

“Соціально-педагогічна реабілітація –необхідна умова адаптації дітей з порушеннями ”

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ I. СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

1.1. ІСТОРИЧНИЙ РОЗВИТОК СУСПІЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

1.2. СУТНІСТЬ ТА ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ

РОЗДІЛ II. ШЛЯХИ ТА ЗАСОБИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

2.1. СИСТЕМА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ – ВІД ІЗОЛЯЦІЇ ДО ІНТЕГРАЦІЇ

2.2. СІМ'Я ТА ЇЇ ОТОЧЕННЯ ЯК ОСНОВА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДИТИНИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Вступ

На теперішній час процес соціалізації є предметом дослідження фахівців багатьох галузей наукового знання. Психологи, філософи, соціологи, педагоги, соціальні педагоги розкривають різні аспекти цього процесу, досліджують механізми, етапи та стадії, фактори соціалізації.

Однак проблеми соціалізації інвалідів, особливо дітей-інвалідів, у вітчизняній літературі ще не є предметом спеціального дослідження. Хоч проблема соціалізації дітей, підлітків та дорослих з порушеннями психічного та фізичного розвитку дуже актуальна і в теоретичному, і в практичному відношенні.

Сьогодні у літературі ми зустрічаємо таке визначення інвалідності: “Інвалід – це особа, яка має порушення здоров’я зі стійкими розладами функцій організму, обумовлене захворюванням внаслідок травм чи дефектів, що призводять до обмеженої життєдіяльності та викликають необхідність його соціального захисту.”

Інваліди є в усіх країнах та в усіх ланках суспільства. В різних країнах як причини, так і наслідки інвалідності неоднакові. Це обумовлено різними соціально-економічними умовами і залежить від тих кроків, які здійснює держава для підвищення благополуччя своїх громадян.

За даними ООН, у світі числиться приблизно 450 мільйонів людей з порушеннями психічного та фізичного розвитку. Це становить 1/10 частину населення нашої планети. Дані Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ) свідчать, що кількість таких людей у світі досягає 13% (3% дітей народжуються з вадами інтелекту та 10% дітей з іншими психічними та фізичними вадами). Всього в світі близько 200 мільйонів дітей з обмеженими можливостями.

Більше того, у нашій країні, як і в усьому світі, простежується тенденція зростання кількості дітей-інвалідів. Найпоширенішими причинами інвалідності є захворювання нервової системи та органів чуття, дитячий церебральний параліч,

психічні розлади, вроджені вади розвитку. Третина дітей інвалідів – сільські мешканці, дві третини – міські жителі. Майже 20 відсотків дітей-інвалідів перебувають в державних установах, тобто виховуються поза сім'єю.

Сьогоднішня політика по відношенню до інвалідів – результат її розвитку протягом останніх 200 років. Значною мірою вона відображає загальні умови життя, а також соціальну та економічну політику у різні періоди часу. Однак у відношенні до інвалідів склалося багато специфічних факторів, які впливають на умови їх життя. Неосвіченість, зневага оточуючих, зневага і жах – ці соціальні фактори ізолювали інвалідів та затримали їх розвиток, про це свідчить історія.

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 пристосованої 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 відношень потребує від суспільства певних додаткових заходів, засобів та зусиль (це можуть бути спеціальні програми, центри по реабілітації, учбові заклади тощо). Розробка цих заходів повинна базуватися на знанні закономірностей, задач, сутності процесу соціалізації.

Метою даної роботи є аналіз основної літератури з питань соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, а також дослідження сучасних

проблем, що існують в системі соціально-педагогічної реабілітації дітей-інвалідів, та шляхів їх вирішення на Україні.

Завдання наукової роботи обумовлені її метою:

- проаналізувати досягнення та проблеми спеціальної освіти дітей з особливими потребами в Україні;
- розкрити стратегічні напрямки реформування спеціальної освіти;
- дати характеристику інтегративним тенденціям в освіті дітей з особливими потребами в Україні;

Об'єктом дослідження для даної наукової роботи є діти з порушеннями психофізичного розвитку.

Предметом є дослідження процесів інтеграції та сегрегації в сучасній спеціальній освіті в Україні.

Методи дослідження: обумовлені об'єктом і предметом наукової роботи. При опрацюванні вихідної інформації були використані загальнонаукові методи аналізу, синтезу, абстрагування та узагальнення.

Теоретична та практична цінність наукової роботи полягає в тому, що в дослідженні комплексно проаналізований та узагальнений матеріал про сучасний стан спеціальної освіти для дітей з функціональними обмеженнями в Україні, процеси сегрегації, інтеграції та інклюзії в спеціальній освіті.

