

ШЛЯХИ ТА ЗАСОБИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ: ВІД ІЗОЛЯЦІЇ ДО ІНТЕГРАЦІЇ

Н. І. ГОЛОВА

Інвалідів у нашому суспільстві сприймають по-різному: одні до них абсолютно байдужі, інші жалісливі, треті, їх менше, активно допомагають їм. Крім того, існуюче стереотипне уявлення про інтелектуальну і психічну неповноцінність людини із серйозними фізичними вадами прирікає інвалідів на повну ізоляцію: їх не побачиш на підприємствах, у культурних закладах, інформації про них дуже мало на сторінках періодики. Значною мірою це обумовлено нашим минулим. Соціальна й інформаційна політика тоталітарної держави ігнорувала проблеми інвалідів, не сприяла повному охопленню системою освіти дітей і дорослих із руховою недостатністю, створенню пристосованого до їхніх можливостей архітектурного середовища.

Інвалідність у дітей означає суттєве обмеження життєдіяльності, вона сприяє соціальній дезадаптації, яка обумовлена порушеннями у розвитку, труднощами у самообслуговуванні, спілкуванні, придбанні професійних навиків. Засвоєння дітьми-інвалідами соціального досвіду, включення їх в існуючу систему суспільних відносин потребує від суспільства певних додаткових заходів, засобів та зусиль (це можуть бути спеціальні програми, центри із реабілітації, навчальні заклади тощо). Розробка цих заходів повинна базуватися на знанні закономірностей, завдань, сутності процесу соціалізації.

Аналіз соціальних проблем інвалідизації в цілому і соціальної реабілітації інвалідів здійснювався в проблемному полі двох концептуальних соціологічних підходів. Перший базувався на основі соціоцентристських теорій розвитку особистості К.Маркса, Е.Дюргейма, Г.Спенсера, Т.Парсонса – розглядалися соціальні проблеми конкретного індивіда за допомогою вивчення суспільства в цілому. Другий, на основі антропоцентристського підходу Ф.Гіддінгса, Ж.Піаже, Г.Тарда, Е.Еріксона, Ю.Хабермаса, Л.Виготського, І.Кона, Г.Андрєєвої та інших учених, розкривав психологічні аспекти повсякденної міжособистісної взаємодії. Дані підходи продовжили передові вітчизняні науковці: А.Капська, А.Суворов, Н.Шапкіна та ін. Макросоціологічний підхід до вивчення проблем інвалідності відрізняє соціально-екологічну теорію У.Бронфенбреннера, продовжену у дослідженнях В.Шпакової. Також на сучасному етапі творення соціальної науки у рамках структурно-функціонального аналізу проблему інвалідизації досліджували Т.Добровольська, І.Каткова, Н.Морозова, Н.Шабаліна та ін.[6, с. 5-7].

Мета статті: проаналізувати проблеми структури соціальної реабілітації й визначити шляхи та засоби, спрямовані на їх подолання. Відповідно до мети поставлені такі завдання:

1. Проаналізувати проблеми сьогодення структури соціальної реабілітації й ефективні шляхи їх вирішення.
2. Визначити роль, завдання та напрями допомоги соціального педагога особам з обмеженими можливостями.
3. Обґрунтувати етапи соціальної реабілітації дитини з обмеженими можливостями.

Головним міжнародним документом, що забезпечує концептуальний підхід до роботи з людьми, що мають психофізичні вади, є прийняті Генеральною Асамблеєю ООН у грудні 1993 р. «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів». У цих правилах викладено таке тлумачення терміна «реабілітація»: «... процес, що має на меті допомогти інвалідам досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного та/чи соціального рівня діяльності і підтримувати його, надавши їм тим самим засоби для зміни їхнього життя та розширення рамок їх незалежності». Особливу увагу цей документ пропонує звернути на такі групи населення, як діти, жінки, люди похилого віку, бідні прошарки населення, особи з двома або кількома видами інвалідності, біженці-інваліди [4, с. 6].

В чому ж полягає сутність «соціальної реабілітації» саме дітей з обмеженими можливостями? Соціальна реабілітація дитини-інваліда – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв'язків та відносин. Метою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певної соціальної незалежності.

Правові засади щодо задоволення особливих потреб дітей з обмеженими фізичними та психічними можливостями у соціальному захисті, навчанні, лікуванні, соціальній опіці та громадській діяльності відображені у Законах України: «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» «Про освіту», «Про пенсійне забезпечення», «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», «Про фізичну культуру і спорт», «Про статус і соціальний захист громадян, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні», «Про благодійництво та благодійні організації», в Основах законодавства України про охорону здоров'я, Основах законодавства України про культуру [3, с. 63-66].

