитися від старого директивно-маніпулятивного підходу, що практикувався багато років та виявився малоефективним й згідно з яким людину-інваліда розглядали як безпомічний, беспорядний об'єкт зовнішнього впливу. Слід створити належні умови для індивідуального розвитку, актуалізації власних ресурсів, самореалізації а, отже, до інтегрування кожного індивіда. Це має бути безперервний процес вільного розвитку та самовдосконалення людини, родовою сутністю якої є свобода. Саме свобода дає людині змогу вільно змінювати вихідні обставини свого існування, а значить, дозволяє їй виступати суб'єктом діяльності, характеризує її не як маріонетку в руках долі, а як активного діяча, автора власного життя.

Ми розглядаємо соціально-педагогічне інтегрування як *діяльність*, яка відноситься як до особистості спеціаліста, що сприяє процесу інтеграції, так і до особистості інваліда, включеного в процес інтеграції.

Отже, соціально-педагогічне інтегрування – це процес надання особі з функціональними обмеженнями реальних можливостей брати участь у всіх видах і формах соціального життя нарівні і разом з іншими членами суспільства в умовах, що компенсують йому відхилення в розвитку.

Соціально-педагогічне інтегрування як процес являє собою динамічну систему, в ході якої здійснюється досягнення стратегічної мети – поновлення соціального статусу інваліда. Саме цей варіант інтегрування буде розглянуто у дисертаційному дослідженні.

1.2. Основи забезпечення процесу інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище

Наявність різних підходів до розуміння сутності інтегрування обумовлюється складністю та багатоаспектністю таких понять, як «інвалід» та «інвалідність». Огляд спеціальної літератури [19,с.17-25; 54, с.103-107; 55,с. 3-8; 52,с.62-66;78,с.32-34; 82,с.15-20; 80; 81; 88; 150; 169; 187; 193; 232] допоміг простежити еволюцію самого поняття «інвалідність». Тривалий час воно розглядалося тільки у медичному аспекті та визначалося у термінах психологічної, фізіологічної, анатомічної «дефектності», «ненормальності» або «нормальності» людини. Згодом це поняття інтерпретувалося як функціональні обмеження можливостей людини (тимчасові або постійні).

Поступово зміна дефініції «інвалідність» була пов'язана з уточненням понять «хвороба», «дефект», «непрацездатність», які ототожнювалися одне з одним та з «інвалідністю», в результаті чого спостерігалася певна термінологічна невизначеність. Це, в свою чергу, заважало адекватному розумінню проблеми.

У процесі поглиблення та розширення знань про інвалідність науковцям стало зрозуміло, що «непрацездатність» – це лише один з проявів інвалідності і тому процес інтегрування не може обмежуватися тільки заходами щодо відновлення працездатності та вироблення компенсаторних функцій організму.

До того ж, поняття «функціональне порушення», «фізичний дефект», «хворобливий стан» або «недоліки в розумовому розвитку» тощо, які часто використовувалися при визначенні різних форм інвалідності залежно від певного виду захворювання, аж ніяк не давали повної картини інвалідності і лише частково розкривали сутність проблеми.

За останні десятиліття значно змінилося визначення поняття «інвалідність». Якщо раніше його розуміли як «функціональне порушення органів чуття» або «фізичні недоліки», то тепер воно означає несприятливе становище, в якому може опинитися людина-інвалід внаслідок тих чи інших дефектів розвитку [141,с.117].

Заслуговує на увагу той факт, що поряд із поняттями «інвалід», «інвалідність» використовуються в суспільстві такі дефініції, як: «люди з особливими потребами», «люди з обмеженими фізичними можливостями», «люди з інвалідністю», «люди з функціональними обмеженнями». І хоча ці терміни не є законодавчо закріплені, але законодавець намагається все частіше їх використовувати. Тому необхідно теоретично обґрунтувати такі дефініції, як «інвалід», «люди з особливими потребами», «інвалідність».

Слово «інвалід» походить з латинської мови і означає «важко поранений», «слабкий», «безсилий». З англійської «invalid» перекладається як «хворий», «непридатний», «неповноцінний», «непрацездатний» [7,с.115]

Тривалий час у суспільній свідомості слово «інвалід» ототожнювалося з такими поняттями, як «маргінал», «соціальний аутсайдер», «неповноцінна людина», «дефектна людина». Ці характеристики тією чи іншою мірою свідчили про низький соціальний статус інвалідів і відображали негативну установку в суспільстві щодо інвалідності.

Як науковий термін дефініція «інвалід» використовується у соціальній педагогіці і характеризує особу, що через обмеження життєдіяльності з причин фізичних, сенсорних або розумових недоліків потребує соціальної допомоги, підтримки та захисту [169].

Традиційно при визначенні інвалідності людини фахівці враховують ступінь і якість первинного дефекту (стану чи хвороби), час настання інвалідності, вікові та статеві особливості психофізичного розвитку, ступінь працездатності або непрацездатності. Відповідно до цього виділяють такі групи інвалідів:

за віком (діти-інваліди, молоді інваліди, дорослі інваліди, інваліди похилого віку);

за походженням інвалідності (інваліди від народження або інваліди дитинства, інваліди праці, інваліди війни, інваліди за загальним захворюванням);

за видами захворювання та обмежень (особи з розумовими обмеженнями, особи з сенсорними та фізичними обмеженнями, тобто з порушенням зору та сліпі, зі слабким слухом і глухі, з обмеженнями мовлення, глухонімі, з порушеннями опорно-рухового апарату, хворі на дитячий церебральний параліч);

особи із внутрішніми захворюваннями, особи з нервово-психічними захворюваннями [187, с.12].

Такий підхід до розуміння проблеми інвалідності виявляє відносний характер відмінностей у поведінці та положенні інвалідів, а також тих, хто до цієї групи не належить і дає підставу стверджувати, що основою соціальної допомоги людям з функціональними обмеженнями має бути така система заходів, через яку можна було б зменшити (або навіть повністю усунути) будь-які відмінності шляхом певного впливу на фізичні, психологічні, освітні та соціально-культурні якщо інтеграційні процеси, які відбулися в усіх галузях людської діяльності, гуманізація суспільних відносин сприяли виходу проблеми інвалідності за рамки вузької сфери медичної реабілітології. Вона стала предметом пильної уваги та вивчення у таких галузях, як статистика, політика, освіта, економіка, педагогіка, антропологія, соціологія, демографія тощо, що дозволило розглядати феномен інвалідності через призму стосунків інваліда та суспільства.

Жодний з цих термінів на нашу думку не визначає у певній мірі об'єкта дослідження. Але надалі у дисертації послугуватимуся терміном «людина з функціональними обмеженнями», оскільки, як нам видається, такий термін є найбільш уживаним на сьогодні в Україні і в соціальному сенсі найбільш гуманним. Проблема полягає у ставленні суспільства до таких людей і, як наслідок, у формуванні внутрішньої та зовнішньої картини світу людей з функціональними обмеженнями. Як приклад можна навести слова директора «Центру досконалості» для дітей-інвалідів, який знаходиться в Америці (Маріанські острови). Англійське слово *disabled* означає людина з обмеженою дієздатністю. Джон Джойнер, директор

центру, наголошує, що семантика слова «*disabled*» — недієздатний змушує людей формувати відповідну соціальну установку стосовно таких людей, що накладає відбиток і на них самих. Він пропонує називати таких людей протилежним словом «*abled people*» або «*people with abilities*» тобто людьми які мають здібності, оскільки це може відіграти важливу роль у визначенні потреб таких людей і шляхів допомоги їм [211].

Велику роль у перегляді позицій щодо інвалідності зіграв рух самих інвалідів за незалежне життя. Основним принципом, що поєднав самозахист та саморепрезентацію інвалідів, став принцип імпауерменту («*improverment*») або «надання можливостей», в основу якого було закладено ідею про те, що «...саме соціальні умови та соціально зумовлені ставлення через механізми сегрегації, ізоляції та вигнання перетворюють людину в інваліда» [126,с.14]. Соціальна активність людей з різними психофізичними обмеженнями, що спрямовувалася на самоствердження та покращення умов існування, змусила широке коло науковців, громадськість, державних діячів звернутися до пошуку найбільш ефективних форм та методів вирішення проблем інвалідів, побудови принципово інших, нових, науково обґрунтованих моделей інвалідності. Це актуалізувало питання стандартизації підходів до інвалідності, вироблення такої інтерпретації цього соціального явища, яка була б всеохоплюючою та гуманістичною й найповніше відображала права та інтереси як окремої людини-інваліда, так і суспільні інтереси в цілому. Певного значення в цьому питанні набула систематизація вже існуючих наукових підходів, на основі яких формується сучасна соціальна політика. Опис таких моделей вперше було зроблено американцем К.Денсоном. Подальші дослідження у цьому напрямі здійснювалися в Канаді та країнах Західної Європи.

Пізніше спроби класифікувати різні підходи до розуміння сутності інвалідності було здійснено російським професором О.І.Холостовою [245,с.185-187]. За її визначенням, медична модель тлумачить інвалідність як дефект — психічний, фізичний, анатомічний (постійний або тимчасовий), що призводить до стійкої дезадаптації.

У рамках соціальної моделі інвалідність розуміється як скорочення здатності людини «соціально функціонувати та визначатися у суспільстві», а також як «обмеження життєдіяльності». Ця модель передбачає вирішення проблем, пов'язаних з інвалідністю, через створення системи соціальних служб, обов'язком яких має бути надання допомоги людям з функціональними обмеженнями. Отже, соціальна модель є дуже близькою до медичної і характеризується патерналістським підходом до проблем інвалідності.

Політико-правова модель розглядає проблеми інвалідності у контексті захисту прав хворої людини нарівні з іншими брати участь у суспільному житті й наголошує на обов'язку держави та суспільства сприяти усуненню соціальної несправедливості, не допускати дискримінації. Відповідно до цього, найголовнішим обов'язком держави щодо інвалідів має бути забезпечення соціальної захищеності, створення належних умов для індивідуального розвитку, реалізації творчих та виробничих можливостей і здібностей у відповідних державних програмах, надання їм соціальної допомоги в усіх видах діяльності, усунення перешкод у реалізації прав на охорону здоров'я, праці, освіти, житлових та інших соціально-економічних прав (законодавчі акти) [231,с.329-369].

Поряд з медичною, соціальною та політико-правовою моделями інвалідності О. І. Холостова розглядає як суттєво нову культурну модель і називає її «культурний плюралізм». За її визначенням, остання ґрунтується на принципах філософії незалежного життя: «Незалежне життя – це спосіб мислення, психологічна орієнтація особистості, яка повною мірою обумовлена взаємовідносинами з іншими людьми, суспільством, навколишнім середовищем» [229,с.206].

У соціально-політичному значенні культурний плюралізм – це право людини бути невід'ємною частиною суспільства і брати активну участь в усіх аспектах його життя, право на свободу вибору та самовизначення. Концепція культурного плюралізму походить з ідеї унікальності кожної особистості, її права на самореалізацію та самовираження. У такому розумінні, культурне

багатство суспільства перебуває в тісній залежності від культурного багатства особистості, а сама особистість розглядається як активний суб'єкт культури, творець та носій її цінностей, відносин, – з іншого, адже для особистості в усі часи найважливішою і найціннішою є свобода, міра якої залежить від рівня соціалізації особистості індивіда з одного боку, та рівня розвитку суспільства і суспільних відносин з іншого [15].

Отже, нове бачення проблеми, що ґрунтується на ідеї незалежного життя інвалідів, суттєво відрізняється від традиційних підходів, згідно з якими ігнорувалася соціальна значущість людини з обмеженнями як повноцінного члена суспільства.

Ідеологія незалежного життя розглядає інвалідність як «обмежену здатність людини ходити, бачити, чути, говорити або мислити звичайним способом, що обумовлено психологічними, функціональними, фізіологічними порушеннями та аномаліями»[104].

Навряд чи хто буде заперечувати, що проблема незалежного життя інвалідів чекає на негайне вирішення, а допомогу у здійсненні можливостей незалежного життя повинні надавати різні соціальні інститути. Не потребує також спеціальних обґрунтувань і те, що це має бути нормою в суспільстві, якщо воно керується принципом рівності людських прав. [104,с.254]

Ідеологія „незалежного життя” є наріжним каменем діяльності багатьох громадських організацій інвалідів за кордоном та в Україні. Зокрема, у сфері розповсюдження цих ідей на теренах колишнього СРСР широко відома просвітницька діяльність таких організацій, як Московський міський клуб інвалідів «Контакти» (на базі клубу у 1992 році організовано перший в Росії *Центр незалежного життя*), Регіональна громадська організація інвалідів "Перспектива" (м. Москва, 1997 р.) тощо.

За кордоном заснування поняття, філософії та історії „незалежного життя” (“Independent Life”) пов’язано у першу чергу зі соціально-політичним рухами та процесами, які відбувалися у США у 1960-х – 1970-х рр. У 1972 році

у Берклі (США) засновано перший Центр незалежного життя, започатковано проекти „Незалежне життя” у Хьюстонському та Бостонському університетах.

Поняття „незалежності” та концепція „незалежного життя” є наріжним каменем багатьох міжнародних нормативно-правових документів, що регулюють питання соціальної інтеграції та реабілітації осіб з інвалідністю [252 с. 21-32]/

У „Конвенції про права інвалідів”, яка прийнята міжнародним товариством 13 грудня 2006 року, у Преамбулі визнається, що для *„інвалідів важлива їх особиста самостійність і незалежність, включаючи свободу робити свій власний вибір”*. Стаття 3 „Загальні принципи” цієї Конвенції зазначає, що її принципом є *„пошана властивої людині гідності, її особистій самостійності, включаючи свободу робити свій власний вибір, і незалежності”*. Стаття 26 „Абілітація і реабілітація” зобов’язує держави здійснювати належні та ефективні заходи щодо наділення осіб з інвалідністю здатностями *„досягнення і збереження максимальної незалежності, повних фізичних, розумових, соціальних і професійних здібностей і повного включення та залучення до всіх аспектів життя”*.

Філософія незалежного життя прозоро визначає відмінність між позбавленим сенсу життям в ізоляції та активним, наповненим змісту життям у суспільстві, що приносить задоволення.

У широкому соціально-політичному розумінні ця філософія відображає громадський рух на захист цивільних прав мільйонів осіб з інвалідністю по всьому світу. Це - хвиля протесту проти сегрегації і дискримінації, а також підтримка можливостей і здібностей таких людей повною мірою розділити обов'язки і радощі усього суспільства.

Саме у повсякденному житті людини з інвалідністю „незалежне життя” виникає як обрї, як метафора визволення інваліда із-за ґрат „ув'язнення” та позбавлення інвалідних оков „залежності” усіх аспектів життя такої людини від чужої волі.

Освітній, навчально-виховний чинник створення практики „незалежного життя” особи з функціональними обмеженнями виходє на перший план у застосуванні філософії „незалежного життя” в реабілітаційній роботі через те, що ця концепція значною мірою ґрунтується на понятті „свобода людини”. Проте, розуміння реалізації свободи людини тільки через забезпечення максимальної незалежності від середовища є, безумовно, спрощеним та примітивним підходом до її тлумачення (насправді, така незалежність у повному обсязі фізично неможлива для будь-якої людини). У глибокому розумінні свобода людини полягає в отриманні від суспільства та формуванні в ній максимуму можливостей для реалізації власних намірів у діяльності, що визначені характером її внутрішнього психічного плану, а також є результатом її освіченості та життєвих компетенцій, яких може бракувати людині через порушення онтогенезу.

Філософія відкритого суспільства визначає, що реальною основою свободи людини є „власність”, яка формує базис особистого світу кожного громадянина і включає не тільки (і не стільки) матеріальні предмети, а насамперед власність окремої особи на саму себе та результати своєї діяльності. Право розпоряджатись собою є фундаментальним правом кожної людини. Донесення цієї істини до свідомості людини з інвалідністю та її оточення, формування її особистості згідно з цією гуманістичною парадигмою, мають бути одними із головних принципів методології корекційного виховання. Що, безумовно, лежить безпосередньо у площині концепції „незалежного життя”.

Розгляду поняття „незалежне життя людини з інвалідністю” присвячені переважно роботи у галузі соціальної педагогіки, соціології та соціальної роботи (Є. Ким, Є. Холостова, Є. Ярська-Смірнова) [245,с.11].

Як філософія, „Незалежне Життя” у всьому світі визначається як можливість особою повністю контролювати власне життя на основі прийняттого вибору, що зводить до мінімуму залежність індивіда від інших людей в ухваленні рішень і здійсненні повсякденної діяльності [104].

Це поняття включає контроль над власними справами, участь в

повсякденному житті суспільства, виконання цілої низки соціальних ролей і ухвалення рішень, що ведуть до самовизначення і зменшення психологічної або фізичної залежності від інших.

Ми визнаємо, що у широкому розумінні „незалежність” – поняття відносне, яке кожна людина визначає по-своєму. Проте, для імплементації поняття "незалежне життя" у корекційно-реабілітаційну парадигму, а також для створення конкретних корекційно-розвивальних методик для дітей та реабілітаційних технологій для дорослих, потрібно здійснити аналіз та формальне структурування означеної концепції, визначення особистісних властивостей, здатностей та компетенцій, які ми відносимо до якостей "незалежної життєдільності".

"Незалежне життя" особи з інвалідністю в концептуальному значенні припускає два взаємозв'язані аспекти, що доповнюють один одного.

1. *У соціально-політичному, соціально-економічному та соціально-правовому значенні незалежне життя - це право людини з інвалідністю бути невід'ємною частиною життя суспільства і брати активну участь у соціальних, політичних і економічних процесах, це свобода вибору і свобода доступу до житлових і громадської будівель, транспорту, засобів комунікації, страхування, праці, освіти, культури й дозвілля тощо. Незалежне життя - це можливість людини визначати і вибирати свій власний шлях, ухвалювати свої рішення і управляти життєвими ситуаціями. Незалежне життя означає право і можливість особи вибирати самій, як жити та заради кого і чого жити. Для здійснення своїх планів людина не має бути змушена вдаватися до сторонньої допомоги або допоміжних засобів, необхідних для її фізичного та соціального функціонування. Цей аспект ми можемо означити як *зовнішньо діяльнісний компонент незалежного життя.**

2. *У філософсько-онтологічному та психологічному розумінні незалежне життя – це спосіб мислення, це відповідна психологічна та ціннісна орієнтація особи. Вона, безумовно, залежить від взаємин людини з її соціальним оточенням, від психофізичних можливостей, від навколишнього*

середовища, ступеня розвитку соціально-правового захисту громадян у державі, системи урядових та недержавних соціальних установ, корекційно-реабілітаційних служб тощо. Проте, філософія „незалежного життя” сприяє розвитку відповідної внутрішньої настанови, самоактуалізації людини, що має інвалідність, у площині „повної свободи”, орієнтує її на те, що вона ставить перед собою такі ж завдання, як і будь-який інший член суспільства. Це означає також її настанову на право помилятися так само, як будь-яка інша людина. Отже, цей аспект ми можемо означити як *внутрішнє діяльнісний компонент незалежного життя*.

Як перший крок на шляху до повноцінного життя, щоб стати дійсно незалежними, люди зі стійкими розладами здоров'я, мають протистояти безлічі перешкод та долати чималу кількість бар'єрів. Такі перешкоди можуть бути явними (фізичне середовище), а також прихованими (соціально-психологічне середовище, хибні моральні погляди тощо). Тільки після подолання цих перешкод, людина може домогтися рівності у здійсненні багатьох соціальних ролей – працівника, працедавця, подружжя, батька, політика, виборця, платника податків тощо – і, таким чином, повною мірою брати участь у житті суспільства та бути його активним членом, вільним громадянином. Саме з огляду на ці обставини майбутнього самостійного життя ми маємо створювати відповідну *методику виховання дітей з вадами розвитку*.

Концепція „незалежного життя” змінює наші погляди на проблему співвідношення процесу соціалізації та соціальної адаптації людини з функціональними обмеженнями здоров'я. Ми погоджуємось із загально визнаною думкою про те, що в основу поняття соціальної реабілітації та соціальної інтеграції необхідно покласти принцип соціалізації. Проте будемо вкладати в його зміст більш широке значення, ніж тільки пристосування (адаптацію) індивіда з інвалідністю до навколишнього соціального середовища.

З огляду на сказане стає зрозумілим, що причиною інвалідності є несприятливе становище, в якому опиняється людина внаслідок тих чи інших дефектів розвитку, котрі частково або повністю позбавляють можливості

виконання нею звичайної для того чи іншого віку, статі та соціально-культурного оточення, ролі у суспільстві, задоволення культурних потреб, що призводить до соціальної неповноцінності або соціальної дефектності і руйнує процес соціалізації та інтегрування у суспільство.

У цьому контексті варто зазначити, що саме у теперішніх соціокультурних умовах загострюється проблема соціальної інтеграції дітей-інвалідів і молодих інвалідів, бо, як зазначають науковці, в Україні спостерігається ціла низка негативних явищ, «соціальних хвороб»: слабкість моральної та правової ціннісно-нормативної системи, соціальна аномія, апатія [11,с.81].

В умовах глибокої кризи економіки, ідеології, моралі, освіти і виховання соціальної реабілітації потребують практично усі члени суспільства, а не тільки інваліди. Але молоді люди з функціональними обмеженнями стикаються ще з більшою кількістю проблем. Порушення зв'язків між поколіннями, втрата орієнтирів, розширення духовного вакууму, труднощі у сфері виховання – усе це призводить до соціальної ізоляції, а отже, дезадаптації та подальшого збільшення кількості маргіналів.

І. Д. Зверєва, І. Б. Іванова, Л. Г. Коваль, С. Р. Хлебик, С. Я. Харченко [106,с115], зосереджуючи увагу на проблемах виховання та соціальної адаптації молодих інвалідів в Україні, наголошують на тому, що саме ця категорія людей з функціональними обмеженнями в умовах кризового стану практично усіх складових гуманітарної сфери, економічної та правової нестабільності виявляється найбільш незахищеною у соціальному плані і тому потребує особливої уваги .

Ставлення до людини визначається передусім слово, яким ми його називаємо. За кордоном, як відзначає Г.Г. Силласте, поняття «люди з функціональними обмеженнями» припускає наявність певних можливостей у хворих людей до суспільно корисної праці в різних формах і за певних умов [197,с.38-40].

Інвалідність, на нашу думку, – це проблема не лише інваліда, а і суспільства, в якому людина не може виконувати ті чи інші функції поряд зі здоровими людьми, а термін «людина з функціональними обмеженнями» меншою мірою травмує психіку молодих людей, підвищує їх впевненість у собі, посилює «рівність» при інтегруванні у відкритий соціум та адаптації до умов нового середовища. Тому є підстави вважати, що термін «люди з функціональними обмеженнями» за відповідних обставин є найбільш прийнятним, суб'єктивно виправданим і вмотивованим умовами розвитку сучасного суспільства. *Поняття «людина з функціональними обмеженнями» варто розуміти як таке, що засвідчує повну або часткову втрату конкретною людиною здатності чи можливості самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, орієнтації, контролювання своєї поведінки, виконувати ті чи інші функції порівняно зі здоровими людьми внаслідок захворювання, травми або вроджених вад.*

З урахуванням завдань дисертаційного дослідження ми використали праці учених, які вивчали феномен «молодь», визначали вікові рамки цієї соціальної групи, аналізувати закономірності і проблем особистісного розвитку молоді людини (Б. Г. Ананьєв, І. В. Бестужев-Лада, М. Ф. Головатий, С. М. Іконнікова, В. В. Козлов, І. С. Кон, Г. С. Костюк, Д. Левінсон та ін.). У результаті було з'ясовано, що існує багато різних суджень, поглядів, позицій стосовно особливостей цієї соціальної групи. ЮНЕСКО, наприклад, відносить до неї юнаків та дівчат віком від 17 до 25 років. У США та багатьох інших країнах світу соціологи окреслюють період молодості в межах від 12 до 24 років, розділяючи при цьому відповідну групу на юнацтво (12-18 років) та «молодих дорослих» (18-24 роки) [13; 25; 50; 111; 114; 122; 240].

Д.Левінсон (Йельський університет, США), розробляючи концепцію «життєвих циклів», «життєвої структури розвитку», розглядає молодість як «першу еру» дорослості. Він визначає її як «перед-дорослість» (17-22 роки) або «перехід до ранньої дорослості» [122,с.151-153].

Встановлення рамок молодіжного віку сучасними науковцями ґрунтується на урахуванні особливостей підготовки молодої людини до самостійного продуктивного життя та особливостей психічного розвитку. Дослідники підкреслюють, що приблизно у 14 років людина починає усвідомлювати свої соціальні зв'язки та місце у суспільстві. До 18 років закінчується формування психофізіологічних особливостей, а у 24 роки завершується процес росту в людському організмі, формується соціальний статус [110,с.46].

Соціологи наголошують, що статус молоді в суспільстві, функції та види діяльності, а також потреби, інтереси, ціннісні орієнтації, світогляд, соціально-психологічні якості значною мірою обумовлюються характером суспільних відносин, особливостями соціально-політичного устрою, конкретною культурною ситуацією. Разом з тим, молодь – це така частина населення, яка перебуває в ранній стадії соціалізації, тобто включена у процес засвоєння певної системи знань, вмінь, навичок, що дозволяють людині нормально функціонувати у суспільстві його повноправним членом[5].

Поведінка молодих людей спрямовується на вирішення низки проблем, які набувають гостроти та значення саме в зв'язку з перспективою стати дорослими і самостійними, бо молодість – це пора, коли кожний повинен самостійно визначити власну долю, знайти єдино правильний життєвий шлях, який привів би до життєвого успіху і дозволив би максимально реалізувати власні здібності й таланти. Саме у цей період відбувається складний та відповідальний процес самопізнання, самовизначення, коли людина починає усвідомлювати власні реальні можливості й оцінювати свою здатність утвердитися у суспільстві, стати особистістю. Разом з тим, той же час, молодій людині необхідно сформуванати достовірне уявлення про світ, в якому вона живе, систематизувати ціннісні орієнтації, політичні, моральні, естетичні та інші погляди [26].

В умовах дефіциту особистісного досвіду молода людина опиняється у ситуації, коли необхідно самостійно прийняти найважливіші рішення. Вибір

професії, супутника життя, друзів, формування інтересів та смаків – це ще не повний перелік проблем, вирішення яких значною мірою формує наступний спосіб життя [31; 141].

Психологи акцентують увагу на тому, що поведінка молодих людей обумовлена не тільки їхнім загальним суспільним становищем, але й психологічними особливостями цього вікового періоду – психічною рухливістю та збудженістю, чуттєвою вразливістю та перевагою емоцій над розумом [102].

Згідно із періодизацією психічного розвитку, що запропонували В. Ф. Моргун та Н. Ю. Ткачова, соціальна ситуація психічного розвитку молодих людей віком від 15 до 17 років (середній юнацький вік) визначається його потребою визначити своє місце у дорослому світі. Людина ставить перед собою проблеми сенсу життя, безсмертя, у неї формується світогляд; період від 17 до 18 років характеризується переходом особистості від пізнання світу до самостійного творення себе і власної долі, самоствердження власного «Я» у професійній діяльності; старший юнацький вік (18-23 років) – поріг дорослого життя [234,с.179].

У психологічному плані у цей час відбувається саморозвиток, свідоме самовдосконалення [186]. Фахівці зазначають, що саме у цей віковий період, який називають концептуальною стадією соціалізації, у разі відсутності своєчасної педагогічної допомоги у молодих людей з порушенням слуху, зору, опорно-рухового апарату, комплексними порушеннями психофізичного розвитку відбуваються відхилення від стадії вікового розвитку (дизонтогенез). В. Лебединський виділяє шість варіантів психічного дизонтогенезу, причинами якого є патологічні процеси в біологічному розвитку: недорозвиток; затримка у розвитку; ушкоджений розвиток; дефіцитарний розвиток; спотворений розвиток; дисгармонійний розвиток [121,с.110; 124].

Особливо тривожним плані є період з 15 до 18 років, оскільки у 15 років закінчується сензитивний етап дитинства [11,с.71-72,196-203], для якого є

характерною нестійкість психічних функцій, що може спричинити явища регресу, тобто повернення на більш ранній віковий період [100,с.18].

Відсутність належних умов для особистісного розвитку молодих інвалідів, зневажливе ставлення до їхніх прагнень до самоствердження за суспільно схваленим способом, призводить до соціальної дезадаптації.

У цьому контексті про інвалідність молодих людей з різними формами обмежень можна говорити як про стан стійкої дезадаптації організму та особистості, джерелами якої можуть бути причини як внутрішнього, так і зовнішнього порядку. Хвороба, що виникає на біологічному рівні, може призвести до порушення психічних процесів, тобто до соціально-психологічного неблагополуччя. Це виражається у деформації особистісних структур (як усвідомлених, так і неусвідомлених), втраті цілісності особистості.

Неадекватність самооцінки та проблеми в комунікативній сфері, порушення процесів саморегуляції, фіксовані установки, психотравми, комплекси, фобії стають причинами психологічної і соціальної ізоляції людини, в результаті чого вона втрачає почуття належності до культури суспільства і вимушена орієнтуватися на мікро-середовищні цінності й установки [209].

Психологи зазначають, що у разі неспроможності підростаючої людини подолати «протиріччя розвитку» між зростаючими можливостями особистості і соціально заданими умовами їх реалізації або між соціальними умовами та нездатністю самої людини їх використовувати, відбувається знищення особистісного життя [9,с.135].

Для вироблення обґрунтованої позиції щодо питання інтегрування необхідно докладніше проаналізувати зміст дефініції «сучасне середовище» далі (соціальне середовище). Соціальне середовище – одна з основних категорій соціальної психології, що розкриває сукупність суспільних і психологічних умов, серед яких людина живе і з якими постійно стикається в процесі життя. У соціальне середовище входять індивіди, групи, колективи, соціальні прошарки та інші спільності [22].

Соціальне середовище охоплює також різні соціально-психологічні процеси, матеріальні й духовні стосунки, які реально існують в зазначених спільнотах. Соціальне середовище не є для особистості тільки чимось зовнішнім, до чого вона повинна пристосуватися. Особистість здатна активно впливати на середовище, змінюючи його в сприятливому для себе напрямі [64].

Отже, стосунки між особистістю і середовищем характеризуються взаємовпливом, взаємозв'язками. Соціальне середовище особистості не має чітких, раз і назавжди встановлених меж. Інтенсивність, обсяг і характер контактів особистості з навколишнім світом залежать від широти безпосередніх і опосередкованих зв'язків людини, рівня інтелекту, інтересів, запитів, а також від соціальних функцій і соціальної позиції особистості [89].

Соціальне середовище – сукупність соціальних умов життєдіяльності людини (сфери суспільного життя, соціальні інститути, соціальні групи), що впливають на її свідомість і поведінку [23,с.27-28]. Поняття «соціальне середовище» означає конкретну своєрідність і прояв суспільних відносин у сфері культури й дозвілля [186,с.37].

Інтегрування молоді з функціональними обмеженнями безпосередньо залежить від оточуючого середовища. Сучасне соціальне середовище відкрите, демократичне, соціально мобільне та динамічне. Таке соціальне середовище виступає детермінуючим фактором реалізації потреб молодого інваліда і є основною умовою розкриття його соціальної сутності як особистості. У процесі взаємодії середовище і молоді з функціональними обмеженнями здійснюють взаємний вплив один на одного. Сучасне соціальне середовище (соціальне середовище) включає в себе сукупність соціальних умов життєдіяльності людини, його головними чинниками є свідомість, діяльність і спілкування [120].

Інтегрування молоді з функціональними обмеженнями безпосередньо залежить від оточуючого середовища. Вона є невід'ємною частиною природи, тому вся життєдіяльність базується на взаємозв'язках із довкіллям.

Вплив соціального середовища на процес інтегрування молоді з функціональними обмеженнями – явище індивідуальне. Однакові умови інтегрування не є запорукою виховання однакових особистостей, бо не залежить від багатьох факторів, зокрема особистісних характеристик та впливу соціального середовища на мікро- та макрорівнях. Навіть умови перебування декількох інвалідів в одній сім'ї можуть суттєво відрізнятись і залежать від багатьох факторів: віку батьків, душевної (психологічної) рівноваги, фізичного здоров'я членів сім'ї, матеріального становища, бажаності дитини-інваліда, допомоги з боку інших родичів, наявності чи відсутності знань, умінь та навичок щодо виховання тощо [214].

У структурі соціального середовища розрізняються два рівні:

макрорівень – суспільно-економічна система в цілому: матеріальне, культурне, політичне середовище, суспільна свідомість;

мікрорівень – умови безпосереднього оточення людини: сім'я, сусіди, вулиця, навчальний чи трудовий колектив, громадські організації, формальні та неформальні об'єднання[219].

Людина вносить у середовище щось своє, до певної міри впливаючи на нього, змінює його, але в той же час і середовище впливає на людину, висуває перед нею свої вимоги. Воно може приймати людину, її вчинки, а може і не приймати відторгати, може ставитися приязно або неприязно. При появі дитини-інваліда сім'ї, зміни відбуваються з усіма членами цієї сім'ї, з усім мікро-соціумом. Отже, стосунки людини з зовнішніми соціальними умовами її життя в соціумі мають характер взаємодії[118].

Макро- та мікросередовище безпосередньо пов'язані між собою. Складові макросередовища (соціальні інститути, економічна система, політична система, культура, соціальна структура) здійснюють вплив на мікросередовище (найближче оточення людини: друзі, знайомі, сім'я, все, що складає сферу міжособистісного спілкування, здійснює вплив на розвиток особистості, формує її якості), в результаті чого формуються специфічні взаємостосунки у соціумі. І навпаки, найближче оточення людини – сім'я, сусіди, референтна

група, навчальний колектив – впливають на макросередовище, поступово його змінюючи та перетворюючи. І мікро-, і макросередовище виступають факторами впливу на конкретну особистість, поєднання цих факторів для кожної людини глибоко індивідуальне, і саме вони виступають чинниками формування особистості [191].

Усі ці рівні впливів на особистість взаємопов'язані, здійснюють активний вплив один на одного. Макросистема відіграє найважливішу значну роль, тому що вона має здатність впливати на всі інші рівні. Безпосереднє оточення людини, мікросистема, здійснює специфічну функцію опосередкування впливу соціальної системи як цілого на особистість, відбиває суспільні відносини, конкретизуючи їх, персоніфікуючи [162,с.89-90].

У процесі взаємодії середовища і молодь з функціональними обмеженнями роблять взаємний вплив один на одного. Взаємоперетворенню передують спільність інтересів, установок, звичних форм і способів взаємодії, пошук прийнятної міри оновлення звичного, внаслідок чого виникає сумісність суб'єкта з середовищем. Поступово поновлюються норми життя, формуються нові традиції, удосконалюються способи залучення людей до культурних цінностей, змінюється характер діяльності. Судити про рівень розвитку соціального середовища можна за тим наскільки сприятливе воно для реалізації творчих сил суб'єкта адаптації і чи сприяє воно зближенню інтересів суб'єкта з інтересами суспільства [102,с.25]. Обов'язкова припускають наявність трьох обов'язкових елементів соціального середовища:

- активних суб'єктів соціальної діяльності в особі різних суспільних інститутів, соціальних груп і окремих індивідів;
- самого процесу цієї діяльності у всіх її етапах; сукупності об'єктивних умов, чинників і можливостей для її реалізації [103,с.37].

Основні чинники впливу середовища на суб'єкта інтеграційного процесу:

- ступінь свободи;
- різноманітність сенсорних стимулів;

- проблемна насиченість;
- можливість задоволення потреб;
- мотиваційні стимули;
- інформаційна насиченість;
- варіативність соціальних ролей;
- гетерогенність соціальних груп;
- оптимальна організація;
- можливість вільного вибору;
- рефлексивна насиченість;
- діяльність;
- партнерська взаємодія з оточуючими[221].

Головне, що характеризує соціальне середовище, як відзначає І. М. Айшервуд, – «...це стосунки людей, матеріальні й культурно-побутові умови їх повсякденного життя, його духовно-етична атмосфера. Все це створює основу для соціальної взаємодії, регулювання духовних цінностей і етичних норм» [3,с15].

Стан соціального середовища обумовлений рівнем розвитку продуктивних сил, трудовими ресурсами, рівнем добробуту трудящих, рівнем розвитку духовного виробництва в суспільстві, соціальною структурою населення на певній території і соціальною інфраструктурою освіти. Проте середовище визначається не стільки тим, що має в своєму розпорядженні населення, скільки якісною стороною справи: в ім'я чого використовуються блага, які потреби задовольняються, чи доступні блага для всього населення (за розміщенням, транспортній досяжності, ціні, за рівнем розвитку культури населення), зокрема і в здатності людей освоїти блага та адекватно їх оцінити [102,с.216-223].

На думку Л.Н. Кошельової, основними функціями соціального середовища є:

- формування суспільно- і особисто- значущих духовних потреб, інтересів і запитів населення та забезпечення їх задоволення відповідно до соціальних нормативів і культурних норм;

- створення умови для самореалізації духовно-творчих сил особистості і соціальних узагальнень; забезпечення виробництва культурного потенціалу території [116,с.216-223].

Наявність цих функцій дозволяє соціальному середовищу бути чинником соціально-педагогічного інтегрування. Варто зазначити, що соціально-педагогічне інтегрування є активним творчим процесом взаємоприлаштування і взаємозвикання людини до умов соціального середовища [30,с.118-120].

Вибір соціальної ролі в суспільстві залежить не від фізичних дефектів, будь-яке особистість, а від ставлення до тих фізичних даних самого суб'єкта, який володіє цими дефектами, і його найближчого соціального оточення, з яким він взаємодіє [161,с.56]. О. М. Леонтьєв з цього приводу зауважував, що навіть така груба винятковість, як кульгавість, сама собою не здатна породити комплекс неповноцінності і взагалі ніяких власне психологічних особливостей людини як особистості [126,с.111].

Суспільство бере на себе відповідальність за створення необхідних умов для інвалідів в організації їм допомоги для соціальної адаптації в соціальному середовищі, що склалося.

Забезпечення соціально-педагогічного інтегрування молодих інвалідів сприяє створенню оптимального соціального середовища, у якому розгортається життєдіяльність людини. Різні види соціального середовища функціонують окремо і у взаємодії: житлове, містобудівне, соціально-психологічне, освітнє, виробниче, фізкультурно-спортивне (оздоровче)[214].

Отже, житлове середовище – це мікросередовище, яке містить житло, середовище проживання, що передбачає необхідну комфортність, пересування, самообслуговування, дозвілля, відпочинок тощо.

Житлова комфортність для інвалідів має особливе значення, оскільки передбачає створення середовища для життєдіяльності з облаштуванням певних пристосувань та усунення перешкод для пересування людей з функціональним обмеженням [221, с.47].

Перед суспільством постало надзвичайно важливе завдання: виявити й усунути бар'єри, які перешкоджають повноцінному життю молоді з функціональними обмеженнями, бо кожна людина має право на можливість самостійно діставатися до найважливіших об'єктів побуту, культури, охорони здоров'я, соціального обслуговування. Вирішення цієї проблеми вимагає раціонального планування мікрорайону, де мають бути зони без транспорту для зручного пересування інвалідів, перебудовані в'їзди до будинків, обладнані пристосування для попередження небезпеки, дублювання візуальної і звукової інформації, умови для «посадки» і «висадки» у громадському транспорті та ін.

Для створення безперешкодного доступу інвалідів до соціальної інфраструктури на Укрзалізниці на більшості вокзалів всі східці на переходах та у туалетах обладнані спеціальними з'їздами та виїздами для інвалідних візків; обладнані також і переїзди на станціях через колії; при проектуванні, реконструкції і будівництві нових вокзалів обов'язково передбачається можливість для пересування в них інвалідів; при створенні нового вітчизняного пасажирського вагону конструктивно передбачено розширений тамбур, купе, низькі східці; більшість платформ реконструйована і пристосована для зручної посадки та висадки інвалідів.

З метою створення належних умов для обслуговування інвалідів у Державному міжнародному аеропорту «Бориспіль» задіяна спеціальна Технологія обслуговування хворих, інвалідів, осіб похилого віку та інших категорій пасажирів, які потребують особливого обслуговування за станом здоров'я. Ця технологія передбачає обов'язкове виділення персоналу (вантажник та агент) для супроводження та надання допомоги інвалідам від аеропорту до літака та від літака до аеровокзалу. Входи до аеровокзалу, залу очікування та виходи на посадку обладнані пандусами для інвалідних візків. В

аеровокзалі розташовані окремі туалети, спеціальні кабінки і вбиральні для інвалідів, є у достатній кількості інвалідні візки, функціонують ліфти та ескалатор. Автобуси «Неоплан» обладнані для перевезення інвалідів [228].

У перспективі для обслуговування інвалідів передбачається при проектуванні, будівництві, реконструкції пасажирських портів, причалів, пристаней передбачити поруч зі східцями пологі пандуси для ручного руху на інвалідних колясках; у великих пасажирських портах, де передбачені пасажирські ліфти, переобладнати дверцята для безперешкодного руху на інвалідних візках; на обласних залізничних вокзалах виділити окремі каси для обслуговування інвалідів; у залах чекання першого поверху залізничних вокзалів передбачити окремі місця для осіб з обмеженими фізичними можливостями.

Надзвичайно важливою умовою соціального інтегрування є впровадження у свідомість суспільства ідеї рівних прав і можливостей для людей з функціональними обмеженнями. Навіть за умови повного прийняття вищими органами влади законодавчої бази щодо реалізації прав і можливостей цієї категорії населення, соціальна інтегрування не буде здійснене, доки суспільство не усвідомить актуальності цієї ідеї і гостру потребу інвалідів у цьому [191,с.68]. Насамперед то стосується взаємодії інвалідів і здорових людей, бо часто психологічно не підготовлені організаційні заходи з інтегрування є неефективними. Ідею соціального інтегрування інвалідів на словах підтримує більшість людей, хоча простежується неоднозначне ставлення до них здорових людей. Здорові люди часто вважають інвалідів нещасними, ворожими, підозрілими, агресивними, похмурими, неконтактними.

Одним із важливих шляхів інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у суспільне життя є їх соціокультурна реабілітація в закладах соціального спрямування: центрах ранньої соціальної реабілітації, центрах соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями; спеціалізованих реабілітаційних центрах, центрах профорієнтації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями [8; 24; 37; 105; 109].

В основу діяльності цих центрів покладено такі принципи:

- діти та молодь з функціональними обмеженнями – це рівноправний член суспільства;
- вони повинні мати рівні з іншими можливості, а суспільство, держава та сім'я мають їх забезпечити;
- діти та молодь з функціональними обмеженнями мають жити і розвиватися в природному середовищі, в своїй сім'ї;
- реабілітаційні послуги дітям та молоді з функціональними обмеженнями мають надаватися за місцем проживання, в її громаді;
- формування життєвої компетентності дитини-інваліда неможливе без відповідного суспільного оточення, без спілкування з однолітками, без колективу [24; 232].

Основна мета соціокультурного інтеграційного процесу, який здійснюється у центрах соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями, полягає у формуванні в них навичок життєвої компетентності, створенні умов для опанування необхідними знаннями та вміннями, розвитку особистісного потенціалу, життєво важливих навичок та способів діяльності, необхідних для адаптації в соціумі. За станом на червень 2006 року в Україні працювало 36 центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями [228].

Аналіз науково-дослідних праць з проблеми реабілітації дітей з функціональними обмеженнями [4; 8; 39; 55; 102; 105; 108; 143; 145; 158; 212; 214; 232], вивчення та узагальнення досвіду роботи центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями у різних громадах дає змогу виокремити основні напрями соціально-педагогічної роботи, які реалізуються в таких закладах:

- діагностика і корекція соціально-психологічного стану дітей та молоді з обмеженими функціональними можливостями;
- лікувально-оздоровча робота з дітьми та молоддю;
- соціально-побутове обстеження родин, що мають дітей із

функціональними обмеженнями;

- формування у дітей та молоді навичок соціальної компетентності;
- розвиток потенційних творчих можливостей дітей та молоді;
- профорієнтаційна робота з молодими інвалідами;
- організація культурно-дозвілєвої діяльності дітей та молоді з

функціональними обмеженнями;

- соціально-педагогічна робота з батьками та родичами дітей з функціональними обмеженнями.

У більшості таких центрів працюють мультидисциплінарні команди фахівців: соціальний педагог, логопед-дефектолог, психолог, реабілітолог, соціальний працівник. Щоб створити умови для взаємодії дітей та молоді з функціональними обмеженнями з їх фізично здоровими ровесниками, фахівці залучають до роботи у центрах волонтерів з числа школярів та студентів. Вони допомагають працівникам центрів у підготовці та проведенні різних заходів, працюють у змішаних групах, супроводжують дітей під час поїздок на концерти, екскурсії, беруть участь у клубах спілкування тощо.

Мультидисциплінарний підхід в роботі центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями дає змогу забезпечити надання клієнтам комплексу соціальних послуг та здійснювати різні форми соціально-педагогічної роботи, зокрема:

- послуги з побутової реабілітації дітей з функціональними обмеженнями (навчання елементам самообслуговування та норм елементарної поведінки в різних мікросоціумах);

- психологічне консультування дітей та молоді з особистісних проблем;

- послуги з психологічної корекції;

- лікувально-оздоровчі заняття в облаштованих кімнатах, басейнах тощо;

- консультування батьків, родичів дітей та молоді з функціональними обмеженнями з юридичних, правових, психолого-педагогічних питань;

- соціально-психологічні тренінги для дітей та молоді;
- ігротеки для дітей із функціональними обмеженнями;
- навчальні програми та курси для дітей і молоді з функціональними обмеженнями;
- групи тимчасового перебування дітей із функціональними обмеженнями;
- гуртки та творчі майстерні для дітей і молоді з функціональними обмеженнями;
- прокат реабілітаційного обладнання;
- бібліотечне обслуговування дітей із функціональними обмеженнями та їхніх батьків;
- групи психологічної підтримки для батьків;
- відвідування дітьми культурно-масових заходів у театрах, клубах, кінотеатрах тощо;
- виставки творчих робіт дітей із функціональними обмеженнями;
- екскурсії, свята, фестивалі, конкурси;
- клуби спілкування та клуби за інтересами для дітей і молоді з функціональними обмеженнями;
- оздоровчі літні табори для дітей із функціональними обмеженнями та їхніх батьків;
- спільні оздоровчі зміни дітей і молоді з функціональними обмеженнями та їх ровесників[24; 147].

Кожний центр соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями самостійно визначає необхідні види соціальних послуг та форми роботи із зазначеного переліку, враховуючи особливості дітей та молоді, які в ньому перебувають. Найвагоміший результат дає комплексна робота з дітьми за різними напрямками соціальної реабілітації, включаючи роботу з сім'ями дітей-інвалідів. Це є необхідною умовою формування соціальних компетентностей дітей та молоді з функціональними обмеженнями для їх інтегрування у життя громади.

Сьогодні існують різні шляхи до інтеграції молоді з функціональними обмеженнями в суспільство. Одним із них, на думку С Гудоніс [58], може бути навчання здорових людей і молоді із відхиленнями в розвитку у тих самих школах, але в різних класах. У такому разі зберігатимуться умови для спеціального корекційного навчання інвалідів. Вони навчатимуться за своїми програмами, підручниками, але в позаурочний час перебуватимуть разом з однолітками, спільно готуватимуться до свят тощо. Добре, якщо відбуватиметься своєрідне шефство. Кожний успіх «підшефного» формуватиме у «шефа» гордість і за себе, і за друга, повагу до нього і бажання допомагати – ще більше.

Педагогічна складова соціальної інтеграції передбачає освіту, виховання, всебічний розвиток особистості з функціональними обмеженнями, забезпечення умов для розвитку і максимальної реалізації її потенційного ресурсу в навчанні та пристосуванні до суспільно корисної діяльності [107, с.19-33].

Таким чином, освітнє середовище (школа, ліцей, технікум чи училище) сприяє не лише тому, щоб молодий інвалід міг вступати у формальні чи неформальні стосунки в освітньому просторі завдяки розвитку і збагаченню власної самоцінності, усвідомлення гідності «Я-особистості», формуванню в собі впевненості й надії, віри у Людину як носія гуманістичної ідеології [249].

Інтегроване навчання, враховуючи індивідуальні відхилення розвитку, базується на тому, що всі люди мають право на самоствердження в суспільстві, а кожна особистість гідна поваги внаслідок її унікальності [249, с 149 - 202].

Головною метою інтегрованого навчання є створення умов для особистісного розвитку, творчої самореалізації та утвердження людської гідності людей з функціональними обмеженнями [249, с.149].

Основними завданнями інтегрованого навчання є:

- забезпечення права молоді з функціональними обмеженнями на здобуття освіти в умовах освітніх навчальних закладів у комплексному поєднанні з корекційно-реабілітаційними заходами;

- різнобічний розвиток індивідуальності молодшої людини на основі виявлення її задатків і здібностей, формування інтересів і потреб;
- збереження і зміцнення морального і фізичного здоров'я вихованців;
- виховання в молоді любові до праці, здійснення їх допрофесійної підготовки, забезпечення умов для їх життєвого і професійного самовизначення;
- виховання особистості як культурної і моральної людини з етичним ставленням до навколишнього світу і самої себе;
- надання у процесі навчання й виховання кваліфікованої психолого-медико-педагогічної допомоги з урахуванням стану здоров'я, особливостей психофізичного розвитку вихованця[249, с.149]. .

Формування політики в галузі інтеграції і створення відповідної нормативно-правової бази сприяє розвитку процесу «включеної» освіти, яка жодною мірою не є альтернативою системі спеціальної освіти молоді з функціональними обмеженнями.

Інтегроване навчання людей з функціональними обмеженнями може здійснюватися у загальноосвітніх навчальних закладах державної, комунальної і приватної форм власності.

Залежно від рівня розвитку молодшої людини з функціональними обмеженнями інтегроване навчання може здійснюватися за однією з форм:

Тимчасове (епізодична) інтегрування припускає об'єднання людей з обмеженими функціональними можливостями і здорових не рідше 2-х разів на місяць для проведення різних заходів.

Часткове (фрагментарна) інтегрування буває тоді, коли молоді інваліди відвідують окремі заняття, уроки в загальноосвітніх навчальних закладах, зміст яких є доступні і відповідає їх можливостям.

Комбіноване інтегрування припускає, що молода людина з функціональними обмеженнями протягом усього дня перебуває в групі здорових однолітків;

Повне інтегрування має на увазі участь інвалідів у звичайних групах масових освітніх установах до закінчення терміну навчання. Цей вид інтеграції

найбільше підходить для інвалідів, які мають слабо виражені, стерті форми відхилень у розвитку [249, с.150-151].

Інтегроване навчання людей з інвалідністю може бути ефективним лише за наявності відповідних умов:

- раннє виявлення відхилень розвитку інваліда та започаткування корекційної роботи, що суттєво сприяє підготовці її до інтегрованого навчання;
- правильне діагностування та наявність об'єктивних можливостей розвитку людини (за даними психолого-медико-педагогічної консультації);
- психологічна готовність інваліда його батьків до навчання спільно зі здоровими однолітками;
- готовність педагогічного колективу освітнього навчального закладу до роботи в умовах інтегрованого навчання (в тому числі наявність спеціальної підготовки);
- надання інваліду кваліфікованої корекційної допомоги;
- готовність батьків надавати реальну допомогу омолодому інваліду у процесі його навчання;
- створення відповідних побутових умов;
- забезпечення необхідними технічними засобами [249, с.153].

Педагогічне інтегрування інвалідів розглядається як засіб, що забезпечує соціальну адаптацію інвалідів надалі. В такому контексті під інтеграцією розуміється створення сприятливих умов для розвитку і саморозвитку дитини, вибір типу навчальної програми при переході від дошкільного навчання і виховання до шкільного і так далі відповідно до можливостей і потреб інваліда [101,с.88-94].

Питання інтегрування інвалідів у сферу освіти може бути розглянуте у двох аспектах. По-перше, як забезпечення доступності освітніх послуг і, по-друге, як реабілітаційний механізм у рамках загальної соціально-професійної реабілітації. Тривалий час проблема освіти інвалідів була проблемою їх рідних, насамперед батьків. І вітчизняні, і зарубіжні дослідники (Дж. Бридж, Ш. Рамон, С. Колосков і ін.) відзначають, що становище у цій сфері якщо і міняється, то

через колосальні зусилля батьків інвалідів. Держава ж украй поволі повертається до рішення усім відомої проблеми, вважаючи за краще відносно осіб з обмеженими можливостями проводити, радше, політику соціального утримання, ніж соціального розвитку [107, с. 19-23].

Інтегрування, реалізоване у сфері професійної освіти інвалідів, припускає розвиток спеціалізованих навчальних закладів професійної освіти. Це, передусім ПТУ-інтернати та спеціалізовані середні спеціальні освітні установи, що здійснюють підготовку відповідно до виду інвалідності. В системі вищої професійної освіти подібної спеціалізації практично не існувало. Освітня сепарація інвалідів не відповідає вимогам забезпечення соціальних прав інвалідів. Важливим чинником доступності професійної освіти для інвалідів є первинна доступність установ дошкільної і шкільної освіти, що забезпечують базову підготовку для отримання професійної освіти [7].

Найефективнішим засобом реалізації конституційних прав інвалідів, дієвим засобом соціального інтегрування осіб з функціональними обмеженнями інтегрована освіта – процес сумісного навчання осіб з різним рівнем психофізичного стану. Отже, інтегрування інвалідів у сферу освіти повинна припускати не тільки забезпечення доступності освітніх послуг, але й інтегровану професійну освіту інвалідів. Держава забезпечує інвалідам отримання основної загальної, середньої (повної) загальної освіти, початкової професійної, середньої професійної і вищої професійної освіти відповідно до індивідуальної програми реабілітації інваліда. Професійна освіта інвалідів в освітніх установах різних типів і рівнів здійснюється відповідно до законодавства України [108].

Для інвалідів, які потребують особливих умов для отримання професійної освіти, створюються спеціальні професійні освітні установи різних типів і видів або відповідні умови в професійних освітніх установах загального типу [73].

Професійна підготовка і професійна освіта інвалідів у спеціальних професійних освітніх установах для інвалідів здійснюються відповідно до

державних освітніх стандартів на основі освітніх програм, адаптованих для навчання інвалідів [92, с.86-90].

Організація освітнього процесу в спеціальних професійних освітніх установах для інвалідів регламентується нормативними правовими актами, організаційно-методичними матеріалами відповідних міністерств та інших органів виконавчої влади.

Державні органи управління освітою забезпечують учнів безкоштовно або на пільгових умовах спеціальними навчальними посібниками і літературою, а також забезпечують тим, хто вчиться, можливість користування послугами сурдоперекладачів.

Проте наявність правових умов отримання інвалідами професійної освіти визначає лише потенційну можливість інтегрування у сферу освіти. Очевидно, що навчальні заклади такі необхідні умови забезпечити не зможуть. Отже, декларована можливість не підкріплена спеціальною сервісною системою суттєво обмежує доступність професійної освіти для таких категорій інвалідів і відповідно реалізацію принципу інтегрованої освіти.

Освітні установи повинні здійснювати свою діяльність у взаємодії з державними службами зайнятості населення, органами управління освітою і соціального захисту на договірних основах.

Спеціальні умови вказаних установ повинні забезпечувати виконання індивідуальних програм реабілітації на період навчання інвалідів і виявлятися у: пристосуванні приміщень, меблів, устаткування до можливостей інвалідів та відповідно до вимог безбар'єрної архітектури; адаптації програм навчання до психофізіологічних особливостей інвалідів, педагогічній корекції навчального процесу [142, с.28-32].