Структура роботи обумовлена логікою розгляду теми.

Курсова робота складається з вступу, основної частини, висновків та списку використаної літератури. Основна частина складається з двох розділів.

РОЗДІЛ I. СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

1.1. Історичний розвиток суспільної допомоги дітям з особливими потребами

Дослідження історичного аспекту соціальної реабілітації дає змогу правильно оцінити значення кожного етапу для подальшого розвитку теорії соціальної реабілітації, узагальнити сучасну практику і виявити причини сучасного стану цієї галузі педагогічної науки. Таке дослідження сприяє попередженню спроб поспішного, науково необґрунтованого розв'язання складних соціально-педагогічних проблем в умовах будівництва демократичного суспільства.

Упродовж розвитку людського суспільства так чи інакше поставало питання про вироблення форм громадської опіки, лікування, а пізніше й навчання дітей з обмеженими психофізичними можливостями. Обсяг такої допомоги залежав від багатьох факторів, передусім стану розвитку економіки, виробничих сил суспільства і характеру виробничих відносин, визначався політичним, моральним, релігійним світоглядом, станом розвитку науки, охорони здоров'я культури, освіти[15].

В історії розвитку соціальної допомоги особам з відхиленнями розвитку можна виділити чотири основні етапи: монастирський, медичний, лікувально-педагогічний та етап інтеграції у суспільство.

Історія опікунства дітей з вадами психічного чи фізичного розвитку в Україні сягає давніх часів. Перші офіційні документи про опіку датуються X ст., коли князь Київський Володимир Святославович указом від 996 р. зобов'язав церкву дбати про таких осіб. Є докази, що в Києво-Печерській лаврі вже в першій половині XI ст. відкрився притулок для дітей, у якому окрім сиріт, хворих та убогих, перебували й так звані калічні діти (глухі, сліпі, недоумкуваті). На утримання закладів громадської опіки передбачалася частина коштів від княжих прибутків, яка передавалася монастирам. В історії дефектології наводяться факти про те, що в X-XII ст. у Київській Русі організовувалися заклади, де не лише опікали

неповноцінних дітей, але й навчали їх елементам грамоти, живопису, співу та різних ремесел.

З прийняттям християнства в Київській Русі було запроваджено закони з Візантії, які увійшли до складу громадських Кормчих книг. Стосувалися вони становища “сліпих, глухонімих, божевільних та нестямних” у сім’ї, охорони їхнього майна та інших громадських прав, відповідальності перед кримінальним законом.

Таким чином, вже за часів Київської Русі виявлялися милосердя й гуманізм щодо убогих та калічних і мали певне відображення в офіційних законах. На основі нормативних актів і системи суспільного піклування, здійснюваного головним чином монастирями, формувалося суспільне ставлення до осіб з вадами психофізичного розвитку.

В епоху XV-XVII ст. в Україні значного поширення набували “богадільні-шпитали”, які визнавалися за специфічні форми допомоги хворим та інвалідам. До них приймалися каліки, безумні дорослі й діти, непрацездатні та інші особи, котрі внаслідок певних обставин жили за рахунок суспільства. Проте вже існуючі форми опіки дітей і підлітків були недостатніми. Їхня діяльність обмежувалася лише тим, що до цих осіб ставилися досить терпимо[9]. У XVIII ст. відбулися окремі позитивні зміни в економічному та культурному перетворенні Росії, розвитку науки і освіти. Швидкими темпами розвивалися педагогіка, медицина, зокрема психіатрія. Активізувалася й діяльність держави в питаннях виховання обездолених та калічних дітей. У цей період розроблялися заходи приватного порядку щодо влаштування богаділень, відкриття спеціальних виховних будинків для безумних. Вироблялися форми їх опіки, вживалися заходи загального характеру. Це можна вважати першими серйозними кроками у створенні системи громадської опіки.

Медичний етап характеризувався активізацією діяльності земських лікарів-психіатрів; організацією для розумово відсталих осіб при психіатричних лікарнях спеціальних дитячих відділень. На цьому етапі було зроблено перші кроки до вивчення потреби у спеціальному навчанні й вихованні осіб з вадами у розумовому розвитку. Допомога недоумкуватим стає не лише виявом милосердя, гуманності, але

й соціальною потребою, засобом полегшення долі батьків. На цьому етапі було властиве прагнення до вивчення причин природи дефективного розвитку з метою раціональної організації лікувально-виховної роботи з такими дітьми.