Цілісний, системний підхід дозволяє сформулювати багаторівневу структуру проблем соціальної реабілітації та допомоги. Згідно з цим, необхідно вирішувати:

проблеми дитини: підтримка фізичного здоров'я, формування особистості, забезпечення емоційної підтримки, навчання, задоволення соціальних потреб;

проблеми сім'ї: забезпечення фінансової підтримки, житлові умови, навички догляду та навчання дитини, вирішення емоційних проблем, подолання соціальної ізоляції;

проблеми професіоналів: медики (профілактика та підтримка здоров'я), педагоги і психологи (розробка та впровадження спеціальних методів освіти й виховання дітей та батьків), соціальні працівники (забезпечення допомоги, інформування про ресурси, сімейна і групова робота, захист інтересів дітей та сім'ї, інтеграція зусиль професіоналів), інженери й виробники (розробка та виготовлення спеціальних засобів для підтримки ефективної життєдіяльності та навчання дітей, створення спеціальних робочих місць), юристи, представники законодавчої і виконавчої влади (створення та впровадження відповідної системи захисту прав і обов'язків інвалідів та їхніх сімей);

проблема суспільства – зміна ставлення до інвалідів та сімей з дітьми-інвалідами;

проблеми фізичного середовища: зменшення впливів, що зашкоджують здоров'ю та життєдіяльності людини, створення дружнього для інвалідів простору [7, с. 23-25].

Всі перелічені проблеми можна розділити на три рівні:

проблеми макрорівня – в межах держави;

проблеми мезорівня – наявність регіональних умов;

проблеми мікрорівня – в сім'ї та її найближчому оточенні.

Проблеми реабілітації на макрорівні – це соціальні проблеми першого порядку, які торкаються суспільства в цілому. Цей комплекс проблем вирішується зусиллями всього суспільства та державою, спрямованими на створення рівних можливостей для всіх дітей. Одна з найбільш суттєвих проблем цього рівня є ставлення суспільства і держави до людей із відхиленням у розвитку. Це відношення проявляється у різних аспектах: у створенні системи освіти, навчання, у створенні архітектурного середовища, доступної системи охорони здоров'я тощо.

Соціальна політика в Україні, яка зорієнтована на інвалідів, дорослих і дітей, будується сьогодні на основі медичної моделі інвалідності. Виходячи з цього, інвалідність розглядається як хвороба, патологія. Така модель вільно чи мимохіть послаблює соціальну позицію дитини-інваліда, знижує її соціальну значущість, відокремлює від «нормального» дитячого товариства, збільшує її нерівний соціальний статус, прирікає її на визнання своєї нерівності, неконкурентоспроможності у порівнянні з іншими дітьми[5].

Наслідком орієнтації суспільства та держави на цю модель є ізоляція дитини з обмеженими можливостями від суспільства у спеціалізованому навчальному закладі, розвиток у неї пасивно-утриманських життєвих орієнтацій засобами «оранжерейного» виховання

Проблеми реабілітації на мезорівні – це соціальні проблеми другого порядку, пов'язані з регіональними умовами, з наявністю чи відсутністю спецшкіл, спеціальних реабілітаційних центрів, спеціалістів-дефектологів на місцях мешкання сімей, де є дитина-інвалід.

Оскільки спеціальні навчальні заклади розташовані по країні нерівномірно, то діти-інваліди часто повинні отримувати освіту та виховання у спеціальних школах-інтернатах. Потрапляючи до такої школи, діти-інваліди ізолюються від сім'ї, від однолітків, які розвиваються нормально, від суспільства в цілому. Аномальні діти наче замикаються в певному соціумі, своєчасно не здобувають належний соціальний досвід.

Традиціоналізм, характерний для навчальних закладів, як правило, проявляється в орієнтації на звичні для інвалідів професії: слюсар, столяр, швачка тощо, хоча вони подекуди далекі від їхніх реальних можливостей. Крім того, не поновлюються методи та форми профорієнтаційної роботи.

Адже нові умови життя дозволяють ставити проблему отримання інвалідами сучасних престижних професій; здійснювати професійну підготовку відповідно до потреб даного регіону.