Професійну освіту інвалідів слід здійснювати відповідно до державних освітніх стандартів на основі освітніх програм, адаптованих для навчання інвалідів. Неприпустимо введення для них спеціальних стандартів [93].

Успішному розвитку програм вищої професійної освіти осіб з функціональними обмеженнями сприяють:

- взаємодія регіональних органів управління соціальної сфери у справі об'єднання зусиль в реалізації базових положень законів України «Про вищу освіту», «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». Особливо успішні результати досягнуті в Києві, де багато років практикується включення професійної освіти інвалідів в ряд пріоритетних завдань комплексних цільових програм соціальної підтримки інвалідів;

- природна уніфікація підходів, до організації вищого рівня професійної освіти цієї категорії осіб у рамках єдиної моделі безперервної багаторівневої варіативної (переважно інтегрованої) вищої професійної освіти інвалідів, що реалізується в рамках статутної діяльності державних і недержавних установ вищої освіти;

- активна і плідна робота вузів у сфері довузівського етапу професійної освіти цієї категорії громадян, зокрема в спеціальних (коректувальних) освітніх установах [79; 78].

Успішній реалізації освітньо-реабілітаційних програм в уповноважених вузах сприяє:

- введення у навчальний процес соціально-психологічних, спеціальних освітніх і медико-реабілітаційних заходів, орієнтованих на збереження здоров'я;

- визначення нормативного спектру спеціальних психолого-педагогічних послуг фахівцями служби реабілітації всім суб'єктам освітньо-реабілітаційного простору, що випробовують утруднення, пов'язані з інтегрованим освітнім процесом;

- розвиток уявлення про реабілітацію як про сукупність мотиваційних і ціннісних надбань, які дозволяють надійно засвоювати і застосовувати стереотипи поведінки, орієнтовані на інтегрування;

- проведення комплексного медичного і соціально психологічного супроводу і моніторингу, що дозволяє оцінити успішність реалізації реабілітаційних програм і за потребою коректувати їх, змінювати форму і зміст;

- реалізація концептуального принципу переходу від парадигми інвалідності і сегрегації до парадигми інтеграції і самодостатності [253].

Реалізація заходів щодо сприяння розширенню доступності простору вищої професійної освіти здійснюється на довузівському, вузівському (багаторівневому) і післявузівському рівнях з урахуванням особливостей регіонального та муніципального характеру. Серед механізмів розширення доступності використовуються:

- впровадження в практику надання освітніх послуг вузами спеціальних освітньо-реабілітаційних програм, що включають сукупність заходів, які відображають спеціальні потреби контингенту та індивідуальні особливості кожного;

- розробка спеціального науково-методичного забезпечення освітніх і реабілітаційних складових навчального процесу;

- розробка змісту навчальних планів і програм курсу, що враховують специфіку інтелектуальної і виробничої діяльності інвалідів;

- організація кадрового забезпечення освітньо-реабілітаційних програм;

- створення адаптивно-розвиваючої безбар'єрної дистанційної, модульної і комунікативної форм навчання [247].

Разом з тим, як на державному так і на регіональному рівнях не досягнуто достатнього розуміння міжвідомчого характеру рішення завдань професійної реабілітації осіб з функціональними обмеженнями (інвалідів), що включає професійну орієнтацію, забезпечення для них доступності професійної освіти, орієнтованої на потреби сучасного ринку праці та індивідуальні потреби й особливості інваліда, професійно-виробничу адаптацію і раціональне працевлаштування.

Розширення доступності вищої освіти інвалідів, інтегрування їх в освітнє середовище ускладнюється перешкоджаючими чинниками, що мають різний масштаб і характер.

Зберігаються обмеження, пов'язані з базовою освітньою підготовкою і організацією освітнього простору:

- недостатній рівень якості середньої освіти інвалідів і у зв'язку з цим проблеми зі вступом до вузу;
- проблеми поєднання навчання і медичної реабілітації;
- проблеми забезпечення спеціальною навчальною і методичною літературою, технічними засобами навчання [251].

Якщо розвиток спеціалізованих навчальних закладів на рівні початкової професійної і середньої спеціальної освіти має поширену практику, то на рівні вищої професійної освіти такої системи практично не існує. У зв'язку з цим питання забезпечення інтегрованої професійної освіти у сфері початкової і середньої спеціальної освіти можуть розв'язуватися шляхом створення освітніх комплексів і через об'єднання спеціалізованих установ та установ загального типу.

У сфері вищої професійної освіти питання інтегрованої освіти розв'язуються через створення спеціальних освітніх підрозділів для навчання осіб, що мають особливі вимоги до організації і технічного забезпечення освітнього процесу.

Інтегрування дітей, підлітків та молоді з функціональними обмеженнями була б неповною, якби вони не могли реалізувати свій потенціал в умовах виробничої діяльності.

Професійне інформування та консультування включає в себе забезпечення інвалідам вільного доступу до консультаційної допомоги з боку відповідних спеціалістів у використанні різноманітних джерел інформації (описів професій, відео-та аудіофільмів, листівок, буклетів, довідників, переліків рекомендованих інвалідам професій і навчальних закладів, де можна їх отримати, медичних протипоказань до засвоєння певних професій, паспортів підприємств та організацій тощо). Всі ці джерела інформації використовуються для допомоги інвалідам у виборі або зміні професії відповідно до стану здоров'я, нахилів і здібностей, а також з урахуванням потреб ринку праці [192].

Ефективність професійної реабілітації та трудова зайнятість інвалідів значною мірою залежить від якісного рівня психологічної підтримки, професійної орієнтації і їх професійного навчання. Психологічна підтримка шляхом психологічної консультації, психологічної корекції забезпечує досягнення оптимального психоемоційного стану інваліда, його гармонізації, сприяє самореалізації особистості [92, с.86-90]. Професійна орієнтація через надання послуг з професійної інформації, професійної консультації, професійного добору, професійного відбору й професійної адаптації сприяє особам з функціональними обмеженнями у виборі професії, спеціальності, виду трудової діяльності відповідно до стану здоров'я, обдарувань, здібностей, інтелектуального рівня, інтересів, бажань з, одного боку, та потреб суспільного виробництва в працівниках – з другого. Оскільки для інвалідів звужені межі професійного вибору, то їм більше, ніж здоровим громадянам, потрібні послуги з психологічної підтримки й професійної орієнтації, бо обгрунтований вибір професії є першим важливим стратегічним кроком, від якого залежить ефективність не лише професійної реабілітації, а й майбутньої трудової діяльності [238, с.173-178]. При адекватному виборі професії, спеціальності така людина зможе реалізувати себе в праці, розвивати власний творчий потенціал, підвищувати професійно-кваліфікаційний рівень. Але в Україні на сьогодні не створена система психологічної підтримки та професійної орієнтації інвалідів, яка включала б законодавче, нормативно-правове підґрунтя, організаційно-управлінську структуру, мережу функціональних підрозділів з належним, відповідно до сучасних вимог, фінансовим, кадровим, довідково-інформаційним, науково-методичним, матеріально-технічним забезпеченням. Також переліки методичних показань і протипоказань, за якими можна здійснювати професійне навчання і працевлаштування інвалідів. Недостатньо практичних психологів, профконсультантів, реабілітологів, соціальних працівників, сурдоперекладачів, які могли б працювати з інвалідами, незадовільне інформаційно-довідкове, науково-методичне забезпечення цієї роботи[247, с.73-87].

Через відсутність штатних посад профконсультантів, незадовільне інформаційно-довідкове, науково-методичне забезпечення профорієнтаційна робота у спеціалізованих навчальних закладах інтернатного типу для дітей-інвалідів здійснюється епізодично кураторами, викладачами-предметниками переважно в інформаційному плані [251, с.91-97].

Краща ситуація з психологічною орієнтацією інвалідів у центрах професійної реабілітації інвалідів. У Центрі соціально-трудової реабілітації інвалідів м. Києва для здійснення психологічної підтримки, професійної орієнтації існують окремі кабінети, обладнані новітньою апаратурою, для психодіагностики, психокорекції, психологічного розвантаження

Професійна орієнтація забезпечує вибір професії, виду трудової діяльності з урахуванням стану здоров'я (виду захворювання, групи інвалідності), психофізіологічних особливостей, здібностей, інтересів, бажань інваліда з того переліку професій, за якими здійснюється професійне навчання в Центрі. Цей перелік складається з урахуванням додаткових потреб підприємств, організацій у працівниках і можливостей, працевлаштування інвалідів після професійного навчання.

Активна практична робота з психологічної підтримки та професійної орієнтації інвалідів здійснюється у вищому навчальному закладі інтегрованого типу – Відкритому міжнародному університеті розвитку людини «Україна». В університеті «Україна» всім учасникам навчального процесу надається комплекс послуг як з психологічної підтримки, так і з професійної орієнтації. Вже при вступі до університету абітурієнтів знайомлять зі змістом, характером, умовами праці, вимогами до працівника кожної спеціальності, за якими здійснюється професійне навчання; тривалістю навчання за освітньо-кваліфікаційним рівнем молодшого спеціаліста, бакалавра, вартістю навчання.

Під час професійної консультації, що включає анкетне опитування, абітурієнтам, особливо інвалідам, фахівці з профорієнтації допомагають у виборі спеціальностей відповідно до стану здоров'я, здібностей, індивідуальних особливостей, інтересів потенційних компенсаційних можливостей. При цьому

окремо відбираються найбільш обдаровані, здібні, з високим інтелектуальним рівнем особи [147].

Відсутність у складі медико-соціальних експертних комісій профконсультантів при складанні індивідуальної програми реабілітації інваліда й рекомендацій щодо відповідної для нього професії, виду трудової діяльності, призводить до того, що, в основному, враховуються вид захворювання, група інвалідності, а такі характеристики, як рівень інтелекту, обдарування, здібності, освітньо-кваліфікаційний рівень, інтереси, бажання самого інваліда нерідко залишаються поза увагою[97; 109].

Вирішальними щодо вибору інвалідом тієї чи іншої професії є медичні рекомендації. Саме медична довідка дає інваліду право на здобуття певної професії та роботи за нею. Профорієнтаційні процедури, які здійснює державна служба зайнятості, носять рекомендаційний характер і спрямовані на допомогу інвалідам у виборі професії. Це є завданням поглибленого профдіагностичного обстеження професійних здібностей інваліда. Таке обстеження, яке, до речі, здійснюється за бажанням інваліда, сприяє усвідомленню ним власної професійної спрямованості, здібностей і професійних можливостей.

Система професійного інтегрування громадян з функціональними обмеженнями в Україні має певні здобутки й досягнення, але, на жаль, далеко не повністю відповідає вимогам часу й потребам суспільства. Її розвиток дуже уповільнений, вона відстає від динамічних змін у державі та світі. Чисельність людей з інвалідністю збільшується, а їхня зайнятість та самозайнятість зменшується – відповідно пенсійний тиск на бюджет зростає. Отже, ця система потребує негайного реформування.

Деякі проблеми могла б вирішити Національна програма професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 рр., де викладені заходи, виконання яких дасть змогу розв'язати, хоч і не всі, але невідкладні проблеми професійної реабілітації та зайнятості осіб з інвалідністю [192, с.55-62]. В умовах роботи з дуже обмеженими матеріальними ресурсами на передньому плані має бути вміло побудована,

глибоко продумана стратегія та науково обґрунтована методологія розвитку української системи інтегрування молоді з інвалідністю.

Побудову цієї системи можуть визначити десять аспектів, розроблених з урахуванням сучасних методологічних принципів ефективного розвитку системи професійної реабілітації людей з інвалідністю: змістовний, методичний, інноваційний, економічний, правовий, статистичний, кадровий, діяльність медико-експертних комісій [73].

Статистика виділяє три основні причини високого рівня незайнятості серед інвалідів, а саме:

- соціальне упередження про нижчу продуктивність інвалідів, що приводить до небажання працедавців наймати інвалідів;
- фізична неприступність і технічна непристосованість для інвалідів більшості робочих місць на відкритому ринку праці;
- нижчий рівень загальної освіти і відсутність або недолік професійної підготовки інвалідів відповідно до вимог працедавців [73].

При цьому можливості зайнятості та ефективність пошуку роботи залежить від таких чинників, як вік інваліда і вік, в якому наступила інвалідність, вид інвалідності (очевидні і неочевидні порушення, характер обмежень – порушення слуху, зору, психічні захворювання і ін.), рівень освіти, наявні навички, спеціальні знання і здібність до перенавчання, можливість сім'ї по підтримувати інваліда та ін. [72].

Поширене трактування вразливості, що розглядає інвалідів як одну з меншин, яка потребує захисту, і акцент на пов'язані з інвалідністю фізичні та сенсорні обмеження й можливості до розвитку, знаходять віддзеркалення в реалізації заходів спеціальної політики зайнятості по відношенню до інвалідів. Основні інструменти реалізації цієї політики включають систему квот і забезпечення зайнятості інвалідів на спеціальних робочих місцях або спеціалізованих підприємствах [187, с.343-348].

Основною проблемою використання механізму квотування виступали низькі санкції за їх невиконання або слабкий контроль за виконанням. В

результаті дуже незначне число інвалідів у всіх країнах, де застосовувалися квоти, було працевлаштовано завдяки цьому механізму. Інший бік цього підходу – пропозиція низькооплачуваних, не потребуючих високої кваліфікації робочих місць інвалідам, що мають високу кваліфікацію. Введення спеціальних заходів, які перешкоджають звільненню найнятих за допомогою заповнення квот інвалідів, також не дало очікуваного результату. Існують приклади того, як введення заходів, спрямованих на стимулювання і захист зайнятості інвалідів, приводило до зворотного ефекту – працедавці відмовлялися брати на роботу інвалідів або віддавали перевагу грошовій компенсації [180; 228].

Практика забезпечення зайнятості інвалідів на спеціалізованих підприємствах посилювала соціальну ізоляцію інвалідів і обмежувала їх можливості самостійно заробляти дохід поза цими підприємствами. Крім того, ініціатива створення таких підприємств і ухвалення рішень на них не належить інвалідам, які виступають лише як наймані працівники. В результаті є свідчення того, як працедавець свідомо обмежував професійне зростання інвалідів з метою не припустити їх перехід на звичайні підприємства.

Політика соціальної інтеграції розглядає економічну самозабезпеченість з погляду здатності індивідуума впливати на економічні ресурси і керувати ними, а також справлятися з ризиками і невизначеністю. Виходячи з цього, метою нової політики зайнятості відносно інвалідів виступає їх інтеграція у відкритий ринок праці за участю самих інвалідів як партнерів у розробці політики і в процесі розвитку. Оскільки головною перешкодою для досягнення цієї мети є недоступності місця роботи і неприлаштованості робочих місць, сучасні національні політики у сфері зайнятості повинні перейти від таких традиційних важелів, як квоти і платежі за невиконання квот, до усунення основних причин нерівності на робочому місці [192].

Соціальні підприємства – інша форма інтегрованої зайнятості інвалідів – є некомерційними підприємствами недержавного сектора, керованими на основі демократичних принципів, учасники (члени, працівники) яких мають рівні права, а прибуток надходить на розвиток самого підприємства,

поліпшення якості послуг, що надаються співробітникам і суспільству в цілому. Різні форми таких підприємств включають соціальні компанії, соціальні торгові і промислові підприємства, кооперативи громади, робочі кооперативи, соціальні кооперативи, кредитні союзи, суспільства мікрокредитування і взаємних гарантій і т.п. [177; 192].

Реалізація політики соціальної інтеграції інвалідів на основі принципів партнерства дозволяє розширити інструменти впливу на працедавця та інваліда: перейти до зацікавленого діалогу працедавців, працівників, організацій інвалідів, забезпечити фінансове стимулювання працедавців, що використовують працю інвалідів, і стимулювання інвалідів до пошуку роботи. Фінансові стимули для працедавців включають: гранти, звільнення від сплати внесків на соціальне страхування, податкові кредити і пільги, дотації на заробітну платню інвалідів, фінансування облаштування робочих місць, а також пряму допомогу підприємствам в забезпеченні інструментами, устаткуванням, освітніми матеріалами, читцями (для сліпих), а також технічними і транспортними засобами [212].

Розвиток системи квотування робочих місць для інвалідів вступає у суперечність з рівнем технологічного розвитку на більшості підприємств, особливо в сільській місцевості і малих містах. З одного боку існує вимога високого рівня професійної підготовки і досвіду роботи, а з іншого – поширеність важкої, шкідливої і некваліфікованої праці, що серйозно звужує шанси інвалідів на працевлаштування.

Процес створення робочих місць для інвалідів перебуває у нерозривному зв'язку з промисловою і соціально-економічною політикою в цілому. Політика, спрямовано на впровадження нових технологій і сучасного устаткування, скорочення важкої, шкідливої і фізичної праці, поліпшення умов праці працівників, здатна підвищити перспективи інвалідів на працевлаштування [77].

Під професійним інтегруванням інвалідів розуміють систему гарантованих державою заходів з професійної орієнтації, професійного

навчання і раціонального працевлаштування інвалідів відповідно з їх здоров'ям, кваліфікацією і особистими здібностями [92, с. 41-44].

Працевлаштування інвалідів в тому вигляді, в якому воно практикується зараз, носить доволі формальний характер. Бажаючим працювати інвалідам, які перебувають на обліку в службі зайнятості, пропонуються різні варіанти працевлаштування, але в більшості випадків характер вакансій неприйнятний для інвалідів за станом здоров'я. Також можна назвати ще ряд факторів, що перешкоджають працевлаштуванню інвалідів: віддаленість місця роботи від місця проживання; низький заробіток; невідповідність роботи набутій професії або спеціальності тощо.

Для правового врегулювання внесених пропозицій необхідно переглянути Положення про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів та законодавчо закріпити вказані доповнення [180]. До речі, згідно із згаданим Положенням, робочим місцем інваліда вважається окреме робоче місце або ділянка виробничої площі на підприємстві (об'єднанні), в установі та організації, незалежно від форм власності та господарювання, де створено необхідні умови для праці інваліда [225,с.50-54.]. Законодавець робочі місця інвалідів розмежовує на: звичайне, якщо за умовами праці та з урахуванням фізичних можливостей інваліда воно може бути використане для його працевлаштування; спеціалізоване – обладнане спеціальним технічним оснащенням, пристосуваннями для праці інвалідів залежно від анатомічних дефектів та форм захворювання з урахуванням рекомендацій МСЕК, професійних навичок і знань інваліда. Це робоче місце може бути створено як на виробництві, так і вдома[167; 175].

Серед багатьох проблем, пов'язаних з реалізацією інвалідами свого права на працю, зацікавлення виявляє питання правового регулювання застосування праці інвалідів, що мешкають у стаціонарних установах. Специфіка їх права на працю має ряд особливостей, що визначається значною мірою специфікою контингенту інвалідів, а відповідно – правовим статусом будинку-інтернату. Здійснення професійної реабілітації інвалідів, що мешкають

у будинках-інтернатах, форми і методи її проведення, тимчасова робота на штатних посадах в будинку-інтернаті; робота в лікувально-виробничих майстернях (ЛВМ); робота в підсобному сільськогосподарському виробництві; самообслуговування. Все це дає свої позитивні результати [109].

Одним із шляхів залучення молоді з функціональними обмеженнями до активної соціальної і професійної діяльності, створення сприятливих умов для їхньої фізичної, психологічної і соціальної реабілітації є фізкультурно-оздоровча і спортивна діяльність. Вона організовується центром реабілітації як на власній базі, так і на базі загальноосвітньої школи у конкретному мікрорайоні, на базі ліцею, клубу за місцем проживання тощо [71, с 219-221].

Найпоширенішим дефіцитом для молодих інвалідів є обмеженість рухової активності, що в результаті призводить до так званої гіпокенетичної хвороби, в основі якої лежить гіпокінція і гіподинамія, їхній кумулятивний вплив.

Серед ряду чинників, які сприяють усуненню прояву названих процесів, одне із головних місць належить оздоровчій фізичній культурі. Завдяки фізичним вправам, які впливають не лише на кістково-м'язову систему, змінюється і психологічний стан людини, тому фізкультуру і спорт варто розглядати як засіб фізичної, психологічної і соціальної інтеграції. З цією метою при деяких Центрах реабілітації створені, а в інших вкрай необхідно створити, умови для розвитку цього напрямку роботи, бо фізкультура і спорт, завдяки активізуючому впливу на організм, підвищення рівня фізичної підготовки, розширення кола людей для спілкування, стимуляції духу змагання, розглядається ще й як оздоровче середовище, що має кілька складових, які враховують фізичний потенціал людини. Фізичне виховання виконує функцію систематичної фізичної підготовки, зокрема, молоді з функціональними обмеженнями, до практичного життя. При цьому індивід може сам коректувати і компенсувати свої вади. Водночас реалізуються виховні завдання, які передбачають формування в молоді певних характерологічних рис: волі,

наполегливості, організованості, активності, сміливості тощо. Це впливає на розвиток пам'яті, винахідливості, орієнтації, уваги та ін[2, с.60-64].

Спеціалісти центрів у фізичному вихованні молоді з функціональними обмеженнями виділяють дві групи вправ: загальнопідготовчі і спеціальні [38, с.56-57].

Основними формами роботи з цією категорією молоді є:

- самостійні фізичні вправи, розроблені спеціалістами центрів з урахуванням фізичного здоров'я;
- організовані групові і секційні заняття (ЛФК, корекційні заняття);
- інваспорт (організація і проведення змагань із доступних видів спорту) [71].

Другим компонентом фізично-оздоровчого середовища є масовий спорт для інвалідів. Якщо фізичне виховання створює початкову базу для розвитку фізичних здібностей дитини, то масовий спорт сприяє повному розкриттю цих здібностей, дозволяє відчувати насолоду від подолання усіх труднощів [2].

Серед глухих дітей центри організовують змагання з футболу, велосипедного спорту, тенісу, греблі, боксу, плавання, легкої атлетики. Слабозрячі чи незрячі діти беруть участь у змаганнях із гімнастики, греблі, плавання та ін. [56].

Метою фізкультурно-оздоровчої роботи є створення умов для широкого спілкування з іншими дітьми з обмеженими функціональними можливостями і здоровим оточенням, духу змагання, позитивних емоцій, розширення соціального досвіду – все це разом створює інтеграційне середовище.

В Україні у 1993 році створена унікальна структура – «Інваспорт», яка сприяє впровадженню фізкультурно-реабілітаційної і спортивної роботи серед інвалідів.

Фізкультурний рух інвалідів в Україні з кожним роком набирає все більшого розмаху. Крім 27 регіональних центрів «Інваспорт», уже створені і діють 65 регіональних відділень, 27 дитячо-юнацьких спортивних шкіл

інвалідів, 111 фізкультурно-спортивних клубів, працюють 617 тренерів, в тому числі 222 штаті [228].

Загін прихильників здорового способу життя серед інвалідів досяг майже 28,0 тис. Свою спортивну майстерність вони удосконалюють з 25 видів спорту. Спортсмени-інваліди своїми високими результатами на найпрестижніших світових спортивних форумах завоювали авторитет і визнання, чим значно підняли імідж нашої молоді держави на світовому рівні. Це виступи на Параолімпійських іграх в Атланті, Сіднеї, Нагано, Солт-Лейк-Сіті та Дефлімпійських іграх в Римі [228].

Розвиток спортивного руху інвалідів та значні здобутки стали можливими завдяки піклуванню держави її фінансової підтримки.

Проводиться робота по організації занять фізичною культурою і спортом, створенню для цього належних умов, спрямованих на зміцнення здоров'я інвалідів, їх соціальну адаптацію в суспільстві.

Щорічно в Україні організуються масові пошукові змагання серед дітей-інвалідів «Повір у себе» з фіналом у таборі «Артек». На старті цих змагань 8 років поспіль виходить в середньому майже 20 тис. дітей-інвалідів щорічно, а в чемпіонатах України беруть участь більше 3,5 тис., спортсменів-інвалідів.

Спортсмени-інваліди України за високі результати на міжнародній арені нагороджені державними нагородами. Серед спортсменів інвалідів – 91 чемпіон і призер Параолімпійських та Дефлімпійських ігор, 43 заслужені майстри спорту, 127 майстрів спорту міжнародного класу та 241 майстер спорту України [228].

Національний комітет спорту інвалідів, Український і регіональні центри фізичної культури і спорту інвалідів постійно піклуються про створення належних побутових умов для спортсменів високого класу.

У перспективі розвиток інфраструктури системи «Інваспорт» передусім створення відділень (філіалів) центрів «Інваспорт» в усіх містах і районах регіонів, відкриття нових та підтримка діючих фізкультурно-спортивних клубів

інвалідів, розширення роботи серед дітей-інвалідів через розгалужену систему дитячо-юнацьких спортивних шкіл інвалідів, дообладнання наявних спортивних баз для потреб інвалідів та створення нових спортивних об'єктів [228].

Для підготовки спортсменів до Параолімпійських та Дефлімпійських ігор створено Національний центр параолімпійської і дефлімпійської підготовки і реабілітації інвалідів в місті Євпаторії та дообладнуються плавальний басейн спорткомплексу «Метеор» у місті Дніпропетровську, центральний міський стадіон у м. Миколаєві, стрілецько-спортивний комплекс Львівського державного університету, реабілітаційно-оздоровча база Херсонського навчально-виробничого підприємства сліпих, спортивно-оздоровчий комплекс імені 200-річчя Севастополя і навчально-спортивна база «Тисовець» у місті Сколе Львівської області[228].

Заклади Міністерства культури і мистецтв на місцях проводять значну роботу, спрямовану на забезпечення відповідних умов для всебічного і повноцінного розвитку інвалідів, організації їх змістовного відпочинку та дозвілля. Проводиться робота з естетичного виховання молодого покоління, виявлення та підтримки обдарованих дітей. Особлива увага приділяється дітям-інвалідам.

Для поліпшення культурного обслуговування інвалідів в закладах культури і мистецтв передбачено: їх безоплатне відвідування музеїв та виставкових павільйонів; створення при філармоніях тематичних концертних бригад, які виступають зі спеціальними програмами в Будинках дитини, школах, інтернатах; залучення інвалідів до участі у культурно-мистецьких акціях, творчих колективах, гуртках та об'єднаннях, школах естетичного виховання тощо [228].

Розкриттю духовно-емоційних та розумових здібностей дітей-інвалідів сприяють бібліотеки. Вони залишаються для інвалідів всіх вікових категорій найзмістовнішим безкоштовним джерелом одержання інформації, місцем відпочинку, спілкування і творчого розвитку, з цією метою розроблені і

впроваджуються обласні цільові комплексні програми «Діти-інваліди» (Донецька область), «Надія» (Волинська область), «В ім'я добра і милосердя» (Черкаська область).

Для популяризації кращих зразків класичної української та світової літератури бібліотеками України організуються книжкові виставки, музично-театральні та літературно-музичні вечори, літературно-пізнавальні альманахи, бесіди, години поезії, проводяться «круглі столи» з актуальних проблем захисту інтересів та прав інвалідів, додержання чинного законодавства щодо законних прав громадян. У бібліотеках України розроблено і запропоновано спеціальні форми обслуговування: абонемент на дому – для людей з функціональними обмеженнями, користування бібліотеками (м. Київ, ЦБС Київської області, базові бібліотеки Дніпропетровської області та ін.); позачергове обслуговування інвалідів (усі обласні універсальні бібліотеки); забезпечення читачів з дефектами зору спеціальними матеріалами для читання і прослуховування силами масових бібліотек (в умовах відсутності спеціальних бібліотек – Луганська, Донецька, Харківська та інші області); безкоштовна передача літератури у бібліотеки лікарень, шпиталів інвалідів війни та праці тощо. Молодь з функціональними обмеженнями обслуговуються книгою та інформацією як за місцем навчання, так і вдома, запрошуються на загальнобібліотечні заходи [228].

Одним з основних пріоритетів у сфері кінообслуговування населення закладами кіномережі та кінопрокату є, зокрема, забезпечення доступності безплатних і пільгових кіносеансів для інвалідів та громадян з особливими потребами. Крім того, в Україні щорічно проводиться Міжнародний кінофестиваль для дітей та юнацтва «Синій птах», заснований Міжнародним благодійним фондом «Синій птах», Міністерством культури і мистецтв України та Національною спілкою кінематографістів України, в рамках якого проводиться благодійна акція для інвалідів.

Велика робота проводиться театральними та концертними колективами. В театрах та концертних організаціях України запроваджено пільговий вхід до виставок для інвалідів та інших вразливих категорій населення.

Для удосконалення виховної та освітньої роботи в багатьох музеях розроблено систему роботи з інвалідами, яка передбачає комплекс заходів для різних вікових груп. Для впровадження у практику діяльності музеїв ефективних методів роботи з інвалідами, обміну досвідом, на базі провідних музеїв України працюють семінари.

Особлива роль у вихованні підростаючого покоління належить музеям літературного профілю, на базі яких організуються творчі зустрічі молоді з письменниками, презентації книжок та журналів, конкурси молодих поетів, літературно-мистецькі свята «Школа народознавства» тощо. Але слабка матеріально-технічна база закладів культури не дає змоги повністю забезпечити потреби інвалідів. Для інвалідів з вадами зору та слуху потрібно встановлювати необхідні тифлотехнічні та сурдотехнічні засоби, заклади культури, а також обладнувати спеціальними під'їздами для інвалідних візків тощо [228].

Оцінюючи вплив таких чинників, як рівень матеріальної забезпеченості, житлово-побутові умови, освіта, професійна орієнтація і можливості працевлаштування, оснащеність індивідуальними засобами реабілітації, ступінь включеності в соціальне середовище і задоволеності своєю життєдіяльністю, а також аналізуючи результати дослідження, проведеного автором роботи, можна зробити висновок про вкрай незадовільне соціальне самопочуття інвалідів, значно ускладнюючий процес їх соціальної інтеграції в суспільстві і необхідності рішення безлічі актуальних проблем, пов'язаних із забезпеченням повноцінної життєдіяльності цієї категорії населення.

1.3. Законодавча база України як соціально-правова умова забезпечення рівних можливостей молоді з функціональними обмеженнями

Перші роки соціально-економічних перетворень в Україні порушили традиційну державну політику щодо розв'язання проблем інвалідності, яка мала місце в минулому і значною мірою втратила свою результативність. Тому у нашій державі за останні роки зроблено певні кроки щодо формування системи інтегрування громадян з обмеженими функціональними можливостями в суспільство з ринковими соціально-економічними відносинами. Розв'язання проблем у цій сфері базується на створенні та забезпеченні сприятливих умов для повноцінного життя громадян з обмеженими можливостями. В умовах ринкових відносин значна частина населення України опинилася у скрутному становищі, тому питання державної підтримки набуло важливого, а для багатьох – життєво необхідного значення.

Формування національної системи соціального захисту населення на етапі становлення незалежності України виявилось найбільш складним завданням, яке потребувало розроблення нових законодавчих актів. Важливим кроком на шляху до цього стало схвалення Концепції соціального забезпечення населення – першої комплексної програми соціального захисту населення [85, с. 4-13]. Враховуючи нові економічні та соціальні реалії, концепція дала змогу перерозподілити відповідальність за соціальне забезпечення і створити солідарну систему соціального партнерства між роботодавцями, державою і працівниками, окреслила напрями реформування соціального страхування. Майже в 50 Законах України, Постановах Верховної Ради України, указах та розпорядженнях Президента України і понад 40 постановах Кабінету Міністрів України, низці відомчих нормативних актів містяться правові норми, що регулюють правове та соціальне становище інвалідів [45; 46; 74; 173; 174].

Було б передчасно говорити про достатність всеохоплюючої цілісної правової системи соціального захисту громадян. Об'єктивно ще існує необхідність у доопрацюванні певних нормативних документів, спрямованих

на створення організаційно-правових механізмів реалізації задекларованих прав і свобод. Ці механізми повинні забезпечити взаємодію громадських і державних структур щодо реалізації цілей і завдань соціально орієнтованої держави, якою прагне стати Україна [181; 225].

На сьогодні в Україні склалася певна сформована система закладів, установ щодо обслуговування осіб з функціональними обмеженнями: територіальні центри соціального обслуговування одиноких непрацездатних громадян та людей похилого віку; відділення соціальної допомоги вдома, центри соціально-трудової та професійної реабілітації, зокрема, центри ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, будинки-інтернати для інвалідів та людей похилого віку, санаторії й пансіонати, служби медико-соціальної експертизи, підприємства Українського виробничого концерну «Укрпротез» [172; 179; 182].

В Україні почало формуватись стійке сучасне уявлення про проблеми інтегрування людей з інвалідністю як про складну систему взаємозалежних економічних, соціальних, культурних, морально-етичних та медичних завдань.

Почали з'являтися принципово нові аспекти інтегрування, які до цього часу не бралися до уваги. Однак в Україні ще залишаються умови, які не дають змоги інвалідам реалізувати свої права повною мірою і не забезпечують їм повну і всебічну участь у житті суспільства. Тому надзвичайно актуальним завданням сьогодні є необхідність дослідження причин і особливостей життя, котрі заважають створенню стабільної комплексної системи інтегрування інвалідів у сучасне суспільство.

За статичними даними кількість інвалідів у світі наблизилася до 680 млн. За даними ЮНЕСКО в середньому 10% населення будь-якої країни складають інваліди. Не є винятком й Україна, 25% населення якої не може повноцінно жити внаслідок існуючих психологічних і фізичних бар'єрів. У той самий час розроблені Генеральною Асамблеєю ООН і прийняті в 1993 р. Україною Стандартні правила забезпечення рівних можливостей щодо інвалідів

гарантують їм рівні з іншими громадянами можливості на проведення соціальної допомоги і реабілітації [172].

Правова парадигма соціальної роботи з інвалідами базується на певних міжнародних нормах, які почали формуватися на початку 50-х років ХХ століття після прийняття у 1948 році Всесвітньої декларації прав людини. В основі Декларації лежить думка про рівність всіх людей у своєму праві на життя. Стаття 25 проголошує: «Всі люди повинні діяти один по відношенню до іншого у дусі братерства, кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідне соціальне забезпечення, яке необхідно для підтримки здоров'я і благополуччя її самої та її сім'ї, і право на забезпечення на випадок безробіття, вдовства, хвороби, інвалідності, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування за обставин, які не залежать від неї» [60; 61].

Міжнародні стандарти щодо забезпечення прав і гарантій соціального захисту дітей-інвалідів відображені в документах Організації Об'єднаних Націй: Декларація прав дитини (1959), Декларація соціального прогресу та розвитку (1969), Декларація про права розумово відсталих осіб (1971), Декларація про права інвалідів (1975), Всесвітня програма дій по відношенню до інвалідів (1981), Конвенція про права дитини (1989), Всесвітня декларація щодо забезпечення виживання, розвитку і захисту дітей (1990), Принципи захисту психічно хворих і покращення психіатричної допомоги (1991), Стандартні правила забезпечення рівних можливостей відносно інвалідів (1994) [45; 61; 174; 224; 233].

У міжнародних документах виразно наголошується, на тому що людину, яка є неповноцінною у фізичному, психічному чи соціальному відношенні, треба забезпечувати спеціальним режимом, освітою і турботою, які необхідні внаслідок її особливого стану, гарантувати їй соціальне забезпечення, страхування і добробут. Розумово відстала людина має ті ж самі права, що й інші люди, а також право на належне медичне обслуговування і заступництво, які дозволять їй розвивати свої здібності. У разі необхідності влаштування такої

людини у спеціальний заклад, умови її проживання повинні бути максимально наближеними до умов звичайного життя.

Проблеми, з якими стикаються інваліди, вперше були висвітлені у Всесвітній програмі дій по відношенню до інвалідів. У Програмі зазначається, що більшість інвалідів у світі не може вести повноцінний спосіб життя, оскільки суспільство створює соціальні і фізичні бар'єри, які перешкоджають їхній інтеграції. В результаті цього мільйони дітей і дорослих-інвалідів вимушені вести такий спосіб життя, який призводить до їх сегрегації і принижує їхню гідність. Більшість інвалідів у країнах, що розвиваються, не мають доступу ні до спеціальних послуг, ні до обов'язкової освіти. У документі наголошується на взаємозв'язку між інвалідністю і бідністю. Хоча ризик появи вад розвитку є більш високим серед населення, яке живе у бідності, існує зворотній зв'язок. Народження дитини з дефектом часто лягає важким тягарем на обмежені ресурси сім'ї, призводить до зниження її матеріального рівня і навіть до зубожіння. За статистичними даними 80 відсотків інвалідів живуть у країнах, що розвиваються, у віддалених сільських районах. Проблема інвалідності в цих країнах загострюється демографічним вибухом, який неминуче підвищує кількість інвалідів як у відносному, так і в абсолютному відношенні [183].

Держави-учасниці Всесвітньої програми дій по відношенню до інвалідів прагнули прийняти ряд заходів, а саме:

- планування, організація і фінансування діяльності на кожному рівні;
- створення через законодавство необхідної правової адміністративної основи для здійснення заходів щодо досягнення цих цілей;
- надання послуг по відновленню працездатності, забезпечуючи допомогу у соціальній сфері, в галузі харчування, медицини, освіти, професійної підготовки і в забезпеченні інвалідів технічними засобами;
- мобілізація відповідних державних і приватних підприємств для надання підтримки і здійснення глобальної стратегії;

- сприяння участі інвалідів та організацій інвалідів у прийнятті рішень, що стосуються глобальної стратегії [68; 189].

Цільові галузі для створення рівних можливостей визначаються у Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів [224]: доступність, освіта, зайнятість, підтримка прибутків і соціальне забезпечення, сімейне життя і свобода особистості, культура, відпочинок і спорт, віросповідання. Найважливішою проблемою є визнання принципу рівних можливостей у сфері освіти. Державам пропонується створювати умови для забезпечення навчання дітей-інвалідів в інтегрованих структурах. Навчання у звичайних школах зумовлює забезпечення послуг педагогів та належних допоміжних засобів, а також доступу до умов, покликаних задовольнити потреби дітей з різними типами інвалідності. До процесу навчання на всіх рівнях уже сьогодні активно залучаються батьківські групи та громадські організації інвалідів.

Однією з умов соціального захисту інвалідів є визнання того факту, що, попри всім профілактичним заходам, завжди будуть існувати люди з функціональними обмеженнями. Це означає, що необхідно виявляти і ліквідувати перешкоди до повної їх участі у житті суспільства. Зокрема, навчання, в міру можливостей мають відбуватися у звичайній школі, молоді з функціональними обмеженнями повинні мати змогу отримати роботу й освіту.

Це водночас підтверджує не лише рівні права, але й рівні обов'язки інвалідів перед суспільством: виконання їх ролі у суспільстві і обов'язків дорослих громадян. Формування образу інваліда у суспільній свідомості є важливою умовою їх інтеграції, бо здорові люди бачать, ознаки інвалідності: білу тростину, коляску, милиці, слуховий апарат, але не бачать самої людини.

Всесвітня програма дій щодо інвалідів стала основою для проведення «Десятиріччя інвалідів» (1981-1991), одним із досягнень якого було встановлення Міжнародного дня інвалідів і розробки Генеральною Асамблеєю ООН Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів. Цей документ має рекомендаційний характер і рекомендує прийняття державами

моральних та політичних зобов'язань, а також передбачає реалізацію принципів, що стосуються відповідальності і співробітництва. Мета Правил – забезпечити таке становище, коли дівчатка і хлопчики, чоловіки і жінки, які є інвалідами, мали б ті самі права й обов'язки, що й інші члени будь-якого суспільства [224].

Основними передумовами забезпечення прав інвалідів нарівні з іншими є поглиблення розуміння в суспільстві становища людей з функціональними обмеженнями, медичне обслуговування, реабілітація, допоміжні соціальні послуги. У документі наголошується, що, крім проведення широкомасштабних інформаційних кампаній, які різнобічно і позитивно мають відображати життя та проблеми, з якими стикаються інваліди, ці питання слід вводити до освітніх програм для дітей (зокрема й дітей-інвалідів), програм реабілітації.

Програма реабілітації передбачає заходи щодо забезпечення (відновлення) функцій або компенсації втрати (відсутності) функцій, а також функціонального обмеження. У Стандартних правилах в третьому розділі зосереджується увага на розробці національних програм реабілітації для всіх категорій інвалідів. Ці програми включають весь діапазон заходів, зокрема базову підготовку для відновлення або компенсації втраченої функції, консультування інвалідів і членів їх сімей, розвиток самозабезпечення. Окрім того, проводяться спеціальні тимчасові курси з реабілітації, заохочення людей з функціональними обмеженнями та їхніх родичів до участі в цьому процесі в ролі викладачів, інструкторів, консультантів.

Несприятливі умови життя частково або повністю виключають можливість виконання людиною звичайної для цього соціокультурного оточення ролі у суспільстві, задоволення культурних потреб, що призводить до соціальної неповноцінності або соціальної дефектності. Цілком очевидно, що таке несприятливе становище є результатом взаємодії інваліда з навколишнім середовищем. Воно виникає при зіткненні з певними культурними, фізичними та соціальними перешкодами, які ускладнюють доступ до різних сфер суспільного життя та негативно впливають на особистісний розвиток [224].

Предметом уваги держави при вирішенні проблем, пов'язаних з інвалідністю, стає не лише порушення в організмі функціонально обмежених осіб, а й відновлення їх соціально-рольової функції в умовах обмеженої фізичної, психічної, соціальної свободи [179].

Інвалідність як ознака втрати життєдіяльності встановлюється шляхом експертних оглядів у закладах медико-соціальної експертизи – медико-експертних комісіях (МСЕК). Вони визначають потребу в експертній і реабілітаційній видах допомоги, порядок, обсяги та умови їх надання у кожному окремому випадку. Це фіксується в індивідуальних програмах реабілітації і адаптації інвалідів. Залежно від міри втрати здоров'я інвалідність поділяється на три групи [167; 169]:

- підставою для встановлення I-ої групи інвалідності є різко виражене обмеження життєдіяльності, обумовлене захворюваннями, наслідками травм, уродженими дефектами, що призводять до різко вираженої соціальної дезадаптації внаслідок неможливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересуванням, самообслуговуванням, участю у трудовій діяльності, якщо вказані порушення викликають потребу у постійному сторонньому догляді чи допомозі. При забезпеченні засобами компенсації анатомічних дефектів чи порушених функцій організму, створення спеціальних умов праці на виробництві чи вдома, можливе виконання різних видів праці;

- підставою для встановлення II-ої групи інвалідності є різко виражене обмеження життєдіяльності, обумовлене захворюваннями, наслідками травм, уродженими дефектами, що не потребують постійного стороннього догляду чи допомоги, але призводять до вираженої соціальної дезадаптації внаслідок різко вираженого утруднення навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності або при неможливості працювати;

- підставою для встановлення III-ої групи інвалідності є обмеження життєдіяльності, обумовлене захворюваннями, наслідками травм, уродженими

дефектами, що призводять до значного зниження можливостей соціальної адаптації внаслідок вираженого утруднення навчання, спілкування, пересування, участі у трудовій діяльності (значне зменшення обсягу трудової діяльності, значне зниження кваліфікації, значні утруднення у виконанні професійної праці внаслідок анатомічних дефектів) [160, с.61-95].

Основний акцент при вирішенні проблем інвалідів і інвалідності став переміщатися у бік реабілітації і насамперед у плані створення та підтримки соціальних механізмів компенсації та адаптації молоді з функціональними обмеженнями. При цьому саме реабілітаційний напрям роботи служби медико-соціальної експертизи набув помітного значення і розвитку після прийняття таких підзаконних актів України, як «Положення про медико-соціальну експертизу», «Положення про індивідуальну програму реабілітації інвалідів», «Методика складання індивідуальної програми реабілітації» [167; 174].

Реабілітація в Україні згідно цих документів – це процес і система заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених здібностей інвалідів до професійної, побутової, громадської діяльності і створення умов для їх інтеграції у суспільство.

У розроблених основних напрямках розвитку систем медичної і професійної реабілітації інвалідів цільові завдання полягають у зниженні показників інвалідності, зменшенні групи інвалідності, збільшенні показників загальної і часткової реабілітації. Їх практичне виконання передбачене Постановою Кабінету Міністрів України «Про комплексне вирішення проблем інвалідності» та іншими правовими документами [179].

Одна з важливих умов соціальної допомоги інвалідам – право на освіту. У Законі про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні держава гарантує інвалідам дошкільне виховання, здобуття освіти на рівні, що відповідає їх здібностям і можливостям. Професійна підготовка або перепідготовка здійснюється з урахуванням медичних показань і протипоказань для наступної трудової діяльності. Допускається застосування альтернативних форм навчання. Обдаровані інваліди мають право на безплатне навчання

музики, образотворчого, художньо-прикладного мистецтва у загальних навчальних закладах або спеціальних позашкільних закладах (ст.21). За інших рівних умов інваліди мають переважне право на зарахування до вищих і середніх спеціальних навчальних закладів. При цьому пенсія і стипендія інвалідам виплачується у повному розмірі (ст.22). Разом з тим у цьому законі випущено таку важливу умову соціального захисту інвалідів, як право на середню освіту[179].

Закон про освіту, маючи гуманістичне спрямування, по суті декларує доступність для кожного громадянина усіх форм і типів освітніх послуг, рівність умов кожної людини для повної реалізації її здібностей, таланту, всебічного розвитку, гнучкість і прогностичність системи освіти. Окремою статтею 37 виділяються заклади освіти для громадян, які потребують соціальної допомоги та реабілітації, виділяються специфічні потреби інвалідів у навчанні. Проте рівність перед законом необов'язково означає однаковий підхід. Якщо існує загальне для всіх учнів законодавство, воно повинно враховувати потреби окремих осіб і забезпечувати диференційоване навчання. При уважному аналізі спостерігаються прогалини у забезпеченні інтегрованих форм навчання, зокрема спеціальних класів для інвалідів у загальноосвітніх школах. Законом не встановлюється процедура визначення тих інвалідів, які потребують додаткової підтримки й оцінки їх стану з метою виявлення фактичних потреб, хоч батькам гарантуються права на вибір освіти для своїх дітей. У статті 42, яка стосується вищої освіти, зовсім не враховуються особливі потреби інвалідів. До цієї статті необхідно додати пункт: «Вищі навчальні заклади беруть на себе зобов'язання враховувати особливі потреби інвалідів». Це означає пільгові умови при вступі до вузу, адаптовані до їх психофізичних можливостей програми, прийняття до уваги особливих потреб інвалідів при складанні іспитів та заліків. Якщо внаслідок інвалідності треба знижувати вимоги до якісного рівня підготовки, то при цьому у кваліфікаційному свідоцтві повинна бути зроблена спеціальна позначка [87].

Щодо доступності для кожного громадянина усіх форм і типів освітніх послуг в Законі про освіту було б доречним наголосити на фізичній доступності до закладів освіти та відповідальності адміністрації за створення інвалідопридатних умов навчання (обладнання, туалети, сходи, спеціальні підручники і посібники тощо). Питання безперешкодного доступу до житлових, громадських і виробничих будинків, споруд, громадського транспорту, культурно-видовищних закладів і спортивних споруд відображені у 26 і 33 статтях Закону про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні. Але ці формулювання потребують уточнення: забезпечити інвалідам необхідні умови для вільного доступу і користування закладами освіти [87].

Для забезпечення інвалідам можливостей в галузі освіти у загальноосвітніх школах держава повинна мати чітко сформульовану політику, що розуміється і сприймається на всіх рівнях, забезпечуючи гнучкість програм, можливості варіювання навчальних планів. У випадках, коли система загальної шкільної освіти все ще не задовольняє потреби всіх інвалідів, необхідно передбачити спеціальне навчання, спрямоване на підготовку учнів до навчання у системі загальної шкільної освіти. Внаслідок особливих комунікативних потреб глухих і сліпоглухонімих дітей доцільно організовувати їх навчання у спеціальних закладах чи у спеціальних групах і класах у звичайних школах.

Проте гарантоване Конституцією, Законами України «Про освіту», «Про загальну середню освіту» та «Про дошкільну освіту», Державною національною програмою «Освіта», «Комплексною програмою освіти та фахової підготовки інвалідів» [65] право вказаної категорії дітей на якісну освіту не реалізується з причини перепон, штучно створених чиновниками державних міністерств і відомств, і зафіксованих у розроблених ними підзаконних нормативних актах. Останні фактично припиняють дію певних норм законодавчих актів [174, с.130-148].

Наприклад, згідно розробленого Міністерством освіти і науки «Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах» сотні тисяч дітей з функціональними обмеженнями фактично не

можуть навчатися разом з ровесниками у приміщенні загальноосвітньої школи. Можливості навчання обмежені станом здоров'я дітей, їхнього фізичного й розумового розвитку, інколи несприятливими соціальними умовами та бідністю сім'ї, непристосованістю споруд і приміщень, транспортних засобів, нестачею інформації та бюрократичними перешкодами, реальні умови більшості загальноосвітніх шкіл поки що не сприяють його поширенню. Основними причинами небажання батьків віддавати дитину з обмеженими можливостями до загальноосвітньої школи залишаються, як і в попередні роки, жорстокість у ставленні оточення, незрілість суспільства, брак спеціальних умов [173].

Наукове осмислення процесу та результатів спільного навчання інвалідів і здорових дітей відкриває перспективи створення інноваційної педагогічної орієнтації, а загалом – моделі інтегрованого навчання.

Існує й проблема продовження освіти. Хоча Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» передбачає, що вихованці з обмеженими фізичними можливостями і збереженим інтелектом, які закінчили 9 класів загальноосвітньої школи або здобули середню освіту, направляються на працевлаштування або навчання в інші навчальні заклади, які не мають можливості навчатися у вищих та професійно-технічних навчальних закладах на платних засадах, відчують труднощі при вступі, особливо до державних вищих навчальних закладів з великим конкурсом і паралельним існуванням двох форм навчання (бюджетної та платної)[79].

І все ж за об'єктивними показниками останніми роками кількість дітей і молоді з функціональними обмеженнями віком 14–18 років, які потрапляють до вищих навчальних закладів усіх рівнів акредитації, постійно збільшується

Професійне навчання на основі професійної реабілітації для інваліда – це підвищення його соціального статусу та доходу, розвиток навиків та вміння працювати, основна його мета – інтеграція їх у суспільство. Для суспільства професійне навчання інвалідів – це зменшення напруги на ринку праці, підвищення суспільної продуктивності, вирішення соціальних проблем неповносправних.

Правові засади здійснення професійної орієнтації інвалідів в Україні в межах державної служби зайнятості урегульовані Законом України «Про зайнятість населення» та Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття». Згідно з цими законами інвалідам, які звертаються до центрів зайнятості, надається профорієнтаційна допомога щодо інформування, консультування, а також поглибленого профдіагностичного обстеження з метою професійного добору [77; 79].

Правову основу вирішення проблеми зайнятості інвалідів в Україні забезпечує Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». Відповідно до статті 17 цього Закону інвалідам надається право працювати на підприємствах (об'єднаннях), в установах і організаціях із звичайними умовами праці, в цехах і на дільницях, де застосовується праця інвалідів, а також займатися індивідуальною та іншою трудовою діяльністю, яка не заборонена законом [79].

Працевлаштування цієї категорії громадян у сучасних економічних умовах є надзвичайно гострою і складною проблемою. Основу організації діяльності у працевлаштуванні інвалідів визначає Положення про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 03 травня 1995 року № 314). Ним визначено розподіл функцій між державними і громадськими органами, зобов'язаними сприяти трудовій реабілітації та працевлаштуванню інвалідів [174].

З метою підтримки підприємств, які використовують працю інвалідів, вирішуватиметься питання формування щорічного державного замовлення на продукцію підприємств громадських організацій інвалідів.

Законами України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності», Положенням про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів й іншими нормативно-правовими актами встановлено, що:

по-перше, підбір робочого місця для інвалідів повинен здійснюватися на тих підприємствах, установах, організаціях різних форм власності й господарювання, де настала інвалідність. Але ці вимоги законодавства роботодавцями виконуються незадовільно;

по-друге, підприємства, установи, організації різних форм власності й господарювання повинні виконувати встановлений 4-х відсотковий норматив робочих місць від загальної чисельності працюючих для працевлаштування інвалідів[174].

Підприємства, де чисельність працюючих інвалідів менша від установленої, сплачують штрафи відповідним відділенням Фонду України соціального захисту інвалідів. Відділення Фонду контролюють виконання підприємствами встановлених нормативів та своєчасність і повноту сплати штрафів за незайняті інвалідами робочі місця на підзвітній території. Якщо підприємства до 1 лютого самостійно не сплачують встановлені суми штрафів за попередній звітний рік, то відділення Фонду стягують їх через арбітражні суди разом із нарахованою пенєю.

За цими даними відділення Фонду мають змогу перевірити відповідність займаної інвалідом посади рекомендаціям МСЕК; установити документальне підтвердження інвалідності штатного робітника; визначити фактичну тривалість роботи інвалідів на цьому підприємстві, організації і ступінь виконання нормативу за цим показником; розрахувати середньорічну заробітну плату штатного робітника тощо[77; 147].

Положення про робоче місце інваліда і порядок працевлаштування інвалідів регламентує порядок добору інвалідів на посаду та устаткування відповідного робочого місця. Положенням визначений порядок атестації робочого місця для інваліда спеціальною комісією за участю представників зацікавлених організацій. Робоче місце вважається введеним, якщо воно зайняте інвалідом на постійній основі.

Аналіз працевлаштування інвалідів на підприємствах звичайної виробничої сфери має як позитивні, так і негативні риси.

Позитивні риси:

- створена достатньо розгалужена мережа підготовки і перепідготовки інвалідів через державну службу зайнятості, регіональні відділення Фонду України соціального захисту інвалідів, громадські і добродійні організації;
- працевлаштування інвалідів на підприємствах, в організаціях у межах нормативів здійснюється роботодавцями відповідно до чинного законодавства;
- виділяються безпроцентні кредити на організацію нових робочих місць для інвалідів за рахунок коштів Фонду терміном до трьох років;
- надається матеріальна і грошова допомога на медичну реабілітацію і соціальну адаптацію інвалідів, особливо дітей;
- підвищена увага держави і суспільства до проблем і потреб інвалідів.

До негативних чинників, що не дозволяють повною мірою реалізувати законодавство України про соціальну захищеність інвалідів, можна віднести:

- тенденцію до заниження розрахункової чисельності працівників для визначення робочих місць для інвалідів;
- незавершеність формування банків даних про підприємства, установи та організації зі звичайними умовами праці, розташованих на території регіону;
- недостатню налагодженість взаємодії і взаємного обміну інформацією відділень Фонду з іншими регіональними органами виконавчої влади (органами Пенсійного фонду, Державної служби зайнятості, Державної податкової адміністрації) щодо вирішення проблем зайнятості інвалідів та здійснення контролю за виконанням підприємствами, організаціями та установами додержання нормативів робочих місць для забезпечення працевлаштування інвалідів.

В основному виробництві є дві категорії робочих місць – звичайні і спеціалізовані. На звичайних місцях, працюють співробітники без фізичних

вад. Ці робочі місця повинні відповідати вимогам техніки безпеки, охорони праці та пожежній безпеці, встановленій для підприємств аналогічного профілю. Для звичайного робочого місця інваліда особливих вимог до його оснащення не виникає. Праця інвалідів I-II груп на таких робочих місцях не допускається, а інвалідів III групи – тільки за висновками медико-соціальних експертних комісій (МСЕК).