Результатом переживань батьків стають установки на «оранжерейне» виховання хворої дитини, які передбачають її гіперопіку і формують маленьких егоїстів та домашніх тиранів, чи, навпаки, приховане чи явне емоційне відторгнення такої дитини сім'єю. Дитина, опинившись наодинці з батьками та лікарями, в яких одна домінанта – її хвороба, поступово ізолюється від суспільства, і от тут уже ні про який розвиток і тим паче соціальну реабілітацію мови бути не може.

Проблеми реабілітації на макрорівні – це проблеми сімейного та родинного характеру, які мають дітей-інвалідів і потребують конкретної допомоги соціальних служб.

Інвалідність призводить до обмеження життєдіяльності людини, її соціальної дезадаптації, обмеження здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, спілкування, майбутньої трудової діяльності внаслідок відхилень у фізичному та психічному розвитку. Система навчання цих дітей не досконала. У зв'язку з цим треба вирішувати комплекс соціальних, психологічних і медико-педагогічних проблем із соціальної орієнтації таких дітей. Корекційну роботу найчастіше виконують самі батьки, проте багато з них не володіють спеціальними знаннями з дефектології, психології та медико-соціальної реабілітації.

Крім того, відсутня і спеціальна консультативна служба, де батьки мали б можливість отримати рекомендації щодо догляду за хворою дитиною, її виховання. Немає спеціалізованої методичної літератури з цих питань; не розв'язано проблеми здобуття професій дітьми-інвалідами, а також працевлаштування матерів, які мають таких дітей.

Таким чином, діти-інваліди дуже часто не мають соціальної та матеріальної підтримки, умов для розвитку своїх інтересів, здібностей і ще й приречені на інтелектуальну потворність. Здебільшого діти-інваліди виховуються в неповних сім'ях. У складних соціальних умовах боротьба за виживання, відсутність необхідних знань та вмінь не дають матері змоги навчити дитину елементарних навичок соціальної орієнтації, допомогти адаптуватися в сучасних умовах. У таких сім'ях панує психологічна пригніченість, безперспективність, апатія, невпевненість у майбутньому. Матері часто втрачають професію, місце роботи, змушені обмежувати свою участь у культурному житті.

Соціально-педагогічна реабілітація дітей, що мають вади психофізичного розвитку, у повній мірі можлива лише за умов розв'язання проблем на всіх цих рівнях.

Особливості роботи соціального педагога з інвалідами полягає у створенні таких соціально-педагогічних умов, які сприятимуть внутрішньому управлінню індивіда, досягненню ним своїх цілей, реалізації різних типів поведінки, гнучкої адаптації, а також розробки індивідуальної програми реабілітації. Треба створити атмосферу безпеки, в якій відсутнє зовнішнє оцінювання. Але соціальний педагог не може вирішувати за інваліда його проблеми, він повинен допомогти особистості визначити особисту позицію, сформувати незалежність від зовнішнього впливу, навчити спиратися на себе, тобто допомогти самоактуалізуватись у подоланні перешкод. Інвалід, який адекватно оцінює своє становище і усвідомлює свою самореалізацію, досягає душевного і психічного здоров'я, стає соціально повноцінною особистістю.

У практиці соціальної роботи соціально-педагогічна й психологічна допомога ще й досі отожднюється із соціальним захистом – це пояснюється відсутністю загальноприйнятої теорії співвідношення соціальної допомоги і соціального захисту. Водночас простежується деякий стійкий інваріант розуміння цих понять, а саме: «соціальна допомога» – поняття значно ширше, ніж «соціальний захист». Термін «соціальна допомога» є цілком правомірним та автономним, коли йдеться про індивідуальну допомогу окремій дитині, групі дітей чи їхнім родичам. Кінцевою метою такої індивідуальної допомоги є формування позитивного «Я»-концепції, соціальне самоствердження, повнокровна участь у життєдіяльності суспільства. Коли мова йде про соціальний захист, мається на увазі створення певної законодавчої бази, яка б захищала права тієї чи іншої соціальної групи, зокрема забезпечення прав на лікування, навчання, працевлаштування, надання пенсій, пільг тощо. У цьому випадку соціальний працівник виступає в ролі «перекладача» мови законів. Однак при такому розумінні понять залишається широке поле для їх взаємопроникнення. Так, відстоюючи права окремої людини, ми тим самим допомагаємо їй адаптуватися в складних умовах проживання.