Спеціалізовані робочі місця призначені для використання праці інвалідів, їхнє устаткування й атестація повинна відповідати Положенню про робоче місце інваліда і порядок працевлаштування інвалідів. Положення регламентує вимоги до робочого місця інваліда, проте не конкретизує порядок його атестації. Тому існують внутрішні атестаційні комісії на підприємствах.

Робоче місце інваліда, особливо спеціалізоване повинно, бути адресним, під конкретного робітника з урахуванням рекомендації МСЕК. Для цього досягається попередня домовленість із кандидатом-інвалідом, що направляється центром зайнятості на відповідне робоче місце або іншими організаціями і структурами, що займаються питаннями працевлаштування інвалідів[77; 79; 174]. .

Економічному розвитку підприємств, на яких чисельність працюючих інвалідів не менше 50% від загальної чисельності працюючих, а фонд оплати праці таких інвалідів не менше 25% у сумі загальних витрат на оплату праці, сприяє встановлене чинним законодавством звільнення їх від оподаткування прибутку, плати за землю. Вони користуються пільговою нульовою ставкою при оподаткуванні доданої вартості, сплачують знижені відсотки нарахувань на заробітну плату працівників до пенсійного та інших страхових фондів.

Джерелом збільшення обсягів реалізації продукції підприємств інвалідів є участь у взаєморозрахунках України за міжурядовими угодами, бо такі розрахунки здійснюються як у грошовій формі, так і товара і послугами.

Ще одна проблема – забезпеченість підприємств інвалідів виробничими площами. Підприємства інвалідів змушені використовувати тільки працю надомників. Це обмежує види діяльності.

Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» встановлює єдиний норматив робочих місць для забезпечення працевлаштування інвалідів для всіх суб'єктів господарювання. Але в Україні практично відсутня єдина державна організаційна структура, яка безпосередньо займалася б і відповідає за працевлаштування та зайнятість інвалідів.

Положенням про робоче місце інвалідів і порядок їх працевлаштування передбачено, що працевлаштування інвалідів здійснюється державною службою зайнятості, органами праці та соціального захисту населення, місцевими Радами депутатів, громадськими організаціями інвалідів із врахуванням бажань, стану здоров'я, здібностей, професійних навичок інвалідів, а також висновків медико-соціальної експертної комісії [77; 79]. .

Чинним законодавством України чітко не визначені функції центрів зайнятості з працевлаштування інвалідів. Як свідчить практика, центри зайнятості працюють з інвалідами у звичайному порядку.

Держава спільно з роботодавцями повинна взяти на себе відповідальність за сферу професійної реабілітації та зайнятості інвалідів. Ця мета досягається лише спрямованим впливом на ринковий механізм, через заходи правового, організаційного та фінансово-економічного характеру, які мають зацікавити роботодавців у розширенні зайнятості інвалідів.

Механізм стимулювання роботодавців щодо створення робочих місць для інвалідів, незважаючи на серйозні труднощі, існує. Розроблено ряд законів прямої дії, прийняті відповідні законодавчі і підзаконні акти, сформульовані й апробовані практикою норми і правила для роботодавців і найманих працівників стосовно робочого місця інваліда. Механізм стимулювання роботодавців принципово відрізняється на підприємствах громадських організацій інвалідів і підприємствах, що працюють у звичайному виробничому режимі. Проблема полягає лише в активізації цього механізму, в адаптації його до вимог ринкової економіки.

Проблема державного регулювання та реалізації програм професійної реабілітації та зайнятості інвалідів набула особливої гостроти, оскільки в

сучасних соціально-економічних умовах відсутність у інваліда професійної підготовки або неадекватність її рівня потребам ринку праці зменшує його шанси на працевлаштування і, як наслідок, на активне соціальне життя.

Здобуття повноцінної освіти, професії є дуже важливим фактором в житті кожної людини, а для інваліда це набуває особливого значення. Правовою основою участі держави у вирішенні проблем соціально-трудової та професійної реабілітації інвалідів є Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», який встановлює загальні засади соціальних гарантій інвалідів у сфері трудової діяльності, а також запроваджує економічні важелі впливу на підприємства з метою стимулювання процесу працевлаштування інвалідів, створення для них робочих місць.

Будь-яка держава, соціальна політика якої спрямована на захист та інтегрування інвалідів, вживає заходів для подолання бар'єрів, що перешкоджають створенню сприятливого середовища для життєдіяльності інвалідів. До таких заходів належить розроблення стандартів та прийняття законодавчих актів, які направлені на забезпечення доступу до об'єктів суспільного користування (житлові приміщення, будинки, послуги громадського транспорту, вулиці та інші об'єкти).

Демократична і соціальна держава, забезпечує умови для того, щоб архітектори, інженери, будівельники та інші спеціалісти, які проектують та створюють матеріальне середовища, мали доступ до адекватної інформації про політику з питань інвалідів з урахуванням вимоги щодо його доступності для інвалідів. Крім цього, важливим питанням є інформування населення та поширення знань про можливості доступу інвалідів, а також фінансування наукових досліджень щодо питань покращання доступності.

Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (ст. 26, 27) передбачається, що органи державної влади і управління, підприємства (об'єднання), установи і організації зобов'язані створювати умови для безперешкодного доступу інвалідів до житлових, громадських і виробничих будинків, споруд, громадського транспорту, для вільного пересування в

населених пунктах. Планування і забудова населених пунктів, формування житлових районів, розробка і прийняття проектних рішень, будівництво і реконструкція будинків, споруд та їх комплексів без пристосування для використання інвалідами не допускається. Крім того, житлові приміщення, заселені інвалідами або сім'ями, у складі яких, вони є, під'їзди, сходові майданчики будинків, в яких мешкають інваліди, мають бути обладнані спеціальними засобами і пристосуваннями відповідно до індивідуальної програми реабілітації, а також телефонним зв'язком[77; 79; 174]. .

За останні роки Держбудом розроблені державні будівельні норми «Громадські будинки і споруди» та внесені зміни до норм: «Містобудування. Планування і забудова міських і сільських поселень», державні будівельні норми «Архітектурно-технічні та санітарно-гігієнічні стандарти соціального житла» тощо. Проводиться підготовча робота щодо розробки державних будівельних норм «Заклади соціального захисту населення» та державні будівельні норми «Проектування середовища життєдіяльності інвалідів та маломобільних груп населення»[174].

У проектуванні, будівництві і реконструкції аеропортів, залізничних і автовокзалів, починаючи з 1999 року, передбачається їх пристосування та спеціальне обладнання для безперешкодного використання їх інвалідами. Вимоги зазначених нормативних документів та положення методичних рекомендацій зобов'язують місцеві архітектурно-містобудівні органи, служби замовників, проектні організації при розробленні проектної документації на забудову населених пунктів враховувати вимоги щодо забезпечення інвалідів стоянками для автотранспорту, спеціальними пристроями для переходу та переїзду вулиць, передбачати благоустрій територій з урахуванням інтересів інвалідів, влаштування при забудові спеціалізованого житла для сімей з інвалідами та здійснення комплексу заходів щодо безперешкодного доступу інвалідів до об'єктів суспільного призначення, комфортних умов їх перебування у цих закладах та надання відповідних послуг.

З метою підвищення відповідальності місцевих органів виконавчої влади, замовників, проектних організацій щодо виконання вимог державних будівельних норм, які стосуються створення безперешкодного доступу інвалідів до об'єктів житлово-цивільного призначення, Держбуд України своїм наказом від 05 вересня 2001 № 175 «Про заходи щодо виконання завдань Національної програми професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими можливостями на 2001-2005 роки» зобов'язав місцеві інспекції архітектурно-будівельного контролю не приймати до експлуатації об'єкти житлово-цивільного призначення, в яких не виконані і не враховані нормативні вимоги та заходи щодо безперешкодного доступу інвалідів до зазначених об'єктів, які передбачені чинними будівельними нормами.

Комплексне та системне вирішення проблеми інтегрування маломобільного населення в суспільство обумовлює актуальність та своєчасність розроблення «Державної програми щодо забезпечення безперешкодного доступу людей з обмеженими фізичними можливостями до об'єктів житлово-цивільного призначення»[174].

На сьогодні законодавством України передбачено широке коло надання інвалідам пільгового та безкоштовного проїзду громадським транспортом. Інваліди мають право безкоштовного проїзду усіма видами міського пасажирського транспорту, автомобільним транспортом загального користування в сільській місцевості.

Що стосується індивідуального транспорту, то держава має забезпечувати людей з інвалідністю, самостійне пересування яких обмежено, візками для вулиць та дому[168].

У сфері інформаційного забезпечення інвалідів Держкомінформ рекомендував підпорядкованим творчо-виробничим підрозділам запровадити трансляцію із субтитрами інформаційних, навчальних та пізнавальних програм, художніх фільмів. Починаючи з лютого 2002 року, Національна телекомпанія України двічі на добу видає в ефір на каналі УТ-1 випуск новин із субтитрами та сурдоперекладом.

Для незрячих в Україні зареєстровано і видається шрифтом Брайля кілька друкованих періодичних видань.

Вивчення громадської думки щодо задоволення інформаційних потреб громадян, зокрема з вадами слуху, зору, різних видів інвалідності свідчить про значне відставання вітчизняних ЗМІ від європейських і світових стандартів. Тут дається взнаки застаріле технічне оснащення тощо.

Серед основних напрямів державної політики щодо функціонування і розвитку засобів масової інформації в правовій, економічній, соціальній сферах Концепція передбачає використання інформаційного простору для задоволення інформаційних потреб усіх верств населення, зокрема з урахуванням стану здоров'я інвалідів, громадян з вадами зору і слуху. Передбачено проведення інформаційної політики створення цивілізованих поглядів щодо інвалідів та громадян з функціональними обмеженнями, на виховання рівного ставлення до них у суспільстві.

Для створення сприятливого середовища для повноцінного життя інвалідів, в галузі буде продовжуватися робота з:

- позачергового і пільгового встановлення квартирних телефонів інвалідам відповідно до чинних законів України;
- розширення спектру послуг, що надаються інвалідам, працівниками поштового зв'язку;
- надання студентам-інвалідам, які навчаються в галузевих вищих навчальних закладах, можливості безкоштовного доступу до мережі Інтернет.

Держава вживає заходи для забезпечення інвалідам рівних можливостей для відпочинку та заняття спортом, доступу до місць відпочинку та заняття спортом, готелів, пляжів, спортивних арен, залів тощо. Ці заходи включають підтримку персоналу, що здійснює програми з організації відпочинку та заняття спортом, зокрема проекти, що передбачають розробку методики забезпечення доступності.

Відповідно до статті 34 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» місцеві органи державної влади та управління

зобов'язані забезпечувати інвалідам необхідні умови для вільного доступу і користування культурно-видовищними закладами і спортивними спорудами, для занять фізкультурою і спортом, а також забезпечувати надання спеціального спортивного інвентарю. Інваліди користуються переліченими послугами безплатно або на пільгових умовах[77; 79].

Держава повинна забезпечувати участь інвалідів у культурному житті, дбати, щоб інваліди, незалежно від місця проживання, могли використовувати свій творчий, художній та інтелектуальний потенціал не тільки для свого добробуту, але й на збагачення всього суспільства. Необхідно також заохочувати інвалідів брати активну участь у культурному, політичному та соціальному житті, зокрема на професійному рівні.

Роль держави тут полягає у ліквідації структурних, технічних та фізичних перешкод, а також упередженості, що обмежує таку діяльність. Потрібно покращити доступ до кінотеатрів, театрів, музеїв, художніх галерей, центрів відпочинку. Місця для відпочинку мають бути обладнані, щоб інваліди мали до них доступ. Саме про це йдеться у статті 34 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»[174].

Реалізація в Україні основних положень прийнятих ООН Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів передбачає комплексний підхід до реабілітації осіб, що втратили певні функції зору, слуху, опорно-рухового апарату та нервової системи. Важливим напрямом діяльності органів праці й соціального захисту населення та інших структур є створення необхідних умов для життєдіяльності інвалідів та якнайповнішої їх адаптації у суспільство, зокрема відновлення працездатності цих осіб, забезпечення якісними протезно-ортопедичними виробами, засобами пересування та реабілітації[224; 233].

Аналіз діючої законодавчої системи, що регулює державну політику щодо забезпечення прав людей з обмеженими функціональними можливостями, показує, що на сучасному етапі становлення України як європейської держави сформувалася певна правова система, а наше

законодавство, на перший погляд, майже досягло європейського рівня. Проте при глибшому аналізі спостерігається багато кількості протиріч та недоліків нормативно-правових документів, відсутність механізмів їх упровадження. На нашу думку, це відбувається з таких причин:

- багато законодавчих актів ухвалюється без належного фінансового обґрунтування і, як наслідок, – не забезпечуються фінансуванням і фактично не працюють;

- значна частина законів не має прямої дії, тобто вказується, що певні вимоги, норми, стандарти, накази, листи, інструкції, положення тощо розробляє Кабінет Міністрів України, міністерства та відомства. Як результат, норми «правильних» законів декларуються, але не діють;

- частина відомчих нормативних актів розробляється в непрозорих умовах, виходячи з інтересів, передусім органів державного управління чи певних лобістських груп, а значить, і спрямовані на задоволення цих інтересів, а не реальних потреб громадян України.

Правові засади щодо задоволення особливих потреб інвалідів у соціальному захисті, навчанні, лікуванні, соціальній опіці та громадській діяльності відображені у спеціальному і загальному законодавстві України. У спеціальному законодавстві права дітей-інвалідів урегульовані шляхом:

- прийняття окремого закону, що стосується виключно інвалідів [69]; включення питань, що стосуються інвалідів у закони, які відносяться до конкретних областей (Закон України про державну допомогу сім'ям з дітьми від 21 листопада 1992 року, Закон України про пенсійне забезпечення від 5 листопада 1991 року, Закон України про освіту від 23 травня 1991 року, Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року, Закон про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні, Кодекс законів про працю та ін.);

- розробка нормативно-правових документів, що регулюють механізм реалізації законів. Законодавство України створює правове поле щодо соціальної політики відносно інвалідів, яке з першого погляду справді

забезпечує права і гарантії в галузі охорони здоров'я, освіти та соціального захисту. Однак у міжнародному контексті воно не завжди відповідає вимогам і стандартам Організації Об'єднаних Націй, зокрема Конвенції про права дитини, Всесвітньої декларації щодо забезпечення виживання, розвитку і захисту інвалідів, Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів.

Отже, сьогодні державна політика соціального захисту інвалідів в Україні базується на чинних нормах національного законодавства, насамперед Конституції України, законів України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», «Про пенсійне забезпечення», «Про зайнятість населення», «Про освіту», «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам», «Про гуманітарну допомогу» тощо [174].

Отже, окремі аспекти життя молоді з функціональними обмеженнями потребують подальшого законодавчого удосконалення. З огляду на ті обставини, що побудова правової бази має не лише декларувати той чи інший набір гарантій, а й законодавчо встановлювати процедуру реалізації та контролю за їх втіленням, значного удосконалення вимагає масив законодавства, який регламентує життєдіяльність інвалідів, затверджує пріоритетні напрями їхнього соціального захисту.

На сучасному етапі соціально-економічних перетворень, перебудови соціальної сфери, коли вибудовується правова система нового типу згідно з вимогами, що впливають насамперед із зобов'язань нашої держави перед Європейським Союзом у рамках Угоди про партнерство і співробітництво між Україною та Європейським Співтовариством, пріоритети розвитку національної системи законодавства слід розглядати крізь призму її гармонізації з міжнародним правом, передовсім із правом Європейського Союзу. Тому українське законодавство має бути розроблено на основі головних принципів, закладених у Декларації ООН про права інвалідів, Декларації про права розумово відсталих осіб, Декларації про права дітей, Стандартних правил

забезпечення рівних можливостей для інвалідів, на рекомендаціях та Конвенціях визнаних міжнародних організацій щодо людей з особливими потребами.

Висновки до першого розділу

Вивчення теоретико-методологічних основ інтегрування молоді з функціональними обмеженнями показує, що зарубіжна й вітчизняна наука та практика мають відповідно певні напрацювання та накопичили досвід з досліджуваної проблеми, однак вони ще є недостатніми для обґрунтування та створення соціально-педагогічних умов інтегрування молоді з функціональними обмеженнями.

Визначаючи сутність соціально-педагогічного інтегрування молодих інвалідів, можна зробити такі висновки:

Виявлення характерологічних ознак особистості молоді з функціональними обмеженнями дозволило окреслити визначення цієї категорії людей: це особа, яка має повну або часткову втрату здатності чи можливості виконувати самостійно ті чи інші функції у зіставленні зі здоровими людьми внаслідок захворювання, травми або вроджених вад

Термін «інтеграція» – це процес та результат становлення зв'язків, які забезпечують взаємозалежність елементів і появу інтегративних якостей, тоді як поняття інтегрування – розкриває лише процес інтеграції і є вужчим поняттям.

Поняття «соціально-педагогічна інтеграція» ми розглядаємо як *кінцевий результат, тобто як* досягнення кінцевої мети цього процесу, коли людина з функціональними обмеженнями входить у соціально-економічне життя суспільства і не відчуває себе дискомфортно. Водночас «соціально-педагогічне інтегрування» нами розглядаємо і як *діяльність*, що стосується як особистості спеціаліста, який сприяє процесу інтеграції, так у особистості інваліда, який включається в процес інтегрування. Можна стверджувати, що соціально-

педагогічне інтегрування – це процес, який представляє собою *динамічну систему*, в ході якої здійснюється досягнення стратегічної мети – відновлення соціального статусу інваліда, в результаті чого відбувається включення інвалідів в усі соціальні системи, інститути, соціуми й зв'язки, призначені для здорових людей, а також їх активна участь в основних напрямках життя й діяльності суспільства відповідно до віку й статі.

Оцінюючи вплив таких чинників, як рівень матеріальної забезпеченості; житлово-побутові умови; освіта, професійна орієнтація і можливості працевлаштування; оснащеність індивідуальними засобами реабілітації; ступінь включеності в соціальне середовище і задоволеності своєю життєдіяльністю, а також аналізуючи результати дослідження, проведеного автором роботи, можна зробити висновок про вкрай незадовільне соціальне самопочуття інвалідів, значно ускладнюючому процесі їх соціального інтегрування в суспільстві і необхідності рішення безлічі актуальних проблем, пов'язаних із забезпеченням повноцінної життєдіяльності цієї категорії населення

Соціально-педагогічне інтегрування - це процес надання особі з функціональними обмеженнями реальних можливостей брати участь у всіх видах і формах соціального життя нарівні і разом з іншими членами суспільства в умовах, що компенсують їм відхилення в розвитку.

У практиці соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями використовується низка базових документів світового співтовариства: Всесвітня декларація прав людини (1948), Декларація соціального прогресу та розвитку (1969), Декларація про права розумово відсталих осіб (1971), Декларація про права інвалідів (1975), Стандартні правила забезпечення рівних можливостей відносно інвалідів(1994) Міжнародні документи стали відправною точкою у розробці постанов і законів в Україні щодо захисту і підтримки інвалідів різної категорії, про що свідчать Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (1994р.), Постанова Кабінету Міністрів України «Про створення навчально-реабілітаційних центрів» (2000р.), Указ Президента України «Про додаткові

заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні у 2003р., Року людей з інвалідністю» (2002р.). Ці та інші законодавчі документи певною мірою сприяють реалізації Компенсаційної програми розв'язання проблем інвалідності, започаткованої ще у 1992р.

Вивчений матеріал досліджуваної проблеми є важливою базою подальшого розвитку та вдосконалення методів і соціально-педагогічних умов інтегрування. Тому логіка дослідження зобов'язала звернутися до поглибленого вивчення інтеграційного потенціалу і проблем у процесі підготовки молоді з функціональними обмеженнями до інтегрування в сучасне середовище.

РОЗДІЛ II

ПРАКТИКА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ІНТЕГРУВАННЯ МОЛОДІ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ

2.1. Реальний стан інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище

У наш час найважливішою умовою досягнення соціально-педагогічного інтегрування є впровадження у суспільній свідомості ідеї рівних прав і можливостей для інвалідів. У розвинених країнах цей процес давно вже розпочався. В Україні, ідея рівних прав і можливостей не достатньо сформовані в суспільній свідомості, вона лише недавно почала усвідомлюватися тими соціальними інститутами, які є відповідальними за соціальну політику в державі стосовно інвалідів, і водночас не отримала належного відбиття в правових документах. Але навіть при повному впровадженні законодавчих норм щодо реалізації рівних прав і можливостей інвалідів проблема соціального інтегрування не буде вирішена, доки суспільство не усвідомлюватиме її важливості. Відхід від сегрегативних видів допомоги інвалідам (у вигляді спеціальних медичних, навчальних установ, виробничих підприємств і ін.) став можливий у ряді розвинених країн лише завдяки тому, що у свідомості суспільства відбулися значні зміни, здорові люди визнали за інвалідами їхні права і перестали їх ігнорувати.

З метою вивчення об'єктивних і суб'єктивних чинників, що впливають на процес соціально-педагогічного інтегрування інвалідів в Україні, на прикладі міста Києва було організовано соціологічне дослідження, основними завданнями якого були:

- проаналізувати ставлення здорових членів суспільства до інвалідів;
- вивчити особливості їх взаємодії як головну умову ефективної організації процесу соціально-педагогічного інтегрування ;

- визначити рівень готовності здорових членів суспільства до сприйняття інтегрування інвалідів і міру соціальної дистанції між ними;
- проаналізувати потреби інвалідів в соціально-педагогічному інтегруванні;
- виявити прихильників і супротивників інтегрування серед інвалідів і скласти їх соціальний портрет;
- розглянути причини їх позитивного і негативного ставлення до цього процесу;
- охарактеризувати суть соціально-педагогічного інтегрування інвалідів в різних сферах їх життєдіяльності;
- визначити основні позиції інвалідів по відношенню до процесу соціально-педагогічного інтегрування на основі соціально-психологічних характеристик.

Предметом дослідження на цьому етапі є об'єктивні і суб'єктивні чинники, що впливають на процес соціального інтегрування інвалідів.

Соціологічне дослідження, проведене у травні 2004 року, здійснювалося за допомогою розроблених нами анкет (Додаток Б). В анкетуванні взяли участь 100 пересічних громадян та 100 здорових студентів Інституту соціальної роботи та управління.

Як свідчить практика, взаєностосунки людей з функціональними обмеженнями та людей що не мають функціональних обмежень – найпотужніший чинник соціального інтегрування. Вивчення зарубіжного і вітчизняного досвіду дозволило виявити, що інваліди, нерідко маючи всю потенційну нагоду брати активну участь у житті суспільства, не можуть її реалізувати просто тому, що люди що не мають функціональних обмежень не хочуть спілкуватися з ними, роботодавці побоюються брати на роботу (вважаючи за краще платити штрафи за порушення системи квотування), і тому організаційні заходи з інтеграції ризикують бути неефективними.

У ході дослідження було виявлено такі тенденції: учасники анкетування визнають (95%), що існують хворі і незахищені групи людей, що потребують

допомоги суспільства, і лише 5% опитаних вважають, що при наданні соціального захисту і допомоги не повинна нікому віддаватися перевага. На питання про пріоритетність допомоги окремим групам населення були отримані такі відповіді: діти-інваліди (56%), люди похилого віку (42%), діти в дитячих будинках (38%), дорослі інваліди (30%), матері-одиначки (18%), багатодітні сім'ї (15%), біженці (12%), а також люди, що намагаються кинути пити і вживати наркотики (10%).

На питання що стосується рівноправності людей з функціональними обмеженнями з іншими членами суспільства, то 97% респондентів відповіли ствердно, але затруднялися сказати однозначно, в чому це повинно виражатися; 3% висловилися негативно, аргументуючи свою думку необхідністю перебування інвалідів у спеціально створених установах під захистом і опікою держави і неможливістю забезпечення їх рівними правами і можливостями. Під час опитування ми намагалися з'ясувати, наскільки члени нашого суспільства (пересічні громадяни) сприймають ідею створення умов для реального входження людей з функціональними обмеженнями в соціальне середовище. Ми вважаємо за необхідне привернути увагу до деяких питань, зафіксованих в нашій анкеті, і відповідях на них, що дозволяє переконливіше довести об'єктивність наших положень. Зокрема, на питання «Як ви вважаєте, чи є інваліди в нас час повноцінними членами суспільства?» 72 % респондентів відповіли «ні», 28% – «так».

Причини дезінтеграції громадян суспільства були вказані такі: «відсутність необхідних умов для життя» 29% респондентів, «права інвалідів не захищені» 27% осіб, «група населення, яка покинута напризволяще» – 17% осіб, «вони фізично обмежені» – 12% респондентів, «не знаю» – 15% респондентів(див.рис.2.1.).

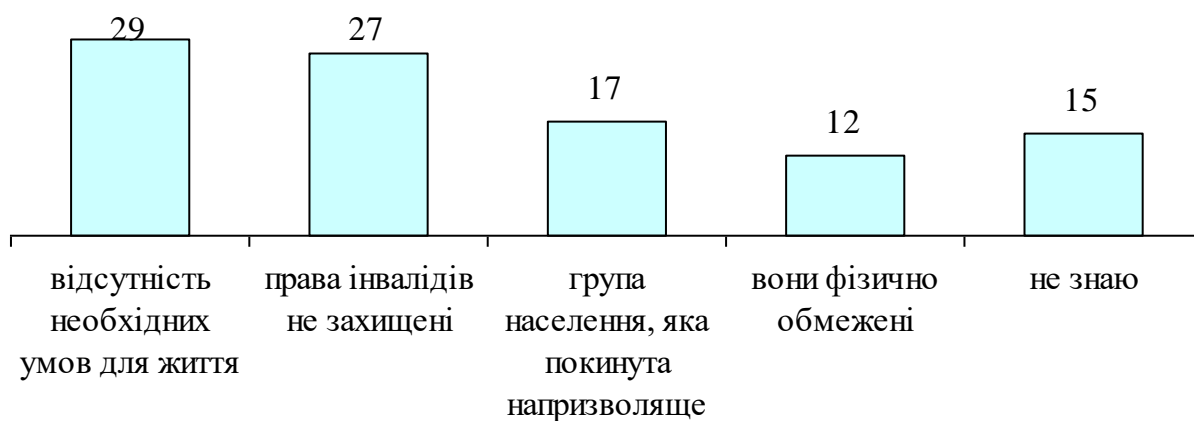


Рис.2.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Як ви вважаєте, чи є люди з функціональними обмеженнями в даний час повноцінними членами суспільства?»

І в той же час відповіді на питання «Що заважає повної інтеграції людей з функціональними обмеженнями обмежень у суспільства?» (див.рис.2.2).

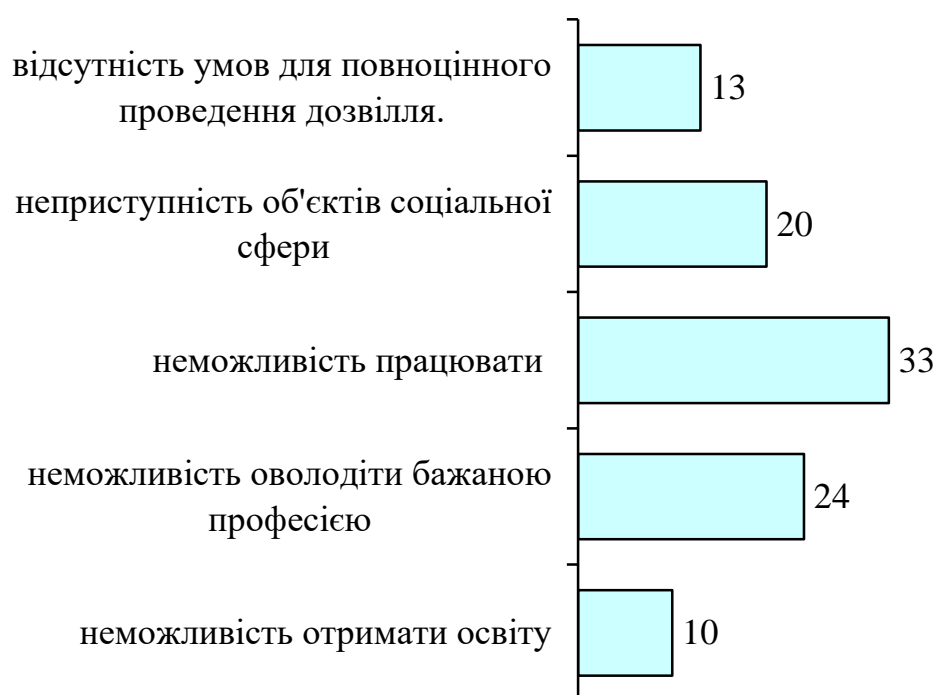


Рис.2.2. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Що заважає повної інтеграції людей з функціональними обмеженнями у суспільства?»

Засвідчують, що 10% відповіли – неможливість отримати освіту, 24% – неможливість оволодіти бажаною професією, 33% відзначили, що «неможливість працювати», 20% – неприступність об'єктів соціальної сфери,

13% – відсутність умов для повноцінного проведення дозвілля. А це дозволяє припустити, що в основному спільнота бачить можливі шляхи вирішення проблеми. Аналізуючи відповіді на питання «Хто повинен здійснювати інтеграцією людей з функціональними обмеженнями», було виявлено: 37% респондентів вважають, що це повинна бути держава (державні структури); 29%, що цим має займатися суспільство в цілому; 17% – віддають перевагу громадським організаціям; 7% – родичам; 10% – вважають що свої проблеми можуть вирішувати самі інваліди (див.рис.2.3.).

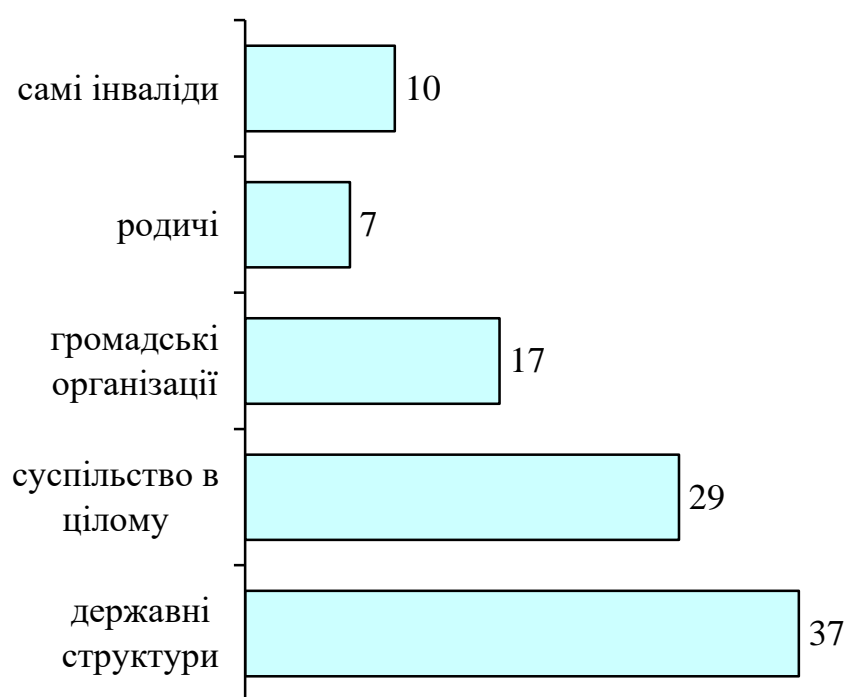


Рис.2.3. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Хто повинен здійснювати інтеграцією людей з функціональними обмеженнями?»

Проте нас цікавить і інший аспект проблеми, зокрема, чи спроможне суспільство створити для інвалідів адекватні умови. Відповідаючи на питання «Чи необхідно пристосовувати соціальне середовище до потреб людей з функціональними обмеженнями?», 73% із опитаних відповіли ствердно, вони вважають, що інваліди повинні бути повноцінними членами суспільства, нормально жити і функціонувати в ньому. Суспільство повинне сприяти їхній адаптації та інтегруванню. Отже, більшість респондентів вважають, що

інтеграція інвалідів – це турбота держави, багато хто з цих же людей покладає надію на суспільство. Аналіз отриманих результатів опитування показує, що суспільство готове допомагати і сприяти людям з функціональними обмеженнями в їх адаптації та інтеграції в соціум. Але це неможливо зробити без допомоги державних інститутів, установ та необхідних державних програм, адекватних потребам людей з функціональними обмеженнями.

Емпіричні дослідження підтверджують, що ідею соціального інтегрування людей з функціональними обмеженнями на словах підтримує більшість членів суспільства, проте поглиблений аналіз результатів соціологічного дослідження показує складність і неоднозначність ставлення людей що не мають функціональні обмеження до людей з функціональними обмеженнями. На питання про те, з ким з інвалідів вони могли б підтримувати постійний контакт, 31% респондентів відзначили інвалідів з порушенням опорно-рухового апарату, пояснюючи свій вибір їх високою соціальною активністю і наявністю інтелекту; інвалідів з патологією мови, слуху, зору вибрали відповідно 15%, 8% і 11% респондентів; людей з функціональними обмеженнями, що мають відхилення в розумовому і психічному розвитку зазначають лише 7%. Водночас засвідчено, що 12% із опитаних категорично відкидають можливість підтримувати особисті контакти з людиною з функціональними обмеженнями, 16% не змогли відповісти однозначно (див. рис. 2.4).

Отже, з'ясовуючи міру соціальної дистанції, було виявлено величезний бар'єр між інвалідами і здоровими членами суспільства, що проявляється в нерозумінні, розгубленості, страху і навіть неприйнятті осіб з функціональними обмеженнями як рівноправних членів суспільства, незважаючи на численні декларації про необхідність цієї рівноправності.

Аналізуючи відповіді на питання про можливість взаємодії з інвалідами, здорове населення віддає перевагу ситуації спілкування, коли не вимагається тісних контактів, про що заявили 68% респондентів, або вимагають контактів «на рівних», при цьому віддається перевага ситуаціям «інвалід – сусід по

будинку» – 24%, «інвалід-колега» – 8% респондентів. Ситуації, що вимагають більш близьких контактів, частіше викликають негативне ставлення, так як і ситуації, що припускають більш високе перебування інваліда на ієрархічних сходах: («інвалід-сусід по квартирі», «інвалід-начальник, «інвалід-представник органів влади»).



Рис.2.4. Розподіл відповідей респондентів на запитання «З ким з людей з функціональними обмеженнями вони могли б підтримувати постійний контакт?»

Проте з думкою про можливість інвалідів навчатися і працювати в тих же структурах, що і здорові члени суспільства, погодилися 35% респондентів, але, заперечують цю можливість 22% із опитаних, а 43% респонденти не змогли відповісти однозначно. На питання про те, які професії можуть бути доступними для інвалідів, переважно називаються ті, які не вимагають високої кваліфікації, особливих здібностей і відповідальності, а також постійної близької взаємодії з людьми (швачка, майстер-складальник, столяр і т.д.).

Загалом можна констатувати неготовність людей без інвалідності до тісного контакту з людиною з функціональними обмеженнями, а також до

прийняття ситуацій, що дозволяють реалізувати їх конституційні права нарівні з усіма. При цьому найбільш категоричною у цьому плані є молодь.

Такий характер установок має складну природу і не є просто проявом чисто негативних установок по відношенню до інвалідів. Наприклад, здорові люди оцінюють якість життя інвалідів значно нижче («низьке» – 52%, «вкрай низьке» – 37%), ніж самі інваліди («середнє» – 25%, «низьке» – 60%, «вкрай низьке» – 15%), визнаючи серйозність їх проблем і необхідність надання їм спеціальної допомоги для більш ефективної життєдіяльності (див.рис.2.5).

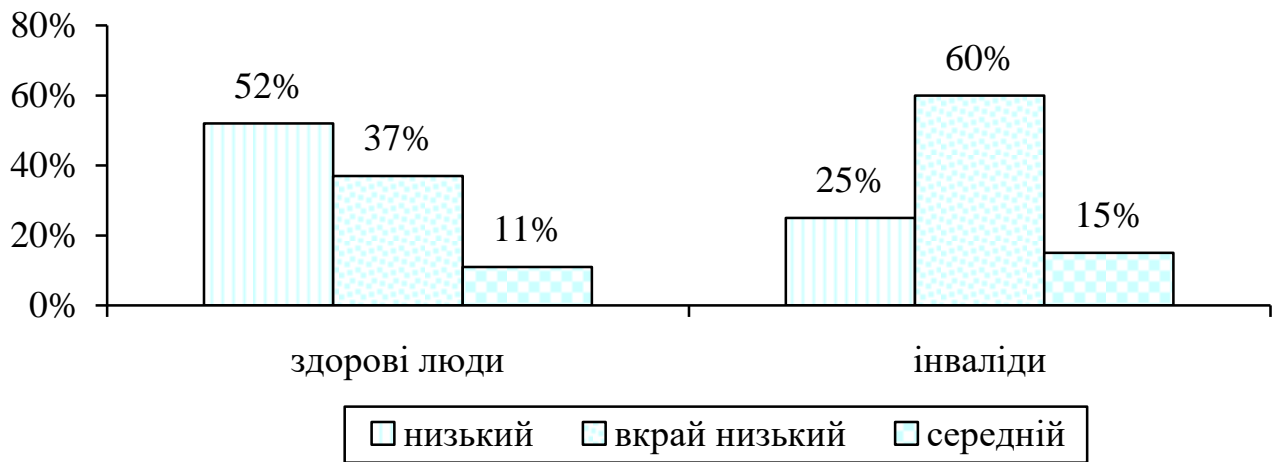


Рис. 2.5. Порівняльні характеристики показників у оцінці якості життя інвалідів здоровими людьми і самими інвалідами

Здорові люди часто вважають інвалідів більш нещасними, сумними, ворожими, підозрілими, злими, замкнутими, тобто визнається (і навіть, мабуть, переоцінюється) їх неповноцінність навіть в емоційному плані.

Ставлення до інвалідів, яке в суспільній свідомості можна оцінити як амбівалентне: з одного боку, вони сприймаються як відмінні в гірший бік, а з іншого – як такі, що позбавлені багатьох можливостей, що породжує неприйняття і навіть ворожість, і водночас сприймаються з симпатією і співчуттям. Така амбівалентність дає надію на поліпшення взаємостосунків інвалідів і здорових, ломку негативних стереотипів.

Треба відзначити, що подібне ставлення до інвалідів не властиве лише нашому суспільству. Зарубіжні дослідники [34; 36; 47; 204; 208] вже давно

відзначали наявність подібних стереотипів, приписування людям з функціональними обмеженнями таких рис, як недоброзичливість, заздрість, недовіра до людей без інвалідності, недолік ініціативи. У взаємостосунках людей з функціональними обмеженнями і людей без інвалідності виявляється напруга, нещирість, бажання припинити контакт тощо.

На нашу думку, доцільно в нашій країні активніше вивчати соціально-психологічні аспекти взаємовідносин людей з функціональними обмеженнями і людей без інвалідності. Ця робота полегшить процес соціального інтегрування людей з функціональними обмеженнями.

З метою вивчення думки самих інвалідів щодо посилення ефективності процесу інтегрування інвалідів в соціум, виявлення проблем та потреб молоді з інвалідністю проведено дослідження, результати якого представлено нижче. На цьому етапі експериментальної роботи було опитано шляхом Інтернет-опитування 90 осіб, які мають першу групу інвалідності, вік респондентів від 17 до 35 років (Додаток А).

На перше місце серед проблем, з якими стикаються молоді люди з інвалідністю, вони поставили потребу незалежності від батьків. Оскільки самі батьки, не усвідомлюючи цього, створюють такі умови виховання та проживання інвалідів, що призводять до формування споживацьких позицій та життєвої апатії. Окрім того, ця категорія людей бажає мати окреме житло та створення умов безбар'єрного архітектурного середовища. Сьогоднішні житлові проблеми, недосконалість надання соціальних послуг, наявні архітектурні бар'єри та матеріальна залежність роблять для них недосяжною мрію про самостійність [52].

Вважаємо, що необхідно досягти в Україні термінової реалізації програми забезпечення безперешкодного доступу людей з функціональними обмеженнями до об'єктів житлового та громадського призначення, а також програму «Житло-інвалідам» та забезпечити реальну можливість отримання інвалідами молодіжних кредитів на будівництво та купівлю житла для молодих сімей.

На друге місце серед пріоритетних проблем молодь поставила бажання працювати. Працевлаштування для молодої людини з інвалідністю – це вкрай потрібна можливість самореалізуватися, мати фінансову та соціальну незалежність. Згідно з результатами дослідження 46% респондентів не мають постійного місця роботи, причому відсоток безробітних жінок удвічі вищий за відсоток безробітних чоловіків. Серед основних причин відсутності роботи респонденти називають такі: низька заробітна платня – 19%, відсутність у самих клієнтів спеціальності – 14%, невідповідність доступного місця роботи особистим професійним потребам – 15%, відсутність бажання працювати – 8%.

Об'єктивний аналіз ситуації свідчить, що низька конкурентоспроможність молодих інвалідів на ринку праці значно знижує можливості для професійної кар'єри. На цей час просто не створені умови для підготовки висококваліфікованих фахівців-інвалідів, а це, потребує вирішення чимало організаційних, законодавчих, навчально-методичних, соціально-психологічних проблем. Можливості інвалідів отримати вищу освіту частіше обмежені не захворюванням, а соціальними умовами: низький рівень підготовки в спеціалізованих школах, порушення прав під час вступу до вищого навчального закладу, неадекватності соціально-просторового середовища, нетерпимості і дискримінаційних установок здорових людей, відсутність допоміжних форм, які компенсують пропуски в знаннях тощо.

Проте є й інші труднощі: недоступність міського транспорту ускладнює проїзд до місця роботи, роботодавці часто не бажають приймати інвалідів на добре оплачувану роботу, не зважають на їх професійний рівень. Практично не створюються спеціалізовані робочі місця для працевлаштування молодих інвалідів. До того ж виявляється, що інваліди не мають статусу «безробітного», що ускладнює процедуру взяття на облік на біржу праці в центрах зайнятості тощо.

Надзвичайно важливою проблемою, яку зазначали респонденти (60%) і поставили на третє місце, є проблема організації спілкування та дозвілля. Реальні факти свідчать, що інвалідність порушує зв'язок людини з соціумом,

ускладнює можливості повноцінних соціальних контактів, що призводить до дезадаптації і подальшої ізоляції в суспільстві. Сьогодні відносно інвалідів все частіше використовується термін «соціальна депривація», який має на увазі «позбавлення, обмеження, недостатність тих або інших умов, матеріальних чи духовних ресурсів, необхідних для нормальної життєдіяльності» або «відчуття, усвідомлення особою або групою скорочення або позбавлення можливостей задоволення основних життєвих потреб» [67, с.83-88; 69,с.13-15; 38,с.55-56; 39, с.340-343].

Результати проведеного дослідження дозволили виявити, що 52% респондентів вважають за краще не брати участі у суспільному житті, вони уникають активної взаємодії з іншими членами суспільства; 31% респонденти періодично відвідують суспільні заходи і лише 17% – відвідують їх постійно. Проте виявляється досить високий рівень прояву інтересу до спортивної і творчої діяльності, що говорить про чималий внутрішній потенціал опитаних і прагнення до самореалізації (див. рис.2.6).

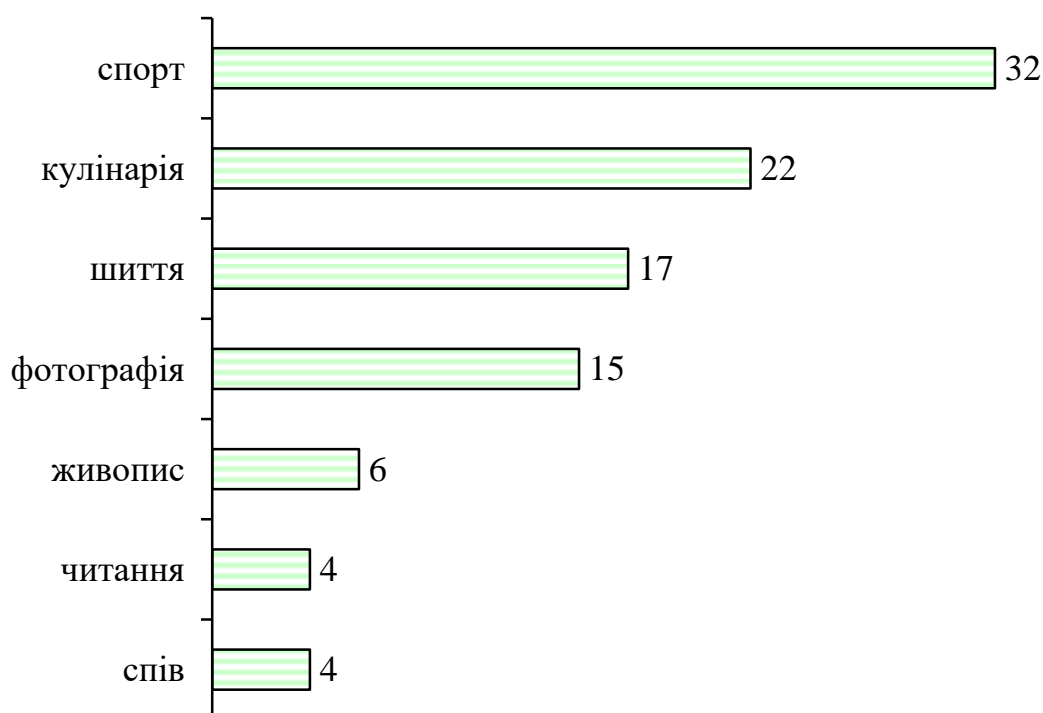


Рис.2.6. Розподіл відповідей респондентів щодо вподобань.

Можливість відвідувати різні свята, спортивні заходи, театри, кіно, клуби та дискотеки обмежена знову ж таки через соціальні та архітектурні бар'єри. До речі, путівка до санаторію іноді виявляється для молоді психологічним стимулом працювати над собою. При цьому вони їдуть не стільки для того, щоб лікуватися, а для того, щоб дихати лісовим повітрям, побачити озеро, виступи творчих колективів, і, що найголовніше, поспілкуватися з різними людьми.

У ході опитування з'ясувалося, що освіта для людей з функціональними обмеженнями посідає лише четверте місце за значимістю. На сьогодні за даними тематичної доповідь про становище дітей в Україні за підсумками 2006 року «Забезпечення прав дітей з особливими потребами» лише 2% інвалідів в Україні отримали вищу освіту [228], в той час як в сучасному суспільстві освіта і професійна підготовка вважаються найважливішими чинниками життєвого успіху і соціального благополуччя. Відсутність позитивних трансформацій в середовищі освіти інвалідів призводить до зниження їхнього статусу в майбутньому. Система професійної підготовки випускників спеціалізованих шкіл-інтернатів, яка існувала раніше, забезпечувала засвоєння ними переважно робочих спеціальностей (швачка, тесляр, столяр), а вкрай обмежені можливості отримання ними вищої освіти зводилися головним чином до навчання за безперспективними технічними профілями, що спрацьовує як механізм соціального виключення, закріплюючи за цією категорією населення певне місце в стратифікаційній структурі суспільства.

Згідно з результатами проведеного дослідження лише у 1% опитаних людей з функціональними обмеженнями є вища освіта, 43% респонденти мають неповну середню освіту, 30% – середню спеціальну, 17% – середню, 9% – не мають освіти (категорія від 40 до 50 років і більше). При цьому спеціальність мають лише 58% респондентів, не мають зовсім 42% (з урахуванням того, що 23% респондентів отримують спеціальність на момент дослідження в професійно-технічному училищі). Серед спеціальностей більшість респондентів мають такі: технік-технолог – 10%, швачка, кравчиня – 28%,

токаря – 19%, верстатника – 15%, тесляра – 10%, столяра – 8%, слюсаря – 7%, автомеханіка – 3% тощо. Названі професії свідчать про гостроту проблеми, вирішення якої дозволило б інвалідам отримати якісно вищу освіту з метою забезпечення подальшої участі у конкурентоспроможних запитах на ринку праці.

Сьогодні активно впроваджується система дистанційної освіти, що дозволяє забезпечити принципово на новому рівні доступності навчання інвалідів при збереженні його якості за рахунок створення мобільного інформаційно-освітнього середовища, що базується на сучасних інформаційних і телекомунікаційних технологіях. Слід мати на увазі, що факт вступу абітурієнта-інваліда у вищий навчальний заклад ще не вирішує проблеми його активної соціальної адаптації. Це є лише однією із умов мати кращі можливості. Студенти-інваліди, як і до вступу, потребують додаткової допомоги, що є частиною спеціальної системи соціальної реабілітації, результатом якої повинен стати розвиток інваліда як особистості, здатної ефективно взаємодіяти з навколишнім середовищем, успішно виконувати студентські обов'язки і реалізовувати свої життєві плани. Як показали результати дослідження, причиною низького рейтингу цієї проблеми є, байдужість спільноти, конкретного соціуму, наявні архітектурні та транспортні перешкоди щодо доступу у навчальні заклади, припущення про те, що набута освіта не дасть змоги працювати за фахом.

Протягом останніх років в Україні зрушилася з місця проблема створення мережі Центрів соціально-трудової реабілітації. Наприклад, Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів у селі Лютіж (під Києвом) відповідає всім вимогам оснащення та адаптований під потреби людей з обмеженими функціональними можливостями. На нашу думку, цей центр має один істотний недолік – це те, що він розташований у лісі і фактично ізольований від суспільства що не дає повною мірою інтегруватися молоді у суспільство.

У цей час в Україні широко розвиваються підприємства реабілітаційної індустрії, які випускають різні технічні засоби для інвалідів. Це зокрема: візки, протези, слухові апарати, тренажери, сигналізатори телефонних або дверних дзвінків, будильники з вібраторами, світлові будильники, телефони з «біжучим» рядком та ін. Проте ще з великими труднощами, розв'язуються питання, що стосуються забезпечення інвалідів індивідуальними засобами реабілітації. Згідно з результатами дослідження, проведеного автором, лише 26% респондентів забезпечено індивідуальними засобами реабілітації.

Згідно з завданнями нашого дослідження і вивчаючи соціальне інтегрування молодих інвалідів, не можна обійти одне з болючих питань у їхньому житті – створення сім'ї. Виявилось, що для 50% молоді з інвалідністю проблема створення сім'ї та народження дітей, посідає у рейтингу життєвих пріоритетів лише останнє місце. Цей факт наводить на сумні думки: якщо молода людина позбавлена здоров'я, тоді для неї стають недосяжними не лише соціальні об'єкти, а й мрії про просте сімейне щастя.

Проаналізовані сімейні взаємостосунки інвалідів доли змогу виявити важливу тенденцію: практично кожний третій інвалід відзначає відсутність взаєморозуміння, суперечки, конфлікти у сім'ях. Причому саме в сім'ях з дорослими інвалідами працездатного віку сімейні взаємостосунки є найбільш кризовими, хоча дитина-інвалід також значно дисфункціонує сімейні взаємостосунки. Це пояснюється різними причинами: надзвичайно різко змінюється соціально-економічний статус сім'ї, порушуються соціальні зв'язки, у батьків (насамперед у матерів) розвиваються «граничні» нервово-психічні розлади, відчуття вини, відчуття власної неповноцінності, незручність і сором перед оточуючими. Інвалідність дорослого члена сім'ї стає хронічною психотравмуючою ситуацією внаслідок відчуття провини, непотрібності, тягаря у самого інваліда і прихованих або явних проявів нетерпіння, незадоволення й агресії у членів сім'ї. Отже, сім'я, яка має бути основним гарантом соціальної адаптації інваліда, не завжди готова виконувати цю функцію.

Говорячи про соціальне інтегрування, пропагуючи ідею рівних прав і можливостей, не можна не торкнутися питання про те, як самі інваліди ставляться до підвищення міри їх участі в житті суспільства. На питання про те, чи повинні інваліди жити серед здорових, вчитися і працювати в тих же структурах, що і здорові, або ж вони повинні жити окремо, відособлено, в спеціально створених умовах і соціальних інституціях, 67% інвалідів вибрали першу позицію. При цьому звертає на себе увагу активність респондентів (на питання відповіло максимальне число опитаних – 88 осіб), часто супроводжуючи свої відповіді коментарями, що підтверджує гостроту й актуальність проблеми. Серед «супротивників» ідеї інтегрування найбільш поширені такі пояснення самих інвалідів: «Здорові люди все одно інвалідів не зрозуміють», «На звичайних підприємствах до інвалідів погано ставляться». Позиція прихильників інтегрування: «Люди повинні бути рівними», «Інваліди такі ж люди, як і здорові», «Жити разом, щоб інваліди і здорові розуміли один одного».

Як свідчать вищезазначені коментарі, захищаючи ідею інтегрування, інваліди спираються не на соціально-економічні показники, а частіше надають перевагу соціально-психологічним та питанням взаємостосунків із здоровими людьми.

З відповідей респондентів видно, що інваліди часто відчували до себе зневагу з боку здорових людей – не більше третини супротивників інтегрування (33%), серед інвалідів, які, вважають, що вони повинні жити серед людей без інвалідності, було значно більше (відповідно 67%).

Оскільки частина супротивників інтегрування вагома – 33%, то для нас було важливим зрозуміти, які чинники визначають «негативність» позицій людей з функціональними обмеженнями. У результаті бесід, спостереження, було з'ясовано, що люди з низькими доходами, які живуть у поганих соціально-побутових умовах, загалом і є супротивниками ідеї інтегрування. Ймовірно, це пов'язано з тим, що вони потерпіли невдачу в пристосуванні до життя і сподіваються на те, що життя в «особливих умовах» виявиться для них кращим.

Водночас 27% респондентів із цієї групи відзначали, що не вважають себе рівноправними членами суспільства, оскільки здорові ставляться до них «упереджено і зверхньо», і тому вони прагнуть уникати контактів із здоровими. Характерним є те, що ті ж респонденти оцінюють якісний рівень свого життя як «низький» і «вкрай низький», своє здоров'я як незадовільне, а психологічний настрій – у них песимістичний.

У процесі дослідження було звернуто увагу на те, що істотне значення має вік респондентів: у старших вікових групах кількість прихильників інтегрування значно більше 35%, вони також частіше відвідують різні суспільні заходи і мають різні захоплення. Для інвалідів, що вибирають інтегрування 48%, частіше виявляються значними такі цінності, як «цікава робота» і «змога рівноправної участі в житті суспільства».

Для людей з функціональними обмеженнями, котрі є супротивниками інтегрування, притаманне більше виражене відчуття психологічного дискомфорту, незадоволеність своїм життям, загострена реакція на ставлення оточуючих. Вони більше орієнтуються на матеріальне забезпечення, оскільки їхній рівень соціально-економічний справді нижчий, ніж у прихильників інтегрування. Зважаючи на ознаки соціального портрета цієї групи, можна зробити висновок про те, що вона справді потребує «охоронних заходів», створення спеціальних умов для життя і роботи, що дозволить підняти їхній рівень життя, і, можливо, спонукати у цих людей бажання брати участь у житті суспільства.

За наслідками експерименту у групі молоді з функціональними обмеженнями, слід, на нашу думку, звернути увагу на одну із найважливіших сфер соціального інтегрування інвалідів, а саме, інтегрування на виробництві. За результатами дослідження лише одна четверта респондентів задоволена тією роботою, яку вони мають. При цьому відносини в колективі вони характеризують як «добрі» 57%, «задовільні» – 40%, «погані» – 2%, «відмінні» – 1%. Про важливість саме соціально-психологічного аспекту інтегрування можна судити на основі пояснення інвалідами значення, яке має для них

робота. На першому місці серед потреб, які задовольняє робота, є прагнення до достойного матеріального забезпечення (39%), на другому – задоволення тим, щоб бажання бути повноцінним членом суспільства (32%), на третьому – потреба у спілкуванні, співжиття з колективом (29%). Тобто, окрім задоволення необхідних матеріальних потреб, робота для інвалідів виконує дуже важливу соціальну функцію – відчуття себе повноцінним членом суспільства завдяки трудовій зайнятості.

Необхідно відзначити, що 70% респондентів не задоволені своєю роботою. Вони пояснюють це низькою заробітною платнею, відсутністю як перспективи професійного зростання, так і можливостей для самореалізації і самовираження. Зокрема 13% респондентів хотіли б працювати в економічній сфері (економістом, бухгалтером), 39% – у сфері інформаційних технологій (оператором ЕОМ, програмістом), 20% – у сфері обслуговування (кулінаром, перукарем, косметологом та ін.), 16% – у творчій сфері (дизайн, живопис, фотосправа), 12% у сфері фізкультурно-оздоровчої діяльності (див.рис.2.7).

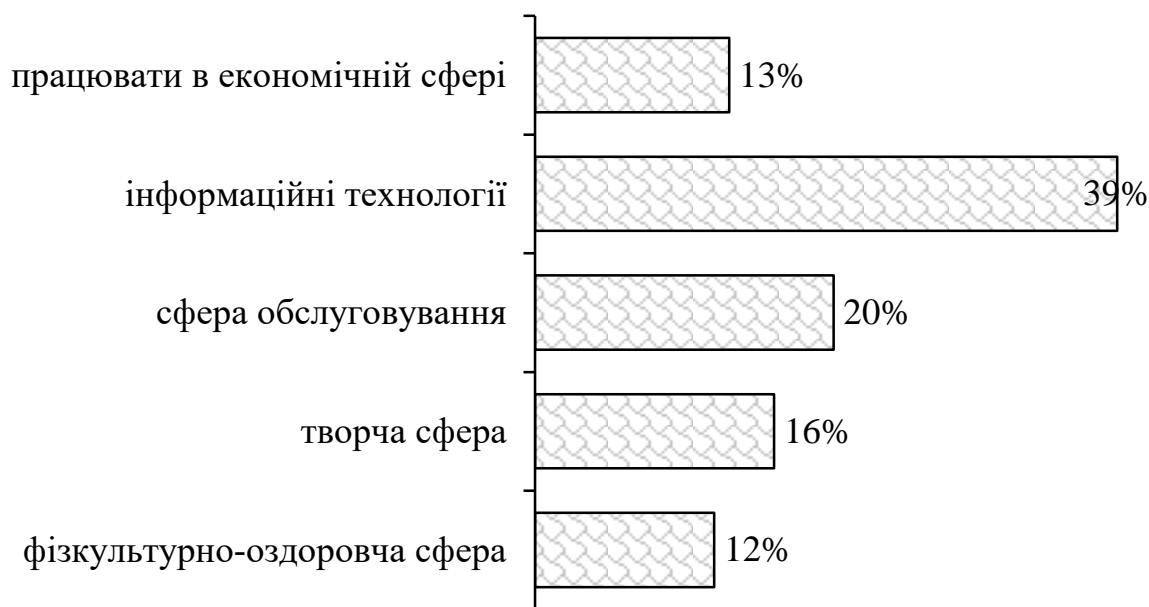


Рис.2.7.Розподіл відповідей щодо вибору сфери праці.

На основі аналізу взаємостосунків інвалідів і здорових членів суспільства, що є найважливішою умовою ефективного соціального

інтегрування, було виявлено необхідність прояву відповідальності за ці взаємостосунки обох сторін, причому інваліди не завжди виявляються «на висоті». У багатьох із них не вистачає соціальних навичок, уміння «подати себе» у взаємодії з колегами, знайомими, адміністрацією, потенційними роботодавцями. Вони не завжди вловлюють нюанси людських взаємостосунків, сприймають інших людей дуже узагальнено, часто упереджено і категорично.

Проблеми інвалідів у спілкуванні з різними людьми можна виправдати. Але не завжди гармонійно складаються взаємостосунки і між самими інвалідами. Належність людини до категорії «інвалід» зовсім не означає, що інші інваліди будуть ставитися до нього доброзичливо. Досвід роботи в організаціях інвалідів у м. Вишневе та м. Біла Церква показує, що вони вважають за краще об'єднуватися і ідентифікувати себе з людьми, що мають однотипні захворювання, і нерідко негативно ставляться до інвалідів інших видів захворювання.

Отже, у сфері взаємостосунків з оточуючим середовищем перед інвалідами постають істотні проблеми, оскільки без гармонізації цих взаємостосунків на рівні макро- і мікрогруп соціальна інтеграція ніколи не може бути реалізованою.

Ми вважаємо за необхідне виявити об'єктивні потреби й умови інтегрування інвалідів, які можна виразити у чотирьох основних позиціях людей з функціональними обмеженнями:

- *активно-позитивна позиція*, для якої притаманне прагнення пошуку самостійного виходу із ситуації, що склалася, і супроводиться позитивними соціально-психологічними особливостями особистості (оптимізм, висока самооцінка, задоволеність життям і т.п.);

- *пасивно-негативна позиція*, в якій незадоволеність своїм становищем (разом з відсутністю бажання самостійно поліпшити його) супроводиться заниженою самооцінкою, психологічним дискомфортом, настороженим ставленням до оточуючих, тривожністю, постійним очікуванням катастрофічних наслідків від будь-яких змін, що відбуваються в житті;

- *пасивно-позитивна позиція*, яка за об'єктивно незадовільному соціально-економічному становищі і низькій самооцінці призводить в цілому до відносного задоволення конкретною ситуацією і, як наслідок, відсутності бажання активно змінювати її на краще. Така позиція характерніша для людей старших вікових груп;

- *активно-негативна позиція*, яка за наявності стану психологічного дискомфорту і незадоволення життям не заперечує бажання самостійно змінити своє становище, проте практичних наслідків це не дає через низку суб'єктивних і об'єктивних обставин. Така позиція характерніша для інвалідів, яких переважно можна віднести до середнього віку.

Вплив на людей з функціональними обмеженнями таких чинників, як рівень соціально-економічного забезпечення і нужденність, житлово-побутові умови, освіта, професійна орієнтація і можливість працевлаштування, наявність оснащення індивідуальних і технічних засобів реабілітації, міра включення в соціальне середовище і задоволення своєю життєдіяльністю, можна охарактеризувати соціальне самопочуття інвалідів як вкрай незадовільне. Це значно ускладнює процес їх соціально-педагогічного інтегрування, атакож вказує на це пояснює необхідність вирішення низки актуальних проблем, пов'язаних із забезпеченням повноцінної життєдіяльності цієї категорії населення [218].

Усю сукупність соціальних обмежень можна підвести під поняття *соціальна ізоляція людей з функціональними обмеженнями*. Це стосується людей з функціональними обмеженнями з опорно-руховими порушеннями. У багатьох випадках вони буквально на становищі в'язнів у власних квартирах. Коло спілкування обмежується членами родини (як правило, доглядають за ними батьки), а в кращому випадку вони спілкуються також з інвалідами з опорно-руховими порушеннями. Соціальна ізоляція характерна й для інвалідів з іншими видами захворювань, хоча й не настільки різко виражена, як для людей з опорно-руховим дефектом [217].

Другий з основних факторів соціальної дезадаптації людей з функціональними обмеженнями – *психологічний*. У переважній більшості інвалідів можуть бути виявлені порушення практично на всіх рівнях функціонування психіки: на рівні емоційно-вольової регуляції, індивідуально-психологічному, соціально-психологічному, а також на вищому особистісному рівні ціннісних орієнтацій, головних мотивів та установок. Психологічні порушення обумовлені двома основними причинами. Перша – це сама хвороба, що веде до фізичних страждань і страху перед майбутнім. Друга причина психологічних порушень – власне інвалідність. Інваліди являють собою специфічний контингент, відмінний від «просто хворих». Сам факт одержання групи інвалідності міняє соціальний статус людини. З годувальника родини він перетворюється в «тягар», із працівника – в «нахлібника», зі члена дружньої компанії – у предмет жалісливості й співчуття. Принаймні, саме так сприймають зміну свого становища самі інваліди.

Між соціальним і психологічним факторами соціальної дезадаптації інвалідів існує нерозривний взаємозв'язок. Очевидно, що соціальна ізоляція неминуче веде до психологічних порушень. Але правильним є зворотнє: психологічні порушення перешкоджають встановленню нормальних взаємин з навколишнім світом, позначаються на працездатності, загальному світосприйманні, і, відповідно поглиблюють соціальну ізоляцію інваліда. Виникає замкнуте коло – соціальний і психологічний фактори збільшують негативний вплив один одного [188].

Соціальні обмеження, породжені дефектами здоров'я, мають комплексний характер і тому особливо важко піддаються компенсації.

Передусім можна говорити про фізичне обмеження або ізоляцію інваліда, це обумовлено або фізичними, або інтелектуально-психічними недоліками, які заважають йому самостійно пересуватися або орієнтуватися в просторі. З іншого боку, чинники зовнішнього середовища можуть поглиблювати або, навпаки, компенсувати вплив цих індивідуальних недоліків.

«В цьому аспекті прийнято говорити не тільки про безбар'єрне середовище для інваліда, але також про дружнє або недружнє середовище. Це обмеження спричиняє багато налідків ускладнюючих становлення людей з функціональними обмеженнями і вимагає вживання спеціальних заходів, що знімають просторову, транспортну, побутову ізоляцію інваліда, емоційну депривацію і забезпечуючих можливість трудової адаптації» [183].

Третій бар'єр або соціальне обмеження – це *трудова сегрегація*, або ізоляція інваліда: через свою патологію інвалід має багато перешкод до робочих місць або робота відсутня взагалі. Звичайно людина з функціональними обмеженнями, здатним до трудової діяльності, зокрема інвалідам з патологією слуху, надаються (або виявляються доступні) робочі місця, що вимагають низької кваліфікації, передбачають монотонну, стереотипну працю і невисоку заробітну платню. Таке становлення обумовлено не тільки (або не стільки) обмеженістю індивідуальних фізичних або інтелектуальних ресурсів людей з функціональними обмеженнями, скільки нерозвиненим характером ринку праці для осіб з функціональними обмеженнями. В умовах «дикої ринкової економіки» адаптація робочих місць для таких інвалідів розглядається працедавцями як не вигідна і небажана [176].

Проте необхідно відзначити, що в умовах нашої країни бар'єр між особою людей з функціональними обмеженнями і продуктивною працею може обумовлюватися і відсутністю трудової мотивації з його боку. За даними вітчизняних і зарубіжних експертів, «трудова діяльність доступна приблизно 2/3 усіх інвалідів, працює ж не більше 17% з них» [87,с.4]. Це викликано не стільки відсутністю спеціальних робочих місць, скільки домінуючою орієнтацією на отримання пільг і допомоги замість праці. Формування сучасної трудової мотивації і трудової етики в нашому суспільстві блокується тією обставиною, що нерідко інвалідна пенсія є більш солідним джерелом доходу, ніж заробітна платня працюючого, в усякому разі вона виплачується регулярніше.

Тому природно, що четвертим бар'єром у житті молодих людей з функціональними обмеженнями, виступає *малозабезпеченість*, яка є наслідком соціально-трудова обмежень: ці люди вимушені існувати або на невисоку заробітну платню, або на допомогу (яка теж не може бути достатньою для забезпечення гідного рівня життя індивіда) [176].

Важливим бар'єром для інваліда є *просторово-оточуючий*. Бракує устаткування і пристосувань для побутових процесів, самообслуговування. Люди з сенсорними порушеннями відчують дефіцит соціальних інформаційних засобів, що сповіщають про параметри навколишнього середовища.

«Люди з функціональними обмеженнями здатні до пізнання, критичної оцінки навколишньої дійсності і до самооцінки, потребують вільного доступу до інформації, дефіцит або недостатня насиченість якої можуть привести до незворотного згасання інтелектуальних здібностей» [163,с.28]. Отже, *інформаційний бар'єр* є важливою перешкодою, що має двобічний характер. Люди з функціональними обмеженнями мають труднощі в отриманні інформації як загального плану, так і тієї, що має безпосереднє значення для них (вичерпні відомості про свої функціональні порушення, про заходи державної підтримки людей з функціональними обмеженнями, про соціальні ресурси їх підтримки). Це викликано й економічними причинами (наприклад, неможливістю купити або відремонтувати декодер телетексту до телевізора, передплатити газету) і дефіцитом спеціальних носіїв інформації (телепередачі з сурдоперекладом, спеціальна відеопродукція з субтитрами публіцистичної, освітньої, науково-пізнавальної і культурно-просвітницької спрямованості), і нерозвиненістю сучасних глобальних інформаційних систем (наприклад, Інтернет) у нашій країні [176].

З другого боку, існує інформаційний бар'єр, що відгороджує суспільство від людей з функціональними обмеженнями: важче презентувати свої погляди й позиції, донести до суспільства свої потреби і інтереси. Тому можуть виникати спотворені уявлення про їх потреби й особливості особистості. На основі таких

спотворених уявлень формуються забобони і фобії, що утрудняє комунікації між інвалідом і суспільством.

Емоційний бар'єр також є двобічним, тобто «він може складатися з непродуктивних емоційних реакцій з приводу інваліда – цікавості, насмішки, незручності, відчуття вини, гіперопіки, страху і т.п. і фруструючих емоцій інваліда: жалість до себе, недоброзичливість по відношенню до оточуючих, очікування гіперопіки, прагнення звинуватити когось у своєму дефекті, прагнення до ізоляції і т.п.» [163,с.28]. Негативним чинником для розширення практик соціальної інтеграції виступає тотальна відсутність інформації про людей з функціональними обмеженнями. Поява статті в газеті, журналі, телепередачі про таких людей, їх інтереси, проблеми, можливості самореалізації до теперішнього часу є рідкістю. Крім того, дуже рідко можна спостерігати процес інтервенції дітей і дорослих з відхиленнями в розвитку в суспільство, в учнівські і трудові колективи, що ставить нетипову людину в роль «білої ворони» і розглядається як щось дивне, незвичне.

Подібний комплекс є таким, що ускладнює соціальні контакти в процесі взаємостосунків інваліда і його соціального середовища. І сам людина з функціональними обмеженнями і його найближче оточення потребують, щоб емоційний фон їх взаємостосунків був нормалізований.

Нарешті, комплексний характер має *комунікативний бар'єр*, який обумовлений акумуляцією дій всіх вище перелічених обмежень, що деформують особу людини. Розлад спілкування, одна з найважчих соціальних проблем інвалідів, є наслідком і сенсорних обмежень, і емоційної захисної самоізоляції, і випадання з трудового колективу, і дефіциту звичної інформації. Тому закономірно, що відновлення нормальних для віку і соціального статусу комунікацій є однією зі складових основної мети соціального інтегрування інвалідів.

Аналізуючи результати дослідження, можна зробити висновок про незадовільне соціальне самопочуття інвалідів, що значно ускладнює процес їх соціального інтегрування в суспільстві, і про необхідність вирішення безлічі

актуальних проблем, пов'язаних із забезпеченням повноцінної життєдіяльності цієї категорії населення.

Отже, дослідження об'єктивних потреб і умов інтегрування людей з функціональними обмеженнями дозволило виявити тенденції, які простежуються у різних сферах життєдіяльності інвалідів, і які необхідно враховувати у процесі активного соціально-педагогічного інтегрування молодих людей з функціональними обмеженнями у соціальне середовище. До основних тенденцій належать:

- взаємостосунки людей з функціональними обмеженнями і людей без інвалідності є найважливішим чинником соціального інтегрування, причому аналіз цих взаємостосунків має величезну соціальну дистанцію, що виражається в нерозумінні, розгубленості, страхах, неприйнятті осіб з функціональними обмеженнями, незважаючи на численні декларації про рівність прав і можливостей;

- особливості позитивно спрямованої взаємодії людей з функціональними обмеженнями і людей без інвалідності, як головна умова ефективності соціального інтегрування, характеризуються неготовністю обох сторін до близьких контактів і співпраці, обумовленої взаємними категорично негативними установками: здорові переоцінюють «нещасливість інвалідів», відзначаючи їх замкнутість, підозрілість, ворожість, заздрісність; інваліди констатують зарозумілість, упередженість, зневагу здорових;

- об'єктивні потреби людей з функціональними обмеженнями у соціально-педагогічному інтегруванні обумовлені прагненням до самовираження і самореалізації в різних сферах життєдіяльності, прагненням до досягнення матеріальної незалежності і соціального благополуччя;

- основні позиції інвалідів стосовно соціально-педагогічного інтегрування можна позначити як активно-позитивну (оптимізм і прагнення до самостійного пошуку рішення проблем), пасивно-негативну (песимізм і очікування катастрофічних наслідків від будь-яких змін), пасивно-позитивну

(відносна задоволеність, інертність, незацікавленість у змінах), активно-негативну (дискомфорт, негативізм і бажання змінити своє становище).

Названі тенденції враховані у подальшій експериментальній роботі з групою молодих інвалідів, що буде представлено у наступних параграфах.

2.2. Соціально-педагогічна робота з інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище

На основі теоретичного аналізу стану справ стосовно соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями та результатів констатувального етапу експерименту проведено формувальний етап експерименту.

Дослідницько-експериментальна робота охоплювала всі складові процесу підтримки молоді з функціональними обмеженнями і здійснювалася за логікою поступового ускладнення вирішуваних завдань, а саме:

- створення моделі соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями з визначенням технологій і методик її реалізації відповідно до виявлених індивідуальних соціально-педагогічних проблемам;

- створення соціально-педагогічних умов інтегрування;
- визначення критеріїв оцінки ефективності інтегрування;
- оцінки результатів дослідження та їх упровадження в практику.

В основу моделі соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями покладено принцип комплексного підходу з використанням чотирьох напрямків інтегрування молоді з функціональними обмеженнями: соціального, психологічного, фізичного та педагогічного [170, с.83-87]. Обґрунтування моделі соціально-педагогічного інтегрування здійснювалося відповідно до результатів комплексного обстеження молоді. У

структурі моделі знайшли відображення психологічні й соціально-педагогічні методи та заходи фізичної реабілітації. Комплекс інтеграційних втручань передбачає взаємодоповнювальний і взаємопосилювальний вплив окремих компонентів моделі на соціальний і психологічний статус, а також готовність до участі в клубі спілкування «Разом заради розвитку» (Додаток М).

Загальною метою моделі соціально-педагогічного інтегрування була інтеграція молоді з функціональними обмеженнями в соціум шляхом створення оптимального середовища, проведення психокорекційних та педагогічних заходів, адекватної фізичної реабілітації в процесі її активної участі в діяльності клубу спілкування.

Визначаючи методи соціально-педагогічного інтегрування, виходили з того, що ефективність інтеграційного процесу залежить переважно від рівня інтеграційного потенціалу людей з функціональними обмеженнями, який включає:

- загальний фізичний стан;
- фізіологічну адаптованість до умов зовнішнього середовища;
- психологічний стан;
- соціальну адаптованість;
- структуру потреб інвалідів, коло їх інтересів, задатків і здібностей.

При здійсненні психодіагностики молодих інвалідів було використано як традиційні методи (зокрема, спостереження, бесіди), так і специфічне психодіагностичне дослідження [136; 137; 184]. Експериментом передбачалася діагностика соціально-психологічній сфері, визначення позитивного потенціалу, який забезпечував компенсаторний розвиток особистості, готовність до професійної підготовки, саморозвитку і самовдосконалення. За цих умов під фізичним здоров'ям розумілося збалансоване функціонування організму; за норму психічного здоров'я брати рівновагу та сталість психіки, адекватне сприйняття реального світу та нормальну діяльність вищих психічних функцій; критерієм соціального здоров'я виступали безконфліктна взаємодія з навколишнім світом, доброзичливі стосунки в студентському

колективі та задоволення обраною професією. Щодо духовного здоров'я, то його пріоритетом виступали: прагнення до любові, правди, істини, добра, до відкриття нового, здатність діяти з любові до ближнього, позитивне ставлення до живої і неживої природи. В цьому сенсі духовне здоров'я оцінювалося як одне з найголовніших джерел життєвої сили та енергії. Разом з цим усі аспекти здоров'я вважали однаково важливими і розглядали їх у взаємозв'язку.

За основу самооцінки здоров'я було обрано методикау Біла Райна «Колесо життя», що передбачає сприйняття життя в усій його повноті та гармонійності і відображає духовну, інтелектуальну, професійний, екологічну, фізичну, емоційну, соціальну та психологічну сфери (Додаток Д).

Для проведення діагностичної справи молодим інвалідам пропонували намалювати на аркуші паперу велике коло, а в його центрі розмістити – мале коло. Від центральної точки малого до крайніх точок великого кола проводилися вісім ліній, кожна з яких прямо протилежна іншій. Кінець і початок ліній відповідав певному ступеню вираженості тієї чи іншої ознаки (найменший ступінь вираженості знаходився в центрі малого кола, віддаленість від якого означала зростання ступеня вираженості). Кожний з учасників справи знаходив і позначав на певній лінії місце, що найбільше відповідало його стану на сучасному етапі. Потім з'єднували позначки лінією, яка визначала найблагополучніші аспекти життя та сфери життєдіяльності, що потребували вдосконалення. Кожну ознаку здоров'я визначали трьома балами при високій оцінці, двома – при середній оцінці та одним балом при низькій. Самооцінку всіх сфер життєдіяльності визначали як високу при сумарній кількості 24 бали, середню – при 23–16 і низьку при 15 балах і нижче.

Самооцінка здоров'я за методикою Б.Райна «Колесо життя» дала змогу орієнтовно виявити найбільш благополучні аспекти життя молоді з інвалідністю та сфери життєдіяльності, які потребують удосконалення.

Дані дослідження самооцінки здоров'я за методикою Б.Райна «Колесо життя» свідчать про необхідність уточнення соціальної, психологічної, фізичної

та інтелектуальної сфер життєдіяльності з метою визначення напрямків інтегрування та умов їх позитивного розвитку в процесі участі в клубі.

Враховувалися дані самооцінки психологічної сфери життєдіяльності, психологічний аспект якості життя та особистісні психологічні характеристики молоді людини з обмеженими функціональними можливостями, які з'ясовували за допомогою опитувальника Р.Кеттелла (16-ФЛО-105С) (16-факторний особистісний опитувальник) (Додаток Ж) [120,с.243-264]. Цей опитувальник фахівці вважають найпоширенішим засобом експрес-діагностики особистості, особливо, коли необхідно отримати інформацію про індивідуально-психологічні особливості людини протягом короткого часу та при масових обстеженнях [136,с.244-245].

Психологічний «профіль» особистості, побудований за первинними балами на шкалі 20-80, давав змогу визначити тип характеру, активність особистості та уточнити адекватність її самоактуалізації. Крім того, переведення первинних балів у стени за таблицею нормування первинних балів унеобхіднювалось тим, що існуючі інтерпретації сутності факторів прийнято виражати в стенах. Оскільки таблиця дає змогу перейти від стенів на шкалу 20-80, то як за кількістю стенів, так і за кількістю балів цієї шкали можна було з'ясувати з достатньою достовірністю тип характеру, темпераменту і мотивації досліджуваних .

Щоб отримати результати 4-х комплексних факторів другого порядку, було опрацьовано 16 факторів, які дають сумарну характеристику таких важливих психологічних ознак, як адаптованість на відміну від тривоги (фактор 1), інтроверсію на відміну від екстраверсії (фактор 2), емоційність на відміну від реактивної врівноваженості (фактор 3), підпорядкованість на відміну від незалежності (фактор 4). Високий рівень особистісних психологічних характеристик визначався при 61-80 балах (8-10 стенів), середній – при 41-60 балах (4-7 стенів) і низький – при 40 балах і нижче (3-1 стен).

На рис. 2.8. наведено узагальнений психологічний «профіль особистості» студентів експериментальної групи, з якого видно, що цифрове значення факторів хитається переважно в діапазоні 35-49.

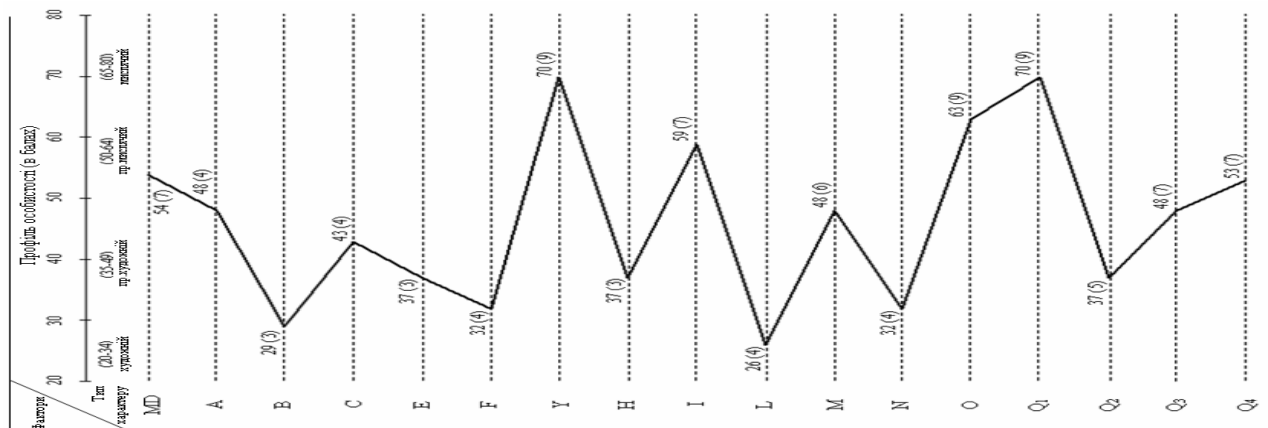


Рис.2.8. Узагальнений психологічний «профіль особистості».

Для оцінки рівня адаптованості використано опитувальник, запропонований К.Роджерсом, і Р.Даймондом (Додаток 3). Він містить 101 позицію, з якою респондент або погоджувався, або не погоджувався. Всі вони були розбиті на 8 шкал, одна з яких називалася шкалою відвертості [137].

Опитування дало змогу виявити не лише рівень адаптованості респондента на момент проведення тестування, але й простежити, які саме адаптивні можливості не дозволяли ефективно пристосуватися до умов соціального середовища.

Високий рівень сформованості розвитку адаптивних характеристик було визначено при показниках у межах 50-41%, середній – при 40-31%, низький – при 30% і нижче.

В процесі експериментального дослідження особливе місце займало дослідження якості життя інвалідів. У наш час якість життя характеризується як здатність індивідуума функціонувати в суспільстві відповідно до своєму положенню й одержувати задоволення від життя . Поняття якість життя є багатофакторним, тобто містить у собі безліч компонентів. У зв'язку із цим поряд з іншими (економічними, психосоціальними, технологічними, медичний й т.д.) [].

ВООЗ визначає якість життя як «сприйняття індивідом його положення в житті в контексті культури й систем цінностей, у якому він живе, і відповідно до його власних цілей, очікування, стандартів й турботи» Більшість авторів виділяють суб'єктивні й об'єктивні критерії якості життя. До об'єктивних критеріїв прийнято відносити фізичну активність і трудову реабілітацію. Суб'єктивні показники якості життя відображають емоційний статус, задоволеність життям і самопочуття інваліда. Слід зазначити, що диференціація об'єктивних і суб'єктивних критеріїв є складним і суперечливим питанням. Виділяють медичну (залежну від здоров'я) складову якості життя, під якою розуміють вплив самого захворювання (обмеження функціональних здатностей у результаті хвороби), а також лікування на повсякденну життєдіяльність хворого[115, с.66-72].

Оцінка якості життя особистості може провадитися двома основними способами: психологом, соціальними педагогом (об'єктивний підхід); або шляхом самооцінки (суб'єктивний підхід). Мотивом до розробки суб'єктивних підходів з'явилися результати досліджень, що показали недостатнє розуміння лікарем адаптивних або реабілітаційних потреб пацієнта, у результаті чого погляди лікаря можуть не відповідати установкам хворого. Найбільш доцільним представляється сполучення об'єктивного підходу, що відображає соціально прийнятні норми життя, і суб'єктивного підходу, що дозволяє оцінити власні норми й переваги пацієнта[194, с.55-58] У розробку наукового вивчення якості життя великий внесок внесла Всесвітня Організація Охорони здоров'я – вона виробила основні критерії якості життя:

- фізичні (сила, енергія, втома, біль, дискомфорт, сон, відпочинок).
- психологічні (позитивні емоції, мислення, самооцінка, зовнішній вигляд, переживання).
- рівень незалежності (повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування).
- громадське життя (особисті взаємини, суспільна цінність суб'єкта, сексуальна активність).

- навколишнє середовище (побут, благополуччя, безпека, доступність і якість медичної й соціальної допомоги, забезпеченість, екологія, можливість навчання, доступність інформації).

- духовність (релігія, особисті переконання).

Для отримання необхідної інформації про якість життя (ЯЖ) респондентів було використано спеціальний опитувальник, запропонований В.Седневим (Додаток Л) [184,с.52-53]. Заповнення трьохшкального бланку в процесі індивідуальної співбесіди дало змогу об'єктивно оцінити соціально-економічну, психологічну та фізичну сфери життєдіяльності молоді з функціональними обмеженнями. Після проведеного аналізу ми володіли інтегральною величиною як за кожною шкалою досліджених сфер життєдіяльності, так і сукупним показником ЯЖ. Порівняння отриманих результатів з результатами попереднього дослідження давало змогу оцінити наслідки інтеграційних заходів, прогноз їх ефективності, а також темпи поліпшення стану здоров'я молоді з функціональними обмеженнями.

Оцінка ЯЖ за окремими компонентами і в цілому здійснювалася так: спочатку визначалася реальна сума балів за кожним компонентом, далі здійснювали розрахунки сумарної кількості балів. Максимальна сума балів з кожного компонента складала 10 балів, а в цілому – 30 балів. Високому рівню якості життя за окремим компонентом відповідали 8-10 балів і в цілому 28-30 балів, середньому рівню відповідно 5-7 балів і в цілому 25-27 балів, низькому рівню – до 4 балів та в цілому до 24 балів.

Визначення готовності до інтегрування у соціальне середовище молоді з функціональними обмеженнями здійснювалося шляхом вивчення в процесі спілкування минулого досвіду їх активного включення в суспільне життя, дослідження за допомогою діагностичних вправ мотиваційної сфери, інтересу до громадської діяльності, інформаційних потреб, уміння раціонально організувати свою діяльність, визначати необхідні джерела інформації та її оптимальний обсяг.

Вивчення функціонального стану та готовності до інтегрування молоді було головним завданням констатувального етапу експерименту.

Дані про розподіл молоді, які взяли участь в експерименті, наведені в табл. 2.1.

Таблиця 2.1.

Розподіл молоді з функціональними обмеженнями за статтю та віком

Групи	Число молоді	Стать		Вік		
		Жін.	Чол.	17-21р.	22-25р.	>25 р.
Експериментальна	44	20	24	19	16	9
Контрольна	46	26	20	26	6	4
Всього:	90	46	44	45	22	13

Показники в таблиці ілюструють переважання серед обстежених осіб віком від 17 до 21 року як в основній, так і в контрольній групах. Відзначається низька кількість молоді після 25 років в основній і контрольній групах, що можна пояснити певною ізольованістю молоді.

Серед інвалідів найбільший відсоток набирають молоді люди з порушенням та травмами опорно-рухового апарату. Наведений розподіл інвалідів за характером функціональних порушень був використаний при складанні індивідуальних програм психокорекційної роботи.

Необхідне уточнення соціальної, психологічної, фізичної та інтелектуальної сфер життєдіяльності, що дозволить визначити оптимальні напрямки інтегрування та умов їх позитивного розвитку в процесі інтегрування в соціальне середовище.

Результати визначення адаптивних характеристик молоді основної і контрольної груп наведені в табл.2.2. Варто зазначити, що низькі показники адаптивних характеристик були у більшості представників обох груп на початку психокорекційної роботи. Трохи кращою з-поміж них виявилася перевірка на «намагання домінувати», що свідчить про позитивне ставлення до себе і власної ролі в суспільстві. Особливої уваги заслуговують результати за показниками «самосприйняття» з вираженою залежністю від інших, «інтернальність» зі зниженням контролю за власним життям, активності в

прийманні рішень і досягненні поставленої мети та «емоційна комфортність» з неспокійним, невірноваженим станом, відсутністю оптимізму, замкнутістю, тривожністю і страхом.

Зазначені відхилення дозволяють стверджувати, що процес соціально-педагогчного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями гальмується емоційним дискомфортом, зумовленим передусім несформованістю вміння довіряти незнайомим та недостатньою сформованістю образу власного «Я».

Однією з важливих характеристик внутрішнього потенціалу молоді з функціональними обмеженнями, що визначають їх стосунки з волонтерами і здоровими однолітками, є самооцінка.

Таблиця 2.2

Рівні сформованості адаптивних характеристик

Показники		Експериментальна група (n=44)			Контрольна група (n=46)		
		Рівні сформованості (Абс./%)					
		Високий	Середній	Низький	Високий	Середній	Низький
Самосприйняття	Осі б	4	13	27	6	12	28
	%	9,1	29,5	61,4	13,1	26,1	60,8
Сприйняття інших	Осі б	4	18	22	5	25	16
	%	9,1	40,9	50	10,8	54,5	34,7
Емоційна комфортність	Осі б	12	8	24	8	14	24
	%	27,3	18,2	54,5	17,2	30,2	52,3
Інтернальність	Осі б	6	14	24	4	22	20
	%	13,6	31,8	54,6	8,6	47,8	43,6
Намагання домінувати	Осі б	8	26	10	2	31	13
	%	18,2	59,1	22,7	4,4	67,3	28,3

Нами було виявлено, що інтегрування є більше ефективним для людей, що оцінюють себе більш високо. Виявилось, що в цілому самооцінка у молоді з інвалідністю досить висока. Однак при диференційованішому підході

з'ясувалося, що інваліди значно нижче оцінюють свої вольові якості. Це свідчить про недостатню впевненість у собі, тривожності й відчутті своєї залежності. Невисока також оцінка своєї активності, що вказує на інтровертованість, пасивність, спроби стримувати емоційні прояви. Отже, висока самооцінка навряд чи є результатом тверезої оцінки своїх якостей, скоріше це – захисна реакція особистості на обмежену можливість реалізації себе, незадоволену потребу в соціальному престижі. Це підтверджується наявністю в інвалідів таких якостей, як вразливість, чутливість до критичних зауважень, а також егоцентризм, що припускає заклопотаність своїм статусом, зосередженість на своїх проблемах. На суперечливий характер самооцінки вказує також те, що висока самооцінка часто наявна лише на вербальному рівні (тобто проявляється у відкритих висловленнях).

Дослідження самооцінки виявило в багатьох інвалідів незадоволеність собою. Наприклад, зустрічаються випадки вкрай низької самооцінки: інвалід характеризує себе як «каліку», «неповноцінного», «збиткового». Зустрічається й неадекватно висока самооцінка. Залежить самооцінка й від такого фактора, як ступінь тяжкості захворювання. Причому тут проявляється «феномен III групи». В інвалідів III групи занижена самооцінка зустрічається частіше, ніж в інвалідів II групи, тобто важчим вираженням захворювання. Що стосується інвалідів I групи, то в них може зустрічатися як занижена, так і завищена самооцінка. В основі заниженої самооцінки лежать відчуття безнадійності, безсилля, безпорадності. Завищена самооцінка має у своїй основі функціонування механізмів психологічного захисту, втрату критичності.

Отже, характерна для молоді з функціональними обмеженнями особливість самооцінки – не стільки її загальний стан (високий або низький), скільки суперечливість. Це проявляється в різких розходженнях оцінки себе за окремими якостями, і в розбіжності усвідомлюваних і підсвідомих компонентів самооцінки, і в більшій вираженості в інвалідів тенденції давати собі крайні (дуже високі й дуже низькі) оцінки, у той час як у людей без інвалідності переважає тенденція до середніх показників самооцінки.

Спеціально здійснене дослідження показало, що в певній категорії молоді може бути завищений рівень фрустрації як форми психологічного стресу, коли вони гостро переживають неуспіхи, неможливість задовольнити актуальні потреби через об'єктивні перешкоди. Може також виявлятися егоцентричність, яка характеризується переоцінкою власних здібностей та можливостей, надмірним честолюбством, необґрунтованими очікуваннями щодо інших, емоційною холодністю, байдужістю. В цих випадках характерною є нестабільна самооцінка.

Серед найбільш значущих обмежень соціальних функцій у молоді експериментальної і контрольної груп, виявлених в процесі комплексного обстеження, можна назвати такі:

- обмеження соціальних контактів та поява довготривалої ситуації соціальної депривації, що призводить до недостатнього рівня розвитку в особистості соціальних здібностей та компетенції, а також впливає на зниження адаптивних можливостей особистості;
- обмеження у роботі з інформацією та пізнанні навколишнього світу.

Молоді люди з даними типами порушень переважно були розумово та психічно повноцінними, але брак інформації призводив до зниження окремих пізнавальних функцій. Цій категорії людей властиве постійне відчуття браку знань та власної здатності орієнтуватися в ситуаціях.

Результати вивчення соціально-психологічних характеристик молоді з функціональними обмеженнями за методикою Р.Кеттелла наведені в табл 2.3. Дані свідчать, що при первинному обстеженні у молодих інвалідів експериментальної та контрольної груп були суттєво знижені показники «настороженість» (91% випадків) і «комунікабельність» (47,7% випадків), що свідчить про схильність до ригідності, недовірливості, замкнутості. Низьким виявився і показник «інтелект» (75% випадків), чим підтверджується недостатній рівень інтелектуальної активності. Рівні показників «тривожність» і «напруженість» свідчили про переважання в обстежених осіб поганого

настрою, підвищеної тривожності у складних ситуаціях, фрустрованості та надмірної активності.

Таблиця 2.3.

Рівні сформованості психологічних характеристик

Показники		Експериментальна група (n=44)			Контрольна група (n=46)		
		Рівні сформованості (Абс./%)					
		Високий	Середній	Низький	Високий	Середній	Низький
Комунікбельність	осіб	0	25	19	2	24	20
	%	0	56,8	43,2	4,2	52,1	43,7
Інтелект	осіб	3	14	27	4	14	28
	%	6,8	31,8	61,4	8,7	30,5	60,8
Емоційність	осіб	1	26	17	2	24	20
	%	2,3	59	38,7	4,2	52,1	43,7
Нормативність	осіб	17	24	3	13	28	5
	%	38,6	54,6	6,8	28,4	60,8	10,8
Настороженість	осіб	4	4	36	2	4	40
	%	9,1	9,1	81,8	4,4	8,7	86,9
Тривожність	осіб	4	24	16	14	20	12
	%	9,1	54,6	36,3	30,5	43,4	26,1
Самоконтроль	осіб	12	22	10	14	26	6
	%	27,2	50,1	22,7	30,5	56,5	13
Напруженість	осіб	14	21	9	10	28	8
	%	31,8	47,7	20,5	21,7	60,8	17,5

Водночас варто відзначити й наявність такої позитивної ознаки, як висока та середня оцінка показника «нормативність» (93,2% випадків), що свідчило про усвідомлене дотримання цими особами норм і правил поведінки, наполегливість у досягненні мети, відповідальність та ділова спрямованість у виконанні завдань.

Враховання позитивної психосоціальної характеристики у психокорекційному і педагогічному процесі дозволяє спрогнозувати позитивні

зрушення у молоді з недостатньо розвиненими психологічними характеристиками і в цілому розраховувати на досягнення ефективної соціально-педагогічної інтеграції за умови їх адекватної корекції.

Комплексні фактори другого порядку підтвердили наявність у молодих інвалідів високого рівня тривоги, зумовленої тією чи іншою ситуацією або неможливістю досягнення бажаного повною мірою (фактор 1); схильність до стриманості у відносинах з оточуючими та самозадоволення (фактор 2); емоційну нестабільність, незадоволеність, фрустрованість (фактор 3); пасивність та підпорядкованість групі (фактор 4).

Результати оцінки ЯЖ за окремими показниками в основній і контрольній групах наведено в табл 2.4.

Як видно з представлених даних, ЯЖ відповідає переважно середньому рівню розвитку, разом з тим помітний відсоток (46,6%) становлять особи з низьким рівнем ЯЖ. Особливо виділяється висока частота (20%) показника низького рівня ЯЖ за психологічним критерієм і такими його ознаками, як «когнітивний розвиток», «емоційна регуляція» та «самооцінка». Результати зівставлення відсоткових коефіцієнтів ЯЖ в експериментальній та контрольній групах показали відсутність різниці ЯЖ у молоді основної і контрольної груп як за окремими компонентами, так і в цілому за комплексним показником. Це свідчить про однорідність груп за функціональними ознаками і дає підстави пов'язувати динамічні зміни критеріїв виключно з обсягом та характером використаних психокорекційних заходів (консультування, арттерапія, тренінги, бесіди) в процесі інтеграції та активної участі в діяльності громадської організації.

У процесі спілкування з молоддю експериментальної та контрольної груп була отримана інформація, яка дозволяє оцінити спосіб життя .

Виявлено незадоволений спосіб життя у 81,1% молоді експериментальної групи (переважно за рахунок неповноцінного харчування) і

у 87,3% молоді контрольної групи (переважно за рахунок низької фізичної активності).

Таблиця 2.4.

Результати оцінки якості життя

Показники		Експериментальна група (n=44)			Контрольна група (n=46)			В цілому (n=90)		
		Рівні сформованості (Абс./%)								
		Високий	Середній	Низький	Високий	Середній	Низький	Високий	Середній	Низький
Соціально-економічний	осіб	4	28	12	2	30	14	6	58	26
	%	9	63,6	27,3	4,3	65,2	30,4	6,6	64,4	28,8
Психологічний	осіб	3	9	32	5	9	32	8	4	18
	%	6,8	20,5	72,7	10,8	19,5	69,5	8,8	4,4	20
Фізичний	осіб	13	12	19	11	23	12	24	24	42
	%	29,5	27,2	43,3	23,9	50	26	26,6	26,6	46,6

Молодь з функціональними обмеженнями відчувала власна залежність від інших людей під час виконання навіть простих та необхідних предметно-практичних дій. У зв'язку з цим в особистості формувалася внутрішньо-суперечлива система потреб: з одного боку, це потреба у допомозі оточуючих людей, а з другого, це потреба у максимальній самостійності та функціональній незалежності. Виявлено обмеження в особистісній самореалізації особистості та розвитку творчих здібностей.

Потреба у самоактуалізації та самореалізації особистості була однією з найвагоміших, але молоді люди з функціональними обмеженнями стикались з труднощами їх задоволення. Активна участь у діяльності громадської організації та в клубі спілкування відкривала молодим інвалідам значні можливості в реалізації власного творчого потенціалу та відстоюванні своїх прав у суспільстві, які б давали змогу їм знайти шляхи необмеженого інтегрування зростання та особистісної самореалізації.

Тому оздоровчо-психолого-педагогічна складова виступала основою моделювання соціально-педагогічних технологій і визначала напрями оптимального використання наявних можливостей інтеграційного потенціалу.

Серед корекційно-відновлювальних заходів у дослідженні використано психологічний, соціальний, педагогічний та оздоровчий напрями.

Соціально-педагогічне інтегрування розглядали як винятково важливий шлях підтримки та постійного відновлення фізичних та моральних сил молоді з функціональними обмеженнями. За цих обставин пріоритетне значення надавалося педагогічному компоненту, який визначав загальну стратегію керівництва цим процесом на шляху подолання біологічних та соціальних обмежень особистості. Тому особливий інтерес становило втілення ідеї соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями через створену нами й діючу в умовах клубу систему психолого-педагогічної та соціальної інтеграції. Її активною ланкою виступали волонтери та працівники клубу, які здійснювали керівництво цим процесом через розкриття внутрішнього потенціалу молоді з функціональними обмеженнями.

Враховуючи виявлені відхилення адаптивних і соціально-психологічних характеристик, а також потребу в педагогічній підтримці та використанні комплексу оздоровчих заходів на формувальному етапі експерименту, було з'ясовано необхідність налагодження співпраці соціального педагога, психолога і реабілітолога для обґрунтування та виконання програми інтегрування. Нами розроблена програма інтегрування розрахована на тривале використання з щорічним контролем ефективності інтегрування та внесенням необхідних змін чи доповнень у процесі дослідження.

У ході реалізації першого етапу програми інтегрування здійснюється збір первинного анамнезу: паспортні дані, висновок медичного закладу про хворобу (діагноз), висновок МСЕК про встановлену групу інвалідності, рекомендації з реабілітації та інформацію про виконані реабілітаційні заходи протягом останнього року.

Наступний етап – діагностичний – відображає обсяг необхідних психолого-педагогічних, соціологічних та фізіологічних досліджень для комплексної оцінки інтеграційного потенціалу молоді з функціональними обмеженнями.

У ході реалізації наступного етапу здійснюються корекційно-відновлювальні заходи у відповідності з виявленими відхиленнями у сферах життєдіяльності. Паралельно здійснюється постійний контроль динаміки рівнів сформованості критеріїв і показників ефективності інтегрування в процесі реалізації програми інтегрування. Передбачено здійснення щорічного висновку соціального педагога, психолога та фахівця з фізичної реабілітації про виконання програми, а також щодо ефективності проведених заходів та рекомендацій на подальший період.

Відповідно до моделі та індивідуальних програмам проводили відповідні інтегровувальні заходи.

Соціальне інтегрування здійснювалася через залучення молоді з функціональними обмеженнями до активної участі в роботі клубу *взаємодопомоги та клубу за інтересами* й передбачало сприяння покращанню їхніх умінь та навичок щодо соціально-побутового обслуговування, формуванню здорового способу життя, підвищенню соціальної активності, розширенню кола знайомств і сфери особистісних контактів, організації відпочинку та дозвілля, вирішенню гострих соціальних питань відповідно до законодавчої бази України.

На основі результатів соціологічного дослідження робота здійснювалася у кількох напрямках і включала:

- тренінги на комунікативну сферу, підвищення самооцінки, емоційно-вольову сферу, на підвищення рівня мотивації, концентрацію уваги, точність виконання завдання, аутотренінг як провідний спосіб зняття психічної напруги, методики з арсеналу психосинтетичного напрямку (орієнтовані на використання фантазії, уяви) ;

- індивідуальні співбесіди з молоддю з метою вивчення особистісних проблем;

- створення клубу взаємодопомоги та залучення молоді до активної участі в його діяльності (організація та проведення дозвілля, емоційна, юридична підтримка);
- створення та організацію роботи клубу за інтересами з активною участю в його роботі молоді з функціональними обмеженнями (рукоділья, шахи, танці).

Психологічне інтегрування ґрунтувався на результатах діагностики психологічних якостей, здібностей та інтересів, вирішення ряду виявлених психологічних проблем: формування високого рівня самооцінки, емоційної стійкості, удосконалення комунікативних навичок. Із цією метою було розроблено зміст індивідуальних та групових занять, систематично проводилися психологічні тренінги (на зниження тривожності, агресивності, розвиток самоконтролю, підвищення рівня мотивації).

Зусилля психолога та волонтерського колективу були спрямовані передусім на психологічну адаптацію молоді з функціональними обмеженнями шляхом активізації їх ініціативи і творчості в намаганні «бути сприйнятим» оточуючим соціумом. Психологічне інтегрування полягало в тактовному втручанні в процеси психічного й особистісного розвитку людини з метою усунення відхилень у цих процесах, що мало вплив не лише на особистість, але й на організацію життєдіяльності його оточення. Воно включало психодіагностичні обстеження, психокорекційні заходи, консультативну підтримку задля формування у молоді установки на подолання всіх можливих проблем щодо негативних наслідків хвороби. Індивідуальна психокорекція була спрямована на глибинне осягнення особистості та здійснення прогресивних зрушень в її взаємодії зі світом через зміну само- і світосприйняття. Вона здійснювалося у формі діалогу між психологом і клієнтом, сам факт якого сприяв становленню повноцінної особистості, що здатна займати активну творчу позицію щодо себе та своєї життєдіяльності, справлятися із травмуючими ситуаціями, приймати рішення і продуктивно,

нешаблонно діяти у відповідних соціально-культурних умовах, з розумінням перспективи та почуттям людської гідності [235, с.107-109].

У процесі індивідуального консультування інвалідам надавалася психологічна допомога, спрямована на блокування негативних установок, зміну поведінкової реакції, роз'яснення психологічного стану та усвідомлення причин, що його викликали, а також на пошук шляхів і способів їх якнайшвидшого розв'язання.

Групова корекційно-відновлювальна робота проводилася у формі тренінгових занять і включала:

- зняття високого рівня тривожності;
- зняття високого рівня агресивності;
- комунікативні тренінги;
- тренінги з розвитку впевненості у собі;
- тренінг на розвиток особистої цілеспрямованості;
- тренінг з формування позиції активної поведінки в суспільстві;
- тренінги з формування позитивної самооцінки;
- тренінг з подолання стереотипів по відношенню до інвалідів;
- тренінг на ознайомлення з філософією незалежного життя;
- тренінг з формування навичок відстоювання прав та інтересів інвалідів;
- інформаційний тренінг «Молодь з обмеженими функціональними можливостями: за рівні права та можливості» [139].
- інформаційний тренінг «Права інвалідів на освіту»;
- інформаційний тренінг «Права інвалідів на працевлаштування»;
- складання резюме та підготовка до співбесіди з роботодавцем.

Поряд з цим використовувалась ароматерапія та музикотерапія.

Заняття проводилися мульти дисциплінарною командою (соціальний педагог, психолог, волонтер-юрист та волонтер- медсестра, та студенти-волонтери) з опорою на позитивний потенціал особистості, що допомогло молодим інвалідам саморозкритися й пізнати самих себе.

Отже, психологічне інтегрування молоді з особливими потребами була

спрямована на покращання чи збереження їх психологічного здоров'я, профілактику та корекцію тих чи інших відхилень особистісного розвитку.

Фізичне інтегрування здійснювалося з урахуванням результатів оцінки життя та здоров'я молодих інвалідів і передбачало використання заходів, спрямованих на формування здорового способу життя. Нами використовувалися такі форми та методи роботи, як профілактичні тренінги, аналіз відеоматеріалів, дискусії та ін., спрямовані на зміцнення здоров'я за допомогою сприяння зміні звичок харчування, а також масаж, участь у спортивних секціях, туристичні походи, аромотерапія.

Крім об'єктивних причин, що впливають на стан фізичного здоров'я молоді, існують і суб'єктивні чинники, які залежать від ставлення людини до власного здоров'я, розуміння його значення для себе, свого майбутнього, для суспільства[56]. Їхня роль видається досить важливою, особливо з огляду на те, що донедавна в нашому суспільстві не існувало соціального замовлення на здоровий спосіб життя як соціальну цінність: до послуг були листи непрацевдатності, які давали людині змогу без особливих зусиль чекати видужання[148].

Здоровий спосіб життя людини – це, з одного боку, стан фізичних, психічних, духовних та соціальних показників, а з іншого – сукупність ціннісних орієнтирів оточуючого середовища. Те й інше в єдності прийнято розглядати як сформованість у особистості здорового способу життя [33]. Однак здоровий спосіб життя у жодному разі не можна ототожнювати з поняттям комфортності, виходячи з того, що спосіб життя – явище завжди об'єктивне, тоді як комфортність нерідко трактується суб'єктивно і, зводячись до шкідливих звичок (неправильна, але звична поза за столом, що призводить до викривлення хребта, легкий ступінь сп'яніння при вживанні алкоголю, поодинокі випадки вживання наркотиків, початкова стадія звикання до нікотину, які в подальшому призводять до абстиненції, хворобливого стану), може шкодити здоров'ю .

Профілактика включала комплекс соціальних, просвітницьких та медико-психологічних заходів, спрямованих на формування навичок здорового способу життя та попередження негативного впливу на організм молоді людини алкоголю, наркотичних речовин, паління, неконтрольованої статевої поведінки.

Нами використовувалися різноманітні підходи до організації профілактики, які здебільшого поєднувалися між собою. Це насамперед надання інформації про можливі шкідливі впливи на здоров'я тютюну, горілчаних виробів тощо; емоційне навчання (подолання «емоційної глухоти та німоти»), апеляція до цінностей і знань, виховання здатності до протидії, означення альтернативи та впливу соціального середовища, зміцнення здоров'я за допомогою спеціальних технологій.

Педагогічне інтегрування передбачало підвищення мотивації молодих інвалідів до навчання та продуктивної роботи. Це досягалося завдяки включенню у спільну діяльність із молоддю з функціональними обмеженнями як педагогічного колективу, так і волонтерів. При цьому особлива увага зверталася на засвоєння інформаційного матеріалу та опанування різного виду навичок, а також створення відповідного технічного та інформаційного забезпечення педагогічного процесу.

Важливим завданням було формування у молоді з функціональними обмеженнями знань і навиків організації навчальної діяльності. Для цього спочатку проводилась діагностика сформованості у них знань і умінь, в подальшому створювалися педагогічні умови для розвитку інтересу до раціональної організації праці, засвоєння та осмислення необхідних знань і, зрештою, застосування набутих знань та умінь в діяльності клубу спілкування.

Отже, передбачені моделлю соціально-педагогічного інтегрування різнопланові і багатofакторні впливи дають привід очікувати суттєвих позитивних результатів для молоді з функціональними обмеженнями. Але, як свідчать факти, в Україні поки що для цього не створені належні соціально-

педагогічні умови. Тому розв'язання даної проблеми в умовах нашого клубу було головним завданням формувального етапу експерименту.

Всі напрями процесу інтегрування розгорталися у взаємозв'язку, проте їхня успішна реалізація потребувала створення необхідних соціально-педагогічних умов.

Серед загальних умов соціально-педагогічного інтегрування значна роль відводиться сукупному потенціалу середовища – умовній площині, в якій активно діють три сектори: держава, підприємництво та неурядові організації.

За цих умов держава покликана удосконалювати законодавство, маючи на меті створення соціальної структури, яка враховувала б конкретні вимоги та потреби клієнтів у різних формах соціальних служб.

Важливу роль відіграє бізнес, що живить соціальні програми. Об'єктивно впливаючи на поліпшення економічного становища держави, він водночас підтримує різні фонди та організації, допомагаючи розв'язувати соціальні проблеми. Надто важливою є роль неурядового сектора, громадські утворення якого ближче стоять до окремих груп населення. Вони мають змогу активно сприяти втіленню соціальних програм та доповнювати державну соціальну структуру. У даному конкретному випадку йдеться про соціальну допомогу та підтримку людей з функціональними обмеженнями.

Сфера зовнішніх умов організації інтегрування узагальнює сукупність існуючих можливостей для здійснення інтеграційних заходів та соціальної адаптованості молоді з функціональними обмеженнями.

На основі даних літератури, статистичного матеріалу результатів анкетування волонтерів і здорових однолітків, результатів констатувального етапу дослідження та з урахуванням необхідності ефективного виконання інтеграційних заходів обґрунтовано соціально-педагогічні умови інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у взаємозв'язку з моделлю інтегрування (рис 2.8.).

До таких умов належать:

- інформування громадськості про проблеми інвалідів та необхідність їх інтегрування у сучасне середовище;
- створення комфортного психологічного мікросередовища в клубах спілкування;
- забезпечення активної участі інвалідів у процесі інтегрування;
- підготовка волонтерів та ровесників, які не мають вад розвитку, до соціально-педагогічної роботи з інвалідами.