Ось чому таке велике значення має соціально-педагогічна і психологічна допомога інвалідам віком від 15 до 18 років і старше – до 28 років. У 15 років закінчується сенситивний етап дитинства, для якого є характерною нестійкість психічних функцій, що може спричинити явища регресу, тобто повернення функцій на більш ранній віковий рівень. Психологи виділяють шість варіантів психічного

дизонтогенезу: недорозвинення, затримка у розвитку, ушкоджений розвиток, дефіцитарний, спотворений і дисгармонійний. Спостереження свідчать, що ті проблеми, з якими починають стикатися юнаки та дівчата у віці 15-18 років, спричинені не самою хворобою, дефектом чи станом, а гострою емоційною реакцією на психотравмуючу ситуацію, зумовлену певним ставленням до інвалідності, оцінкою, яку дає інвалід характеру цього ставлення, життєвою позицією відносно до ситуації в цілому [2, с. 48-52].

Саме цим і пояснюються особливості соціально-педагогічної реабілітації дітей-інвалідів. Завдання соціального педагога – в тому, щоб створити такі соціально-педагогічні умови, які сприятимуть внутрішньому управлінню індивіда, досягненню ним своїх цілей, реалізації різнобічних типів поведінки, гнучкої адаптації. Треба створити атмосферу безпеки, ситуації, в якій відсутнє зовнішнє оцінювання. Тільки за таких умов людина може виявляти себе нестандартно, по-новому, тобто творчо. Завдяки творчій адаптивній поведінці вона діє продумано, прагне до самостійності, гармонійності, а коли спрямовує свої зусилля на досягнення власних цілей, то діє продумано. Разом з тим самоактуалізація не може бути реалізована без емпатійного розуміння і прийняття іншої людини, тобто взаємодії з нею.

Одне з важливих завдань соціального педагога у такий момент – допомогти батькам свідомо проаналізувати ситуацію та власне становище, круту зміну життя, їхню власну роль у житті дитини і своє призначення. Багато жінок намагаються зберегти попередній уклад життя, роботу, і хоч це не завжди в інтересах хворої дитини. Інші, навпаки, кидають усе, присвячують себе дитині. У таких випадках здебільшого розпадається сім'я, страждають інші діти.

Тому, *перший етап соціальної реабілітації* дитини з обмеженими можливостями – допомогти батькам змінити своє життя так, щоб зберегти активність дитині у соціумі. Для цього потрібно у пологових будинках створити комісії, групи фахівців, котрі вирішуватимуть надзвичайну ситуацію: народження дитини з патологією. Завданням цієї комісії є первинна психотерапевтична і просвітницька робота з матір'ю, членами родини (особливо з батьком) і перші поради-рекомендації – до кого звернутися. Зі свого боку в центрах соціально-психологічної підтримки матерів таку жінку повинні прийняти як фахівці, так і матері, які вже виховують дітей-інвалідів.

Другий етап – *входження у життя сім'ї дитини-інваліда*. На жаль, далеко не кожний батько сприймає дитину-інваліда. Поки що немає загальної статистики, проте факт, що більшість сімей дітей-інвалідів без батька, безперечний. Багато хто з батьків залишився б у сім'ях або став би краще ставитися до своєї хворої дитини і до життя, якщо б мали можливість спілкуватися, бачитися з іншими сім'ями, іншими батьками, щоб усвідомити, що хворої дитини не треба соромитися, що їй потрібна любов батька.

Отже, завдання другого етапу – створення групової взаємодії та взаємодопомоги батьків та родин, що виховують осіб з обмеженими можливостями.

Згідно із положенням Комісії захисту прав дитини ООН, брати і сестри дітей-інвалідів – це діти, які потребують захисту і реабілітації. Зокрема, відомо, наскільки важко їм не відвернутися від хворого брата або сестри, котрі стали для них джерелом страждань. Брати і сестри інвалідів – особливі діти. Залежно від взаємин у сім'ї вони можуть бути опорою і захистом не тільки своїм рідним, але й багатьом хворим людям, оскільки здатність до співчуття вихована у них із дитинства. З них можуть вийти прекрасні лікарі, вчителі, справжні, а не випадкові соціальні працівники. Проте може статися й навпаки – не отримавши підтримки в добрих починаннях, можуть зламатися і відмовитися від хворого брата або сестри. Ось чому в своїй діяльності соціальний педагог повинен працювати не тільки з дітьми-інвалідами, а й обов'язково з їхніми братами, сестрами, друзями, однолітками. Тому підхід до реабілітації лише дитини-інваліда, незважаючи на її оточення, не може дати відповідного результату.