Окрім того, важлива роль відведена і таким базовим умовам, які посилюють ефективність інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у соціальне середовище. Це, зокрема, готовність до сприймання інвалідів як повноцінних членів суспільства і реалізація державної соціальної політики, спрямованої на зменшення закладів інтернатного типу та впровадження інтегрованого навчання молоді з функціональними обмеженнями, законодавча база і створення «рівних можливостей».

У процесі розвитку нової концепції інвалідності часто застосовують термін «забезпечення рівних можливостей», тобто створення в суспільстві доступних для інвалідів системи освіти, обслуговування, трудової діяльності, інформації [33, с.17-19; 216, с.129-130; 80-84; 85; 72].

Реалізацію соціально-педагогічних умов інтегрування молоді з функціональними обмеженнями ми розпочали передусім з вирішення одного з найважливіших завдань – створення «рівних можливостей» для користувачів інвалідних візків. Це досягалося низкою заходів, а саме: облаштуванням приміщень пандусами, поручнями вздовж міжповерхових східців та санітарних вузлів; пристосуванням робочих місць, місць у бібліотеці для зручного розміщення інваліда з візком під час роботи.

Для молоді з функціональними обмеженнями важливими були умови їхньої життєдіяльності в інтегрованому середовищі, бо від того, як організовано оточуюче середовище, значною мірою залежали їх психічний стан та духовні прагнення, а отже, й бажання та здатність займатися самовдосконаленням.

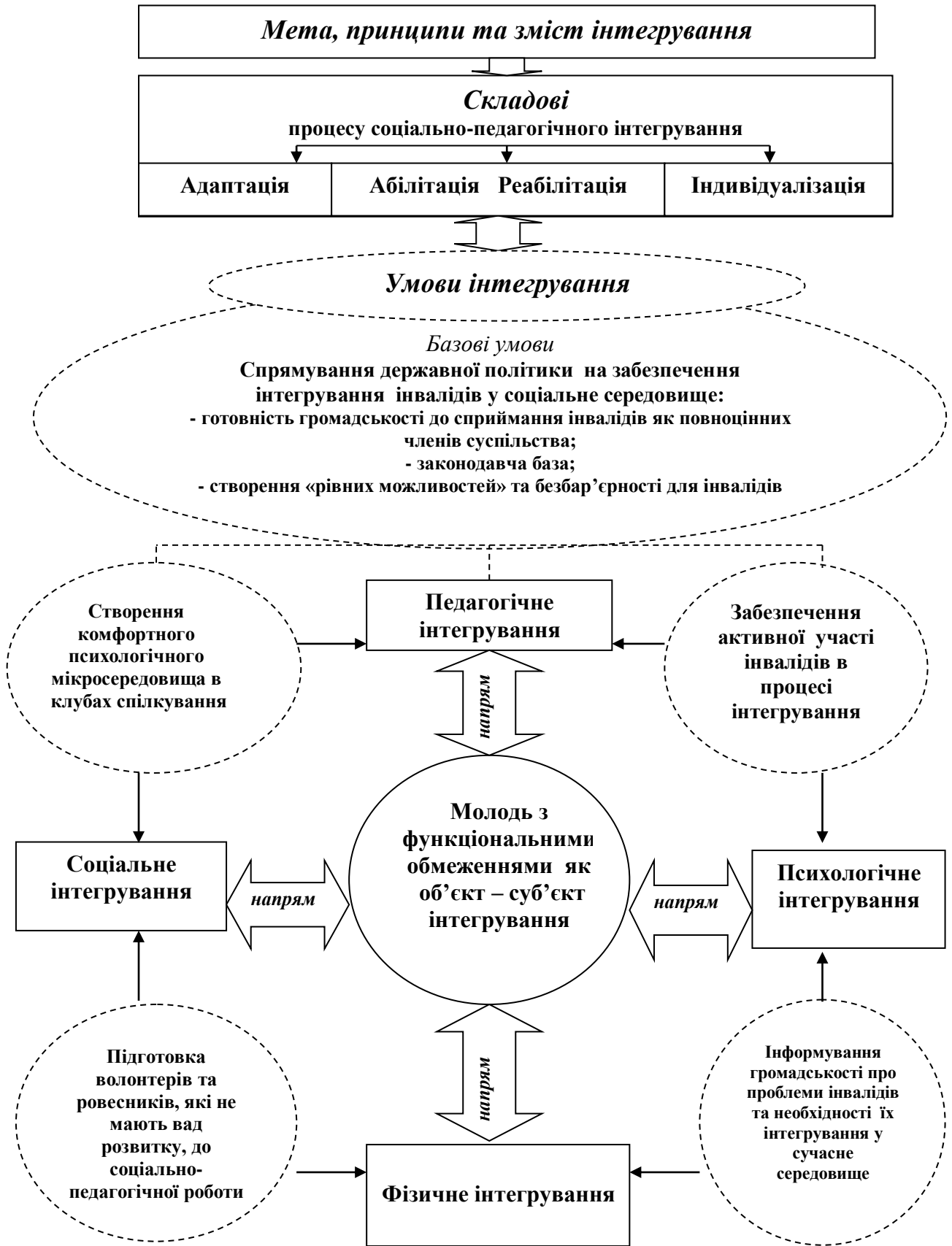


Рис.2.8. Модель соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у сучасне середовище

Досвід роботи з цією категорією людей показав, що інтегрування молоді з функціональними обмеженнями може бути ефективнішим ще й за наявності супроводжувальних умов, вирішення яких знаходиться на рівні загальнодержавної політики. Найголовнішою з них є необхідність подолання поширеного й дотепер стереотипу ставлення суспільства до людей з функціональними обмеженнями як до інвалідів. Слід змінити ставлення до них як до людей з обмеженими функціональними можливостями життєдіяльності. Через неготовність громадськості сприймати людину з функціональними обмеженнями як рівноправного члена суспільства процес соціалізації відбувається із значними ускладненнями.

Наступною умовою є досягнення позитивних змін, пов'язаних із здійсненням комплексу заходів просвітницько-інформаційного характеру; системою інформаційних заходів у ЗМІ, проведенням конференцій, круглих столів, вуличних акцій, фестивалів творчості, висвітленням різних аспектів соціальної роботи з інвалідами в засобах масової інформації, що назагал сприятиме інтенсивному інтегруванню молоді з функціональними обмеженнями в соціальне середовище.

Назріла необхідність внесення змін на рівні державної політики та законодавства. Соціальна політика стосовно інвалідів має базуватися на утвердженні їхньої повноцінності, забезпеченні можливостей для повноцінного соціального й професійного життя та сприяти їх інтеграції у суспільство. Державна політика в галузі навчання та виховання дітей і молоді з особливими потребами має бути спрямована на поступове зменшення закладів інтернатного типу та створення умов для інтегрованих форм навчання і виховання.

Дотримуючись наведених напрямків, ми створили соціально-педагогічні умови в межах реальних можливостей Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Як було зазначено вище, однією із найважливіших соціально-педагогічних умов інтегрування можна вважати створення у соціальному середовищі архітектурної безбар'єрності. Але у зв'язку з об'єктивними

обставинами створені нами умови ще не сповна відповідають необхідним потребам і сучасним можливостям. Особливу турботу викликала відсутність належного архітектурно-просторового дизайну для осіб, які пересуваються на інвалідному візку, – як зовнішнього (пішохідні простори, місця для відпочинку, переходи та острівці безпеки), так і внутрішнього (сходишки, підйомачі, транспортери, коридори, навчальні кімнати).

Соціально-педагогічні умови інтегрування, що складають основу нашого дослідження, є чимось більшим, ніж проста сукупність їх складових. В контексті інтегрування молоді з функціональними обмеженнями це означало розвиток у них нових, раніше відсутніх якостей, що свідчило про поступове розкриття внутрішнього потенціалу. Однією з провідних якостей в інтегруванні молоді є їх активна участь у житті суспільства та лобювання власних інтересів. Ця умова досягнута шляхом участі молоді в діяльності клубу спілкування «Разом заради розвитку».

У цілому інтегрування деякі фахівці зводять до «системи заходів, спрямованих на найповніше відновлення здоров'я хворих та інвалідів, повернення їх до активного життя» в суспільстві [167, с. 33].

У цьому аспекті важливу роль відіграє умова – це формування оптимального мікросередовища, тобто спеціально організованих малих груп, а щодо молоді з інвалідністю – «малих інтегрованих груп». Одним із найбільш точних визначень поняття «групи» є «... об'єднання людей, створення якого викликано об'єктивною необхідністю у співпраці і суб'єктивною потребою в спілкуванні» [149, с. 315]. Серед переваг групових форм роботи виділяють:

- створення в групі умов «суспільства в мініатюрі», що дає змогу програвати реалії зовнішнього середовища в штучно створеному спілкуванні;
- розкриття прихованих факторів соціального тиску і їх впливу в умовах групи на індивідуальні життєві позиції;
- забезпечення зворотного зв'язку і підтримки з боку тих, хто має спільні проблеми;
- прийняття цінностей і потреб інших людей в процесі групової

взаємодії;

– відчуття людиною, прийнятою іншими, їх довіри, турботи, можливості отримати допомогу і намагання аналогічно ставитися до інших членів групи;

– полегшення проблем, що виникають у міжособових стосунках, наявність змоги відчувати реакцію щодо себе і своїх вчинків з боку учасників групи;

– відчуття рівноцінності у спілкуванні чи будь-якій творчій або навчально-виробничій взаємодії;

– заохочення учасників групи до саморозкриття і самовдосконалення відповідно до розвитку впевненості у своїх силах.

Наступною умовою є підготовка волонтерів та здорових ровесників до роботи та супроводу інвалідів. У рамках нашого дослідження ця умова досягається цілеспрямованою роботою з волонтерами-студентами – майбутніми соціальними педагогами. Основне завдання соціально-педагогічної роботи з волонтерами полягає у формуванні толерантної гуманістичної установки, яка є найважливішою характеристикою соціально-педагогічної позиції, особливо це стосується гуманістичної установки майбутніх соціальних педагогів, діяльність яких характеризується добровільним прийняттям відповідальності за життєдіяльність інваліда. Ця умова детально розглянута у параграфі 2.3.

Однією з важливих умов ефективності пошуку шляхів вдосконалення інтегрування є розробка критеріїв її ефективності. Однак попри свою актуальність це питання ще не є достатньо опрацьованим. І пояснюється ця обставина насамперед недавніми змінами змісту соціальної роботи, за яких безпосередню мету соціальної підтримки інвалідів стали складати не стільки матеріальна, юридична і медична допомога, скільки створення умов для психологічної реабілітації, самовираження й саморозвитку індивідуальності та відновлення соціальних зв'язків.

Така зміна та ускладнення мети й змісту соціальної роботи актуалізує особистісно-індивідуальні (психологічні) й соціально-особистісні (соціально-

педагогічні) критерії та вимагає опрацювання і використання низки нових критеріїв. У контексті досліджуваної теми особливе місце посідали такі їх складові, як соціальна стійкість, ступінь самореалізації особистісного потенціалу та резервні можливості організму молоді з функціональними обмеженнями. За цих обставин багатоплановість і багатофакторність процесу соціально-педагогічного інтегрування вимагали комплексного підходу до обґрунтування критеріїв.

Передбачені експериментом різнопланові й багатофакторні впливи в процесі інтегрування молоді з функціональними обмеженнями вимагали комплексної оцінки змін їх внутрішнього потенціалу. Для об'єктивного й динамічного контролю було використано соціальний, психологічний, фізичний, педагогічний та комплексний критерії ефективності інтегрування.

Розробляючи критерії оцінки інтеграційного потенціалу молоді з функціональними обмеженнями та ефективності соціально-педагогічної інтегрування, ми виділили значення і загальні вимоги до критеріїв соціальних та соціально-педагогічних процесів, якими виступають ґрунтовність, визначеність, стабільність, відносність.

Оскільки програма дослідницького пошуку включала низку інноваційних складників, передусім створення соціально-педагогічних умов інтегрування молоді з функціональними обмеженнями, було використано такі критерії, які давали змогу аналізувати сам процес соціально-педагогічного інтегрування та його продуктивні результати. Сюди входили основні складові комплексного критерію ефективності інтеграційних заходів – соціологічний, психологічний, фізичний та педагогічний. Їх конкретне наповнення визначалося характером та змістом діяльності, спрямованої на реалізацію інтеграційного процесу.

На основі теоретичного аналізу проблеми і моделювання нами розроблені критерії і показники інтегрованості молоді з функціональними обмеженнями:

соціальний (самооцінка соціальної сфери життєдіяльності, соціально-економічного аспекту якості життя, здатності до адаптації);

психологічний (самооцінка власної психологічної сфери життєдіяльності, психологічного аспекту якості життя, прояв особистісних психологічних характеристик);

фізичний (самооцінка фізичної сфери життєдіяльності, фізичного аспекту якості життя, об'єктивний рівень фізичного стану);

педагогічний (самооцінка інтелектуальної сфери життєдіяльності, здатності до навчальної діяльності, прояв успішності у навчанні, включення у практичну діяльність).

Наведені критерії та їх показники давали змогу об'єктивно аналізувати процес соціально-педагогічного інтегрування і його результати, а також визначити три рівні інтегрованості молодих інвалідів: низький, середній, високий.

Низький рівень інтегрованості мають респонденти із заниженою самооцінкою, низьким рівнем адаптації, домагань, високим рівнем тривожності; вони не дбають про свій фізичний розвиток, у них обмежене коло спілкування, відсутні мета в житті, навички самообслуговування та самостійного подолання архітектурно-просторових перешкод, присутні негативні звички, низький рівень сформованості відчуття обов'язку та відповідальності.

Середній рівень інтегрованості має молодь, котра проявляє такі ознаки, як ситуативну поведінку, дещо занижену самооцінку, недостатньо дбає про власний фізичний розвиток, але має чітко виражене прагнення до навчальної діяльності, активно включається у практичну діяльність, хоча і потребує психологічної підтримки.

Високий рівень характеризується проявами таких ознак у респондентів: наявність адекватного рівня самооцінки, адаптованість до навколишнього середовища, комунікабельність, розвинуте почуття обов'язку та відповідальності за свої вчинки, наявний оптимізм; вони самостійно діляться

знаннями і досвідом з іншими інвалідами, мають активну життєву позицію, самостійні у пристосуванні до оточення і різних сфер життєдіяльності, ведуть здоровий спосіб життя.

Здійснене дослідження щодо виявлення позитивного прояву та інтегрування молоді з функціональними обмеженнями (анкетування, спостереження, включення молоді в регулярну колекційну діяльність, метод самоаналізу, індивідуальні бесіди, самостійне вирішення соціально-побутових проблем) дозволило виявити три групи респондентів, які можна віднести до різних рівнів інтегрованості: низького - 10%, середнього – 30%, високого – 60%.

Оцінка ефективності інтегрування за наведеними характеристиками здійснювалася шляхом експертних оцінок волонтерів та працівників Центру соціальних служб та в процесі спілкування з молоддю з функціональними обмеженнями. Ця процедура виступала необхідним структурним компонентом дослідницького пошуку, пов'язаного з визначенням опрацьованих та використаних методів соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями.

Для статистичної обробки результатів дослідження використано метод кореляційного аналізу [123] та метод визначення різниці відсоткових коефіцієнтів [68] з застосуванням формули відсоткового коефіцієнта рівня сформованості визначеного показника (K):

$$K = \frac{\sum_{i=1}^3 Pi \cdot Vi}{M \cdot B} \cdot 100\% , \text{ де}$$

Pi – кількість молоді з інвалідністю , які досягли певного рівня сформованості показника; Vi – числовий коефіцієнт цього рівня сформованості показника; M – число інвалідів, які брали участь у дослідженні; B – числовий коефіцієнт найвищого рівня сформованості показника.

У таблиці 2.5. наведена динаміка рівнів сформованості показників соціального критерію ефективності інтегрування. Виявлені тенденції до позитивних змін знайшли підтвердження при статистичній обробці матеріалу.

Як видно з табл. 2.5. в основній і контрольній групах спостерігалася позитивна динаміка змін за окремими показниками, однак найпотужніше вона проявилась у підвищенні самооцінки та самосприйняття, що свідчить про виражений позитивний вплив створених у клубі спілкування соціально-педагогічних умов, передусім атмосфери доброзичливості і рівності, на ставлення цих осіб до себе та зростання їх ролі в новому соціальному середовищі.

Таблиця 2.5.

Динаміка показників ефективності соціального критерію інтегрування

Показники Критеріїв		До проведення Експерименту						Після проведення Експерименту					
		Рівні сформованості (осіб./%)											
Групи		ЕГ			КГ			ЕГ			КГ		
Рівні		Високий	середній	низький	Високий	Середній	низький	Високий	середній	низький	високий	середній	Низький
Самооцінка соціальної сфери життєдіяльності	осіб	0	12	32	1	15	30	27	11	6	12	18	16
	%	0	27	73	2	33	65	65	25	14	26	39	35
Соціально- економічний аспект якості життя	осіб	1	9	34	0	11	35	19	14	11	9	13	24
	%	3	20	77	0	24	76	43	32	25	20	28	52
Само сприйняття	осіб	3	10	31	2	9	35	21	16	7	2	14	30
	%	7	23	70	4	20	76	48	36	16	4	30	66
Сприйняття інших	осіб	3	12	29	5	9	32	22	16	6	4	11	31
	%	7	27	66	10	20	70	50	36	14	9	24	67
Емоційна комфортність	осіб	1	19	24	1	16	29	21	16	7	4	15	27
	%	2	43	55	2	35	63	48	36	16	9	33	58
Інтернальність	осіб	4	11	29	2	8	36	23	12	9	4	11	31
	%	9	25	66	4	17	78	52	27	20	9	24	67
Намагання домінувати	осіб	0	9	35	0	4	42	16	10	18	1	9	36
	%	0	20	80	0	9	91	36	23	41	2	20	78

Відчутно поліпшився соціально-економічний аспект якості життя у зв'язку з позитивним вирішенням побутових проблем. Підвищилося намагання

домінувати та поліпшилась емоційна комфортність, але ці ознаки відчутно змінилися лише на третьому році участі в клубі спілкування. Найменш суттєвими виявилися зміни за характеристикою сприйняття інших, що свідчило про стійкий характер настороженого ставлення цих осіб до оточуючих однолітків і потребу в подальшій кропіткій роботі соціального педагога і волонтерів.

Динаміка рівнів ефективності показників психологічного критерію ефективності інтегрування відображена в табл. 2.6.

Таблиця 2.6.

Динаміка показників ефективності психологічного критерію інтегрування

Показники Критеріїв		До проведення експерименту						Після проведення експерименту					
		Рівні сформованості (Абс./%)											
Групи		ЕГ			КГ			ЕГ			КГ		
Рівні		високий	середній	низький	високий	середній	низький	високий	середній	низький	високий	середній	низький
Самооцінка психологічної сфери життєдіяльності	осіб	3	10	31	2	9	35	21	16	7	2	14	30
	%	7	23	70	4	20	76	48	36	16	4	30	66
Психологічний аспект якості життя	осіб	3	12	29	5	9	32	22	16	6	4	11	31
	%	7	27	66	10	20	70	50	36	14	9	24	67
Комунікабельність	осіб	1	19	24	1	16	29	21	16	7	4	15	27
	%	2	43	55	2	35	63	48	36	16	9	33	58
Інтелект	осіб	4	11	29	2	8	36	23	12	9	4	11	31
	%	9	25	66	4	17	78	52	27	20	9	24	67
Емоційність	осіб	0	9	35	0	4	42	16	10	18	1	9	36
	%	0	20	80	0	9	91	36	23	41	2	20	78
Нормативність	осіб	3	10	31	2	9	35	21	16	7	2	14	30
	%	7	23	70	4	20	76	48	36	16	4	30	66
Настороженість	осіб	3	12	29	5	9	32	22	16	6	4	11	31
	%	7	27	66	10	20	70	50	36	14	9	24	67
Тривожність	осіб	1	19	24	1	16	29	21	16	7	4	15	27
	%	2	43	55	2	35	63	48	36	16	9	33	58
Самоконтроль	осіб	4	11	29	2	8	36	23	12	9	4	11	31
	%	9	25	66	4	17	78	52	27	20	9	24	67
Напруженість	осіб	4	11	29	2	8	36	23	12	9	4	11	31
	%	9	25	66	4	17	78	52	27	20	9	24	67

Наведені дані в таб.2.6. свідчать про позитивну тенденцію до змін найважливіших психологічних характеристик у молоді обох груп. Це значне і доволі швидке зростання нормативності, що проявлялося покращанням усвідомленого дотримання норм і правил поведінки, підвищенням наполегливості в досягненні поставленої мети та відповідальності за точність і ділову спрямованість діяльності.

Паралельно відбувалося щорічне зростання комунікабельності, а саме: доброзичливості у відносинах з товаришами по клубу, невимушеності в поведінці, активності в груповій діяльності. Так само прогресивно зростала цікавість цих осіб до інтелектуальних проблем. Поступово зростала емоційна стабільність і досягла високого рівня на третій рік дослідження. Це супроводжувалося стабілізацією настрою, інтересу до тренінгових занять, узгодженістю власних дій з інтересами тренінгової групи.

Суттєво підвищився рівень самоконтролю, точність виконання завдань з доведенням до кінця розпочатих справ. Разом з цим відбулося зростання тривожності і напруженості, яке можна пояснити підвищенням вимогливості до себе і відповідальності за досягнуті успіхи на завершальному етапі дослідження. Враховуючи те, що ці зміни відбулися при низьких вихідних показниках тривожності і напруженості, можна розцінити отриману динаміку як позитивне явище.

Звертає на себе увагу відсутність суттєвих змін настороженості, що свідчило про збереження у молоді з функціональними обмеженнями впевненості в собі, розсудливості і практичності завдяки створеному для них оптимальному психологічному мікросередовищі. Наведені дані свідчать про закономірність позитивних змін в основній групі за всіма показниками психологічного критерію, крім настороженості. В контрольній групі статистично значимою виявилася позитивна динаміка лише за показниками: самооцінка психологічної сфери життєдіяльності, психологічний аспект якості життя, нормативність та інтелект.

Позитивні зміни в основній групі вказували на покращання емоційної стабільності при вирішенні проблем, а також зменшення напруження, фрустрованості та чутливості до життєвих нюансів, що можна розцінювати як позитивну якість під час реалізації інтеграційного процесу. Поряд з цим відбувалося зниження заторможеності, поліпшення соціальних контактів та міжособистих зв'язків, які нами оцінювалися як позитивні ознаки інтегрування. В цьому вбачалися переваги авторської системи інтегрування перед традиційним ізольованим використанням психокорекційних заходів.

Отже, виконання заходів психологічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями забезпечило в цілому досягнення поставленої мети, а саме сформованості у них відчуття комфортності. Це сталося завдяки створенню сприятливої емоційної атмосфери у клубі спілкування, розвитку високого рівня їх адаптивних здібностей, зростанню самооцінки, удосконаленню комунікативних навичок, ставленню до них волонтерів здорових однолітків як до рівних. Як наслідок, у молоді з функціональними обмеженнями зросли самоконтроль та самоповага; підвищились емоційна стійкість та відповідальність за наслідки своїх вчинків, помітно зросла також комунікативна культура. Під впливом цілеспрямованих профілактичних заходів і впровадження принципів здорового способу життя у молоді з функціональними обмеженнями відбулись істотні позитивні зміни за основними показниками фізичного здоров'я. З'явилися позитивні зрушення у способі життя за рахунок всіх його основних складових, завдяки підвищенню фізичної активності та якоюсь мірою за рахунок відмови від шкідливих звичок. При динамічній оцінці функціонального стану організму молоді основної і контрольної груп значна увага приділялася змінам самооцінки фізичної сфери, фізичного компоненту якості життя та рівня фізичного стану (табл.2.7.).

Як свідчать дані таб. 2.7, в обох групах показники фізичного критерію з року в рік покращувались, але відчутніше – в експериментальній групі.

Як свідчать результати, наведені в табл. 2.7, позитивні зміни фізичного критерію в основній групі виявилися статистично значимими і свідчили про

закономірність досягнутого ефекту. Натомість суттєвих змін цих показників у молоді контрольної групи так і не відбулося .

Таблиця 2.7.

Динаміка показників фізичного критерію ефективності інтегрування

Показники Критеріїв		До проведення експерименту						Після проведення експерименту					
		Рівні сформованості (Абс./%)											
Групи		ЕГ			КГ			ЕГ			КГ		
Рівні		Високий	середній	низький	високий	середній	низький	високий	середній	низький	Високий	середній	низький
Самооцінка фізичної сфери життєдіяльності	осіб	3	12	29	5	9	32	22	16	6	4	11	31
	%	7	27	66	10	20	70	50	36	14	9	24	67
Фізичний аспект якості життя	осіб	1	19	24	1	16	29	21	16	7	4	15	27
	%	2	43	55	2	35	63	48	36	16	9	33	58
Рівень фізичного стану	осіб	4	11	29	2	8	36	23	12	9	4	11	31
	%	9	25	66	4	17	78	52	27	20	9	24	67

Застосовані в дослідженні педагогічні технології, організація раціональної співпраці молоді з особливими потребами зі волонтерами в мікросередовищі клубу спілкування, відповідне технічне забезпечення корекційного процесу та використання інноваційних інформаційних технологій у поєднанні з напрацьованим нами способом профілактики та відновлення порушень адаптації до навколишнього середовища сприяло підвищенню старанності на тренінгових заняттях, зростанню задоволення від здобутих знань, інтересу до організації процесу участі в клубі спілкування і в цілому – засвоєнню умінь навчальної діяльності (табл. 2.8.).

Як показано в табл. 2.8, відсоткові показники досягли високого статистично значимого рівня за усіма показниками в експериментальній групі і лише за показником самооцінки інтелектуальної сфери – в контрольній групі.

Таблиця 2.8.

Динаміка показників педагогічного критерію ефективності інтегрування

Показники Критеріїв		До проведення Експерименту						Після проведення експерименту					
		Рівні сформованості (Абс./%)											
Групи		ЕГ			КГ			ЕГ			КГ		
Рівні		Високий	середній	низький	високий	середній	низький	високий	середній	низький	високий	середній	Низький
Самооцінка інтелектуальної сфери життєдіяльності	осіб	3	12	29	5	9	32	22	16	6	4	11	31
	%	7	27	66	10	20	70	50	36	14	9	24	67
Здатності до навчальної діяльності	осіб	1	19	24	1	16	29	21	16	7	4	15	27
	%	2	43	55	2	35	63	48	36	16	9	33	58
Включення у практичну діяльність	осіб	1	9	34	0	11	35	19	14	11	9	13	24
	%	3	20	77	0	24	76	43	32	25	20	28	52

Зважаючи на відносно низький рівень базової підготовки молоді з функціональними обмеженнями, відсутність навиків самостійної навчальної діяльності і користування технічними засобами у поєднанні з наявними соціально-психологічними проблемами та низьким рівнем загального фізичного стану, досягнуті результати можна вважати позитивними і обнадійливими, з перспективою дальшого їх покращання за умови використання запропонованої системи соціально-педагогічного інтегрування.

Результати аналізу динаміки рівнів сформованості окремих показників, що відображають сутність змін внутрішнього потенціалу молодих людей з функціональними обмеженнями, дали змогу визначити ефективність соціально-педагогічного інтегрування за соціальним, психологічним, фізичним та педагогічним критеріями і в цілому за комплексним критерієм (табл. 2.9).

Таблиця 2.9.

Динаміка показників критеріїв інтегрованості молоді з функціональними обмеженнями

Критерії		До проведення експерименту						Після проведення експерименту					
		Рівні інтегрованості											
		Високий		Середній		Низький		Високий		Середній		Низький	
Групи		ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Соціальний	осіб	3	2	10	7	31	37	21	6	16	8	7	32
	%	6,8	4,3	22,8	15,3	70,4	80,4	47,7	13,2	36,4	17,3	15,9	69,5
Психологічний	осіб	2	1	11	11	31	34	16	4	23	12	5	30
	%	4,5	2,2	25	23,9	70,4	73,9	36,4	8,6	52,2	26,2	11,4	65,2
Фізичний	осіб	3	3	7	4	34	39	10	3	26	13	8	30
	%	6,8	6,5	15,9	8,9	77,2	84,7	22,7	6,5	59,2	28,3	18,1	65,2
Педагогічний	осіб	4	4	9	7	31	35	14	4	21	7	9	35
	%	9,2	8,6	20,4	15,2	70,4	76,2	31,8	8,6	47,7	15,2	20,5	76,2
Σ		6,8	5,4	21	15,8	72,1	78,8	34,6	9,2	48,8	21,7	16,8	69

Кількісний і якісний аналіз результатів формувального експерименту дозволив простежити у молодих інвалідів експериментальної групи чітку позитивну динаміку показників за усіма показниками та критеріями інтегрованості. Так, наприклад, в експериментальній групі на початку експерименту 6,8% молодих інвалідів мали високий рівень інтегрованості за показниками «соціального критерію», після проведення експерименту їх кількість збільшилася до 47,7%; за показниками «психологічного критерію» високий рівень виявився у 4,5% респондентів, а після експерименту – у 36,4%; за показниками «фізичного критерію» до високого рівня відносились 6,8% респондентів, після експерименту – 22,8%; за показниками «педагогічного

критерію» до експерименту високий рівень інтегрованості мали 9,2% молодих інвалідів, після експерименту – 31,8%. Помітним було, переміщення інвалідів з низького рівня інтегрування до середнього та високого, наприклад за психологічним критерієм, до експерименту низький рівень інтегрованості простежувався у 70,4%, після експерименту – у 11,4% респондентів(див.рис.2.9.).

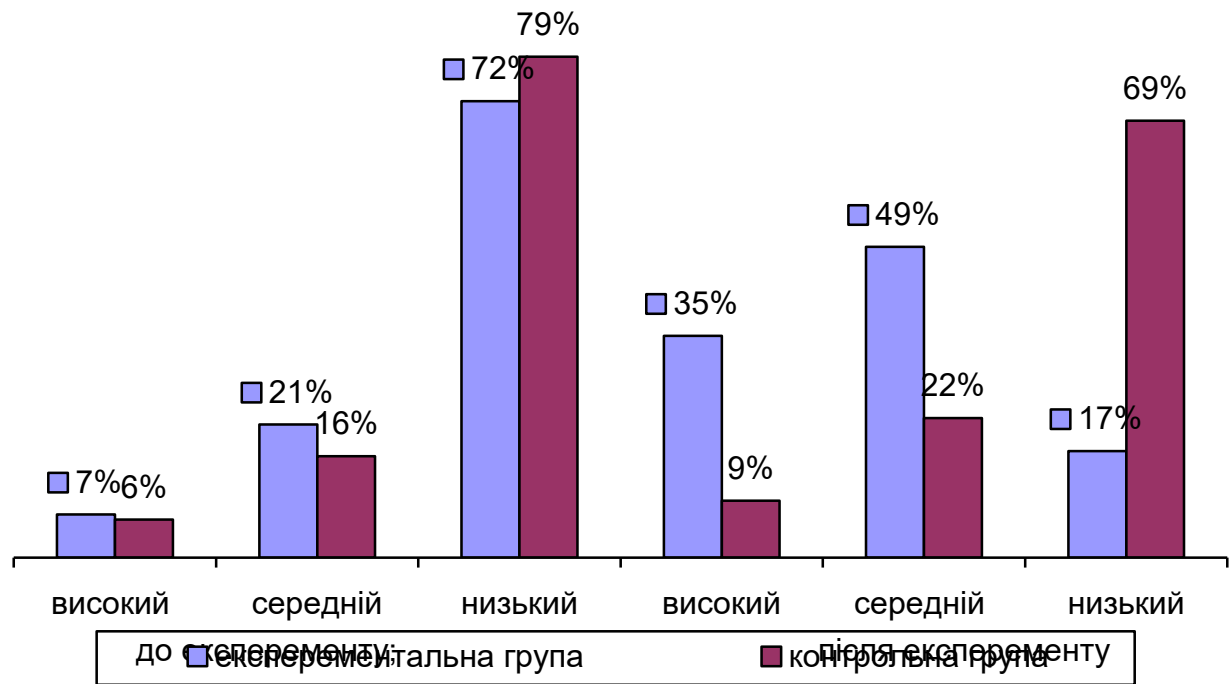


Рис.2.9. Динаміка рівнів інтегрування молодих інвалідів у сучасне середовище

Якщо порівняти результати інтегрування в контрольній групі, то до високого рівня відносились на початку експерименту в межах від 2,2% до 8,6% респондентів; через три роки показники рівнів за всіма критеріями зафіксовано в межах від 6,5% до 13,2%. Тобто позитивна динаміка в контрольній групі є незначною (див.табл.2.9.).

У результаті формувального експерименту виявлена чітка позитивна динаміка загальних рівнів інтегрованості молодих інвалідів. Так, за усередненими даними, високого рівня інтегрованості досягло 34,6% респондентів експериментальної і лише 9,4% контрольної груп; середнього – 48,8 і 21,7%, низького – 16,8 і 68,9% відповідно.

Отже, отримані результати підтверджують ефективність і доцільність впровадження в соціально-педагогічній роботі запропонованої моделі інтегрування молодих інвалідів у соціальне середовище.

Позитивні зміни показників комплексного інтегрування супроводжувалися зростанням успішності інтегрування молоді, що підтверджує об'єктивну доцільність і можливість впровадження спеціальних програм і адекватних соціально-педагогічних умов.

2.3. Професійно спрямована підготовка волонтерів як соціально-педагогічна умова інтегрування молодих інвалідів у соціальне середовище

Необхідність виховання суспільної свідомості спрямованої «на єдине сприйняття людини з функціональними обмеженнями», «на створення умов для інтегрування інвалідів у всі сфери суспільно корисної діяльності» відзначала в своїх дослідженнях Н.С. Морова [124,с.92], на залежність успішності інтегрування від «позитивної зміни поглядів суспільства на інвалідність» вказували В.П. Гудоніс [42], Г.Х. Махортова [118,с.45-59]. Без сумніву, неготовність здорових людей зрозуміти і прийняти інвалідів сьогодні в Україні є однією з найсерйозніших перешкод на шляху вирішення поставленої задачі.

Непідготовленість суб'єктів інтегрування може не лише знизити рівень ефективності інтеграційних процесів, але й призвести до психологічної травматизації як інвалідів, так і здорових людей [118,с.45-59]. Тому можна сказати, що необхідна цілеспрямована розробка і апробація змісту та форм діяльності соціальних інституцій з формування адекватних уявлень спільноти про людей з обмеженими можливостями, а також умінь і навичок спілкування з цією категорією молоді.

Відправною точкою в обґрунтуванні необхідності активного залучення волонтерів до безпосередньої реалізації процесу інтегрування молодих

інвалідів є врахування того факту, що у молодіжному середовищі друзі та ровесники є одним із впливових джерел інформації. Саме ровесники є найбільш «легкодоступним» джерелом інформації в умовах недостатнього розвитку інформаційних центрів та анонімних консультацій. Беручи до уваги зазначені вище причини та аргументи на користь залучення молоді до реалізації процесу інтегрування, нами був застосований метод «Рівний-рівному», сутність якого впливає з того, що головну участь у розповсюдженні знань бере сама молодь. На думку фахівців, що розробляли і впроваджували цей метод [92; 261], його переваги полягають у тому, що підліткове та юнацьке середовище є природним соціокультурним середовищем, доступність якого дорослим обмежена віком, мовою, стилями комунікації і ефективністю впливів.

Досвід використання методу світовою практикою показує, що поширення знань шляхом «рівний-рівному» сьогодні є одним із базових методів освіти і виховання. Він широко використовується в початковій, середній та вищій школі, в соціальній роботі за місцем проживання та особливо ефективний у ході просвітницької роботи з інвалідами. Дослідники бачать переваги передачі знань від однолітка до однолітка полягають у тому, що вони більше часу спілкуються один з одним, тобто мають більше часу на передачу знань, вони глибше розуміють потреби і запити оточення ровесників, на відміну від дорослих, добре розуміють молодіжну субкультурну мову і стиль поведінки. Позначаються й економічні переваги роботи за принципом «рівний-рівному», оскільки ровесники надають значну кількість ефективних просвітницьких та соціальних послуг іншим безкоштовно, на волонтерських засадах.

Пріоритетним напрямом у процесі інтегрування інвалідів у соціум є розробка і впровадження адекватних форм соціально-педагогічної роботи зі всіма суб'єктами соціального оточення. В ході реалізації формувального експерименту було створено експериментальну та контрольні групи, відібрані з числа студентів Інституту соціальної роботи та управління та волонтерів Києво-Святошинського центру соціальних служб сім'ї дітей та молоді.

Експериментальну групу формували волонтери-студенти Інституту соціальної роботи та управління, а контрольна була створена з числа волонтерів Соціальної служби .

Зміст соціально-педагогічної роботи полягає у формуванні у суспільства адекватного ставлення до інвалідів. У рамках дисертаційного дослідження ця умова досягається цілеспрямованою роботою з волонтерами-студентами майбутніми – соціальними педагогами. Основне завдання соціально-педагогічної роботи з волонтерами полягає у формуванні толерантної гуманістичної установки, яка є найважливішою характеристикою соціально-педагогічної позиції, особливо це стосується гуманістичної установки майбутніх соціальних педагогів.

Через проведене анкетування волонтерів(40осіб) та здорових однолітків(53особи) на експериментальній базі, передбачалося з'ясувати:

- ставлення до осіб з інвалідністю;
- розуміння проблем цієї категорії осіб;
- характер й обсяг знань про медико-соціальні і психолого-педагогічні проблеми молоді з особливими потребами.

Результати анкетування волонтерів свідчили про те, що більшість із них ставилась до молоді з функціональними обмеженнями як до повноцінних і рівних членів суспільства. Вдвічі менше виявилось тих, хто ставився до них з почуттям жалю (рис. 2.10.).

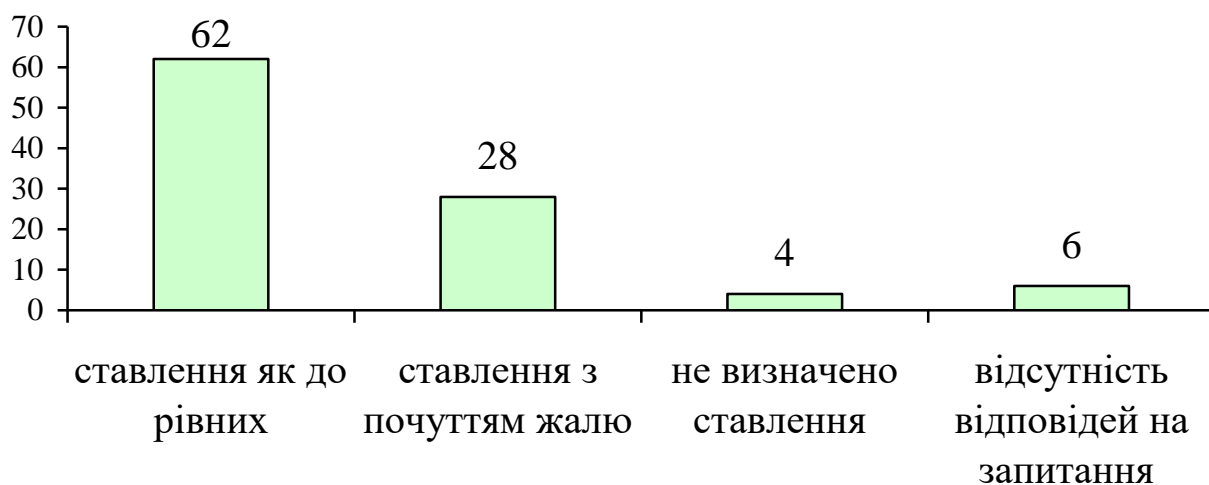


Рис.2.10. Ставлення волонтерів до молоді з функціональними обмеженнями %

Як показали результати анкетування (див.рис. 2.10.), більшість волонтерів (87,5%) знали на проблемах інтегрування молоді з функціональними обмеженнями, вони мали чітке уявлення про те, кого відносити до категорії осіб з функціональними обмеженнями, а саме людей, що стали інвалідами внаслідок захворювань, вроджених вад розвитку та після одержаних травм.

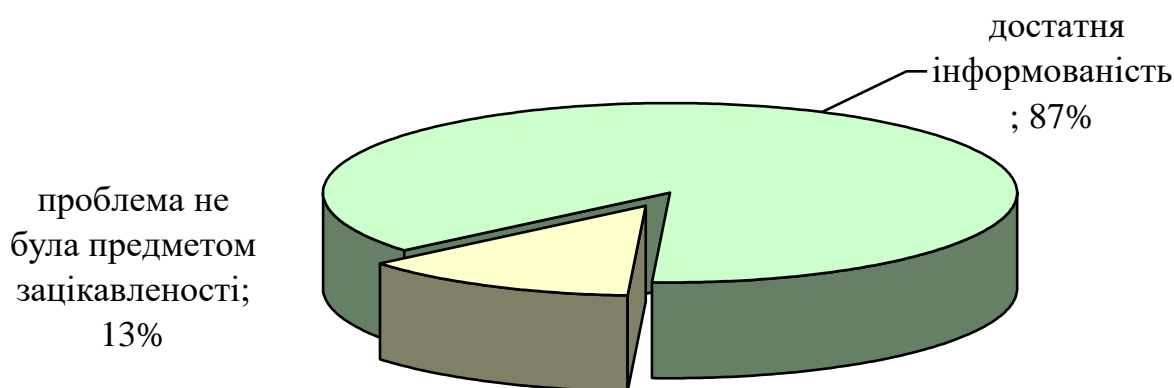


Рис. 2.11. Інформованість волонтерів про вади здоров'я інвалідів

Але деякі волонтери взагалі не цікавились проблемами інвалідності чи помилково відносили до осіб з функціональними обмеженнями людей похилого віку, безробітних, людей з важкими умовами життя та учасників ліквідації аварії на ЧАЕС.

У значної частини (57,5%) опитаних волонтерів серед рідних виявилися особи, які мають інвалідність. Переважна їх більшість (88%) висловила думку про доцільність інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в соціальне середовище. Однак частина волонтерів (12%) висловилася за необхідність створення спеціальних сегрегаційних установ (див. рис. 2.12.).

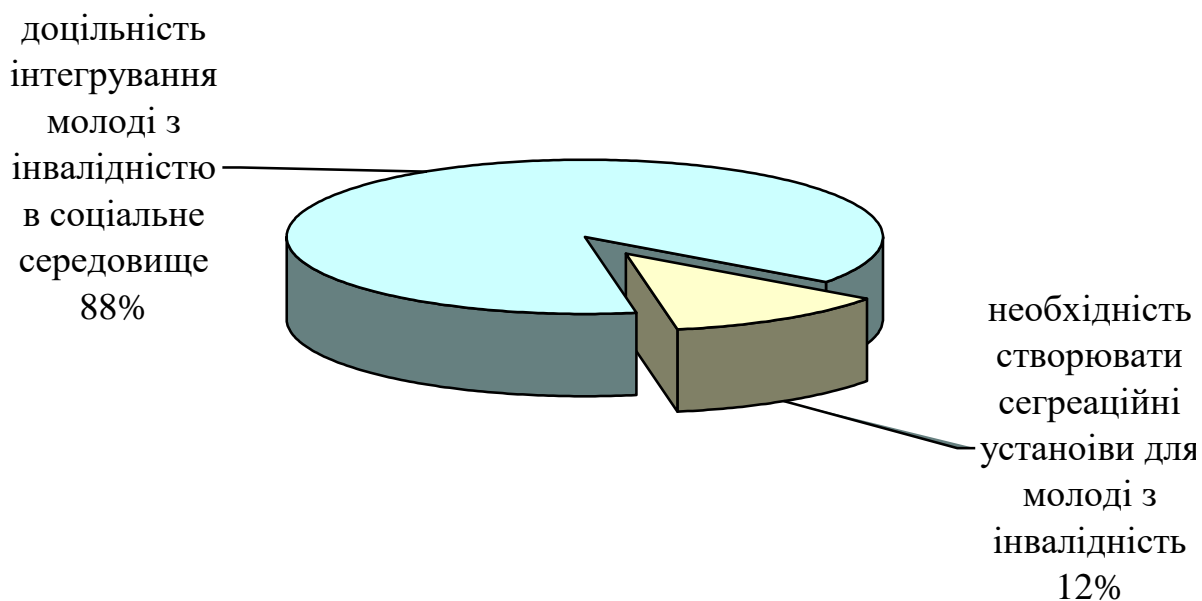


Рис. 2.12. Ставлення волонтерів до інтегрування молодих інвалідів в соціальне середовище

Щодо розуміння волонтерами поняття «соціальне інтегрування», то воно виявилось неоднозначним. Майже всі волонтери (57%) вважають за необхідне здійснювати соціально-педагогічне інтегрування всіх молодих інвалідів, а значна їх частина (43 %) вважає що інтегрувати потрібно лише тих інвалідів, які можуть самі себе обслуговувати, тобто ситуативно.

На цьому шляху волонтерам довелося попередньо подолати й певні перешкоди, бо серед волонтерів виявилися і такі, що не переймалися проблемами інвалідності у молоді, не підтримували доцільності інтегрування, не виявили правильного розуміння поняття «соціальне інтегрування». Подібні прорахунки та висловлені побажання стосовно напрямів вдосконалення інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в соціум ми використали при обґрунтуванні соціально-педагогічних умов інтегрування. Це стосувалося, передусім необхідності створення системи підготовки волонтерів до роботи в інтегрованому середовищі, забезпечення оптимального психологічного мікросередовища для інтегрування молоді з функціональними обмеженнями та сприяння підвищенню соціальної активності цих осіб.

Після з'ясування ставлення колективу волонтерів до процесу інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у соціальне середовище не залишилося сумніву в тому, що переважна більшість вважає доцільною й реальною запровадження такої діяльності. Волонтери виявили готовність надавати всебічну допомогу молоді з функціональними обмеженнями, створюючи їй оптимальні умови для успішного інтегрування, оволодіння необхідними знаннями та професійними навиками.

Серед умов, які необхідно створити для молоді з функціональними обмеженнями в клубі спілкування, волонтери виділяли:

- створення атмосфери, в якій би не акцентувала увага на вадах здоров'я, формування гуманного ставлення з боку здорових однолітків, забезпечення оптимальних психолого-педагогічних умов роботи, під час якої зменшувалися б акценти на фізичних вадах молоді з функціональними обмеженнями ;

- виявлення достатньої уваги до особистостей, але без їх виділення із загальної маси;

- використання всіх можливостей для попередження дискримінації та відчуження щодо них.

Аналіз анкет волонтерів дав підстави зробити висновок про те, що для 27 волонтерів із 40 проблема інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в соціальне середовище не була новою і вони достатньою мірою володіли інформацією з цієї проблематики.

Що стосується визначення волонтерами поняття «волонтерська підтримка», то воно розумілось, як:

- створення оптимальних відносин у колективі (стосунки з однолітками та волонтерами), підвищення їх ролі та функцій у клубі спілкування;

- співпраця як і з здоровими однолітками, але з урахуванням деяких особливостей, пов'язаних з вадами здоров'я;

- сприяння тому, щоб молодь з функціональними обмеженнями не відчувала дискомфорту та неповноцінності поряд із здоровими;
- виявлення обдарованих молодих інвалідів, розвиток їх здібностей з підкресленням особистої цінності для суспільства;
- співпраця волонтерів та молоді з функціональними обмеженнями, гуманне ставлення, підтримка як в інтеграційному процесі, так і в житті;
- залучення молоді з функціональними обмеженнями до загальних заходів клубу та активного життя;
- комплексна підтримка на заняттях , під час психологічних, соціально-педагогічних тренінгів і консультацій;
- сприяння розвитку віри, впевненості в собі, почуттям товаришкості, комфорту, дружельюбності, допомоги та моральної підтримки;
- надання змоги молодому інваліду відчути себе практично здоровою людиною;
- запровадження різних форм інформаційних технологій в навчання і виховання;
- врахування наявних труднощів та орієнтація на існуючі переваги індивідуального підходу до процесу інтегрування;
- допомога з боку здорових однолітків.

Результати анкетування показали, що волонтери, які постійно працювали з інвалідами, мали високий рівень підготовки до цього виду діяльності, володіли знаннями щодо проблем молоді з функціональними обмеженнями та знали шляхи їх ефективного вирішення за умови достатнього забезпечення інтеграційного процесу.

Під час реалізації дослідницьких завдань було створено створили волонтерську агенцію «Школа волонтерів » зі студентів Інституту соціальної роботи та управління, які пройшли попереднє опитування та навчання відносно інтегрування інвалідів і були залучені до активної діяльності клубу спілкування молодих інвалідів «Разом заради розвитку»

Крім спілкування з однолітками, в позанавчальний час групу

волонтерів-студентів було залучено до активної участі в розробці, організації та проведенні заходів клубу. Тому важливою додатковою умовою залучення студентів-волонтерів до складу ініціативної групи волонтерів було їх наступне навчання.

Процес навчання волонтерів полягав не лише у передачі необхідних знань, але й формування особистості молодої людини, яка здатна приймати рішення самостійно, брати на себе відповідальність за можливі наслідки. Під час навчання волонтерів було організовано послідовні регулярні робочі зустрічі в позанавчальний час, які проходили у формі інтерактивних семінарів, з використанням ролевих ігор та інших елементів тренінгу. Процес підготовки волонтерів є надзвичайно важливою умовою, від реалізації якої залежить подальше сприйняття цільовою аудиторією інформації.

Професійна кваліфікація волонтерів-студентів звичайно низька, але беремо до уваги те, що ці волонтери навчаються за спеціальністю соціальний педагог, є студентами третього курсу і пройшли навчання з професійних дисциплін, що дає їм змогу кваліфікованіше надавати послуги. Вони володіють іншими якостями та здібностями, а саме створення атмосфери рівних можливостей для дітей та молоді з функціональними обмеженнями, тому ця категорія волонтерів є незамінною у практичній діяльності:

- по-перше, молоді люди абсолютно мобільні;
- по-друге, у молодих людей немає комунікаційних проблем з дітьми і молоддю – об'єктами соціальної роботи;
- по-третє, бажання волонтерів оволодіти новими знаннями та навичками дозволяє підключати їх до нових, ще не розроблених програм, коли паралельно з роботою йде активне навчання, пошук нових форм і методів.

Робота з ними вимагає врахування кількох важливих правил:

- робота волонтера не повинна заважати навчанню;
- робота не повинна бути одноманітною;

- у кожній справі, яку довірили молоді, обов'язково має бути місце для їх власної ініціативи і самостійних рішень, а також персональної відповідальності;
- їх участь у волонтерському русі має бути погодженою з батьками;
- потрібно чітко визначити засоби заохочення, ні в якому разі не обіцяти більше, ніж можна дати;
- необхідно демонструвати перспективи їхньої діяльності в організації і обговорювати з ними плани на майбутнє.

Молоді волонтери через соціально-педагогічну діяльність набувають змістовно життєвих орієнтирів, оволодівають мистецтвом життєдіяльності особистості шляхом:

- самовизначення – самоорієнтування, самоідентифікація, розуміння власних завдань у кожній конкретній ситуації, визначення актуальної лінії поведінки у вирішенні проблем, які постають при виконанні суспільно корисної волонтерської роботи;
- самоорганізації – аналіз ситуації, визначення завдання, планування дій, уявлення про можливі результати своїх дій, самоконтроль;
- самооцінка дій та їх ефективності, вміння забезпечити умови для власних дій, уміння не перекладати на інших вирішення власних проблем, наявність волі як засобу чи умови самоорганізації, працездатності й самостійності в діяльності;
- самопізнання – самоаналіз, саморефлексія, самоспостереження, самовивчення, самосприйняття, постійна корекція уявлень про себе з власною совістю, ототожнення себе з іншими, особливо з тими, хто потребує допомоги або здатний допомогти;
- саморегуляції та самореабілітації – здатність володіти собою, здійснювати внутрішній самоконтроль, керувати своїм організмом, уміння відновлювати власні душевні та фізичні сили, знімати стреси та коригувати свій емоційний стан;

- самореалізації – самовираження (тобто активне вираження якостей власної індивідуальності як значущих і потрібних для себе та інших), самоствердження, самостійність, впевненість у собі, послідовність у досягненні мети, здатність відстоювати свої права у відповідних ситуаціях, що є основою всякої культурно-етичної діяльності;

- самоосвіти та самовиховання – самовизначення рівня власної вихованості й освіченості, соціальної та культурної розвиненості, володіння навичками самонавчання, розуміння власного світогляду й сфери найближчого розвитку, що передбачає певне бачення особистістю себе в соціокультурній[103, с.15-17].

До найпродуктивніших форм роботи з волонтерами в «Школі волонтерів» належать:

- лекція як базовий метод при навчанні волонтерів у напрямку роботи з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями;

- бесіда на заняттях для волонтерів для більш плідної взаємодії з групою, для закріплення матеріалу та вивчення нового, для визначення настрою групи тощо;

- гра ділова на заняттях з різних напрямків соціальної роботи у роботі з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями для ефективного засвоєння матеріалу та набуття практичних навичок;

- «мозковий штурм» на заняття волонтерів для стимулювання до вивчення тієї чи іншої теми та більш ефективного навчання;

- дискусія з волонтером або з групою волонтерів з найбільш актуальних гострих питань, тем;

- колоквиум як форма обговорення проблеми за участю більшості членів групи;

- семінар – практикум для волонтерів та працівників соціальних служб у напрямку по роботі з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями для подальшого засвоєння теоретичних знань;

- тренінг для волонтерів для ефективнішого вивчення тем навчання;

- конференції для працівників та волонтерів для обміну досвідом та напрацювання методик викладання і навчання волонтерів роботі з інвалідами;
- «круглий стіл» для волонтерів з залученням державних та громадських структур з метою обговорення взаємодії з питань функціонування клубів спілкування для людей з обмеженими;
- збори волонтерів різних центрів для обміну досвідом та напрацювання нових форм роботи з інвалідами[165].

В організації та здійсненні соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями волонтер-студент бере на себе виконання таких функцій:

- діагностичної, що була спрямована на встановлення «соціального діагнозу» – оцінку сімейного стану, міжособистісних відносин у колективі, з'ясування медико-психологічних потреб з урахуванням профілю захворювання, визначення кола інтересів та здібностей, розвиток яких сприяв би формуванню соціальної стійкості як важливого показника інтегрованості індивіда;
- організаційної, що передбачає активізацію соціально-педагогічної діяльності волонтерського колективу, спрямованої на розвиток у молоді з функціональними обмеженнями потребами ініціативи і творчості в намаганні „бути сприйнятими” в оточуючому соціумі; виявлення і розвиток нерозкритих резервів;
- сприяння суспільному визнанню й підтримці, раціональному працевлаштуванню та подальшій професійній адаптації на робочому місці;
- допомогу в підготовці їх до сімейного життя, включаючи адекватну їх внутрішньому стану психологічну установку;
- взаємодію медичних, освітніх, культурних, спортивних, правових напрямів, громадських товариств та благодійних організацій, що опікуються комплексною багатопрофільною інтеграцією;
- освітньо-виховної, що була спрямована на залучення молоді з функціональними обмеженнями до активного життя в оточуючому соціумі,

формування у них адекватного ставлення до сім'ї, волонтерського колективу, використання у виховному процесі всіх засобів і можливостей суспільства, виховного потенціалу мікросередовища, а головне – на задіяння внутрішніх резервів молоді людини з функціональними обмеженнями як важливої рушійної сили процесу інтегрування;

- прогностичної, метою якої стало програмування, прогнозування та проектування соціальної роботи з молоддю з функціональними обмеженнями з волонтерами шляхом внесення конкретних пропозицій в організацію навчального процесу, виконання інтеграційних заходів та культурно-масової роботи;

- сприяння процесу соціального розвитку конкретного мікросоціуму, а в його середовищі – становленню тих соціальних інститутів, діяльність яких спрямована на надання допомоги молоді з функціональними обмеженнями (волонтерський рух, навчально-реабілітаційний центр);

- попереджувально-профілактичної та соціально-терапевтичної роботи, спрямованої на профілактику прогресування наявних захворювань та виникнення «хвороб цивілізації», підвищення медико-генетичних знань серед молоді з функціональними обмеженнями як майбутніх батьків, врахування і приведення в дію соціально-правових та юридичних механізмів захисту прав інвалідів, вихід з пропозиціями у відповідні соціальні інститути з надання пільг;

- організаційно-комунікативної діяльності, що передбачає залучення до індивідуального шефства над конкретними особами з функціональними обмеженнями волонтерів, членів студентських гуртків самодопомоги; організацію спільної підготовки до занять та відпочинку молоді з метою формування доброзичливих взаємин;

- охоронно-захисної, що передбачає використання всього арсеналу розроблених і чинних правових норм щодо захисту прав та інтересів молоді з функціональними обмеженнями (пільги для вступу у вищі навчальні заклади, під час навчання, квотування робочих місць при працевлаштуванні тощо);

- сприяння застосуванню заходів примусу та реалізації юридичної відповідальності щодо осіб, які допускають прямі безпосередні протиправні дії відносно означеного контингенту (відсутність чи припинення компенсації витрат на навчання, недостатнє забезпечення технічними засобами пересування і навчання та ін.) [165; 166 с.15-17].

Все це вимагало від волонтера-студента виконання ролі:

- посередника між молоддю з функціональними обмеженнями та соціальними інститутами, що покликані піклуватись про них;
- захисника інтересів молоді з функціональними обмеженнями ;
- провідного організатора і безпосереднього учасника спільної діяльності волонтерів та молоді з функціональними обмеженнями для розкриття їх внутрішніх резервів;
- духовного наставника для здійснення соціального патронажу молодих людей з функціональними обмеженнями в оточуючому соціумі;
- соціального терапевта, який передбачає і вирішує конфліктні ситуації, що з'являються під час спілкування молоді з функціональними обмеженнями та іншими людьми, а також сприяє встановленню контактів з необхідними соціальними інститутами;
- громадського експерта при ухваленні «соціального діагнозу», яким визначалися методи допустимого компетентного педагогічного втручання під час вирішення проблем молоді з функціональними обмеженнями .

Навчання в «Школі волонтерів» дозволило молоді розвинути особистісні, професійні й творчі здібності, обміркованіше обрати професійну сферу, навчитися працювати з людьми з функціональними обмеженнями, а головне – сформуванню позитивне толерантне ставлення до молодих інвалідів.

Навчання здійснюється в позаурочний час за трьома модульними спецкурсами:

Підготовчий етап: Загальна інформація про волонтерську діяльність і «Школу волонтерів»:

1. Історія волонтерського руху.

2. Визначення понять «волонтерська діяльність», «волонтер» (мотивація, знання, вміння, форми, методи, навички волонтера).

3. Напрями волонтерської діяльності:

- а) за сферами діяльності;
- б) за проблемами;
- в) за категоріями.

4. «Школа волонтерів» (зміст, структура, система підготовки, навчальні плани та програми, учасники).

Перший етап навчання в «Школі волонтерів» спрямований на самопізнання: за допомогою соціально-психологічних методів дослідження (ділових ігор, анкет, опитувальників, тестів, проєктивних малюнків, незакінчених речень тощо) визначити в учасників програми: самооцінку, темперамент, особливості характеру, комунікативні здібності, організаторські здібності, рівень тривожності, рівень конфліктності.

Другий етап навчання в «Школі волонтерів» спрямований на формування загальних знань, умінь, навичок. Волонтери брали участь у тренінгу на комунікативність, тренінг на подолання конфліктності, тренінг етичності, тренінг релаксії та творчості.

Третій етап навчання в «Школі волонтерів» полягав у формуванні спеціальних знань, умінь і навичок роботи з молодими інвалідами (специфіка роботи з цією категорією клієнтів, розкриття змісту, мети, завдань програми, принципів роботи з інвалідами, методи та форми роботи, знання, вміння, навички, техніка безпеки під час роботи тощо):

- принципи роботи з інвалідами;
- особливості роботи з молодими інвалідами;
- напрями роботи з молоддю з функціональними обмеженнями;
- подолання стереотипів сприйняття інвалідів;
- формування толерантності;
- організація роботи на консультативному пункті «Довіра»;
- дотримання техніки безпеки;

- особливості догляду та гігієни;
- профілактика відлежнів;
- техніка та способи переміщення осіб, що користуються візком .

Заключним етапом навчання є виїзний семінар, на якому волонтери здають іспит в ігровій формі і мають змогу практично застосовувати набуті навички. Наприкінці семінару учасник отримує сертифікат про те, що він пройшов навчання у «Школі волонтерів» і може використовувати отримані знання та вміння для проведення волонтерської діяльності за програмами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Щодо розробленого тренінгу а в подальшому і навчальної програми «Соціально-педагогічне інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в соціальне середовище» (див.Додаток Н), то можна сказати, що його мета полягає у формуванні позитивної установки в учасників щодо процесу інтегрування молодих інвалідів у соціальне середовище. Розроблений тренінг розглядається як спроба знайти один із оптимальних шляхів підготовки волонтерів до роботи з молодими інвалідами та процесу інтегрування їх у соціальне середовище. Засвоюючи зміст цього тренінгу, волонтер мав змогу не лише ознайомитися з різними способами реагування в нестандартних ситуаціях, але розширити уже наявний у нього досвід творчої діяльності, спробувавши нові форми поведінки в умовах змодельованої реальності. Під час тренінгу використано додаткові інформаційні матеріали з метою унаочнення його інформативного боку. Засвоюючи нову інформацію, подану в інтерактивній формі, підкріплену психологічно-продуманими інформаційними матеріалами, волонтер мав змогу накопичити відповідні знання про інтегрування інвалідів. Також волонтери мали змогу здобути навички ефективного спілкування та використовувати їх уже в процесі оволодіння новою інформацією. По суті простежується переплетіння пізнавального, мотиваційного і діяльнісного компонентів.

Волонтерська діяльність важлива не лише для суспільства, але й для волонтера як особистості. Результатом цього є:

- допрофесійна підготовка, професійне самовизначення та становлення;
- оволодіння знаннями та практичними навичками соціальної роботи з дітьми та молоддю;
- досвід індивідуальної та групової роботи з ровесниками та дорослими;
- нові друзі, цікаве дозвілля, змістовна зайнятість можливість допомогти іншим;
- розвиток лідерських якостей, творчих здібностей самовираження та становлення молодшої людини як особистості, як активного члена суспільства;
- можливість брати участь у процесах прийняття рішень, які стосуються молоді.

У спілкуванні з молоддю з функціональними обмеженнями волонтерам рекомендовано проявляти увагу й турботу, але не надмірну і не надто помітну для оточуючих, а спеціальні технології навчання використовувати без акценту на особистість, якій вони адресовані.

Спеціальну роботу проводили з волонтерами – студентами: ставилися завдання, спрямовані на формування в них умінь та навичок адекватного сприйняття молоді з функціональними обмеженнями. Це, зокрема, складалося:

- емпатія – як уміння сприймати переживання іншої людини та співчувати й допомагати їй;
- толерантність – як уміння коригувати власну поведінку у відповідності з інтересами й потребами оточуючих;
- бажання спілкуватися з однолітками, що мають вади здоров'я;
- комунікативні вміння, які дозволяють розуміти експресію поведінки та властивості окремих категорій молоді з особливими потребами;
- уміння орієнтуватися в ситуації, спрямованій на організацію оптимальної взаємодії;
- уміння ставитися до молоді з функціональними обмеженнями як до рівних партнерів спілкування, виключаючи поблажливість та жалість;

- уміння руйнувати негативний стереотип сприйняття інвалідів як неповноцінних людей та долати його в процесі взаємодії з цією категорією осіб.

Спираючись на отримані дані опитування, ми намагалися сприяти формуванню у волонтерів здатності позитивно сприймати інвалідів, ознайомити із законодавством інших країн, що регулює питання інтегрування інвалідів у соціум, та сформувати в учасників тренінгу «Соціально-педагогічне інтегрування молоді з обмеженими функціональними можливостями в соціальне середовище» навички активного спілкування та поводження з інвалідами. Для визначення рівня успішності цього заходу було розроблено вхідну та вихідну анкети (Додаток В), які містили ряд запитань щодо проблем інтегрування молодих інвалідів. Порівнюючи результати опитаних волонтерів, які були учасниками тренінгу та тих волонтерів, хто тренінг не відвідав, можна зазначити, що вищим виявилися показники зміни ставлення та поведінки у волонтерів, які отримали інформацію з тренінгових занять та практичної діяльності з інвалідами. Результати відповідей волонтерів, які брали участь у тренінгу, та тих, хто не пройшов тренінгові навчання подані схематично (див.рис.2.13.).

Після проведення опитування волонтерів контрольної групи та волонтерів-учасників тренінгу для порівняльного аналізу показників зміни поведінки у двох зазначених категорій, було отримано такі результати: 12% волонтерів з числа експериментальної групи, що їх ставлення до молодих інвалідів змінилася частково, тоді як у волонтерів контрольної групи цей показник становить 18%. Відповіді 88% учасників експериментальної групи свідчать про зміну в їхній поведінці певною мірою, тоді як у контрольної групи, цей показник становить 37%. І нарешті 15% з числа волонтерів контрольної групи зазначили, що їхня поведінка не змінилася взагалі, тоді як серед учасників експериментальної групи показник за цією шкалою дорівнює 0%. (див. рис. 2.13.). На підставі отриманих результатів порівняльного аналізу даних можна зробити висновок про те, що зміна ставлення поведінки

волонтерів до молодих інвалідів відбувається ефективніше під впливом цілеспрямованого, систематичного, послідовного навчання і подальшого впровадження отриманих знань на практиці. Можна припустити, що подолання суспільних міфів та стереотипів сприйняття інвалідів волонтерами є однією з умов успішного інтегрування інвалідів у соціальне середовище.

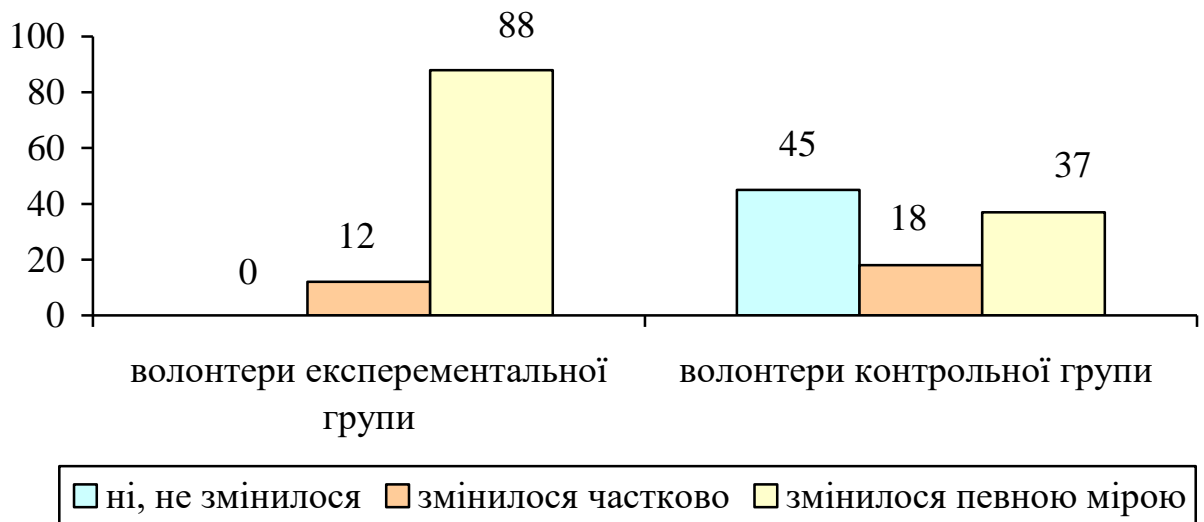


Рис.2.13. Порівняльні характеристики показників у зміні поведінки ставлення до інвалідів волонтерів експериментальної групи та контрольної групи у %

Виходячи з цього положення, можна припустити, що для процесу інтеграції молоді з функціональними обмеженнями в соціальне середовище підготовка оточуючого середовища і підготовка молодих інвалідів є тим середовищем, в якому розгортається процес.

Висновки до другого розділу

Матеріал дослідження засвідчує, що в сучасному суспільстві переважає байдуже ставлення до людей з інвалідністю. Найнебезпечнішими в цьому сенсі є наслідки соціальної ізоляції молоді з функціональними обмеженнями після закінчення загальноосвітньої середньої школи, оскільки інвалідність обмежує

не лише фізичні функції особистості, але й процес їх формування в цілому, фахову підготовку та суспільну активність.

Доведено, що на сучасному етапі молодь з функціональними обмеженнями не реалізує повною мірою наданої державою можливості інтегруватися у соціальне середовище.

Модель соціально-педагогічного інтегрування складається з чотирьох напрямів: *соціального, психологічного, фізичного та педагогічного*. Основними умовами інтегрування є: інформування громадськості щодо проблем інвалідів та необхідності їх інтегрування у соціальне середовище; створення комфортного психологічного мікросередовища в клубах спілкування інтеграційного спрямування; забезпечення активної участі інвалідів у процесі інтегрування; підготовка волонтерів та ровесників, які не мають вад розвитку, до роботи та супроводу інвалідів. Окрім того, важлива роль відведена і таким супровідним умовам, які посилюють ефективність інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у соціальне середовище. Це, зокрема, готовність до сприймання інвалідів як повноцінних членів суспільства і реалізація державної соціальної політики, спрямованої на зменшення закладів інтернатного типу та впровадження інтегрованого навчання молоді з функціональними обмеженнями, законодавча база і створення «рівних можливостей», взаємодія складових основних *критеріїв інтегрування* (соціальний, психологічний, фізичний, педагогічний) – все це передбачає такі методи і форми роботи, які в комплексі впливають на життєдіяльність молоді з функціональними обмеженнями.

На основі теоретичного аналізу проблеми і моделювання нами розроблені критерії і показники інтегрування молоді з функціональними обмеженнями: *соціальний* (самооцінка соціальної сфери життєдіяльності, соціально-економічний аспект якості життя, адаптивні характеристики); *психологічний* (самооцінка психологічної сфери життєдіяльності, психологічний аспект якості життя, особистісні психологічні характеристики); *фізичний* (самооцінка фізичної сфери життєдіяльності, фізичного аспект якості життя,

рівня фізичного стану); *педагогічний* (самооцінка інтелектуальної сфери життєдіяльності, успішність навчання, практичної діяльності). Здійснене дослідження щодо виявлення позитивного прояву та інтегрування молоді з функціональними обмеженнями (анкетування, спостереження, включення молоді в регулярну колекційну діяльність, метод самоаналізу, індивідуальні бесіди, самостійне вирішення соціально-побутових проблем) дозволило виявити три групи респондентів, які можна віднести до різних рівнів інтегрованості: низького - 10%, середнього – 30%, високого – 60%.

Кількісний і якісний аналіз результатів експериментальної роботи дозволив виявити, чітку динаміку показників інтегрування і прояву окремих особистісних якостей молодих інвалідів. Так, наприклад, в експериментальній групі на початку експерименту 6,8% молодих інвалідів мали високий рівень інтегрованості за показниками *«соціального критерію»*, після проведення експерименту їх кількість збільшилася до 47,7%; за показниками *«психологічного критерію»* високий рівень виявився у 4,5% респондентів, а після експерименту – у 36,4%; за показниками *«фізичного критерію»* до високого рівня відносились 6,8% респондентів, після експерименту – 22,8%; за показниками *«педагогічного критерію»* до експерименту високий рівень інтегрованості мали 9,2% молодих інвалідів, після експерименту – 31,8%. Помітним було, переміщення інвалідів з низького рівня інтегрування до середнього та високого, наприклад за психологічним критерієм, до експерименту низький рівень інтегрованості простежувався у 70,4%, після експерименту – у 11,4% респондентів.

Отже, створені соціально-педагогічні умови інтегрування молоді з обмеженими функціональними можливостями сприяли щорічному зростанню їх соціального статусу (соціальної активності, адаптивних характеристик) та психологічної стабільності особистості. Позитивні зміни показників комплексного інтегрування супроводжувались зростанням успішності інтегрування молоді, що підтверджує об'єктивну доцільність і можливість впровадження спеціальних програм і адекватних соціально-педагогічних умов.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичне узагальнення й окреслено вирішення наукового завдання соціально-педагогічного інтегрування молодих інвалідів у соціальне середовище, що відображено у визначеній структурі процесу інтегрування, розробці змісту цього процесу, створенні моделі соціально-педагогічного інтегрування молодих інвалідів у сучасне середовище, а також обґрунтовано оптимальні соціально-педагогічні умови, які обумовлюють адекватні форми та методи інтегрування.

Результати теоретичного та експериментального дослідження підтвердили гіпотезу дисертаційної роботи, забезпечили позитивне вирішення поставлених завдань та дозволили сформулювати такі висновки:

1. Теоретико-методологічний аналіз проблеми соціально-педагогічного інтегрування молодих інвалідів у соціальне середовище дозволив з'ясувати основні підходи до розуміння змісту і процесу «інтегрування» та «соціально-педагогічного інтегрування», останнє ми розуміємо як *процес надання особі з функціональними обмеженнями реальних можливостей брати участь у всіх видах і формах соціокультурного життя нарівні і разом з іншими членами суспільства в умовах, що компенсують їй відхилення в розвитку, через послідовність фахових дій, спрямованих на досягнення певного соціально-педагогічного ефекту.*

Виявлення характерологічних ознак особистості *молоді з функціональними обмеженнями* дозволило окреслити визначення цієї категорії людей: *це особа, яка має повну або часткову втрату здатності чи можливості виконувати самостійно ті чи інші функції порівняно зі здоровими людьми внаслідок захворювання, травми або вроджених вад.* Саме ця категорія молоді потребує особливої підтримки, щоб не залишитися відмежованою від життя громади і суспільства. Ефективність інтеграційного процесу залежить головним чином від рівня інтеграційного потенціалу людей з функціональними обмеженнями, який включає: загальний фізичний стан; фізіологічну

адаптованість до умов зовнішнього середовища; психологічний стан; соціальну адаптованість; структуру потреб інвалідів, коло їхніх інтересів, задатків і здібностей.

2. При вирішенні проблеми інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у соціальне середовище було враховано основні нормативні документи, які гарантують інвалідам ті ж громадянські і політичні права, що й іншим громадянам: право на повагу, на освіту, працю, відпочинок, захист, допомогу, брати активну участь у політичному та економічному житті держави. Ці права забезпечуються як міжнародними документами, що мають чітке спрямування щодо захисту молодих інвалідів, так і законами, постановами й указами в Україні, які регламентують як діяльність різних державних і недержавних інститутів щодо надання допомоги і підтримки молоді, так і фінансування різних соціальних програм на рівні держави і регіонів. Все це дозволило виявити законність і об'єктивність розгортання соціально-педагогічної роботи щодо інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у соціальне середовище.

3. Для досягнення мети і вирішення завдань дослідження було розроблено модель інтегрування, основні складові якої дозволяють спрогнозувати оптимальне середовище для життєдіяльності молодих інвалідів з метою їхнього інтегрування в таке середовище.

Запропонована модель передбачає застосування технологій за такими напрямками інтегрування: *соціальне, психологічне, фізичне та педагогічне.*

Соціальне інтегрування передбачає відновлення основних соціальних функцій індивіда як суб'єкта основних життєвих сфер суспільства, що досягається шляхом його залучення до участі у клубах різного спрямування спілкування, самопомоги, заняттях за інтересами, організації та проведення дозвілля, емоційної та юридичної підтримки, а також участі в тренінгу на ознайомлення з філософією незалежного життя, тренінгу із формування навичок відстоювання прав та інтересів інвалідів, інформаційних тренінгах

«Права інвалідів на освіту», «Права інвалідів на працевлаштування»; складання резюме та підготовка до співбесіди з працедавцем тощо.

Психологічне інтегрування пов'язане з усуненням із свідомості особистості уявлення про безвихідь її становища, формування впевненості в собі та мотивації подолання кризових ситуацій: ґрунтується на результатах діагностики психологічних якостей, здібностей та інтересів клієнтів та подальшої психокорекційної роботи (індивідуальної та групової). Групова робота спрямована на формування достатнього рівня самооцінки, емоційної стійкості, удосконалення комунікативних навичок, досягання відчуття психологічного комфорту в мікросоціумі. У процесі індивідуальної психокорекційної роботи інвалідам надавалася психологічна допомога, що спрямована на блокування негативних установок, зміну поведінкової реакції, роз'яснення психологічного стану та усвідомлення причин, що його викликали, а також на пошук шляхів і способів їх якнайшвидшого розв'язання.

Фізичне інтегрування передбачає виявлення та активізацією компенсаторних можливостей організму інваліда для організації подальшого активного самостійного життя і сприяння посиленню фізичного інтегрування, формування стійкого динамічного стереотипу у здорових людей, заснованого на прийнятті нетипової зовнішності і поведінки інвалідів (цього ми досягли шляхом профілактики, яка включає комплекс соціальних, просвітницьких та медико-психологічних заходів формування у молоді здорового способу життя шляхом профілактики негативних звичок вживання алкоголю та наркотиків, тютюну). Використовувалися різноманітні підходи до організації профілактики: надання інформації про можливі шкідливі впливи на здоров'я тютюну, горілчаних виробів тощо; емоційне навчання подолання «емоційної глухоти та німоти», апеляція до цінностей і знань, виховання здатності до протидії, означення альтернативи та впливу соціального середовища, зміцнення здоров'я за допомогою спеціальних технологій.

Педагогічне інтегрування має на меті створення соціально-педагогічних умов для розвитку потенційних можливостей інваліда й охоплює різні форми підготовки особистості до життя в суспільстві, її професійної орієнтації та оволодіння певними видами трудової діяльності. Застосовувалося інформаційне та технічне забезпечення молоді, усунення порушення адаптації до пізнавальної діяльності, стимулювання максимальної реалізації потенційних можливостей молодих інвалідів тощо.

4. У процесі дослідження визначено критерії і показники соціально-педагогічного інтегрування інвалідів: *соціальний* (самооцінка соціальної сфери життєдіяльності, соціально-економічного аспекту якості життя, здатності до адаптації); *психологічний* (самооцінка власної психологічної сфери життєдіяльності, психологічного аспекту якості життя, прояв особистісних психологічних характеристик); *фізичний* (самооцінка фізичної сфери життєдіяльності, фізичного аспекту якості життя, об'єктивний рівень фізичного стану); *педагогічний* (самооцінка інтелектуальної сфери життєдіяльності, здатності до навчальної діяльності, прояв успішності у навчанні, включення у практичну діяльність), які дозволили визначити *рівні* інтегрованості молодих інвалідів: низький, середній, високий.

За результатами дослідження зафіксовано чітку позитивну динаміку рівнів інтегрованості молодих інвалідів. Так, за даними чотирьох критеріїв, високий рівень інтегрованості до експерименту мали 6,8% респондентів експериментальної і 5,4% контрольної груп, а після експерименту 34,6% і 9,4% відповідно; середній – 21,1% ЕГ і 15,8% КГ (до експерименту) і 48,8% ЕГ і 21,7% (після експерименту), низький – 72,1% ЕГ і 78,8% КГ відповідно до експерименту, і 16,8% ЕГ і 68,9% КГ після експерименту.

5. Виявлено оптимальні *соціально-педагогічні умови*, що сприяють вирішенню успішного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями у соціальне середовище: інформування громадськості щодо проблем інвалідів та необхідності їхнього інтегрування у соціальне середовище; створення комфортного психологічного мікросередовища в клубах спілкування

інтеграційного спрямування; забезпечення активної участі інвалідів у процесі інтегрування; підготовка волонтерів та ровесників, які не мають вад розвитку, до роботи та супроводу молоді з функціональними обмеженнями.

З'ясовано, що однією із важливих умов є формування груп волонтерів та позитивного ставлення у них до інвалідів, що впливає на ефективність їхньої роботи у процесі інтегрування молодих інвалідів. Відповіді 88% учасників експериментальної групи свідчать про зміну в їхній поведінці, тоді як у контрольній групі цей показник становить 37%. Зміна ставлення волонтерів до молодих інвалідів відбувається ефективніше під впливом цілеспрямованого, послідовного навчання на основі експериментальної програми і подальшого впровадження отриманих знань у практику.

Основними методами соціально-педагогічної діяльності, яка посилює процес інтегрування, є: ігрова діяльність, соціально-психологічний та соціально-педагогічний тренінг, аутотренінг, індивідуальне та групове консультування, індивідуальна та групова психокорекція, використання психодіагностичного інструментарію, дискусії, аналіз відеоматеріалів тощо.

6. Розроблено пакет методичних матеріалів щодо підготовки молодих інвалідів до соціально-педагогічного інтегрування в сучасне середовище: навчально-методична програма для студентів ВНЗ «Соціально-педагогічне інтегрування інвалідів у соціальне середовище»; тренінг для волонтерів «Соціально-педагогічне інтегрування молодих інвалідів у соціальне середовище»; тренінг для інвалідів «Молодь з обмеженими функціональними можливостями за рівні права та можливості»; навчальний курс «Інтегрування інвалідів у соціальне середовище».

Дисертаційне дослідження не вичерпує всіх проблем соціально-педагогічного інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в соціальне середовище. На нашу думку, потребує уваги ще низка проблем, що стосується як молодих інвалідів, так і дітей-інвалідів, зокрема: підготовка соціальних працівників до соціального супроводу людей із функціональними обмеженнями; обґрунтування та налагодження співпраці державних та

неурядових організацій у роботі з інвалідами; дослідження та пошук механізмів реалізації філософії «незалежного життя» людей із функціональними обмеженнями тощо.

ДОДАТКИ

Анкета
для визначення ставлення молодих інвалідів щодо соціального
інтегрування в соціальне середовище

1. Які проблеми Вас сьогодні хвилюють?

- екологічні
- економічні
- політичні
- соціально-побутові
- які ще (напишіть) _____

2. Яка у Вас освіта?

- Початкова
- неповна середня
- середня
- середня спеціальна
- вища
- не маю

3. Чи є у Вас спеціальність?

- так
- немає

4. Якщо Ви маєте спеціальність, то яку? _____

5. Якщо Ви не маєте спеціальності, то з якої причини? _____

6. Чи працюєте Ви?

- так
- ні

7. Якщо Ви працюєте, то по якій спеціальності? _____

8. Якщо Ви не працюєте, то з якої причини? _____

9. Чи подобається Вам Ваша робота?

- так
- ні

10. Якщо подобається, то поясните, чому? _____

11. Якщо не подобається, то поясните, чому? _____

12. Ким би Ви хотіли працювати? _____

13. Якщо Ви працюєте, то які у вас відносини в колективі?

- відмінні
- добрі
- задовільні
- погані

14. Які потреби задовольняє робота у Вашому житті?

- прагнення до матеріальної забезпеченості
- бажання бути повноцінним членом суспільства
- потреба в спілкуванні, життя в колективі
- прагнення до самовираження і професійного зростання
- ніякі

які ще (напишіть) _____

15. Чи згодні, що молоді інваліди повинні вчитися і працювати в тих же структурах, що і інші члени суспільства?

- так
- ні

16. Якщо так, то поясните, чому? _____

17. Якщо ні, то поясните, чому? _____

18. Чи вважаєте Ви себе рівноправним членом суспільства?

- так
- ні

19. Якщо так, то поясните, в чому це виражається? _____

20. Якщо ні, то поясните, в чому це виражається? _____

21. Як Ви відноситеся до інших, здоровим членам суспільства?

- спілкуюся відкрито, на рівних
- насторожено
- прагну уникати контактів

22. Якщо Ви уникаєте контактів, то поясните, чому? _____

23. Які цінності для Вас найбільш значні?

- взаємостосунки з оточуючими
- сім'я
- здоров'я
- вища освіта
- матеріальна забезпеченість
- професійна кар'єра
- які ще (напишіть) _____

24. Чи є у Вас діти?

- так
- немає

25. Якщо у Вас є діти, то вкажіть, скільки? _____

26. Які Ваші житлові умови?

- власний будинок
- окрема квартира: однокімнатна
- двокімнатна
- трикімнатна
- чотирикімнатна і більш
- кімната в комунальній квартирі
- арендую квартиру (кімнату)
- які ще (напишіть) _____

27. З ким Ви проживаєте?

- один (одна)
- з батьками
- з чоловіком (дружиною)
- з дітьми
- з ким ще (напишіть) _____

28. Чи маєте потребу Ви поліпшенні житлових умов?

- так
- ні

29. Якщо Ви маєте потребу, то вкажіть, в чому саме? _____
30. Який у Вас середній дохід на 1 члена сім'ї?
- вище за прожитковий мінімум
 - нижче за прожитковий мінімум
31. Як Ви оцінюєте якість свого життя?
- високе
 - середнє
 - низьке
 - вкрай низьке
32. Чи відчували Ви зневагу з боку здорових членів суспільства?
- так, завжди
 - іноді
 - ніколи
33. Якщо так, то коли і в чому це виражалося? _____
34. Як Ви оцінюєте своє здоров'я?
- Відмінне
 - добре
 - задовільне
 - незадовільне
35. Чи забезпечені Ви технічними засобами реабілітації?
- так
 - ні
36. Якщо ні, то що саме Вам необхідно? _____
37. Якими соціальними послугами і пільгами Ви користуєтеся?
- оплата житла і житлово-комунальних послуг
 - забезпечення лікарськими препаратами
 - забезпечення санаторно-курортними путівками
 - забезпечення індивідуальними засобами реабілітації
 - ремонт індивідуальних засобів реабілітації
 - проїзд в міському громадському транспорті
 - проїзд в міжміському транспорті і разів на рік
 - проїзд до місця санаторно-курортного лікування і назад
 - якими ще (напишіть) _____
38. Як Ви охарактеризуєте внутрішньосімейний клімат?
- повне взаєморозуміння, спокійні, доброзичливі відносини
 - періодичні непорозуміння, суперечки
 - постійні конфлікти, скандали
 - ваш варіант (напишіть)
39. Як Ви оцінюєте свій психологічний життєвий настрій?
- оптимізм
 - песимізм
40. Чи маєте потребу Ви в спеціальній допомозі для більш ефективної повноцінної життєдіяльності?
- так
 - немає
41. Якщо так, то поясните, що саме Вам необхідно? _____
42. Чи відвідуєте Ви суспільні заходи, що проводяться в нашому місті? (свята, заходи і т.д.)

- завжди відвідую
 - відвідую час від часу
 - не відвідую ніколи
- 43..Якщо не відвідуєте, то поясните, чому?_____
44. Чи є у Вас захоплення?
- так
 - ні
- 45..Якщо так, то вкажіть які?_____
- 46.Якщо ні, то напишіть, чому?_____
- 47..З ким Ви за звичай проводите свій вільний час?
- вдома з рідними
 - з друзями
 - наодинці
 - з ким ще (напишіть)_____
48. Чи задоволені ви своїм життям?
- Так
 - ні
- 49..Якщо так, то поясните, чому?_____
- 50..Якщо ні, то поясните, чому?_____
- 51.Скільки Вам років?_____
52. Ваша стать?_____

Дякуємо Вам за участь в дослідженні!

Анкета
для визначення ставлення здорової молоді до молоді з функціональними обмеженнями і необхідності їх соціального інтегрування

1. Які проблеми Вас сьогодні хвилюють?

- екологічні
- економічні
- політичні
- соціально-побутові
- які ще (напишіть) _____

2. Яка у Вас освіта?

- початкова
- неповна середня
- середня
- середня спеціальна
- вища
- не маю

3. Чи є у Вас спеціальність?

- Так
- ні

4. Якщо Ви маєте спеціальність, то яку? _____

5. Якщо Ви не маєте спеціальності, то із якої причини? _____

6. Чи працюєте Ви?

- так
- ні

7. Якщо Ви працюєте, то по якій спеціальності? _____

8. Якщо Ви не працюєте, то з якої причини? _____

9. Чи подобається Вам Ваша робота?

- так
- ні

10. Якщо подобається, то поясните, чому? _____

11. Якщо не подобається, то поясните, чому? _____

12. Ким би Ви хотіли працювати? _____

13. Якщо Ви працюєте, то які у вас стосунки колективі?

- відмінні
- добрі
- задовільні
- погані

14. Які потреби задовольняє робота у Вашому житті?

- прагнення до матеріальної забезпеченості
- бажання бути повноцінним членом суспільства
- потреба спілкування, життя в колективі
- прагнення до самовираження і професійного зростання
- ніякі
- які ще (напишіть) _____

15. Чи вважаєте Ви, що в нашому суспільстві є слабкі, незахищені групи, потребуючі в допомозі і захисті?
- так
 - немає
16. Якщо так, то хто, на вашу думку, до них відноситься? _____
17. Якщо ні, то чому? _____
18. Чи згодні Ви, що інваліди повинні бути рівноправними членами суспільства?
- Так
 - ні
19. Якщо так, то поясните в чому це повинне виражатися? _____
20. Якщо ні, то поясните, чому? _____
21. З ким з інвалідів Ви могли б підтримувати постійний контакт?
- інваліди з порушенням опорно-рухового апарату
 - інваліди, що мають відхилення, в розумовому розвитку
 - інваліди, що мають відхилення, в психічному розвитку
 - інваліди з патологією мови
 - інваліди з патологією слуху
 - інваліди з патологією зору
 - ні з ким
22. Поясніть вибрану відповідь? _____
23. Чи доводилося Вам контактувати з молодими інвалідами ?
- так
 - ні
24. Які з ситуації взаємодії з інвалідами Вас більше влаштовують?
- «інвалід-однокласник»
 - «інвалід-сусід по будинку»
 - «інвалід-колега»
 - «інвалід-сусід по квартирі»
 - «інвалід-начальник»
 - «інвалід-представник органів влади»
 - відсутність взаємодії
25. Якщо Ви вважаєте за краще не контактувати з інвалідами, то поясните, чому? _____
26. Чи погоджуєтесь, що інваліди повинні вчитися і працювати в тих же структурах, що і інші члени суспільства?
- Так
 - ні
27. Якщо так, то поясните, чому? _____
28. Якщо ні, то поясните, чому? _____
29. Які професії на Ваш погляд доступні для інвалідів ? (напишіть) _____
30. Як Ви оцінюєте якість життя молодих інвалідів ?
- високе
 - середнє
 - низьке
 - вкрай низьке
31. Як Ви відноситься до молодих інвалідів ?

- спілкуюся на рівних
 - обережно
 - прагну уникати контактів
32. Як ви вважаєте, чи є інваліди в даний час повноцінними членами суспільства?
- відсутність необхідних умов для життя;
 - права інвалідів не захищені;
 - група населення, яка покинута напризволяще;
 - вони фізично обмежені.
33. Як Ви думаете, чи мають потребу інваліди в спеціальній допомозі для більш ефективної, повноцінної життєдіяльності?
- так
 - ні
34. Якщо так, то поясните, що саме їм необхідно? _____
35. Якщо ні, то поясните, чому? _____
36. Хто повинен займатися інтеграцією інвалідів?
- держава (державні структури);
 - займатися суспільство в цілому;
 - громадські організації;
 - родичі;
 - самі інваліди
35. Які цінності для Вас найбільш значні?
- взаєностосунки з оточуючими
 - сім'я
 - здоров'я
 - вища освіта
 - матеріальна забезпеченість
 - професійна кар'єра
 - які ще (напишіть) _____
36. Чи є у Вас діти?
- так
 - немає
37. Якщо у Вас є діти, то вкажіть, скільки? _____
38. Які Ваші житлові умови?
- власний будинок
 - окрема квартира: однокімнатна
 - двокімнатна
 - трикімнатна
 - чотирикімнатна і більш
 - кімната в комунальній квартирі
 - арендую квартиру (кімната)
 - які ще
(напишіть) _____
39. З ким Ви проживаєте?
- один (одна)
 - з батьками
 - з чоловіком (дружиною)
 - з дітьми

- з ким ще (напишіть)
40. Чи маєте потребу Ви поліпшенні житлових умов?
- так
 - ні
41. Якщо Ви маєте потребу, то вкажіть, в чому саме? _____
42. Який у Вас середній дохід на 1 члена сім'ї?
- вище за прожитковий мінімум
 - нижче за прожитковий мінімум
44. Як Ви охарактеризуєте внутрішньосімейний клімат?
- повне взаєморозуміння, спокійні, доброзичливі відносини
періодичні нерозуміння, суперечки
 - постійні конфлікти, скандали
 - ваш варіант(напишіть) _____
45. Чи відвідуєте Ви громадські заходи, що проводяться в нашому місті? (свята, урочисті, і т.д.)
- завжди відвідую
 - відвідую час від часу
 - не відвідую ніколи
46. Якщо не відвідуєте, то поясните, чому? _____
47. Чи є у Вас захоплення?
- так
 - немає
48. Якщо так, то вкажіть які? _____
49. Якщо ні, то напишіть, чому? _____
50. З ким Ви зазвичай проводите свій вільний час?
- вдома з рідними
 - з друзями
 - наодинці
 - з ким ще (напишіть) _____
51. Чи задоволені ви своїм життям?
- так
 - ні
52. Скільки Вам років? _____
53. Вкажіть Вашу стать?
- чоловіча
 - жіноча

Дякуємо Вам за участь у дослідженні!

Анкета

для визначення ставлення волонтерів до процесу інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в соціальне середовище

1. Чи є серед Ваших рідних люди, які мають інвалідність?

- так;
- ні.

2. Яка категорія осіб, на Ваш погляд, найбільше потребує соціально-педагогічного інтегрування:

- інваліди;
- діти-інваліди ;
- діти в дитячих будинках ;
- дорослі інваліди ;
- матері-одиначки ;
- багатодітні сім'ї ;
- біженці;
- люди, що намагаються кинути пити і вживати наркотики
- учні спеціалізованих шкіл;
- інші категорії (перерахувати).

3. Яке, на Ваш погляд, поняття найбільше підходить для студентів з важкими дефектами здоров'я:

- молодь з обмеженими можливостями;
- молодь з відхиленнями у розвитку;
- молодь з особливими потребами;
- молоді-інваліди;
- молодь з функціональними обмеженнями
- інше (навести) _____

4. Дайте визначення поняття „люди з функціональними обмеженнями” _____

5. Яке Ваше особисте ставлення до молоді з функціональними обмеженнями:

- ставлюсь, як до повноцінних і рівноправних членів суспільства;
- ставлюсь з почуттям жалю;
- інше (навести) _____

6. Як Ви вважаєте, чи доцільно відзначати День інвалідів у вашому місті?

- так, звичайно, адже це дасть змогу привернути увагу людей до проблем людей з особливими потребами;
- так, мені байдуже, що святкувати, головне – весело провести час;
- ні, для чого зайвий раз акцентувати увагу на тому, що людина має інвалідність;
- Ваш варіант _____

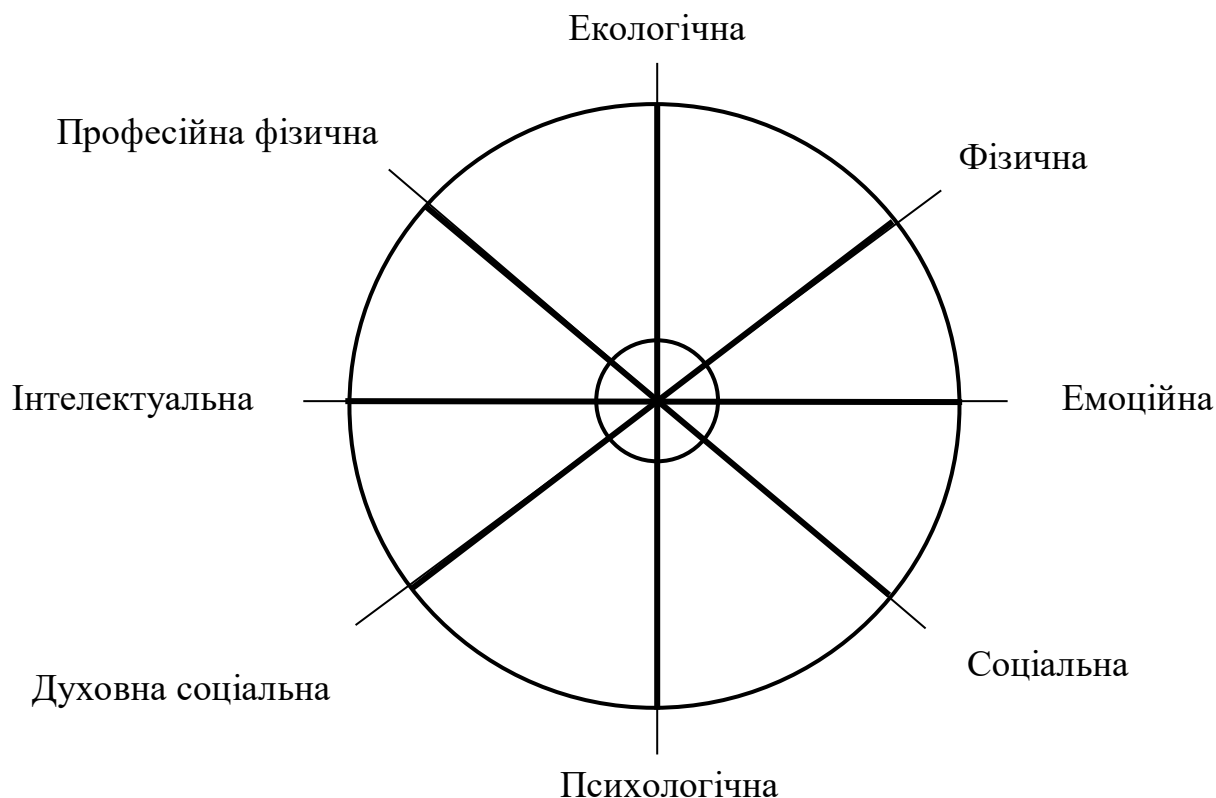
Якщо Ви відповіли „так”, то як саме потрібно його провести:

- потрібно організувати святковий концерт, всі номери в якому виконуватимуть інваліди . Вони заслуговують на те, щоб продемонструвати свої здібності;
- потрібно організувати концерт, в якому б взяли участь молоді люди , незалежно від стану здоров'я;
- можна обмежитись і святковою дискотекою;
- краще просто подарувати їм подарунки;

- Ваш варіант _____
7. Як Ви ставитесь до ідеї соціальної інтеграції молоді з функціональними обмеженнями :
- повинні жити і навчатись серед здорових людей;
 - повинні навчатись окремо від здорових у спеціалізованих навчальних закладах;
 - важко відповісти;
 - інше (перерахувати) _____
8. Чи здійснюють у Вашому місті інтегрування молоді з функціональними обмеженнями:
- так;
 - ні;
 - не знаю напевно.
9. Як Ви здійснюєте підтримку та як інтегруєте молоді з функціональними обмеженнями:
- взагалі не здійснюю;
 - здійснюю ситуативно;
 - інше (перерахувати).
10. Джерела інформації з питань інтегрування молоді з функціональними обмеженнями:
- відсутня будь-яка інформація;
 - засоби масової інформації;
 - спеціальна література.
11. З якою метою Ви здійснюєте інтегрування молоді з функціональними обмеженнями:
- не здійснюю взагалі;
 - щоб прилучатися до гуманного ставлення здорових громадян до молоді з функціональними обмеженнями:
 - щоб сприяти соціальному інтегруванню молоді з функціональними обмеженнями.
12. 52. Скільки Вам років? _____
53. Вкажіть Вашу стать?
- чоловіча
 - жіноча

Дякуємо Вам за участь у дослідженні!

КОЛЕСО ЖИТТЯ



В основу даної концепції поняття «життя» (запропонованої Біллом Райном - канадським професором школи соціальної роботи Мак-Гілл університету) покладено світогляд перших поселенців Канади, які сприймали життя як колесо, кожна спиця якого символізує певну сферу життєдіяльності людини. Відповідно до цього світогляду все в житті має бути в гармонії. Кожна зі спиць утримує колесо в рівновазі, кожна вимагає до себе уваги. Людині необхідно розвивати «спиці», які визначають основні сфери її життєдіяльності, рівномірно, щоб прожити життя гармонійно, благополучно.

СФЕРИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ

Фізична сфера розкриває індивідуальні особливості організму людини, його красу, силу та витривалість, генетичну спадковість, рівень фізичного розвитку органів і функціональних систем організму, відсутність чи наявність тілесних вад або недуг.

Соціальна сфера визначається здатністю людини будувати та підтримувати позитивні стосунки з іншими людьми, рівнем комфортності її самопочуття серед інших, кількістю близьких людей, на допомогу яких вона може розраховувати в складних ситуаціях.

Духовна сфера передбачає сприйняття духовної культури людства - освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики, що визначає, зокрема, цінності людини, її віру, ідеали, принципи, правила, світогляд, переконання тощо; крім того, важливо не просто їх усвідомлювати чи проголошувати, а й активно впроваджувати в життя.

Екологічна сфера складається зі ставлення людини до природи, її впливу на навколишнє середовище, а також із впливу цього середовища на саму людину.

Психологічна сфера віддзеркалює вміння людини пристосовуватися до мінливих умов життя, розвиватися та самовдосконалюватися.

Емоційна сфера розкриває вміння людини адекватно переживати все, що з нею відбувається, розуміти емоції й почуття інших людей, керувати своїм емоційним станом, бути емоційно врівноваженою.

Інтелектуальна сфера визначається здатністю людини знаходити потрібну їй інформацію, засвоювати нові знання, використовувати їх, приймаючи ті чи інші життєві рішення.

Професійна сфера характеризується професійним самовизначенням людини, відчуттям перебування на «своєму місці», самореалізацією в обраній професії та задоволенням від того, що вона робить.

Опитувальник Р.Б. Кеттелла (16-ФЛО-105С)

Вам буде запропоновано ряд питань, на кожне з яких Ви повинні вибрати одну з трьох відповідей: ту, яка найбільшою мірою відповідає Вам.

Обов'язково відповідайте на всі питання підряд, нічого не пропускаючи. Не потрібно багато часу витратити на обдумування відповідей. Давайте ту відповідь, яка першою спадає на думку. Відповідати треба приблизно на 5-6 запитань за хвилину. Заповнення всього опитувальника повинно зайняти у Вас близько півгодини.

Можливо, деякі питання здадуться вам незрозумілими або сформульованими не так детально, як Вам хотілося б. В таких випадках прагніть уявити „середню”, найбільш звичну ситуацію, яка відповідає значенню питання, і на основі цього вибирайте свою відповідь.

Прагніть не вдаватися занадто часто до проміжних, невизначених відповідей, на зразок „не знаю”, „щось середнє” і т.п.

Відповідайте чесно і широко. Не прагніть справити добре враження своїми відповідями. Тут не може бути відповідей „правильних” або „помилкових”. Люди різні, і кожен може висловити свою думку. Вони повинні відповідати дійсності - в цьому випадку Ви зможете краще пізнати себе.

1. Я думаю, що моя пам'ять зараз краща, ніж раніше.
а) так б) важко сказати с) ні
2. Я цілком міг би жити один, окремо від людей.
а) так б) інколи с) ні
3. Якби я сказав, що небо знаходиться „внизу” і що взимку „спекотно”, я повинен був би назвати злочинця:
а) бандитом б) святим с) хмарою
4. Коли я лягаю спати:
а) засинаю швидко б) щось середнє с) засинаю з зусиллям
5. Якби я вів машину по дорозі, де багато інших автомобілів, вважав би за краще:
а) пропустити вперед більшість машин б) не знаю с) обігнати всі машини, що їдуть попереду
6. В компанії я надаю можливість іншим жартувати і розказувати усякі історії.
а) так б) інколи с) ні
7. Мені важливо, щоб у всьому, що мене оточує, не було безладдя.
а) вірно б) важко сказати с) невірно
8. Більшість людей, з якими я буваю в компаніях, поза сумнівом, раді мене бачити.
а) так б) інколи с) ні
9. Я б скоріше займався:
а) фехтуванням і танцями б) важко сказати с) боротьбою і баскетболом
10. Мене тішить те, що зовсім не схоже на те, що вони потім розказують про це.
а) так б) інколи с) ні
11. Читаючи про яку-небудь подію, я цікавлюся всіма подробицями.

- а) завжди б) інколи с) рідко*
12. Коли друзі жартують наді мною, я звичайно сміюся разом зі всіма і зовсім не ображаюся.
а) вірно б) не знаю с) невірно
13. Якщо мені хто-небудь нагруб'янить, я можу швидко забути про це.
а) так б) не знаю с) невірно
14. Мені більше подобається вигадувати нові способи виконання якої-небудь роботи, ніж дотримуватися перевірених прийомів.
а) вірно б) не знаю с) невірно
15. Коли я планую що-небудь, вважаю за краще робити це самостійно, без будь-якої допомоги.
а) вірно б) інколи с) невірно
16. Думаю, що я менш чутливий і запальний, ніж більшість людей.
а) вірно б) важко відповісти с) невірно
17. Мене дратують люди, які не можуть швидко приймати рішення.
а) вірно б) не знаю с) невірно
18. Інколи, хоч і ненадовго, у мене виникало почуття роздратування стосовно моїх батьків.
а) так б) не знаю с) ні
19. Я швидше розкрив би свої таємні думки:
а) моїм хорошим друзям б) не знаю с) в своєму щоденнику
20. Я думаю, що слово, протилежне за змістом слову „неточний” - це:
а) небалий б) ретельний с) приблизний
21. У мене завжди вистачає енергії, коли це необхідно.
а) так б) важко сказати с) ні
22. Мене більше дратують люди, які:
*а) своїми грубими жартами ставлять людей в незручне становище
б) важко відповісти с) створюють незручності для мене, спізнюючись на зустріч*
23. Мені дуже подобається запрошувати гостей і розважати їх.
а) вірно б) не знаю с) невірно
24. Я думаю, що:
*а) не все необхідно робити однаково ретельно
б) важко сказати с) будь-яку роботу слід виконувати ретельно, якщо Ви за неї
взялися*
25. Мені завжди доводиться долати сором'язливість.
а) так б) можливо с) ні
26. Мої друзі частіше:
а) радяться зі мною б) роблять те і інше порівну с) дають мені поради
27. Якщо приятель обманює мене в дрібницях, я скоріше вважаю за краще зробити вигляд, що не помітив цього, ніж викрити його.
а) так б) інколи с) ні
28. Мені подобається друг:
*а) інтереси якого мають діловий і практичний характер
б) не знаю с) який відрізняється глибоко продуманими поглядами на життя*
29. Я не можу байдуже слухати, як інші люди висловлюють ідеї, протилежні тим, в які я твердо вірю.
а) вірно б) важко відповісти с) невірно
30. Мене хвилюють мої колишні вчинки і помилки.
а) так б) не знаю с) ні
31. Якби я однаково добре умів і те, і інше, то вважав би за краще:
а) грати в шахи б) важко сказати с) грати в городки
32. Мені подобаються товариські, компанійські люди.
а) так б) не знаю с) ні

33. Я настільки обережний і практичний, що зі мною трапляється менше неприємних несподіванок, ніж з іншими людьми.
а) так б) важко сказати с) ні
34. Я можу забути про свої турботи і обов'язки, коли мені це необхідно.
а) так б) інколи с) ні
35. Мені важко визнати, що я неправий.
а) так б) іноді с) ні
36. На підприємстві мені було б цікавіше:
а) працювати з машинами і механізмами і брати участь в основному виробництві
б) важко сказати
с) розмовляти з людьми, займаючись суспільною роботою
37. Яке слово не пов'язано з двома іншими?
а) кішка б) близько с) сонце
38. Те, що в деякій мірі відволікає мою увагу:
а) дратує мене б) щось середнє с) не турбує мене абсолютно
39. Якби у мене було багато грошей, то я:
а) потурбувався б про те, щоб не викликати до себе заздрості
б) не знаю с) жив би, не обмежуючи себе ні в чому
40. Гірше покарання для мене:
а) важка робота б) не знаю с) бути замкнутим наодинці
41. Люди повинні більше, ніж вони роблять це зараз, вимагати дотримання норм моралі.
а) так б) інколи с) ні
42. Мені говорили, що дитиною я був:
а) спокійним і любив залишатися наодинці
б) не знаю с) жвавим і рухливим
43. Мені подобалася б практична повсякденна робота з різними установками і машинами.
а) так б) не знаю с) ні
44. Я думаю, що більшість свідків говорить правду, навіть якщо це нелегко для них.
а) так б) важко сказати с) ні
45. Інколи я не наважуюся впроваджувати в життя свої ідеї, тому що вони здаються мені нездійсненними.
а) вірно б) важко відповісти с) невірно
46. Я прагну сміятися над жартами не так голосно, як це робить більшість людей.
а) вірно б) не знаю с) невірно
47. Я ніколи не відчуваю себе таким нещасним, що хочеться плакати.
а) вірно б) не знаю с) невірно
48. В музиці я насолоджуюся:
а) маршами у виконанні військових оркестрів
б) не знаю с) грою на скрипці
49. Я б скоріше вважав за краще провести два літніх місяці:
а) в селі з одним або двома друзями
б) важко сказати с) очолюючи групу в туристичному таборі
50. Зусилля, що затрачують на складання планів:
а) ніколи не зайві б) важко сказати с) не варті цього
51. Необдумані вчинки і висловлювання моїх приятелів на мою адресу не ображають і не засмучують мене.
а) вірно б) не знаю с) невірно
52. Коли мені все вдається, я вважаю ці справи легкими.
а) завжди б) інколи с) рідко
53. Я надаю перевагу роботі:
а) в установі, де мені довелося б керувати людьми і увесь час бути серед них

- б) важко відповісти с) архітектором, який в тихій кімнаті розробляє свій проект*
54. Дім так належить до кімнати, як дерево до:
а) лісу б) рослини с) листка
55. Те, що я роблю, у мене не виходить:
а) рідко б) інколи с) часто
56. В більшості справ я:
а) вважаю за краще ризикнути б) не знаю с) вважаю за краще діяти напевно
57. Ймовірно, деякі люди вважають, що я занадто багато говорю.
а) скоріше за все, це так б) не знаю с) думаю, що ні
58. Мені більше подобається людина:
а) дуже розумна, навіть якщо вона ненадійна і непостійна б) важко сказати с) із середніми здібностями, але котра вміє протистояти будь-яким спокусам
59. Я приймаю рішення:
а) швидше, ніж більшість людей б) не знаю с) повільніше, ніж більшість людей
60. На мене більше враження справляють:
а) майстерність і витонченість б) важко сказати с) сила і міць
61. Я вважаю, що я людина, схильна до співробітництва:
а) так б) щось середнє с) ні
62. Мені більше подобається розмовляти з людьми вишуканими, витонченими, аніж із відвертими і прямолінійними:
а) так б) не знаю с) ні
63. Я надаю перевагу:
а) самостійному вирішенню питань, що стосуються особисто мене б) важко відповісти с) порадам моїх друзів
64. Якщо людина не відповідає відразу ж після того, як я що-небудь сказав їй, то я відчуваю, що, напевно, сказав яку-небудь дурість:
а) вірно б) не знаю с) невірно
65. В шкільні роки я більше всього одержав знань:
а) на уроках б) важко сказати с) читаючи книги
66. Я уникаю суспільної роботи і пов'язаної з цим відповідальності:
а) вірно б) інколи с) невірно
67. Коли питання, яке потрібно вирішити, дуже важке і вимагає від мене багато зусиль, я намагаюся:
а) зайнятися іншим питанням б) важко відповісти с) ще раз спробувати вирішити це питання
68. У мене виникають сильні емоції: тривога, гнів, напади сміху і т.д. — здавалося б, без конкретної причини:
а) так б) іноді с) ні
69. Іноді я мислю гірше, аніж звичайно:
а) вірно б) не знаю с) невірно
70. Мені приємно зробити людині послугу, погодившись призначити зустріч з нею на час, зручний для неї, навіть якщо це незручно для мене:
а) так б) іноді с) ні
71. Я думаю, що в ряді 1, 2, 3, 6, 5,... наступним числом буде:

- a) 10 б) 50 с) 7
72. Іноді в мене бувають нетривалі напади нудоти і запаморочення без конкретної причини:
a) так б) не знаю с) ні
73. Я волію за краще відмовитися від свого замовлення, аніж зайвий раз турбувати офіціанта або офіціантку:
a) так б) іноді с) ні
74. Я живу сьогоднішнім днем більшою мірою, аніж інші люди:
a) вірно б) важко сказати с) невірно
75. На вечірці мені подобається:
a) брати участь у цікавій бесіді
б) важко відповісти
с) дивитися, як люди відпочивають, і просто відпочивати самому
76. Я висловлюю свою думку незалежно від того, скільки людей можуть її почути:
a) так б) іноді с) ні
77. Якби я міг перенестися в минуле, то більше хотів би зустрітися із:
a) Колумбом б) не знаю с) Пушкіним
78. Я змушений стримувати себе від того, щоб не улагоджувати чужі справи:
a) так б) іноді с) ні
79. Працюючи в магазині, я волів би:
a) оформляти вітрини
б) не знаю с) бути касиром
80. Якщо люди погано про мене думають, я не намагаюся переконати їх, а продовжую поводитись так, як вважаю за потрібне:
a) так б) важко сказати с) ні
81. Якщо я бачу, що мій старий друг досить холодно до мене ставиться й уникає мене, я зазвичай:
a) відразу ж думаю: „У нього поганий настрій”
б) не знаю
с) непокоюсь тим, який невірний вчинок я зробив
82. Усі нещастя відбуваються через людей:
a) які намагаються в усе внести зміни, хоча вже існують задовільні способи вирішення цих питань
б) не знаю
с) які відкидають нові, багатообіцяючі пропозиції
83. Я одержую велике задоволення, розповідаючи місцеві новини:
a) так б) іноді с) ні
84. Акуратні, вимогливі люди не уживаються зі мною:
a) вірно б) іноді с) невірно
85. Мені здається, що я менш дратівливий, аніж більшість людей:
a) вірно б) не знаю с) невірно
86. Я можу легше не рахуватися з іншими людьми, аніж вони зі мною:
a) вірно б) іноді с) невірно
87. Буває, що весь ранок я не хочу ні з ким розмовляти:
a) часто б) іноді с) ніколи
88. Якщо стрілки годинника зустрічаються рівно через кожні 65 хвилин, відмірених за точним годинником, то цей годинник:
a) відстає б) йде правильно с) поспішає
89. Мені буває нудно:
a) часто б) іноді с) рідко
90. Люди говорять, що мені подобається робити усе своїм оригінальним способом:
a) вірно б) іноді с) невірно

91. Я вважаю, що потрібно уникати зайвих хвилювань, тому що вони стомлюють:
а) так б) іноді с) ні
92. Удома, у вільний час, я:
а) розмовляю і відпочиваю б) важко відповісти с) займаюся цікавими для мене справами
93. Я обережно ставлюся до зав'язування дружніх стосунків з новими людьми:
а) так б) іноді с) ні
94. Я вважаю, що те, що люди висловлюють за допомогою віршів, можна так само точно передати прозою:
а) так б) іноді с) ні
95. Я підозрюю, що люди, з якими я знаходжуся в дружніх стосунках, можуть виявитися за моєю спиною аж ніяк не друзями:
а) так, у більшості випадків б) іноді с) ні, рідко
96. Я вважаю, що навіть найдраматичніші події через рік уже не залишають у моїй душі жодних слідів:
а) так б) іноді с) ні
97. Я вважаю, що було б цікавіше бути:
а) натуралістом і працювати з рослинами б) не знаю с) страховим агентом
98. Я піддаюсь безпричинному страху і відразу стосовно деяких речей, наприклад, відносно певних тварин, місцевості тощо.
а) так б) іноді с) ні
99. Я люблю міркувати про те, як можна було б поліпшити світ:
а) так б) важко сказати с) ні
100. Я віддаю перевагу іграм:
а) коли треба грати в команді або мати партнера б) не знаю с) де кожний грає за себе
101. Уночі мені сняться фантастичні або безглузді сни:
а) так б) іноді с) ні
102. Якщо я залишаюся в будинку на самоті, то через деякий час відчуваю тривогу і страх:
а) так б) іноді с) ні
103. Я можу своїм дружнім ставленням ввести людей в оману, хоча насправді вони мені не подобаються:
а) так б) іноді с) ні
104. Яке слово не належить до двох інших?
а) думати б) бачити с) чути
105. Якщо мати Марії є сестрою батька Олександра, то ким є Олександр стосовно батька Марії?
а) двоюрідним братом б) племінником с) дядьком

Опитувальник К. Роджерса, Р. Даймонда

Інструкція

В опитувальнику містяться висловлювання про людину, її спосіб життя, переживання, думки, звички, стиль поведінки. Їх завжди можна співставити з нашим власним способом життя. Прочитавши чергове висловлювання опитувальника, приміряйте його до своїх звичок, свого способу життя і оцініть, в якій мірі це висловлювання може бути віднесене до Вас. Для того, щоб позначити відповідь на бланку, виберіть один з семи варіантів оцінок, який найбільше Вам підходить:

- «0» - це мене зовсім не стосується;
- «1» - мені це не властиво в більшості випадків;
- «2» - сумнівно, чи можна це віднести до мене;
- «3» - не зважуюсь віднести це до себе;
- «4» - це схоже на мене, але немає впевненості;
- «5» - це схоже на мене;
- «6» - це точно про мене.