Дітям з обмеженими можливостями потрібні здорові діти для швидкої соціальної адаптації, підтримки та спілкування, а здоровим дітям – хворі, щоб у них виховувалося живе співчуття. Неможливо виховати здатність співчувати в умовах, коли здорові діти практично ізолювані від хворих однолітків.

Тому третім етапом реабілітації є *виховання і розвиток братів і сестер дітей-інвалідів*. Але не тільки братів і сестер. Хіба всі діти не потребують просвітницьких гуманістичних програм? У наших навчальних закладах дітей навчають багатьом наукам, проте немає програм, де йшлося б про те, що далеко не у всіх людей є однакові можливості рухатися, адаптуватися, спілкуватися. Діти виховуються так, начебто навколо них взагалі не існує хворих однолітків. Тому логічно формується четвертий етап соціальної реабілітації дітей-інвалідів.

Четвертий етап соціальної реабілітації – *інтегроване виховання дітей*, що передбачає не тільки навчання в інтегрованих класах. Практичний досвід такого навчання вже є у багатьох школах поза нашою країною. Узагальнюючи результати, можна сказати: це дуже важко, але цілком можливо, а результати інтегрованого навчання важко переоцінити, оскільки змінюється ставлення до хворих не тільки у дітей, котрі навчаються з ними в одному класі, а й у багатьох учнів школи [1, с. 48-56].

Виходячи з вище зазначеного, ми дійшли висновку, що в Україні існує комплекс проблем пов'язаних з інтеграцією дітей-інвалідів в суспільство. Ставлення суспільства до аномальної дитини є певним мірилом його цивілізованості. Донедавна питання дитячої аномалії, інвалідності у нас замовчувалося. Інвалідів намагалися ізолювати від суспільства в спеціальних закладах. Дитина-інвалід та її близьке оточення опинялися сам на сам зі своєю бідою.

Перебуваючи в умовах інтернатного закладу або на вихованні в сім'ї, діти-інваліди та їхні сім'ї деякою мірою ізолювані від суспільства і позбавлені можливості вести повноцінний спосіб життя у відкритому середовищі, яке аж ніяк не відповідає їхнім особливим потребам. Існуючі педагогічні, медико-психологічні комісії, де з першого візиту дитини коло незнайомих людей визначає спосіб її навчання, не вирішують усіх проблем. У батьків тут практично немає ніяких прав, є тільки обов'язки. Повинні бути не комісії, а постійно діючі психологічні консультації з широким доступом батьків до інформації про методи і шляхи розвитку дитини. Для того, щоб скористатися інформацією, батьки повинні навчитися визначати, що краще для дитини, як поєднувати роботу і догляд за дитиною. Батьки мають усвідомити, що сьогодні не можна бути пасивними, якщо їхня дитина хвора, адже саме вони повинні обрати той напрям, який дасть найкращі результати.

Провідним компонентом соціальної роботи з даною категорією дітей є формування індивідуальності, її соціалізація з урахуванням потенційних можливостей і потреб кожної дитини. Побудова взаємозв'язків дитини з мікро- і макросередовищем, розвиток її збережених психофізичних можливостей здійснюється шляхом розширення сфери спілкування, організації дозвілля, творчої та ігрової діяльності, допомоги у самообслуговуванні і пересуванні, забезпеченні ліками і продуктами харчування, організації дозвілля і оздоровлення.

Список використаної літератури

1. Борщевська Л. В. На допомогу батькам, що мають дітей з особовими потребами / Л. В. Борщевська, А. В. Зіброва, І. Б. Іванова та ін. – К. : Український інститут соціальних досліджень, 1999. – 79 с. – С. 48–56.
2. Бондар В. Благодійна діяльність як передумова розвитку суспільної допомоги дітям із психофізичними вадами / В. Бондар, Л. Одинченко, Є. Постовойтов // Дефектологія – 1996. – № 4. – С. 48–52.
3. Дитинство в Україні: права, гарантії, захист. (Збірник документів). ч. II. – К. : Видавництво «Столиця», 1998. – С. 63–66.
4. Фандєєв О. Людина може заговорити і в... 18 років / О. Фандєєв // День. – 2000. – № 87. – С. 6.
5. Періодична національна доповідь про реалізацію Україною положень Конвенції ООН про права дитини. 1997. – К. : Видавництво «Столиця».
6. Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи : навч. посібник / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009. – 222 с. – С. 5–7.
7. Турчінська В. Є. Про організацію соціально-психологічної підтримки розумово відсталих. / В. Є. Турчінська // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції. – К., 1995. – С. 23–25.