Обраний Вами варіант відповіді відмічайте в бланку для відповідей в клітинці, номер якої відповідає порядковому номеру висловлювання.

Бланк відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101									

№	Питання	Оцінка
1	2	3
1	Відчуває незручність, коли вступає з ким-небудь в розмову	
2	Не має бажання розкриватись перед іншими	
3	В усьому любить змагання, боротьбу	
4	Ставить до себе високі вимоги	
5	Часто сварить себе за зроблене	
6	Часто відчуває себе приниженим	
7	Сумнівається, що може подобатися кому-небудь з осіб протилежної статі	
8	Свої обіцянки виконує завжди	
9	Теплі, добрі відносини з оточуючими	

1	2	3
10	Людина стримана, замкнута; тримається від усіх осторонь	
11	У своїх невдачах звинувачує себе	
12	Людина відповідальна; на неї можна покластись	
13	Відчуває, що неспроможний хоч щось змінити, всі зусилля марні	
14	Багато чого сприймає очима однолітків	
15	Визнає в цілому ті правила і вимоги, яких треба додержуватися	
16	Особистих переконань і правил не вистачає	
17	Любить мріяти – іноді просто серед білого дня. Не без зусиль повертається від мрії до дійсності	
18	Завжди готовий до захисту і навіть до нападу: «застрає» на образах, в думках перебирає способи помсти	
19	Вміє керувати собою і особистими вчинками, самоконтроль для нього – не проблема	
20	Часто пеується настрої: напосідає сум, хандра	
21	Все, що стосується інших, не хвилює: зосереджений на собі; зайнятий собою	
22	Люди, як правило, йому не подобаються	
23	Не соромиться своїх почуттів, відверто їх виявляє	
24	Серед великого натовпу буває трохи самотньо	
25	Зараз почуваюся погано. Хочеться все кинути, куди-небудь сховатись	
26	З оточуючими зазвичай у злагоді	
27	Найважче боротись з самим собою	
28	Насторожує незаслужене доброзичливе ставлення оточуючих	
29	В душі – оптиміст, вірить в краще	
30	Людина негідатлива, вперта; таких називають важкими	
31	До людей критичний і засуджує їх, якщо вважає, що вони цього заслуговують	
32	Зазвичай відчуває себе не тим, який веде, а якого ведуть: йому не завжди вдається мислити і діяти самостійно	
33	Більшість з тих, хто його знає, добре до нього ставляться, люблять його	
34	Іноді бувають такі думки, з якими не хотілось би ні з ким ділитись	
35	Людина з привабливою зовнішністю	
36	Відчуває себе безпомічним, потребує когось, хто був би поруч	
37	Прийнявши рішення, додержується його	
38	Приймає, здавалось би, самостійні рішення, та ніяк не звільниться від впливу інших людей	
39	Відчуває провину, навіть коли винуватити себе немає в чому	
40	Відчуває неприязнь до тих, хто його оточує	
41	Всім задоволений	
42	Збитий з пантелику: не може зібратися, взяти себе в руки, організувати себе	
43	Почуває в'ялість: все, що раніше хвилювало, стало байдужим	
44	Врівноважений, спокійний	
45	Розгнівавшись, нерідко виходить із себе	
46	Часто відчуває себе ображеним	
47	Людина поривчаста, нетерпляча, гаряча: не вистачає стриманості	
48	Буває, що пліткує	
49	Не дуже довіряє своїм почуттям: вони деколи підводять його	
50	Досить важко бути самим собою	
51	На першому місці розум, а не почуття: перш, ніж що-небудь зробити, подумав	
52	Те, що відбувається з ним, тлумачить на свій лад, здатен навігадувати зайве...	
53	Людина терпляча до людей і сприймає кожного таким, яким він є	
54	Намагається не думати про свої проблеми	
55	Вважає себе цікавою людиною – привабливим як особистість, помітним	
56	Людина сором'язлива, легко знічується	
57	Обов'язково потрібно нагадувати, підштовхувати, щоб довів справу до кінця	
58	В душі відчуває перевагу над іншими	

1	2	3
59	Немає нічого, в чому би виявив свою індивідуальність, своє Я	
60	Боїться того, що подумають про нього інші	
61	Честолюбний, небайдужий до успіху, похвали: в тому, що для нього суттєве, намагається бути серед кращих	
62	Людина, в якій в даний момент багато що варте презирства	
63	Людина дієва, енергійна, сповнена ініціативи	
64	Пасує перед труднощами і ситуаціями, що загрожують ускладненням	
65	Недостатньо себе цінує	
66	За природою лідер і вміє впливати на інших	
67	Ставиться до себе в цілому добре	
68	Людина наполеглива, йому завжди важливо наполягти на своєму	
69	Не любить, коли з кимось псується відносини, особливо – якщо розбіжності загрожують бути явними	
70	Довго не може прийняти рішення, а потім сумнівається в його правильності	
71	Розгублений, все сплуталось, все змішалось в нього	
72	Задоволений собою	
73	Невезучий	
74	Людина приємна, викликає симпатію оточуючих	
75	Обличчям, може, і не гарний, але може сподобатись як людина, як особистість	
76	Зневажає осіб протилежної статі і не зв'язується з ними	
77	Коли потрібно щось зробити, охоплює страх: а раптом, не справлюсь, а раптом, не вийде	
78	Легко, спокійно на душі, немає нічого, що б сильно хвилювало	
79	Вміє напружено працювати	
80	Відчуває, що росте, дорослішає: змінюється сам і ставлення до оточуючого світу	
81	Буває, що говорить про те, в чому зовсім не розуміється	
82	Завжди говорить тільки правду	
83	Тривожний, занепокоєний, напружений	
84	Щоб примусити що-небудь зробити, потрібно як слід наполягти	
85	Відчуває невпевненість у собі	
86	Обставини часто примушують захищати себе, виправдовуватись і обґрунтовувати свої вчинки	
87	Людина поступлива, м'яка в стосунках з іншими	
88	Людина розсудлива, любить розмірковувати	
89	Іноді любить похвалитися	
90	Приймає рішення і одразу їх змінює; зневажає себе за безвілля, а зробити з собою нічого не може	
91	Намагається покладатися на свої зусилля, не розраховувати на чийсь допомогу	
92	Ніколи не запізнюється	
93	Має відчуття скутості, внутрішньої несвободи	
94	Вирізняється серед інших	
95	Ненадійний товариш, не у всьому можна покластися на нього	
96	В собі все зрозуміло, себе добре розуміє	
97	Товариська, відкрита людина; легко сходиться з людьми	
98	Сили і здібності відповідають тим задачам, які потрібно вирішувати; з усім може справитись	
99	Себе не цінує: ніхто його всерйоз не сприймає; в кращому разі, до нього поблажливі, просто терплять	
100	Хвилюється, що особи протилежної статі занадто займають думки	
101	Всі свої звички вважає хорошими	

Методика оцінки якості життя за В. Седневим

<i>Оцінка</i>	<i>10 балів</i>	<i>20 балів</i>	<i>30 балів</i>
<i>Соціально-економічний статус</i>			
Рівень прибутку на 1 члена сім'ї	Менший прожиткового мінімуму	Прожитковий мінімум	Більший прожиткового мінімуму
Житлові умови	Менше 1 кімнати на людину	1 кімната на людину	Більш, ніж 1 кімната на людину
Екологічний стан місцевості	Незадовільний	Задовільний	Хороший
Сімейні обставини	Конфліктні	Дисгармонійні	Оптимальні
Умови роботи / навчання	Незадовільні	Задовільні	Хороші
Безробіття	Більше 1 року	До 1 року	Відсутнє
Соціальний статус суб'єкта	Низький	Середній	Високий
Доступність медичної допомоги	Важкодоступна	Оптимальна	Висока
Доступність перекваліфікації / перенавчання	Немає	Немає необхідності	Є
Проживання з хронічним хворим	Двома і більше	Одним	Ні
<i>Психологічний статус</i>			
Когнітивний розвиток	Нижчий норми	Норма	Високий
Емоційно-вольова регуляція	Незадовільна	Задовільна	Хороша
Міжособистісні відносини	Конфліктні	Дисгармонійні	Оптимальні
Самооцінка	Занижена / завищена	Не встановлена	Адекватна
Працездатність	Низька	Середня	Висока
Щоденна активність	Низька	Середня	Висока
Цінності	Асоціальні	Неадекватні	Адекватні
Самовладна поведінка	Само деструкція	Дезадаптивна	Адаптивна
Ригідність	Виражена	Помірна	Немає
Стабільність середовища	Немає	Порушена	Гармонійна
<i>Фізичний статус</i>			
Рівень фізичного розвитку	Низький	Середній	Високий
Рівень фізичної активності	Низький	Середній	Високий
Хронічні соматичні захворювання	Є, загострення	Є, ремісія	Немає
Фізичні аномалії розвитку	Виражені	Слабкі	Немає
Фізичні дефекти	Виражені	Слабкі	Немає
Косметичні дефекти	Виражені	Слабкі	Немає
Фізичне навантаження	Надмірне / відсутнє	Надлишкове	Оптимальне
Знаходження на свіжому повітрі	Ні	Менш, ніж 1 год.	Більш, ніж 1 год.
Ранкова гімнастика	Ні	Іноді	Регулярно
Харчування	Неповноцінне	Незбалансоване	Повноцінне і збалансоване

ПОЛОЖЕННЯ
Про клуб спілкування молодих інвалідів
«РАЗОМ ЗАРАДИ РОЗВИТКУ»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор Києво-
 Святошинського Центру
 соціальних служб для сім'ї, дітей
 та молоді
 О.М.Пацюк.

1.ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1. Клуб спілкування молодих інвалідів, Разом заради розвитку(далі Клуб) - це об'єднання молоді з функціональними обмеженнями, який створений Києво-Святошинським Центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (далі Центр) в рамках реалізації Указу Президента України від 02.12.2002р. № 1112/2002 „Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів"
- 1.2. Головною метою Клубу є діяльність, спрямована на створення необхідних умов для соціального становлення молодих інвалідів, їх інтеграція у суспільство.
- 1.3. В діяльності Клуб керується нормативно - правовою базою Центру та даним Положенням.
- 1.4. До роботи в Клубі залучаються кваліфіковані спеціалісти з числа працівників Центру СССМ, інших необхідних спеціалістів, а також волонтери, які пройшли відповідну підготовку.

II. ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ КЛУБУ

- 2.1. Здійснення соціальної адаптації та соціально - психологічної реабілітації.
- 2.2. Надання кваліфікованої соціальної та психологічної допомоги молодим інвалідам.
- 2.3. Організація змістовного дозвілля та відпочинку.
- 2.4. Розвиток світогляду та духовних інтересів молодих інвалідів.

III. ОСНОВНИМИ ФУНКЦІЯМИ КЛУБУ Є :

- 3.1. Здійснення систем заходів, спрямованих на:
 - самопізнання та самореалізація особистості, задоволення її різноманітних потреб у спілкуванні;
 - відновлення морального, психологічного та фізичного стану молоді з функціональними обмеженнями;
 - впровадження змістовних форм дозвілля і відпочинку для молодих інвалідів.

IV. ПОРЯДОК СТВОРЕННЯ КЛУБУ

- 4.1. Клуб створюється згідно з наказом директора Центру за ініціативою та підтримкою державних установ, громадських організацій, фізичних осіб.
- 4.2. Положення про Клуб затверджується директором Центру при якому він створений.

V. УПРАВЛІННЯ КЛУБОМ

- 5.1. Загальне керівництво діяльності Клубу здійснюється Центром СССМ.
- 5.2. Колегіальним органом Клубу є Рада Клубу. Рада обирається на загальних зборах членів клубу.
- 5.3. Керівником Клубу може виступати працівник Центру, він затверджується наказом директора ЦСССМ.
- 5.4. Програма або план роботи Клубу затверджується директором Центру. Відповідальність за планування та діяльність Клубу несуть його організатори.
- 5.5. Клуб може працювати на базі Центру СССМ або іншої установи (за погодженням).
- 5.6. Принципи діяльності Клубу - демократичність, гуманізм, довірлива атмосфера у взаєминах, систематичність, цілеспрямованість, різноманітність форм і методів, доступність, об'єктивність, конкретність, взаємоповага і підтримка.
- 5.7. Клуб може мати девіз, емблему.

VI. ЧЛЕНСТВО ТА ОБО'В'ЯЗКИ ЧЛЕНІВ КЛУБУ.

- 6.1. Членом клубу може стати кожен інвалід віком від 18 до 35 років, який визнає Положення Клубу і бере участь у його роботі.
- 6.2. Члени Клубу зобов'язані:
 - брати активну участь в організаційних, культурних заходах та програмах Клубу;
 - створювати сприятливий мікроклімат ;
 - вносити пропозиції щодо поліпшення організації, тематики, умов роботи Клубу.

Програма курсу
"Соціально-педагогічне інтегрування людей з функціональними обмеженнями в соціальне середовище"

І. ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Сьогодні серед актуальних проблем становлення особистості особливо відчутними і гострими є питання, пов'язані із інтеграцією молодих інвалідів в соціальне середовище. Науковці намагаються дослідити це явище в теоретичному плані, визначити його суттєві ознаки та закономірності розвитку, виявити чинники та розкрити соціально-педагогічні умови, що впливають на процес розвитку та інтегрування молодих інвалідів у соціальне середовище. В Україні проблема інтегрування людей з функціональними обмеженнями є досить актуальною, передусім, це стосується молоді з сенсорними чи руховими порушеннями. Відношення суспільства до людей з функціональними обмеженнями визначається певними рядом факторів. Це і рівень економічного, політичного, етичного, релігійного розвитку суспільства, і стан освіти, охорони здоров'я, науки і культури.

В даний час в суспільстві склався достатньо стійкий негативний стереотип сприйняття осіб з відхиленнями в розвитку як про людей з функціональними обмеженнями, що визначає необхідність цілеспрямованої роботи по формуванню адекватного сприйняття даної категорії осіб. Розробка і реалізація програм з соціального інтегрування осіб з функціональними обмеженнями змушує вносити корективи в професійну діяльність багатьох фахівців і, зокрема, фахівців з соціальної роботи.

Для ефективності впровадження в навчальний процес системи підготовки соціальних педагогів та соціальних працівників доцільне впровадження спецкурсу «Соціально-педагогічне інтегрування людей з функціональними обмеженнями в соціальне середовище». Спецкурс призначений для ознайомлення студентів спеціальностей «Соціальна педагогіка» та «Соціальна робота» із діючою в Україні системою надання послуг та розкриває теоретичні засади сучасних підходів до організації соціально-педагогічної роботи з людьми з обмеженими функціональними можливостями та їх родинами у громаді.

Спецкурс виконує інтегративні функції, реорганізовує простір дисциплін гуманітарного, фундаментального циклів і стає, таким чином, підґрунтям продуктивного вивчення спеціальних дисциплін майбутніх соціальних педагогів та соціальних працівників.

Розроблений спецкурс спрямований на розкриття сучасних концептуальних імперативів щодо соціально-педагогічної роботи з людьми з обмеженими функціональними можливостями та підготовки соціальних педагогів / соціальних працівників до практичної діяльності.

Навчальний курс базується на міждисциплінарному підході в соціально-педагогічній роботі та побудований з урахуванням професійної, методичної, особистої компетенції фахівця.

Спецкурс «Соціально-педагогічне інтегрування людей з функціональними обмеженнями в соціальне середовище» направлений на систематизацію отриманих теоретичних знань з медико-соціальних і психолого-педагогічних проблем осіб з відхиленнями в розвитку в курсах корекційної і спеціальної педагогіки, спеціальної психології, технології соціальної роботи, має **завдання**:

- сформуванати гуманістично-орієнтований професійний світогляд майбутнього фахівця з соціальної роботи, що розуміє і приймає проблеми людей з функціональними обмеженнями і сприяє вирішенню цих проблем;
- сформуванати цілісне і ціннісне відношення до історичної спадщини в сфері соціальної підтримки людей з функціональними обмеженнями в розвитку в контексті світового цивілізованого процесу;
- розкрити актуальну проблематику сучасних моделей соціального інтегрування людей з функціональними обмеженнями, і визначити основи професійної діяльності соціального педагога/соціального працівника.
- ознайомити студентів із чинною в Україні класифікацією людей з функціональними обмеженнями та критеріями надання статусу інваліда;
- проаналізувати нормативно-правову базу державної допомоги людям з функціональними обмеженнями та їхнім родинам, зіставити конституційні гарантії громадянських прав з текстами підзаконних актів, що регламентують механізм їхньої реалізації;
- ознайомити студентів із базовими міжнародними документами стосовно прав інвалідів і стандартів соціальної допомоги, спонукати до зіставлення цих стандартів із державними гарантіями у нашій державі;
- дати студентам уявлення про державну допомогу в закладах системи соціального захисту населення, освіти, охорони здоров'я та соціальних служб для молоді;
- проаналізувати особливі потреби людей з функціональними обмеженнями, а також принципи надання комплексної допомоги у громаді, орієнтованої на потреби конкретного клієнта; навчити визначати пріоритетність потреб конкретного клієнта при оцінюванні та складанні плану втручання за умови обмежених ресурсів, консолідувати ресурси громади для максимально можливого задоволення потреб окремого клієнта та його родини;
- ознайомити студентів з принципами визначення функцій соціального педагога та соціального працівника при роботі мультидисциплінарної команди агенції, що працює у громаді, а також нагадати про методи, які застосовуються в такій роботі.

Відповідно до даних завдань визначена **мета спецкурсу**:

- інтегрувати теоретичні знання про осіб з функціональними обмеженнями , відпрацювати практичні навички спілкування з ними на основі визнання їх повноправними і рівноцінними членами суспільства;сформуванати у студентів потребу в свідомому включенні та підтримці

Продовження додатку Н

- соціального інтегрування людей з функціональними обмеженнями в структуру власної професійної діяльності;
- відпрацювати навички моделювання авторської системи підтримки соціального інтегрування інвалідів, як сукупність заходів з організації оптимальної взаємодії між інвалідами і здоровими людьми;
- апробувати власну систему роботи по формуванню адекватного сприйняття інвалідів в ході виробничої і стажерської практики.

Вивчення курсу передбачає формування у студентів **знань** :

- законодавчі акти щодо соціальної роботи з інвалідами;
- психологічні та соціально-педагогічні особливості осіб з функціональними обмеженнями ;
- методи та форми профілактично-корекційної, лікувально-оздоровчої та реабілітаційної роботи із інвалідами;
- критерії надання статусу інваліда;
- основні положення нормативно-правових актів, що визначають принципи надання державної допомоги інвалідам та їхнім родинам;
- основні положення базових міжнародних документів стосовно прав інвалідів і принципів надання соціальної допомоги цій групі клієнтів;
- принципи надання державної допомоги інвалідам у закладах системи соціального захисту населення, освіти, охорони здоров'я та соціальних служб для молоді;
- особливості потреб інвалідів;
- складові комплексної допомоги у громаді, орієнтованої на потреби конкретного клієнта;
- пріоритетність потреб конкретного клієнта при оцінюванні та складанні плану втручання за умови обмежених ресурсів;
- принципи активізації ресурсів громади для максимально можливого задоволення потреб окремого клієнта та його родини;
- зміст функцій соціального педагога та соціального працівника при роботі у складі мультидисциплінарної команди агенції, що працює з інвалідами в громаді;
- методи, які застосовуються при роботі з інвалідом та його родиною в громаді.

На основі цих знань повинні бути сформовані **уміння**:

- користуватися набутими теоретичними знаннями та застосовувати їх у практичній роботі;
- користуватися окремими психодіагностичними та соціально-педагогічними методами вивчення особистості клієнтів;
- спонукати людину до позитивних змін в її житті;
- встановлювати доцільні стосунки з клієнтами, враховуючи їхні вікові та індивідуальні особливості;

- виявляти і оцінювати актуальні проблеми людей, що належать до спеціальних груп клієнтів, і допомагати у їх розв'язанні;
- проводити консультації;
- організовувати соціально-педагогічні заходи;
- проводити різні форми індивідуальної роботи;
- оцінювати результати власної діяльності і робити прогноз на майбутнє.
- проведення інтерв'ювання інваліда та його родича / опікуна;
- проводити аналізу потреб клієнта та його родини;
- складання плану втручання за умов обмежених ресурсів;
- консолідації ресурсів громади для максимально можливого задоволення потреб клієнта та його родини;
- роботи в команді сервісної агенції для інвалідів;
- складати посадові обов'язки соціального педагога / соціального працівника, який надає допомогу інвалідам та їхнім родинам за місцем проживання в державних і недержавних агенціях;
- проводити підбір та застосування ефективних методів роботи для максимально можливого задоволення потреб клієнта за умов роботи у конкретній агенції.

Дисципліна "Соціально-педагогічне інтегрування людей з функціональними обмеженнями" розрахована на 98 години. З них: 50 годин – на самостійну, 48 – на аудиторну роботу

II. ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН.

Назви теоретичних блоків	Кількість годин							
	Всього	Аудиторних	Лекцій	Практичних	Семінарських	Індивідуальна робота (КСР)	Самостійна робота на робота	
							Поточна	Підсумок
Теми								
Модуль 1 Загальна характеристика соціального інтегрування осіб з функціональними обмеженнями	18	8	4		4	2	4	4
Тема 1. Сучасне поняття соціально-педагогічного інтегрування. Адаптація та реабілітація як основа соціально-педагогічного інтегрування.			2		2			
Тема 2. Інвалідність та суспільство. Еволюція відношення суспільства та держави до осіб з функціональними обмеженнями в Україні та			2		2			

закордоном								
Модуль 2. Умови та засоби соціально-педагогічного інтегрування осіб з функціональними обмеженнями	26	16	8		8	2	4	4
Тема 3. Загальна характеристика умов і засобів соціально-педагогічного інтегрування.			2		2			
Тема 4. Умови сімейного виховання дітей з функціональними обмеженнями			2		2			
Тема 5. Основи інтегрованого навчання осіб з функціональними обмеженнями			2		2			
Тема 6. Професійне навчання та працевлаштування інвалідів			2		2			
Модуль 3. Правові основи соціально-педагогічного інтегрування осіб з функціональними обмеженнями	18	8	4		4	2	4	4
Тема 7. Міжнародні юридичні концепції і програми соціального захисту інвалідів			2		2			
Тема 8. Державно-правові основи соціального захисту осіб з функціональними обмеженнями			2		2			
Модуль 4. Досвід вирішення проблем соціально-педагогічного інтегрування осіб з функціональними обмеженнями в Україні та закордоном	18	8	4		4	2	4	4
Тема 9. Організаційні та освітні моделі інтегрування інвалідів. Моделі інтегрування осіб з функціональними обмеженнями в суспільство			2		2			
Тема 10. Розробка та реалізація програм з соціального інтегрування в Україні			2		2			
Модуль 5. Професійна діяльність соціального педагога з соціально-педагогічного інтегрування осіб з функціональними обмеженнями	18	8	4		4	2	4	4
Тема 11. Соціальна робота з сімєю			2		2			
Тема 12. Підтримка соціально-педагогічного інтегрування в структурі професійної діяльності спеціалістів з соціальної роботи			2		2			
ВСЬОГО	98	48				10	20	20

III. Зміст дисципліни

№п/п	3.1. Назва розділів, тем та їх зміст	Всього	Лек.
1.	Модуль 1. Загальна характеристика соціального інтегрування осіб з функціональними обмеженнями Тема 1. Сучасне поняття соціально-педагогічного інтегрування. Адаптація та реабілітація як основа соціально-педагогічного інтегрування Поняття інтегрування його складові. Види інтеграції. Принцип нормалізації. Поняття «соціальна реабілітація» та «адаптація» на	4	2

	<p>сучасному етапі. Значення інтеграції в житті людей з обмеженими функціональними можливостями.</p> <p>Тема 2 . Інвалідність та суспільство. Еволюція відношення суспільства та держави до осіб з функціональними обмеженнями в Україні та закордоном</p> <p>Поняття інвалідності як соціальної проблеми. Життєвий (соціальний) простір осіб з інвалідністю. Критерії інвалідності і їх соціальні причини. Чинники інвалідизації. Соціальний статус осіб з інвалідністю. Люди з інвалідністю як деприваційна група, структура інвалідності. Поняття адаптаційної поведінки людей з функціональними обмеженнями. Сучасні уявлення про місце людини з функціональними обмеженнями в суспільстві Як відображають моделі осіб з функціональними обмеженнями в суспільній свідомості еволюцію відношення суспільства до них. Сучасні класифікації обмежених можливостей людини. Підстави цих класифікацій. Основи періодизації еволюції відношення суспільства до осіб з функціональними обмеженнями. Співвідношення певних періодів еволюції відношення держави і суспільства до осіб з функціональними обмеженнями етапами розвитку системи спеціальної освіти. Унікальність соціокультурного контексту становлення системи спеціальної освіти в нашій країні.</p>		2
2	<p>Модуль 2 Умови та засоби соціально-педагогічного інтегрування осіб з функціональними обмеженнями</p> <p>Тема 3. Загальна характеристика умов і засобів соціально-педагогічного інтегрування</p> <p>Чинники що визначають успішність соціальної інтеграції осіб з відхиленнями в розвитку. Аналіз чинників і причин, що лежать в основі цього негативного явища, дозволив виділити найістотніші умови, що зумовлюють успіх інтеграційного процесу: 1. Готовність суспільства розуміти і розділяти особисті проблеми людини з особливостями розвитку.2. Ізольованість від досвіду навколишнього життя системи навчання і виховання осіб з відхиленнями.3. Умови сімейного виховання;4. Організація і якість освіти взагалі і трудової підготовки особливо. Питання післяшкольної реабілітації і адаптації осіб з функціональними обмеженнями. Стабільна державна гарантія матеріального забезпечення, трудовлаштування, соціального захисту осіб з функціональними обмеженнями.</p> <p>Тема 4. Умови сімейного виховання дітей з обмеженими функціональними можливостями</p> <p>Проблеми організації життєдіяльності і виховання людини з обмеженими функціональними можливостями в сім'ї. Потреби сім'ї. «Цикли життя»сім'ї. Соціально-психологічна підготовка та підтримка членів сім'ї як вирішальна умова інтеграції інваліда в соціум. Соціально-психологічні умови сімейного виховання.</p> <p>Тема 5. Основи інтегрованого навчання осіб з обмеженими функціональними можливостями</p> <p>Ізольована система навчання людей з осіб з функціональними обмеженнями одна з причин, сприяючих формуванню їх негативного сприйняття оточуючими. Рішення проблем соціальної інтеграції дітей з відхиленнями в розвитку організацією шляхом</p>	8	2
			2
			2

	<p>інтегрованого навчання. Рівні та види інтегрованого навчання. Основні проблеми та перепони інтегрованого навчання. Реабілітаційний потенціал в професійній реабілітації осіб з функціональними обмеженнями. Професійна орієнтація осіб з функціональними обмеженнями. Психологічні бар'єри, що обмежують мотивацію осіб з функціональними обмеженнями до професійної кар'єри. Люди із стійким порушенням функцій організму як професійні працівники в представленнях працедавців. Оцінка конкурентоспроможності осіб з інвалідністю на ринку праці висококваліфікованих професій. Технологія самомаркетингу осіб з функціональними обмеженнями. Законодавча підтримка професійної кар'єри громадян з інвалідністю.</p> <p>Тема 6. Професійне навчання та працевлаштування осіб з функціональними обмеженнями. Проблеми професійної освіти осіб з функціональними обмеженнями. Реабілітаційний потенціал в професійній реабілітації людей з функціональними обмеженнями. Професійна орієнтація людей з функціональними обмеженнями. Психологічні бар'єри, що обмежують мотивацію людей з функціональними обмеженнями до професійної кар'єри. Люди з функціональними обмеженнями як професійні працівники в представленнях працедавців. Оцінка конкурентоспроможності людей з функціональними обмеженнями на ринку праці висококваліфікованих професій. Технологія самомаркетингу осіб із функціональними обмеженнями. Законодавча підтримка професійної кар'єри громадян з інвалідністю.</p>		2
3	<p>Модуль 3. Правові основи соціально-педагогічного інтегрування осіб з функціональними обмеженнями</p> <p>Тема 7. Міжнародні юридичні концепції і програми соціального захисту.</p> <p>Міжнародні юридичні концепції Права осіб з функціональними обмеженнями є предметом пильної уваги з боку міжнародного співтовариства і відображені у ряді документів ООН: "Загальна декларація прав людини", "Декларація про права інвалідів", "Декларація про права розумово відсталих осіб", "Конвенція про права дитини", "Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів".</p> <p>Тема 8. Державно-правові основи соціального захисту осіб з обмеженими функціональними можливостями в Україні</p> <p>Права і гарантії що дає Закон "Про соціальний захист інвалідів". Права і гарантії що дає Закон "Про освіту".</p>	4	2
4	<p>Модуль 4 Досвід вирішення проблем соціально-педагогічного інтегрування осіб з функціональними обмеженнями в Україні та закордоном</p> <p>Тема 9. Організаційні та освітні моделі інтегрування інвалідів. Моделі інтеграції інвалідів в суспільство</p> <p>Розвиток інтеграційних і процесів за рубежом. Можливі варіанти рішення проблеми соціальної інтеграції людей з відхиленнями в розвитку на прикладі зарубіжних країн. Особливість інтеграційних процесів в Україні Моделі освітньої інтегрування, що враховують "український чинник". Моделі що найбільшою мірою вирішують проблеми соціально-педагогічного інтегрування людей з</p>	4	2

7. Суспільні рухи і організації осіб з інвалідністю.
8. Громадська думка відносно людей, що мають порушення фізичного або психічного здоров'я.

Основна література: 3,6,25,29,30,31,32,33,34,35,36,39.

Додаткова література:11,14,15,25,26,37,38,42,47.

2.Соціально-педагогічне інтегрування людей з функціональними обмеженнями

1. Поняття «соціально-педагогічна інтеграція», основні принципи, цілі і завдання інтеграції.
- 2.Основні напрямки соціально-педагогічної інтеграції.
- 3.Засоби ,способи і форми реалізації цілей ізадач соціально-педагогічної інтеграції людей з функціональними обмеженнями.

Основна література: 19,20,21,22,23,24,34,36.

Додаткова література: 11,14,15,25,26,37,38,42,47

Модуль 2 Умови та засоби соціально-педагогічного інтегрування осіб з функціональними обмеженнями .

3. Соціальне середовище та особистість

1. Поняття «соціальне середовище ».
2. Структура соціуму як життєвого простору людини з інвалідністю.
3. Характеристика інтеграційного потенціалу суб'єктів соціуму, причетних до рішення проблем людей з інвалідністю.
4. Соціальна робота з різними групами людей, що беруть участь в процесі інтеграції людей з інвалідністю (сусідами, друзями, колегами по роботі, працівниками соціальних установ і організацій і ін.).
5. Технологія бригадної роботи з участю фахівців різних професійних профілів.
6. Диференціальний і індивідуальний підходи в соціальній роботі з суб'єктами соціуму по інтеграції людей з інвалідністю. Внесення змін в мікросоціум, направлених на інтеграцію людей з інвалідністю.

Основна література: 3,6,25,29,19,20,21,22,23,24,34,36.

Додаткова література:11,14,15,25,26,37,38,42,47

4.Універсальний дизайн

1. Доступність навколишнього середовища як загальне право людини.
2. Бар'єри, що обмежують доступність і використання об'єктів середовища для осіб з функціональними обмеженнями.
3. Технічні і організаційні рішення по подоланню бар'єрів для осіб з функціональними обмеженнями
4. Соціокультурні і естетичні параметри інфраструктури суспільства, визначальні комфортні умови мешкання всім громадянам.

Основна література: 1,3,6,25,29,19,20,21,22,23,24,34,36.

Додаткова література:11,14,15,25,26,37,38,42,47

Модуль 4 Досвід вирішення проблем соціально-педагогічного інтегрування осіб з функціональними обмеженнями в Україні та закордоном

5. Професійна кар'єра людей з інвалідністю

1. Реабілітаційний потенціал в професійній реабілітації людей з інвалідністю.
2. Професійна орієнтація людей з інвалідністю.
3. Психологічні бар'єри, що обмежують мотивацію людей з інвалідністю до професійної кар'єри.
4. Люди із стійким порушенням функцій організму як професійні працівники в уяві працедавців.
5. Оцінка конкурентоспроможності осіб з інвалідністю на ринку праці висококваліфікованих професій.

6. Технологія самомаркетингу осіб із стійким порушенням функцій організму.
7. Законодавча підтримка професійної кар'єри громадян з інвалідністю.

Основна література: 19,20,21,22,23,24,34,36.

Додаткова література: 11,14,15,25,26,37,38,42,47

6. Медико-соціальні основи моделі незалежного життя людей з інвалідністю

1. Поняття незалежного життя людей з важкими порушеннями здоров'я.
2. Історія виникнення в світі руху незалежного життя людей з інвалідністю.
3. Історія виникнення руху незалежного життя людей з інвалідністю в Україні.
4. Медичні аспекти збереження здоров'я у людей.
5. Компенсація порушених функцій організму. Відновлення порушених функцій організму.
6. Правова основа незалежного життя.
7. Міське і сільське середовище для незалежного життя.
8. Соціальні бар'єри у людей з функціональними обмеженнями.
9. Здоровий спосіб життя і інвалідність. Інваспорт. Паралімпійське рух і Спеціальна олімпіада.
10. Суспільні рухи інвалідів за права людини.

Основна література: 2,6, 7, 9,12,19,21,23,33,36,45.

Додаткова література: 11,12,14,23,27,29,30,34,40.

Модуль 5 Професійна діяльність соціального педагога з соціальної інтеграції осіб з функціональними обмеженнями

7. Технології соціальної роботи з громадянами, що мають інвалідність

1. Технологія як вид діяльності, направленої на досягнення соціальних змін. Соціальні технології і технології соціальної роботи.
2. Різні види технологій соціальної роботи з громадянами, що мають інвалідність, їх мету і умови, в яких ця мета може бути реалізований.
3. Технології соціальної роботи з людьми, що мають інвалідність, що використовуються за рубежом.
4. Основи соціального обслуговування, соціального забезпечення, соціального консультування, соціальної терапія. Посередницькі послуги.

Основна література: 2,6, 7, 9,12,19,21,23,33,36,45.

Додаткова література: 11,12,14,23,27,29,30,34,40.

VI. Самостійна робота

Завдання для самостійної роботи

Тема 1

1. Скласти список статей, опублікованих з проблем соціально-педагогічного інтегрування осіб з функціональними обмеженнями в наукових журналах ("Дефектологія", "Вісник психосоціальної і коректувальної роботи", "Соціум", "Социс" і ін.). Скласти анотацію на одну з них.
2. Провести аналітичне дослідження по зміні термінологічних норм, що використовуються державою і суспільством для позначення людей з функціональними обмеженнями. Відзначте, чи можна це вважати показником періоду еволюції відношення до цих людей, приведіть аргументи.

Форма звітності: виступ на практичному занятті, письмова анотація і огляд статей з даної тематики.

Тема 2

1. Намалюйте схему періодизації еволюції відношення держави і суспільства до дітей з функціональними обмеженнями .
2. Розглянути періодизацію еволюції систем спеціальної освіти.
 3. Доведіть справедливості твердження, що в кінці ХХ в. Західна Європа і Україні переживають різні періоди еволюції відношення до людей з функціональними

обмеженнями і відповідно знаходяться на різних етапах розвитку систем спеціальної освіти.
Форма звітності: узагальнення отриманих результатів на практичному занятті, аналітичне дослідження.

Тема 3

1. Провести порівняльний аналіз розвитку інтеграційних процесів в Україні і за кордоном.
2. Законспектувати і проаналізувати статтю Линькова В.В. "Особливості соціально-філософського підходу до проблеми взаємостосунків держави і спеціальної освіти"; визначте своє відношення до даної проблеми. (Линьков В.В. Особливості соціально-філософського підходу до проблеми взаємостосунків держави і спеціальної освіти // Дефектологія. — 1999. — №1. — С.5—11.)

Форма звітності: аналітичний огляд, співбесіда по даних проблемах під час консультації, дискусія на практичному занятті.

Тема 4

1. Скласти перелік основних міжнародних юридичних концепцій в сфері захисту прав осіб з функціональними обмеженнями
2. Систематизувати права і гарантії, що надаються особам з функціональними обмеженнями в законодавчих документах України.

Форма звітності: обговорення і виступ на практичному занятті, співбесіда з даних питань під час консультації.

Тема 5

1. Проведіть порівняльний аналіз організаційних і освітніх моделей інтеграції в суспільство осіб з функціональними обмеженнями в Україні і за рубежом.
2. Обговоріть в групі розробку національної програми планомірного формування відношення суспільства до дітей з функціональними обмеженнями як до повноцінних і повноправних громадян країни. Наскільки реальна, на вашу думку, реалізація даної програми на сучасному етапі?

Форма звітності: аналітичний звіт, обговорення на практичному занятті.

Тема 6

1. Проаналізуйте різні варіанти моделей соціальної інтеграції людей з функціональними обмеженнями. Розробіть практичні рекомендації по їх реалізації.
2. Розробіть авторську модель соціальної інтеграції людей з функціональними обмеженнями.

Форма звітності: розробка практичних рекомендацій; виступ по даній проблемі

Тема 7.

1. Розробіть цикл бесід для батьків здорових дітей, з проблем соціальної інтеграції дітей з функціональними обмеженнями і їх ролі в рішенні цих проблем.
2. Виступіть з лекцією про соціально-педагогічну підтримку інтеграції в суспільство людей з функціональними обмеженнями перед колективами соціально-педагогічних установ.

Форма контролю: виступ в соціально-педагогічній установі, обговорення на практичному занятті

V. Індивідуальні завдання та контрольні заходи для проведення модульного контролю

1. Питання до контрольної роботи

1. Що таке інтегрування? Які сучасні уявлення про місце людини з функціональними обмеженнями в суспільстві?
2. В чому єство принципу нормалізації?
3. Як відображають моделі осіб з функціональними обмеженнями в суспільній свідомості еволюцію відношення суспільства до них?
4. В чому специфіка обмежень можливостей в дитячому віці?
5. Вживання яких термінів є недоцільним в сучасних умовах? З чим це пов'язано?
6. Які сучасні класифікації обмежених можливостей людини? Які підстави цих класифікацій?

7. Чому прецеденти діяльного милосердя не могли виникнути в античній державі? В дохристиянську епоху?
8. Як співвідносяться певні періоди еволюції відношення держави і суспільства до осіб з функціональними обмеженнями з етапами розвитку системи спеціальної освіти?
9. В чому полягає унікальність соціокультурного контексту становлення системи спеціальної освіти в нашій країні?
10. Які чинники визначають успішність соціальної інтеграції осіб з функціональними обмеженнями ?
11. В чому виражається негативне відношення суспільства до осіб з функціональними обмеженнями ? В чому витоки цього явища?
12. Чи є ізольована система навчання дітей з функціональними обмеженнями однієї з причин, сприяючих формуванню їх негативного сприйняття? Чому?
13. Чи можливе рішення проблем соціальної інтеграції дітей з функціональними обмеженнями організацією інтегрованого навчання?
14. Як впливають умови сімейного виховання на інтеграцію дітей з функціональними обмеженнями в суспільство? Наведіть приклади.
15. Як розв'язуються проблеми післяшкільної реабілітації дітей з функціональними обмеженнями на сучасному етапі?
16. В яких найважливіших міжнародних і вітчизняних правових документах закріплені права осіб з функціональними обмеженнями ?
17. Які права і гарантії дає Закон "Про соціальний захист інвалідів"?
18. Які права і гарантії дає Закон "Про освіту" дітям з функціональними обмеженнями ?
19. Як розвивалися інтеграційні процеси за рубежом?
20. Розгляньте можливі варіанти рішення проблеми соціальної інтеграції дітей з функціональними обмеженнями на прикладі однієї із зарубіжних країн.
21. В чому особливість інтеграційних процесів в Україні?
22. Назвіть найперспективніші українські варіанти рішення проблеми соціальної інтеграції дітей з функціональними обмеженнями .
23. Чи ідентичні поняття "інтеграція освітня" і "інтеграція соціальна"?
24. Перерахуйте можливі моделі інтеграції дітей з відхиленнями в розвитку
25. Які моделі освітньої інтеграції виділяють в даний час?
26. Назвіть моделі інтеграції, що враховують "український чинник"?
27. Які моделі найбільшою мірою вирішують проблеми соціальної інтеграції дітей з функціональними обмеженнями ?
28. Визначте роль сім'ї в рішенні проблем соціальної інтеграції дитини з обмеженими можливостями.
29. Які основні задачі фахівця по соціальній роботі в допомозі сім'ї дитини з функціональними обмеженнями ?
30. В чому специфіка соціальної роботи з сім'єю дитини з функціональними обмеженнями залежно від статусу сім'ї, статусу дитини в сім'ї і в соціальному оточенні?
31. Визначте місце фахівця соціальної роботи в реалізації програми соціальної інтеграції дітей з функціональними обмеженнями .
32. Які основні напрями діяльності фахівця соціальної роботи по інтеграції дитини з функціональними обмеженнями в суспільство?

2. Підготовка дайджест наукових публікацій

Підготувати дайджест наукових публікацій на тему:

1. Інвалідність та суспільство.
2. Соціальна політика щодо інвалідів.
3. Соціальні послуги для інвалідів.
4. Інтеграція інвалідів в суспільство.

3. Модель розробки соціальних проєктів

Виконання індивідуальне або в малих групах академічної групи.

Наприклад: Розробити соціальні проекти по підтримці людей з функціональними обмеженнями згідно із загальною методикою розробки та опису соціальних проектів:

1. Проблема, на вирішення якої спрямовано проект
2. Мета проекту
3. Завдання проекту
4. План реалізації проекту
5. Етапи проекту
6. Ресурси, необхідні для реалізації проекту
7. Результати реалізації проекту
8. Подальші перспективи

4. Тематика рефератів до курсу

1. Актуальність проблеми соціальної інтеграції осіб з функціональними обмеженнями на сучасному етапі.
2. Поняття "соціальна інтеграція".
3. Сутнісні характеристики процесу соціальної інтеграції.
4. Поняття "адаптація", "реабілітація"; їх роль в соціальній інтеграції.
5. Еволюція відношення суспільства і держави до осіб з функціональними обмеженнями .
6. Загальна характеристика умов і засобів соціальної інтеграції дітей з функціональними обмеженнями .
7. Адекватне сприйняття дітей з функціональними обмеженнями як одна з умов їх соціальної інтеграції.
8. Питання інтегрованого навчання; освітня інтеграція і соціальна інтеграція.
9. Роль сім'ї у вирішенні проблем соціальної інтеграції дітей з функціональними обмеженнями .
10. Значення післяшкільної адаптації і реабілітації для соціальної інтеграції дітей з функціональними обмеженнями .
11. Правові основи соціальної інтеграції людей з функціональними обмеженнями .
12. Міжнародні юридичні концепції в сфері захисту прав осіб з функціональними обмеженнями .
13. Право на освіту в контексті міжнародного права.
14. Міжнародні програми підтримки дітей з функціональними обмеженнями в розвитку.
15. Державно-правові основи соціального захисту дітей з функціональними обмеженнями в Україні.
16. Основоположні законодавчі документи України в сфері захисту прав людини з функціональними обмеженнями .
17. Досвід рішення проблем соціальної інтеграції за рубежом (на прикладі однієї з країн).
18. Розробка і реалізація програм з соціальної інтеграції дітей з функціональними обмеженнями в Україні.
19. Моделі соціальної інтеграції дітей з функціональними обмеженнями .
20. Підтримка соціальної інтеграції дітей з функціональними обмеженнями в структурі професійної діяльності фахівця з соціальної роботи.

V. Розрахунок рейтингових балів за видами поточного(модульного) контролю

<i>№п/п</i>	<i>Вид діяльності</i>	<i>Коефіцієнт (вартість) виду</i>	<i>Кількість робіт</i>	<i>Результат</i>
1	<i>Семінарські заняття</i>	2	7	14
2	<i>Реферати</i>	7	2	14
2	<i>Захист проекту</i>	5	4	20
3	<i>Дайджест наукових публікацій</i>	4	5	20

3	<i>Опорні конспекти</i>	2	6	12
4	<i>Контрольна робота</i>	10	2	20
	<i>Підсумковий рейтинговий бал:</i>			100
	<i>Нормований рейтинговий бал:</i>			100

Основна література:

1. Ачильдиева Е.Ф. Семья с ребенком-инвалидом (сравнит. анализ) // Подходы к реабилитации детей с особенностями развития средствами образования / Сост. О.Н. Ертанова, В.К.Зарецкий; Под ред. В.И.Слободчикова; — М., 1996. — С.132 — 141.
2. Бармашина Л. Формування середовища життєдіяльності для мало мобільних груп населення. — К., 2000. — 89 с.
3. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях: Навч. посіб. — К.: Центр навч. л-ри, 2003. — 134с.
4. Богданов С. Соціальний захист інвалідів: Український та Польський досвід / Наук. ред. О. Палій. - К.: „Основи”, 2002. — 93 с.
5. Гарантії соціального захисту інвалідів. Права та пільги для інвалідів, передбачені законодавчими актами України: Довідник. — Випуск 3. — К.: Київський міський Центр роботи з інвалідами, 2001. — 34 с.
6. Гонеев А.Д., Лифинцева Н.И., Ялпаева Н.В. Основы коррекционной педагогики: Учеб. пособие для студ. высш.пед. учеб.заведений / Под ред.В.А.Сластенина. — М.: Академия, 1999.
7. Грачев Л.К. Программа социальной работы с семьями, имеющих детей-инвалидов. — М., 1992.
8. Гудонис В.П. Основы и перспективы социальной адаптации лиц с пониженным зрением — М.: Мос. псих.-социал. ин-т; Воронеж: НПО "МОДЭК", 1998. — 228 с.
9. Дичківська І.М. Інноваційні педагогічні технології: Навчальний посібник. — К.: Академвидав, 2004. — 352 с.
10. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Социально-психологические особенности взаимоотношений инвалидов и здоровых //Социолог. исслед. — 1993. — № 3. — С. 62-66.
11. Довідник гарантій соціального захисту інвалідів: Перелік пільг, передбачені для інвалідів. — К., 1999. — 21 с.
12. Довідник гарантій соціального захисту інвалідів: Перелік пільг, передбачені для інвалідів. — К., 2000. — 22 с.
13. Етика спілкування з особами, котрі мають функціональні обмеження//Соціальна робота в Україні: теорія і практика/Науково-методичний журнал № 2(7), 2004
14. Забезпечення рівних можливостей для навчання студентів з інвалідністю: Методичний посібник для викладачів щодо роботи в інтегрованих групах / К.О. Кольченко, Ш. Равер-Ламплян, Г.Ф. Нікуліна, Н.Я. Козліновська, Г.Є. Мазарська. — К., 2005. — 76 с
15. Зотова А.М. Интеграция ребенка-инвалида в среду здоровых сверстников как метод социальной адаптации // Дефектология. — 1997. — №6. — С.21—25.
16. Іванова І.Б. Професійна підготовка студентів з особливими потребами в адаптації // Вісник університету „Україна”. — 2001. — №1. — С. 86-90.
17. Історія, теорія і практика соціальної роботи в Україні: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Упорядники: С.Я.Харченко, М.С. Кратінов, Л.Ц. Ваховський, О.П. Песоцька, В.О.Кратінова, О.Л. Караман. — Луганськ: Альма-матер, 2005. — 408 с.
18. Комар Т.О. Соціально-психологічна робота із студентами з особливими потребами: Наук-метод. матеріали / Т.О. Комар, І.С. Довгалюк; Вінницький обласний центр соціальних служб для молоді; Вінницький соціально-економічний ін-т Відкритого міжнародного університету розвитку людини „Україна”. — Вінниця, 2004. — 50 с.
19. Мирошніченко Н.О. „Інтеграція дітей з особливими потребами у загальноосвітнє середовище//Збірник наукових праць.Вісник черкаського університету. Серія педагогічні науки .Вип.73.2005.

20. Мирошніченко Н.О. Деякі аспекти інтегративного навчання дітей інвалідів.//Збірник наукових праць. Проблеми педагогічних технологій. Луцьк., Волинський видавничий дім. Вип 1.2005. с. 76-84
21. Мирошніченко Н.О. Законодавча база України як соціально-правова умова забезпечення рівних можливостей молоді з функціональними обмеженнями//Соціальна робота в Україні: теорія і практика/Науково-методичний журнал № 4(12), 2005
22. Мирошніченко Н.О. Моделі соціальної інтеграції людей з обмеженими функціональними можливостями в сучасне середовище//Соціалізація особистості: Збірник наукових праць. За заг. ред. проф. А.Й. Капська. Том XXII. – К.: Логос, 2004.- 243с.(С. 48-60)
23. Мирошніченко Н.О. Родина як важливий фактор соціальної абілітації дитини з проблемами опорно-рухової системи //Соціалізація особистості: Збірник наукових праць. За заг. ред. проф. А.Й. Капська. Том XXIV. – К.: Логос, 2005.- 203с(С.27-37)
24. Мирошніченко Н.О. Умови інтеграції осіб із функціональними обмеженнями у суспільство//Соціальна робота в Україні: теорія і практика/Науково-методичний журнал № 2(10), 2005
25. Мирошніченко Н.О. Деякі аспекти викладання курсу "Соціально-педагогічна профілактика правопорушень серед молоді" студентам – соціальним педагогам // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія №11 Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Управління: Зб. Наукових праць. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2004. -№1(23).- 210 с.(С.135-139)
26. Підготовка волонтерів до роботи з дітьми обмежених функціональних можливостей: Методичні рекомендації до проведення тренінгових занять / О.В. Безпалько, С.В. Едель. - К.: В-тво Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, 2001.- 32 с.
27. Права дітей з особливими потребами: Посібник-довідник нормативно-правових документів. / О.Л.Копиленко, О.К. Сусол, Л.В.Хомік; За заг. ред. О.Копиленко.— К.: РННЦ "ДІНІТ", 2002. – 250 с.
28. Селіверстов С.І. Соціально-педагогічні умови адаптації студентів до навчання у вищому навчальному закладі. / Дис... канд. пед. наук.: 13.00.04. / Інститут педагогіки і психології професійної освіти АПН України. – К., 2000. – 188 с.
29. Социальная адаптация и реабилитация молодых инвалидов: Научно-метод. сб. / Крымский республиканский центр социальных служб для молодежи. – Симферополь, 1996. – 54 с.
30. Социальная работа с инвалидами / Под ред. Е.И. Холостовой – М.: Ин-т соц. работы Ассоц. работников соц. служб, 1996. – 208 с.
31. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособ. / Отв.ред. д. и. н., проф. Е.И. Холостова, д. и. н. проф. А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА – М., 2001. – 427 с.
32. Соціальна педагогіка. Підручник. / За редакцією проф. Капської А.Й. – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – 468 с.
33. Соціальна підтримка дітей з обмеженими функціональними можливостями: Методичні рекомендації / Авт.-упор. О.В. Безпалько, Т.Г. Губарева. – К.: Логос, 2002. – 48 с.
34. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю / За заг. ред. С.В. Толстоухової, І.М. Пінчук – К.: УД ЦССМ, 2000. – 184 с.
35. Соціальна робота в Україні: Навч. посіб. / І.Д. Зверева, О.В. Безпалько, С.Я. Харченко та ін.; За заг. ред.: І.Д. Зверевої, Г.М. Лактіонової. – К., 2004. – 256 с.
36. Соціальна робота в Україні: Перші кроки / Під ред. В.Полтавця. – К.: КМ Academia, 2000.- 233 с.
37. Соціальна робота з людьми з особливими потребами: Методичні матеріали для тренера / Упоряд: О. В. Безпалько; Під заг. ред. І. Д. Зверевої. – К.: Наук. світ, 2002. – 55 с.

38. Соціальна робота: В 3 ч. – Ч.2: Теорія та методи соціальної роботи / А.М. Бойко, Н.Б. Бондаренко, О.С. Брижувата та ін.; За ред. М.В.Семигіної, І.М. Григи. – К.: Вид. дім „Києво-Могилянська Академія”, 2004. – 224 с.
39. Соціальна робота: В 3 ч. Ч. 3.: Робота з конкретними групами клієнтів / А.М. Бойко, Н.Б. Бондаренко, О.С. Брижувата; За ред. Т.В.Семигіної та І.М. Григи. – К., 2004. –166 с.
40. Соціальна робота: технологічний аспект: Навчальний посібник / За ред. проф. А.Й. Капської. – К., 2004. – 352 с
41. Таланчук П.М., Кольченко К.О., Нікуліна Г.Ф. Супровід навчання студентів з особливими потребами в інтегрованому освітньому середовищі: Навч.-метод. посіб. – К.: Соцінформ, 2004. – 128 с.
42. Харченко С.Я., Краснова Н.П., Харченко Л.П. Соціально-педагогічні технології: Навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. – Луганськ: Альма-матер, 2005. – 552 с.
43. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учеб. пособ. 2-е изд. –М.: Изд. – торг. корпор. „Дашков и К”, 2003. – 340 с.

Додаткова література:

1. „Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів” (Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 48/96, прийнята на сорок восьмій сесії ГА ООН 20 грудня 1996 р.) – К.: ВСГПО „НАІ України”, 2003. – 40 с.
2. Аксенова Л.И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии // Дефектология. — 1997. — №1.
3. Актуальні проблеми виховання та навчання студентів з особливими потребами: Зб. наук. праць / За заг. ред. П.М. Таланчука, Г. В. Онкович. – К.: Ун-т „Україна”, 2000. – 384 с.
4. Актуальні проблеми виховання та навчання студентів з особливими потребами: Зб. наук. праць / За заг. ред. П.М. Таланчука, Г. В. Онкович. – К.: Ун-т „Україна”, 2002.– №2. – 338 с.
5. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. / За заг. ред. П.М. Таланчука, Г.Ф. Нікуліної. – К.: Ун-т „Україна”, 2004. – Вип. 1 (3). – 574 с.
6. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції. – К.: Ун-т „Україна”, 2003. – 352 с.
7. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей V Міжнародної науково-практичної конференції. – К.: Ун-т „Україна” 2004. – 380 с.
8. Актуальні проблеми підготовки фахівців з фізичної реабілітації в XXI столітті: Матер. II Міжнар. наук. - метод. конфер. – Суми, 2003. – 79 с.
9. Виховання дітей з особливими потребами в сім'ї. - К.: УДЦССМ, 1998. - 84 с.
10. Всемирная программа действий ООН в отношении инвалидов. -Нью-Йорк, 1983.
11. Грачев Л.К. Программа социальной работы с семьями, имеющих детей-инвалидов. - М., 1992.
12. Гудонис В.П. Теоретические предпосылки интеграции лиц с нарушенным зрением // Дефектология.-1996. - №2. - С.7-12.
13. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі. Сучасні технічні засоби реабілітації й навчання дітей з вадами слуху та мовлення: Наук.-метод. зб./ За ред. Б.С.Мороза, К.В.Луцько. – К.: А & Р, 2002.– 152 с.
14. Евдокимова Н.А. Реабилитация лиц с ограниченными физическими возможностями: историко-психолого-педагогический аспект //Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. – К., 2004. – №1 (31). – С. 461-466.

15. Ертанова О.Н. И вновь о терминологии // Подходы к реабилитации детей с особенностями развития средствами образования / Сост. О.Н. Ертанова, В.К. Зарецкий; Под ред. В.И. Слободчикова. - М., 1996. - С.424-430
16. Закон "О социальной защите инвалидов в РФ".
17. Закон о специальном образовании (проект) // Дефектология. - 1995.- №1.
18. Закон Российской Федерации "Об образовании".
19. Залучення дітей з особливими потребами до системи загальноосвітніх класів. – Львів, 2000. – 336 с.
20. Защити меня! Материалы, иллюстрирующие положение Конвенции ООН о правах ребенка. – М., 1995.
21. Зотова А.М. Интеграция ребенка-инвалида в среду здоровых сверстников как метод социальной адаптации // Дефектология. — 1997. — №6. — С.21—25.
22. Измаганбетова Л., Лубовский В.И. Проблемы работы медико-педагогических комиссий // Дефектология. — 1989. — №6.
23. Иванова І.Б. Професійна підготовка студентів з особливими потребами в адаптації // Вісник університету „Україна”. – 2001. – №1. – С. 86-90.
24. Инвалідність?: Порядок оформлення пенсії по інвалідності / Уклад. Т. Греблева. - К.: Інститут громадянського суспільстваБлинков Ю.А. Медико-соціальна експертиза лиц с ограниченными возможностями / Ю.А. Блинков, В.С. Ткаченко, Н.П. Клушина. – Ростовн/Д.: «Феникс», 2002. – 320 с.
25. Комплексная реабилитация инвалидов: Учеб.пособие для студ.высш.учеб.заведений / Т.В.Зозуля, Е.Г.Свистунова, В.В.Чечихина и др.; Под ред.Т.В.Зозуля. –М.: Издательский центр «Академия», 2005.- 304с.
26. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии: Учеб.пособие для студ.сред.пед.учеб.заведений / Б.П. Пузанов, В.И Селиверстов, С.Н.Шаховская, Ю.А.Костенкова; Под ред. Б.П.Пузанова. - М.: Академия, 1998.
27. Кравченко Р.І. Соціальна робота з розумово відсталими людьми: Навч. посібник - К., 2001.- 140с.
28. Лавренко О.В. Оволодій своїм „Я” (Соціалізація особистості студентів з особливими потребами у суспільстві) // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. пр. – К., 2002. – №2. – С. 134-137.
29. Линьков В.В. Особенности социально-философского подхода к проблеме взаимоотношений государства и специального образования // Дефектология. -1999. - №1. - С.5-11.
30. Малофеев Н.Н. Актуальные проблемы специального образования // Дефектология. - 1994. - №6. - С.3-9.
31. Малофеев Н.Н. Реабилитация средствами образования: социо-культурный анализ современных тенденций // Подходы к реабилитации детей с особенностями развития средствами образования / Сост. О.Н. Ертанова, В.К. Зарецкий; Под ред. В.И. Слободчикова. – М., 1996. – С.97 – 104.
32. Малофеев Н.Н. Современное состояние коррекционной педагогики // Дефектология. – 1996. – № 1. – С.3-10.
33. Малофеев Н.Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России: результаты исследования как основа для построения программы развития // Дефектология. – 1997. – №4. – С.3-15.
34. Малофеев Н.Н. Стратегия и тактика переходного периода в развитии общественной системы специального образования и государственной системы помощи детям с особыми проблемами // Дефектология. – 1997. – №6. – С.3-10.

35. Назарова Н.М. Развитие теории и практики дефектологического образования. Сурдопедагогика: история, современные проблемы, перспективы профессиональной подготовки. – М., 1992.
36. Постановление Правительства Российской Федерации от 12 августа 1994 г. №927 "Об обеспечении формирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности".
37. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями: медико -социальные аспекты. - М.: Социально-технологический институт, 2000.-80с.
38. Специальная педагогика. / Под ред. Н.М.Назаровой. – М.: Издательский центр "Академия", 2000
39. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятые Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993г.
40. Уорд А.Д. Задержка в психическом развитии: правовое регулирование. – Тарту, 1995.
41. Шевченко С.Г. Вариативные формы образования детей с трудностями обучения в массовых школах // Дефектология. – 1995. – №1.
42. Шипицина Л.М. Интегрированное обучение детей с проблемами в развитии. // Вестн. психосоциал. и коррекц.-реабилитац. работы. – 1995. – № 3.
43. Шматко Н.Д. Для кого может быть эффективным интегрированное обучение // Дефектология. – 1999. – №1. – С.41 – 46.
44. Шматко Н.Д. Новые формы организации коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии. // Дошкол. воспитание. – 1998. – №3. – С.77 – 82.
45. Юн Герда. Дети с отклонениями в развитии. – Кишинев: Штиинца. – 1987.
46. Ямбург Е.А. Школа для всех. Адаптивная модель: (Теоретические основы и практ.реализация). – М.,1996
47. Яркая-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: Питер, 2004. – 316с.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. – М.: Мысль, 1991. – 299 с.– С-135.
2. Айтсам М. Инваспорт и его роль в реабилитации инвалидов // Рекомендации и предложения научно-практической конференции «О социальной активности пенсионеров».– Таллин, 1985.– С. 60-64.
3. Айшервуд И. М., Милисент М. Полноценная жизнь инвалида. – М.: Педагогика, 1991. – 88 с.
4. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 368с.С- 36.
5. Актуальні проблеми виховання та навчання студентів з особливими потребами: Зб. наук. праць / За заг. ред. П. М. Таланчука, Г. В. Онкович. – К.: Ун-т „Україна”, 2002.– №2. – 338 с.
6. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. / За заг. ред. П. М. Таланчука, Г. Ф. Нікуліної. – К.: Ун-т „Україна”, 2004. – Вип. 1 (3). – 574 с.
7. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей. – К.: Вид-во Університет „Україна”, 2005. – 600 с.
8. Алексеева С. А., Будакова Л. Б. Об опыте организации социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в школе-комплексе «Детская личность» – М., 1997. – 112 с.
9. Алексеєнко Т. Ф. Причинно-наслідкові зв'язки віктимізації особистості у процесі соціалізації. Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді. Зб. наук. праць. – Вип.8. – К.: – 2005. – 392 с. С – 123.
10. Альошина Т. Песимістична трагедія // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції. Збірник теоретичних та методичних матеріалів для працівників соціальних служб для молоді / Упорядники І.Д. Зверєва та інш. – К.: А.Л.Д., 1995.

11. Альтернативы помещению детей в учреждения интернатного типа. Отчет семинара по Центральной и Восточной Европе.– Рига, 1994.
12. Аминов И. А. и др. Психодиагностика специальных способностей социального работника. // Социальная работа. – 1992. – №2. – С. 54-56.
13. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды в 2-х т. - М.: Педагогика, 1980. -287с.
14. Англо-русский словарь. – М. : Современная Энциклопедия, 1959. – С.-115.
15. Антипенко Е. Я., Когут Н. Н. Качество жизни и самооценка здоровья (подход к проблеме) // Медицинские вести: Информ.- аналит. журн. – 1997. – №2. – С. 20-21.
16. Атрошенко І. В., Лина В. О. Формування життєвих планів у розумово відсталих дітей, як складова частина корекційно-виховної роботи // Матеріали Всеукр. конф. «Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин». – К.: 1994. – С.40-41.
17. Ахлибинский Б. А. Категориальный аспект понятия интеграции // Диалектика как основа интеграции научного знания / Под ред. А. А. Королева. – Л.: 1989. – С. 50-66.
18. Бадя Л.В, Холостова Е.И. Программа подготовки специалистов по социальной реабилитации в России. М., 2002.
19. Байша К. М. Соціально-педагогічні умови морального виховання студентів у позанавчальній діяльності: Дис... канд. пед. наук: 13.00.07. / Херсонський держ. пед. ун-т. – Херсон, 2000. – 193 с.
20. Барановский В. Г. Политическая интеграция в западной Европе. – М.: Наука, 1983. – 264с.
21. Баркер Р. Словарь социальной работы (Сокр. пер. с англ.). – М.: Ин-т соц. работы, 1994. – 134 с.
22. Бармашина Л. М. Формування середовища життєдіяльності для маломобільних груп населення. – К.: „Союз - Реклама” СОІУ, 2000. – 260 с

23. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях: Навч. посіб. – К.: Центр навч. л-ри, 2003. – 134с.
24. Безпалько О. В. Організація соціально-педагогічної роботи з дітьми та учнівською молоддю в територіальній громаді: теоретико-методичні основи: Монографія. – К.: Науковий світ, 2006. – 363 с.
25. Бестужев-Лада И.В. Поисковое социальное прогнозирование: перспективные проблемы общества. - М.: Наука, 1984. – 271 с.
26. Бех І. Д. Виховання особистості: У 2 кн. Кн. 2: Особистісно орієнтований підхід: науково-практичні засади. – К.: Либідь, 2003. – 344 с.
27. Бех І. Д. Емоційні порушення як предмет спеціального психологічного дослідження // Матеріали Всеукр. конф. «Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин». – К.: 1994. – С.19-22
28. Блейхер В. М., Крук І. В. Толковый словарь психиатрических терминов / Под ред. Боковва С. Н., В 2-х томах. Т.2. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. – 448 с.
29. Божович Л. И. Избранные психологические труды. Проблема формирования личности. – М.: Междунар. пед. академия, 1995. – 212с.
30. Бойко Г. М. Концепція підготовки до психосоціальної інтеграції в суспільство дітей і підлітків з хворобою Дауна // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Молода спортивна наука України». – Львів, 2001. – С. 118-120.
31. Бондар В.І. Спеціальне навчання дітей з вадами сенсомоторного розумового розвитку: стан та перспективи // Інтеграція аномальної дитини в сучасні системи соціальних відносин. – К.: 1994. – С. 13-18.
32. Бочарова В.Г. Педагогика социальной работы: [Учеб.-метод. пособие для вузов]. – М: SVR – Аргус, 1994. – 208 с.
33. Вакуленко О. В. Здоровий спосіб життя як соціально-педагогічна умова становлення особистості у підлітковому віці / Автореферат дис. канд. пед. наук (13.00.05.). – К.: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2001. – 26 с.

34. Васильева Ю. В. Стереотипы в общественном сознании (социальнофилософские аспекты). – М.: АИИ СССР, ПНИОН, 1988. – 42 с.
35. Введення у соціальну роботу: Навчальний посібник. – К.: Фенікс, 2001.– 288с.
36. Вейс Т. Как помочь ребенку? – М.: Московський Центр вальдорфської педагогіки, 1992. – 168с.
37. Вернер Д. Реабилитация детей-инвалидов. – М.: Филантрон, 1995. – 654с.
38. Верхало Ю. Н., Зюзин В. Н., Каневская А. В. Пути восстановления двигательных способностей инвалидов средствами физкультуры и спорта // Тез. докл. 1 Всесоюз. науч. конф. «Физическая культура и спорт инвалидов».– Одесса, 1989.– С. 56-57.
39. Вечканов В. А. Этапы и компоненты реабилитационного процесса // В кн.: Врачебно-трудовая реабилитация инвалидов. – М.: ЦИЭТИН, 1975. – С. 39-43.
40. Виховання в сім'ї дітей з особливими потребами / Упорядник І. Б. Іванова. – К.: УДЦ ССМ, 1998. – 90с.
41. Власенко Н. З. Роль организации внеаудиторной работы студентов с недостатками слуха в профессиональной подготовке и дальнейшей социальной адаптации в обществе // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць – К., 2002. – №2. – С. 103 – 107
42. Волков Л.В. Физическое воспитание учащихся. – Киев: Рад. шк., 1988. – 182с.
43. Волкова Н.А. Характеристика акта мочеиспускания у спинальных больных, лечившихся на Славянском курорте // Материалы I Всесоюз.конф. «Восстановление утраченных функций после спинальных поражений в стационарных и санаторно-курортных условиях». – Евпатория, 1970. – С. 34-35.
44. Волонтерський рух в Україні: Тенденції розвитку// Вайнола Р. Х., Капська А. Й., Комарова Н. М. та ін. – К.: Академпреса, 1999. – 112с.

45. Всемирная программа действий в отношении инвалидов. Принята 37/52 резолюцией ГА ООН от 3 декабря 1982г. – Хроника ООН, A/#.351/Add.1/1, прилож.
46. Всесвітня декларація про забезпечення виживання, захисту і розвитку дітей: Права дитини // Збірник документів. – Львів.: Оксарт, 1995. – С.- 51.
47. Вул Б. Программа социальной помощи в американской общине // Теория и практика социальной работы: отечественный и зарубежный опыт. – М.: Тула, 1993.– С.63-72.
48. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии. – М.: Просвещение, 1995. – С.48.
49. Галкин В. А. Динамическая концепция реабилитации и ее значение в разработке социотерапевтических программ // В кн.: Социально-трудовая реабилитация инвалидов с глубокой степенью умственной отсталости. – М.: ЦИЭТИН, 1979. – С. 20-29.
50. Головатый Н. Ф. Социология молодежи: Курс лекций. – К.: МАУП, 1999. – 224 с.,С-13.
51. Головенко М. М. Засоби інтеграції аномальної дитини в суспільстві // Матеріали Всеукр. конф. “Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин”. – К.: 1994. – С.55-56.
52. Грачев Л. Г. Программы социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов. – М.: Департамент проблем семьи, женщин и детей М-ва социальной защиты населения РФ; Центр общечеловеческих ценностей «Научно-методические и правовые основы деятельности специалистов по социальной работе», 1992. – 71с.
53. Грива О. А. Соціально-педагогічні основи формування толерантності у дітей та молоді в умовах полікультурного середовища: Монографія. –К.: Вид. ПАРАПАН, 2005. – 228 с.
54. Григоренко В. Г. Дифференциально-интегральный подход в организации педагогической системы коррекции двигательной сферы

инвалидов с нарушениями функций спинного мозга // 1 Всесоюз. науч. конф.: Тез. док. – Одесса, 1989.– С. 12-14.

55. Григоренко В. Г. Педагогические основы физической реабилитации инвалидов с нарушением функций спинного мозга. – М.: Советский спорт, 1991.– 380с.

56. Григоренко В. Г., Сермеев Б. В. Теория и методика физического воспитания инвалидов.– Учебное пособие.– Одеса.: 1991. – 88 с.

57. Гудонис В. П. Интеграция лиц с нарушенным зрением // Дефектология. – 1993.– №4 – С. 13-16.

58. Гудонис С. В. Опыт и перспективы интегрированного обучения детям с затронутым зрением // Дефектология, – 1998. – № 2. – С. 75-81.

59. Гудонис В. П. Социальные и психолого-педагогические основы интеграции лиц с нарушенным зрением: Автореф. дис.канд. психол. наук. – М.: 1995.– 46с.

60. Декларация о правах инвалидов: провозглашена резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 9 декабря 1975г. // Международные акты о правах человека: Собр. документов. – М.: Изд. группа «НОРМА-ИНФРА», 2000. – С.341- 342.

61. Декларация о правах умственно отсталых лиц: провозглашена резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 20 декабря 1971г. // Международные акты о правах человека: Собр. документов. – М.: Изд.группа «НОРМА-ИНФРА», 2000. – С.343-344.

62. Дементьева Н. Ф. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. – М.: ЦИЭТИН, 1991. – 132 с.

63. Дети с отклонением в развитии (методическое пособие для педагогов, воспитателей массовых и специальных учреждений и родителей) / Сост. Н. Д. Шматко. - Г.: Аквариум, 1997. - 128 с.

64. Добровольская Т. А., Шабалина Н. Б. Инвалид и общество: Социально-психологическая интеграция // Социологические исследования. – М.: Наука, 1991. – С. 3-8.

65. Добровольская Т. А., Шабалина Н. Б. Инвалиды: Дискриминируемое меньшинство // Социолог. исслед. – 1992. – № 2. – С. 103-106.
66. Добровольская Т. А., Шабалина Н. Б. Социально-психологические особенности взаимоотношений инвалидов и здоровых // Социолог. исслед. – 1993. – № 3. – С. 62-66.
67. Дыскин А. А. Критерии социальной дезадаптации детей с отклонениями в развитии // Педиатрия. – 1996, №5. – С.83-88.
68. Европейская социальная хартия: Справочник. Пер. с фр. – М.: Международные отношения, 2000. – 264 с.
69. Егорова Т. В. Педагогическая поддержка социальной интеграции детей с ограниченными возможностями. Дис... канд. пед. наук: Саратов. – 2000., с.151.
70. Егорова Т. В. Соціальна інтеграція дітей з обмеженими можливостями: Навчань. допомога. – Балашов: Изд-во «Миколаїв», 2002. – 80 с.
71. Железний О.Д., Одноворченко І.В. Форми і методи підвищення рівня фізичної активності студентів з особливими потребами // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. Збірник наук. праць. – К., 2002. – №2. – С. 219- 221.
72. Забезпечення рівних можливостей для навчання студентів з інвалідністю: Методичний посібник для викладачів щодо роботи в інтегрованих групах / К. О. Кольченко, Ш. Равер-Ламплян, Г. Ф. Нікуліна, Н. Я. Козліновська, Г. Є. Мазарська. – К.: 2005. – 76 с.
73. Зайнятість молоді з функціональними обмеженнями /О. О. Яременко (керівник авт. кол.), К. П. Бондарчук, Н. М. Комарова та ін. – К. : Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. – 139с.
74. Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо оподаткування підприємств та організацій громадських організацій інвалідів» // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2000. – № 43. – Ст. 363.
75. Закон України «Про гуманітарну допомогу» // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 1999. – № 51. – Ст. 451.

76. Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2001. – № 1. – Ст. 2.
77. Закон України «Про зайнятість населення» // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 1991. – № 14. – Ст.170.
78. Закон України «Про освіту» // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 1991. – № 34. – Ст. 451.
79. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 1991. – № 21. – Ст. 252.
80. Закон України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 1994. – № 4. – Ст. 18.
81. Закон України «Про пенсійне забезпечення» // Відомості Верховної Ради (ВВР), – 1992. – № 3 – Ст. 10.
82. Закон України «Про реабілітацію жертв політичних репресій в Україні» // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 1991. – № 22. – Ст. 262.
83. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 1993. – № 45. – Ст. 425.
84. Закон України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 1991. – № 16. – Ст. 200.
85. Зверева І. Д., Іванова І. Б. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями (за матеріалами Організації Об'єднаних Націй) // Зб. теорет. та метод. матеріалів для працівників соціальних служб для молоді. – К.: Видавництва “А.Л.Д”, 1995. – С.4-13.
86. Зотова А. М. Интеграция ребенка-инвалида в среду здоровых сверстников как метод социальной адаптации // Дефектология. – 1997. – № 5. – С.21 -25.

87. Иващенко Г. М., Ким Е. Н. Об опыте работы из социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в Московском городском клубе «Контакт-1». – М.: НИИ семьи, 1997. – 72 с. С. 46-51.
88. Игровая терапия как метод интеграции и реабилитации: Учебное пособие. / Ответств. ред. и сост. С. В. Колкова. – М.: Права человека, 2001 – 88с.
89. Интеграция ребенка-инвалида в среду здоровых сверстников как метод социальной адаптации // Дефектология. – 1997. – №5. – С.21-25.
90. Иовчук П. М. Прогноз одаренности у детей с хронической гипоманией при раннем начале шизофренического процесса // Н. М. Иовчук, И. Н. Буреломова // Сборник докладов 2-й международной научно-методической конференции «Интеллектуальная и творческая одаренность. Проблемы. Концепции. Перспективы». – Ростов н/д., 1996. – С. 52-60.
91. Ипатов А. В., Ферфильфан И. Л., Рыков С. А. Международная классификация функционирования, органичений жизнедеятельности и здоровья и проблемы инвалидности. // Моногр. – Д.: Видавничо-творчий центр «Гамалія», 2004. – 304с. – С.-61.
92. Іванова І. Б. Професійна підготовка студентів з особливими потребами в адаптації // Вісник університету «Україна». – 2001. – №1. – С. 86-90.
93. Іванова І. Б. Соціально-педагогічна робота з дітьми-інвалідами в системі соціальних служб для молоді. // Автореф. дис. канд. пед. наук. – Київ, 1998. – 16с.
94. Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції // Зб. теоретичних та методичних матеріалів для працівників соціальних служб для молоді. – К.: Видавництво А.Л.Д., 1995. – 94 с.
95. Інструкція про встановлення груп інвалідності: Затв. наказом МОЗ України від 23 грудня 1991 року // Соціальне забезпечення в Україні: Зб. законодавчих актів та офіційних документів. – К.: 1992. – Вип. 2. – С. 60-64.

96. Інструкція про порядок забезпечення населення України протезно-ортопедичними виробами: Затв. наказом Мінпраці від 26 травня 1998 р. № 88 // Офіційний вісник України. – 1998. – №25. – Ст. 930.
97. Інструкція про порядок проведення медико-соціальної експертизи інвалідів, які відбувають покарання в установах кримінально-виконавчої системи: Затв. Наказом Державного департаменту України з питань виконання покарань та Міністерства охорони здоров'я України 27.04.2000 № 79/91 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 23.
98. Калинина Л.В., Тетерина Н.И., Волкова Н.Ф. Первые итоги применения ДЕНС в детском реабилитационном центре. Динамическая электронейростимуляция. Новый виток спирали познания. Материалы международного симпозиума, посвященного 7-летию Корпорации «ДЕНАС МС». – Екатеринбург. 2005. – С. 170-171.
99. Кантор В. З. Самодеятельный художественный коллектив как фактор социальной реабилитации слепых и слабовидящих. - Дис. канд. пед. наук: 13.00.05 // Ленинградский государственный педагогический институт, Л.: – 1989. – 196 с.;
100. Капська А. Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: Навчально-методичний посібник – К.: УДЦССМ, 2001. – 220с. – С.5-20.
101. Капустін А. И. Проблема диференційованого й інтегрованого навчання в історії олегофренопедагогіки // Дефектологія, 1996. – №5 – С.88- 94.
102. Карандаева Т. А. Социально-психологическая реабилитация детей с нарушенным зрением: Автореф. дис. ... кан. пед. наук. – М.: 1998. – 20 с.
103. Карпенко О. Г. Професійне становлення соціального працівника: Навчально-методичний посібник. – К.: ДЦССМ, 2004. – 164с. С.15-17.
104. Ким Е. Н. Независимая жизнь для лиц с ограниченными возможностями. Деятельность московского клуба инвалидов «Контакты-1». – М.: – 1997. С.12

105. Кігічак А. В. Реабілітація неповносправних дітей в Україні (стан проблеми) // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 1999, №1(17). – С.49-51.
106. Коваль Л. Г., Зверєва І. Д., Хлебик С. Ф. Соціальна педагогіка. Соціальна робота: Навчальний посібник. – К.: ІЗМН, 1997. – 392 с., С-115.
107. Кольченко К. О. Проблеми навчання студентів з інвалідністю у вищих навчальних закладах // Любомира. – 2003. – № 1/2. – С. 19-23.
108. Комар Т. О. Соціально-психологічна робота із студентами з особливими потребами: Наук-метод. матеріали / Т. О. Комар, І. С. Довгалюк; Вінницький обласний центр соціальних служб для молоді; Вінницький соціально-економічний ін-т Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна». – Вінниця, 2004. – 50 с.
109. Комплексна реабілітація інвалідів: Учеб.пособие для студ. выш. учеб. заведений // Т. В. Зозуля, Е. Г. Свистунова, В. В. Чешихина и др.; Под ред. Т. В. Зозули. – М.: Издательский центр «Аркадия», 2005. – 304с.
110. Кон И. С. Психология ранней юности: Книга для учителя. — М.: Просвещение, 1989. — 254 с.
111. Кон И. С. Психология юношеского возраста. Проблемы формирования личности: Учебное пособие. – М.: Просвещение, 1979. – 175 с.
112. Конвенція про права дитини. – К.: Українська правнича фундація, 1995. – 31с.
113. Конституція України // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 1996. – № 30. – Ст.141.
114. Костюк Г.С. Принципы развития в психологии.Христоматия по возрастной психологии.Сост.Л.М. Семенюк / Под.ред. Д.И. Фельдштейна. М., 19994.
115. Коц Я.И., Либиц Р.А. Качество жизни в больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кардиология.. 1993; 5: 66-72.

116. Кошелева Л. Н. Социально-педагогическая адаптация детей с ограниченными возможностями: Автореф. дис. канд. пед. наук. – Сургут, 1998. – 26с.
117. Краткий словарь иностранных терминов / Сост. И. В. Лехин, Н. Ф. Петров. – М.: Государственное изд-во иностранных и национальных словарей, 1950. – 454с.
118. Куцевич В. В. Архітектурне середовище – дієвий чинник соціального захисту інвалідів // Соціальний захист. – 2000. – № 4. – С. 51-56.
119. Лавренко О. В. Оволодій своїм «Я» (Соціалізація особистості студентів з особливими потребами у суспільстві) // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. пр. – К., 2002. – №2. – С. 134-137.
120. Лавриченко Н. М. Педагогіка соціалізації: європейські абриси. – К.: Віра інсайт, 2000. – 444с.
121. Лебединский В. В. Нарушение психического развития детей. – М., 1985. – 167с. – С.110.
122. Левинсон Д. Дж. Концепция развития // Общественные науки за рубежом / Сер. 3: Философия и социология /РЖ. – 1988. – № 1. – С. 151-153.
123. Левит Н., Рассель Г. Образование, труд и занятость в развитых странах // Перспективы, вопросы образования. – 1990. – № 2. – С. 67-89.
124. Лейтес Н. С. К проблеме сенситивных периодов психического развития человека // Принцип развития в психологии. – М., 1978. – С. 71-72., С.196-203.
125. Леонгард Э. И. Неслышащие дети в мире слышащих // Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Материалы семинара «Организация службы социально-психологической помощи детям с острой школьной дезадаптацией и их семьям» / Под ред. А. А. Цыганок. – М.: 1998. – Вып.1. – С. 104-108.
126. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М. : Политиздат, 1975. – 302 с.
127. Лубовский В. И. Завтра будет поздно // Народное образование. – 1989. – № 9. – С. 54- 61.

128. Любомира: Інформаційно-довідковий вісник для жінок з обмеженими фізичними можливостями та для жінок, що мають дітей-інвалідів. – К., 1997.
129. Маккарлі С., Лінч Р. Управління діяльністю волонтерів. Як залучити громадськість до вирішення проблем суспільства. – РЦ «Гурт», 1996. – 160с.
130. Маллер А.Р. Социально-трудова адаптація глибоко умственно отсталых детей. – М.: Просвещение, 1990. – 128с.
131. Малофеев Н. Н. Становление и развитие государственной системы социального образования в России // Дис. на соиск. учен. степ. д-ра пед. наук / Рос. Акад. образования. – М., 1996. – 82 с.
132. Малофеев Н. Н. Стратегия и тактика переходного периода в развитии отечественной системы специального образования и государственной системы помощи детям с особыми проблемами // Дефектология. – 1997. – № 6. – С.3-11.
133. Мардахаев Л. В. Социальная педагогика: Учеб. – М.: Гардарики, 2003. – 269с. С.43.
134. Мастюкова Е.М., Раку С.Б. Обоснование системы коррекционных мероприятий у детей с детским церебральным параличом в процессе физического воспитания 1 Всесоюзная конференция «Физическая культура и спорт инвалидов»: Тез. док. – Одесса, 1989.–С. 59-60.
135. Махортова Г. Х Проблемы психологической адаптации детей с нарушениями в условиях массовой школы // Дефектология. – 1996. – № 4. – С. 45 -50.
136. Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда // Райгородский Д. Я. (редактор-составитель) Практическая психодиагностика. Методы и тесты: Учеб. пособ. – Самара; 2000 – С. 457-465.
137. Методика: 16 - факторный личностный опросник Р. Б. Кеттела (16-ФЛО-105-С) // Практикум по психологии личности / О. П. Елисеев. 2-е изд., испр. и перераб. – СПб.: 2003. – С. 245-264.

138. Мецов П. Г. К вопросу о дифференциации понятий и уточнения значения терминов «реабилитация», «реадаптация» и «ресоциализация» // Врачебное дело. – 1975. – № 1. – С. 5 -7.
139. Мирошніченко Н. О. Молодь з обмеженими функціональними можливостями: за рівні права та можливості (тренінг для волонтерів. – К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2007. – 48 с.
140. Мирошніченко Н. О. Соціально-педагогічне інтегрування молоді з обмеженими функціональними можливостями в соціальне середовище (тренінг для волонтерів) / Н. О. Мирошніченко, А. Й. Капська. – К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2007. – 68 с.
141. Миславский Ю. А. Саморегуляция и активность личности в юношеском возрасте /НИИ общ. и пед. психологии АПН СССР. – М.: Педагогика, 1991. – 151 с.
142. Місяк С. А. Організація і планування розвитку соціальної адаптації та реабілітації студентів з інвалідністю в Університеті «Україна» //Вісник Університету «Україна». – К., – 2003. –№3 –С. 28-32.
143. Морова Н. С. Основы социально-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями /Дис... докт. пед. наук. – М., 1998.- 416с.
144. Мудрик А.В. Социальная педагогика. Учебник для высш. учеб. заведений. — М.: Асааетвіа, 2000. — 200 с.
145. Мурза В. П. Психолого-фізична реабілітація: Підруч. – К.: Олан, 2005.– 608с.
146. Мюллендер О., Уорд Д. Самокерована групова робота. – Женева-Амстердам – Київ: Асоціація психіатрів України. – К., 1996. – 176 с.,
147. Наказ Міністерства освіти України «Про затвердження Положення про навчально-реабілітаційний Центр» від 28 серпня 1997 року № 325 // 3б. нормативно-правових актів України щодо діяльності центрів реабілітації дітей з функціональними обмеженнями. – К.; 2004. – С. 42.
148. Образование для всех? // Региональный мониторинговый доклад № 5, 1998 год.: Детский фонд ЮНИСЕФ. – С.56-61.

149. Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира. Хрестоматия / Сост. Л. М. Шипицына. – СПб.: 1997. – 256 с.
150. Обучение и коррекция развития дошкольников с нарушениями движения. Методическое пособие // Под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб.: Образование, 1995. – 90 с.
151. Овчарова Р. В. Справочная книга социального педагога. – М.: ТЦ Сфера, 2004. – 480 с.
152. Опыт и перспектива организации реабилитационно образовательного процесса в институте социальной реабилитации НГТУ сборник трудов. – 2003, С. 4-22.
153. Основи психології: Підручник / За заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. – 3-тє вид. Стереотип. – К.: Либідь, 1997. – 632 с.
154. Основы дефектологии / Под ред. Т. А. Власовой. – Г.: Педагогика, 1983. – 368 с.
155. Основы коммуникации: Программа развития личности ребенка, навыков общения со взрослыми и сверстниками // Л.М. Шипицына, А.П. Воронова, О.В. Заширинская, Т.А. Нилова. — 2-е изд. — СПб.: Образование, 1995.—195с.
156. Основы коррекционной педагогики. Учебно-методическое пособие / Авторы-сост. Зайцев Д. В., Зайцева Н. В., Педагогический институт Саратовского государственного университета.– Саратов, 1995г.
157. Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Проблемы интеграции и социализации. // Научно-практический сборник. – 2000. – №3. с.5-21
158. Пальчевський С. С. Соціальна педагогіка: Навчальний посібник. – К.: Кондор, 2005. – 560 с.
159. Педагогическая и психологическая абилитация детей с ограниченными возможностями: 7 научн. труд. – М.: Наше будущее, 1998. – 51с.
160. Перелік медичних показань та порядок видачі медичних висновків дітям-інвалідам з дитинства віком до 16 років: Наказ міністерства охорони здоров'я України N 175. // Соціальний захист. – 1993, №2. – С.18.

161. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? // В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М.: Флинта, 1998. – 104 с.
162. Петрова В. Г., Белякова И. В. К проблеме интеграции детей с нарушением интеллекта в окружающую среду // Матеріали Всеукр конф. «Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин». – К., 1994. – С. 89-90.
163. Петрова Н.Н., Васильева И.А. Психическое состояние больных, что находятся на лечении диализом в процессе терапии эритропоэтином. Эритропоэтин в лечении хронической брунькової недостаточности. под ред. С.И. Рябова. 1995; 173-185. 2,38.
164. Підготовка волонтерів до роботи з дітьми з обмеженими функціональними можливостями: Методичні рекомендації до проведення тренінгових занять / О. В. Безпалько, С. В. Едель. – К.: Видавництво НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2001. – 32с.
165. Підготовка волонтерів та їх роль у реалізації соціальних проектів / Під заг.ред. І. Д. Зверєвої, Г. І. Лактіонової. – К.: 2001. – 49с.
166. Платонова Н. М. Основы социальной педагогики. Учебное пособие. – С-Пб.: Изд-во С-Пб. ун-та, 1997. – 120 с. – С.117.
167. Положення про медико-соціальну експертизу і Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 4 квітня 1994 року № 83 // Збірник Постанов Уряду України. – 1992. – № 3. – Ст. 68.
168. Порядок забезпечення інвалідів автомобілями: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 8 вересня 1997 р. № 999 // Соціальний захист. – 1997. – № 4.
169. Порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 4 квітня 1994 року № 221 // Збірник Постанов Уряду України. – 1994. – № 8. – Ст. 190.

170. Последовательная политика реабилитации инвалидов: Типовая программа реабилитации и интеграции для национальных государственных органов. – Страсбург, 1992.
171. Постанова Верховної Ради України «Про деякі заходи щодо поліпшення соціального захисту інвалідів» // Відомості Верховної Ради (ВВР).– 1999. – № 1. – Ст.14.
172. Постанова Верховної Ради України «Про рекомендації парламентських слухань щодо невідкладних заходів по виконанню законодавства з питань соціального захисту пенсіонерів, ветеранів та інвалідів і шляхи його удосконалення» від 05.05.99 р., № 621-14.
173. Права дітей з особливими потребами / О. Л. Копиленко, О. К. Сусол, Л. В. Хомік, О. В. Коваленко, О. О. Ластовецький, В. Я. Гальченко; За заг. ред. академіка, віце-президента Академії, доктора юридичних наук, професора О. Копиленко. – Посібник-довідник нормативно-правових документів. – К.:РННЦ «ДІНІТ»,2002. – 250с. С.130-148.
174. Права інвалідів в Україні. – 2-вид.,доп. і перероб. – К.: Сфера, 2002. – 357с.
175. Правовий та соціальний захист інвалідів в Україні // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – К., 2000. – № 11. – 416 с.
176. Преодолевая барьеры инвалидности. – М.: 1997р.– С.35.
177. Про всеукраїнські громадські організації інвалідів, підприємства яких звільняються від оплати податку на прибуток з операції від продажу товарів (робіт, послуг): Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 27 липня 1998 року № 1137 // Урядовий кур'єр. – 1998. – 6 серпня.
178. Про затвердження переліку товарів спеціального призначення для інвалідів, операції з продажу яких звільняються від обкладання податком на додану вартість: Постанова Кабінету Міністрів України від 1 вересня 1997 року № 982 // Урядовий кур'єр. – 1997. – 13 вересня. – № 169-170.

179. Про комплексну програму розв'язання проблеми інвалідності: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1992 р. № 31 // Збірник Постанов Уряду України. – 1992. – №2. – Ст. 202.
180. Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів: Постанова Кабінету Міністрів України від 3 травня 1995 р. № 314 // Збірник Постанов Уряду України. – 1995. – №7. – С.50-54.
181. Про основні державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Закон України від 05.10.2000 р. № 2017-III // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – №48. – Ст. 409.
182. Про розвиток вітчизняного виробництва засобів реабілітації інвалідів: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 7 травня 1997 р. №431 // Офіційний вісник України. – 1997. – №20. – С.35-37.
183. Проблемы и новые тенденции в области улучшения положения инвалидов. Доклад Генерального секретаря. Специальный комитет по Всеобъемлющей единой международной конвенции о защите и поощрении прав и достоинства инвалидов Нью-Йорк 27 июня 2003 года. Организация Объединенных Наций, А/АС.265/2003/1.
184. Психологические тесты. В 2 т. / под ред. А. А. Карелина. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2005. – Т.1. – 312 с., с.244-245.
185. Психологический словарь. Под ред. член – корреспондента АПН СССР В. И. Войтко. «Вища школа» 1982.
186. Психология: Підручник / Ю. Л. Трофімов, В. В. Рибалка, П. А. Гончарук та ін., за ред. Ю. Л. Трофімова. – К.: Либідь, 1999. – 558 с.
187. Птушкин Г. С., Дехтярева Т. Н. Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограничениями по слуху в системе профессионального образования // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. пр. – К., 2004.– №1 (3). – С. 343-348.
188. Пузанов Б. П. Коррекционная педагогика. Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии: Учеб.пособие для студентов

- сред. пед.учеб.заведений / Б. П. Пузалов, В. И. Селиверстов, С. Н. Шаховская, Ю. А. Костенкова; Под ред. Б. П. Пузанова. – М.: Академия, 1999. – 144 с.
189. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН №4896, прийнята на сорок восьмій сесії ГА ООН 20 грудня 1993 року. – К.: ВГСПО «НАІ України», 2003. – 40с.
190. Реут М. Н. Особенности социализации неслышащей молодежи. М.: 2000.– С.28.
191. Робота з сім'ями, які потребують професійної соціально-педагогічної підтримки. Тренінговий курс для спеціалістів соціальної сфери / Авторі-упорядники: В. Г. Головатий, А. В. Калініна, О. А. Виноградова. За заг.ред. Т. Ф. Алексєнко. – К.: Основа-Принт, 2007.– 128с. – С.95-99.
192. Савченко В. А., Бондарчук К. П., Терюханова І. М. Національна програма професійної реабілітації та зайнятості інвалідів в Україні // Соціальний захист. – 2000. – №11. – С. 55-62.
193. Северный А. А. Системный подход: три звеньев. Социальная Работа.1999.– № 1/12. – С. 38-40.
194. Седнев В. В. Оценка качества жизни и эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий // Международный медицинский журнал. – 2004. – №1. – С. 52-53.
195. Селиверстова В. И. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб.пособие для ВУЗОВ.– М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004.– 325с. С.-136.
196. Семаго М.М. Социально-психологические проблемы семьи ребенка-инвалида с детства: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1992. – 24 с.
197. Силласте Г. Г. Кто поможет детям с ограниченными возможностями //Безопасность. Информационный сборник. – М., 1992. – С. 38-40.
198. Синьов В.М. Особливості виховання спеціально-нормативної поведінки учнів допоміжних шкіл // Матеріали Всеукр конф. “Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин”. – К., 1994. – С.23-25.

199. Синьова Є.П. Особливості пізнавальної діяльності осіб з глибокими порушеннями зору // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. Зб. наук. пр. – К., 2002. – №2. – С. 163-168.
200. Словарь практического психолога //Сост. С. Ю. Головин. – Минск.: Харвест, 1997. – 800с.
201. Словарь-справочник по социальной работе / под ред. Е. И. Холостовой. – М.: Юристъ, 2000. – 424 с;
202. Словник іноземних слів / Під ред. І. В. Лехина і Ф. Н. Петрова.– М.: 1995. С.-276.
203. Словник-довідник для соціальних педагогів та соціальних працівників //За заг. ред. А. Й. Капсько І. М. Пінчук С. В. Толстоухової. – К.: – 2000. – 260с.
204. Смирнова Є. Р. Семья нетипичного ребенка. – Саратов: Изд. Поволжского филиала Русского учебного центра. 1996.– 191с.
205. Современное состояние и тенденции развития больших городов в СССР и за рубежом. – М.: МГЦ НТИ, 1989.
206. Социальная гигиена и организация здравоохранения Под ред. А. Ф. Серенко, В. З. Ермакова. – М.: 1984. – 352 с.
207. Социальная работа / Под общей ред. проф. В. И. Курбатова. Серия „Учебники”. Учебное пособие. – Ростов - н/Д: „Феникс”, 2000. – 576с.
208. Социальная работа с инвалидами / Под ред. Е. И. Холостовой – М.: Ин-т соц. работы Ассоц. работников соц. служб, 1996. – 208 с.
209. Социальная работа с молодежью / под общ. ред. А. А. Яременко, И. А. Хохленкова. – К.: Академпресс, 1994. – 104 с.
210. Социальная работа. Теория и практика: Учебное пособие / Авт. кол. В. Коган-Егонян, М. Кюркчян, М. Андрисян.-Ереван: В Ереванского ун-та, 1995.-319 с.
211. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособ. / Отв. ред. д. и. н., проф. Е. И. Холостова, д. и. н. проф. А. С. Сорвина. – М.: ИНФРА – М., 2001. – 427с.

212. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов. – М.: Редакционно-издательский центр Консорциума «Социальное здоровье России», ТЕИС, 1997. – 180 с.
213. Соціальна педагогіка. Підручник. //За ред.професора Капської А. Й. – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – 468с. – С.329-369.
214. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю / За заг. ред. С. В. Толстоухової, І. М. Пінчук – К.: УД ЦССМ, 2000. – 184 с.
215. Соціальна робота в Україні. Навч. посіб. // І. Д. Зверева, О. В. Безпалько, С. Я. Харченко та ін.; За заг.ред.: І. Д. Зверевої, Г. М. Лактіонової. – К.: Центр начальної літератури, 2004. – 256с.
216. Соціальна робота з людьми з особливими потребами. Методичні матеріали для тренера. / Автори упорядники О. В. Безпалько, І. В.Братусь, Т. Л. Лях. Під заг.ред. І. Д. Зверевої // Практична психологія та соціальна робота. – 2002 р. – № 6. – С.33-43
217. Соціальна робота з людьми з функціональними обмеженнями (Соціальна робота). – К.: НЦР Zenit, 1999. – 22 с.;
218. Соціальна робота: В 3 ч. Ч. 3.: Робота з конкретними групами клієнтів / А. М. Бойко, Н. Б. Бондаренко, О. С. Брижувата; За ред.. Т. В. Семигіної та І.М. Григи. – К., 2004. –166 с.
219. Соціальна робота: технологічний аспект: Навчальний посібник / За ред. проф. А. Й. Капської. – К., 2004. – 352 с.
220. Соціальний захист. Інформаційний та науково-виробничий журнал. – 1999. – №8.
221. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. Навчально-методичний посібник для соціальних працівників і соціальних педагогів / За ред. проф. А. Й. Капської. – К.: ДЦССМ, 2003.–168с.
222. Соціолого-педагогічний словник / За ред. В. В. Радула. – К.: „ЕксОб”, 2004. – 304 с.
223. Справочное пособие по социальной работе / под ред. А. М. Панова, Е. И. Холостовой. – М.: Юристь, 1997. – 168 с.

224. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів» (Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 48/96, прийнята на сорок восьмій сесії ГАООН 20 грудня 1996 р.) – К.: ВСГПО «НАІ України», 2003. – 40 с.
225. Сташків Б.І. Деякі питання вдосконалення законодавства про соціальне забезпечення // Вісник Академії праці і соціальних відносин Федерації профспілок України. – 1999. – №2. – С. 53-56.
226. Створення та керування волонтерською програмою. – Центр волонтерів ату «Добра Воля», 2001. – 140с.
227. Таланчук П. М. Шлях до інтеграції. – К.: Ун-т „Україна”, 2002. – 20 с.
228. Тематична доповідь про становище дітей в Україні за підсумками 2006 року «Забезпечення прав дітей з особливими потребами». – К.: Державний інститут розвитку сім'ї та молоді, 2007.
229. Теория социальной работы / под ред. проф. Е. И. Холостовой. – М.: Юристъ, 1998. – 334 с.
230. Терюханова І. М. Інтеграція інвалідів в суспільство через освіту //Соціальний захист. – 2001. –№1. – С. 45-50.
231. Технології соціально-педагогічної роботи: Навчальний посібник / За заг. Ред. Проф. Капської А. Й. – К.: 2000. – 372с.
232. Типове положення про центр професійної, медичної та соціальної реабілітації інвалідів: Затверджено наказом Мінпраці, Міносвіти, МОЗ, Фонду України соціального захисту інвалідів від 11 червня 1999 року №43 // Офіційний вісник України. – 1999. – №26. – С.1249.
233. Типові правила створення рівних можливостей для інвалідів: Пер.з англ. – К.: Сфера, 1999. – 56 с. – Рос. мовою.
234. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений. — М.: Гном-экспресс, 1999. —64 с.
235. Тюття Л. Т., Тюття О. В. Психокорекційні методи роботи з людьми з особливими потребами // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з

особливими потребами: Тези доповідей IV міжнародної науково-практичної конференції. – К., 2003. – С. 107-109.

236. Указ Президента України „Про заходи щодо розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя” від 27 квітня 1999 р. (Із змінами, внесеними згідно з Указом Президента України №1195/99 від 17 вересня 1999 р.).

237. Урсул А. Д. Философия и интегративно-общенаучные процессы. – М.: Наука, 1981.– 367 с.

238. Феоктістова О.Л. Концептуальні засади створення навчальних програм для студентів з особливими потребами // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. пр. – 2002. – №2. – С. 173-178.

239. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., Изд-во Института Психотерапии. 2005. – 490 с.

240. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., Изд-во Института Психотерапии. 2005. – 490 с.

241. Философский энциклопедический словарь / Редкол.: С. С. Аверинцев, Э. А. Аоабогли, Л. Ф. Ильичев и др. Изд.2 –е. – М.: Сов энциклопедия, 1989. – 815с. – С- 272.

242. Фогель Я. М. Социальное обслуживание инвалидов и лиц пенсионного возраста. – М.: 1990. – 128 с.

243. Формування здорового способу життя молоді: проблеми і перспективи / О. О. Яременко, О. М. Балакірева, О. В. Вакуленко та ін. - Українсько-польський проект «Молодь за здоров'я», Український ін-т соціальних досліджень. – К., 2000.– 207 с.

244. Харченко С. Я., Краснова Н. П., Харченко Л. П. Соціально-педагогічні технології: Навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. – Луганськ: Альма-матер, 2005.– 552с. – С.318-339.

245. Холостова Е. И., Дементьева Н. Ф. Социальная реабилитация. – М. Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о». 2003, С.50.
246. Храпылина Л. П. Основы реабилитации инвалидов. – М.: 1996. С.10.
247. Чайковський М. Є. Теоретична модель соціально-педагогічної реабілітації студентів з особливими потребами // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету ім. М. Коцюбинського. – 2004. – №10. – С. 83-87.
248. Чепиков М. Г. Интеграция науки. – Мысль, 1975. – С.246.
249. Шевцов А. Г. Сучасні пролеми освіти і професійної реабілітації людей з вадами здоров'я. / монографія / - К.: Соціосфера, 2004, – 200с.
250. Шевцов А.Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я: Монографія. – К.: НТІ «Інститут соціальної політики», 2004. — 240 с.
251. Шевцов А.Г. Комплексний підхід до соціальної реабілітації інвалідів: теоретико-методологічні засади // „Соціальний захист”, № 6, 2004 р.
252. Шевцов А.Г. Концепція "незалежного життя" особистості у соціально-реабілітаційній роботі // Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія № 11. Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Управління: Зб. наукових праць. – Випуск 6. – К.: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2007. – 172 с. – С. 21 – 32.
253. Шевцов А.Г. Педагогічні аспекти реабілітаційного процесу // Дефектологія. – 2007. – № 2. – с. 10 – 13.
254. Шевцов А.Г. Педагогічна парадигма сучасної методології соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я // Теоретичні та методичні засади розвитку педагогічної освіти: педагогічна майстерність, творчість, технології: Зб. наук. праць / За заг. ред. Н.Г.Ничкало. – Харків: НТУ „ХПІ”, 2007. – 644 с., С. 142 – 149.
255. Шибутани Т. Социальная психология. – М.: АСТ; Ростов н/д: Феникс, 1999. – 538 с.,

256. Шипицына Л. М. «Необучаемый ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта». – СПб.: изд-во «ДидактикаПлюс», 2002. – с.259.
257. Шипицына Л. М. Интегрированное обучение детей с проблемами в развитии // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1995. – № 3. – С.29-36.
258. Шипицына Л. М. Современные проблемы развития специального образования в России // Проблемы реабилитации детей с отклонениями в развитии. Материалы научно-практической конференции. – СПб.: Центр педагогической информации, 1995. – С.6-21.
259. Штепа О. С. Диспозиційна модель особистісної зрілості : Автореф. дис. канд. псих. наук. – Інститут соціальної та політичної психології АПН України, Київ, 2006.
260. Кроки до компетентності та інтеграції і суспільство: науково-методичний збірник / Ред. кол. Н.Софій, І.Єрмаков та інш. – К.: Контекст, 2000. – 336 с.
261. Шиян В. М. Технологія соціально-педагогічного супроводу людей з особливими потребами в освітньому середовищі // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції. – К., 2003. – С. 129-130.
262. Шмелева Н. Б. Формирование и развитие личности социального работника как профессионала: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация „Дашков и К°”, 2004. – 196 с.
263. Ямбург Е.А. Школа для всех. Адаптивная модель: (Теоретические основы и практ.реализация). — М.,1996
264. Ярская-Смирнова Е. Р., Наберушкина Э. К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: Питер, 2004.–316с.– С.201.
265. Arthur O`Reilly The Right to Decent Work of Persons With Disabilities, IFP/SKILLS Working Paper, No. 14,2003.
266. Disability programmes in need of reform (OECD, March 2003)

267. Disabled Persons Unit Coordination and Sustainable Development United Nations: New York: USA, 1994. - 83 p.
268. Quality of Life Assessment: an Annotated Bibliography. - Geneva. 1994.