Під впливом енергійної діяльності педагогів-ентузіастів, лікарів і громадських діячів освіти П.О. Бутковського, І.О. Сікорського, М.Д. Аленич, Ф.І. Ширяєва та ін. формується думка про можливість і необхідність спеціального виховання та навчання розумововідсталих дітей. На початку ХХ ст. для таких дітей почали відкривати лікувально-виховні школи і допоміжні класи. Проте через пасивність і байдужість чиновників із Міністерства освіти ця форма педагогічної допомоги дітям з вадами інтелекту не набула свого подальшого розвитку[10, с.45].

У радянський період в Україні, як і в Росії, здійснюється диференціація системи фахової освіти, її структурне удосконалення, перехід від трьох до восьми типів спецшкіл. Вважалося, що в галузі освіти і виховання дітям-інвалідам у СРСР надані усі можливості. Дотепер вони в основному одержують середню освіту лише в інтернатах. Практично ж система шкільної освіти не вважає потрібним враховувати той факт, що перебування у спецінтернаті збільшує ізоляцію дитини від суспільства, що в значній мірі гальмує його психічний розвиток[2]. Програма освіти у спецінтернатах недостатньо готує вихованця до самостійного життя в суспільстві. Інтеграція інвалідів у суспільство в Західній Європі є головною тенденцією сучасного періоду, що базується на їх повній громадянській рівноправності. Цей етап характеризується в західноєвропейських країнах перебудовою в 80-90-ті роки організаційних основ спеціальної освіти, скороченням кількості спеціальних шкіл і різкого збільшення кількості спеціальних класів у загальноосвітніх школах, перебудовою взаємовідносин масової і спеціальної освіти.

Україна зараз знаходиться на етапі лише переходу від третього до четвертого періоду, у той час як Західна Європа вже більше двох десятиліть переживає цей період і розташовується на його просунутій стадії. Змістом цього періоду є реорганізація взаємодії структур масової і спеціальної освіти й орієнтація останньої на підготовку дітей із відхиленнями в розвитку до життя як повноправних громадян

суспільства, якому вони належать. Зараз до інвалідів привертають все більше уваги. Ми можемо часто побачити їх по телевізору, новинах. Багато коштів тепер вкладається і в спорт. Гарним прикладом можуть слугувати Параолімпійські ігри 2016 року, особливо для нашої збірної, оскільки вони здобули 117 медалей і посіли 3 місце в загальнокомандному списку [8]. Це надихає багатьох дітей-інвалідів, оскільки багато з них ставлять собі мету, яку до цього їм було важко знайти в житті. Це шанс самореалізуватися, особливо в нашій країні, де інвалідам уділяється менше уваги і коштів, ніж в Західних країнах. Також можна згадати й таку визначну особу як Стівена Хокінга, одного з найвизначніших фізиків і астрономів ХХ-ХХІ століть. На його прикладі можна побачити, що якщо ти інвалід – це не означає, що ти приречений на виживання й не зможеш робити нічого вагомого.

1.1 Сутність та проблеми соціальної реабілітації дітей-інвалідів

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.

Неодмінною умовою соціальної реабілітації є культурна самоактуалізація особистості, її активна робота над своєю соціальною досконалістю. Якими б сприятливими не були умови реабілітації, її результати залежать від активності самої особистості.

Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями – це складний процес, що потребує переорієнтації, і насамперед – у напрямі розробки методології і методики соціально-педагогічної та психологічної моделі соціальної роботи. Специфіка такого підходу викликає необхідність суттєвих змін у ставленні до дітей-інвалідів, які потребують не тільки матеріальної, фінансової, гуманітарної підтримки і заходів реабілітації (медичної, професійної, соціально-побутової), а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, моральному і духовному самовдосконаленні.

Сутність соціально-педагогічної реабілітації полягає у створенні таких умов для саморозвитку людини, в результаті яких виробляється активна життєва позиція особистості.

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 та психологи (розробка та впровадження спеціальних методів освіти та виховання дітей та батьків), соціальні працівники (забезпечення допомоги, інформування про ресурси, сімейна та групова робота, захист інтересів дітей та сім'ї, інтеграція зусиль професіоналів), інженери та виробники (розробка та виготовлення спеціальних засобів для підтримки ефективної життєдіяльності та навчання дітей, створення спеціальних робочих місць), юристи, представники законодавчої та виконавчої влади (створення та впровадження відповідної системи захисту прав та обов'язків інвалідів та їх 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[6, с.34].

Процес соціалізації – це процес взаємодії особистості та суспільства. Людина є і об'єктом (тому що випробовує на собі вплив з боку суспільства, різних

соціальних інститутів тощо), і суб'єктом (тому що вона ставить перед собою певну мету та обирає засоби для її досягнення) процесу соціалізації.

Але людина може стати і жертвою цього процесу. Види жертв несприятливих умов соціалізації численні. Це пов'язано з тим, що процес соціалізації здійснюється під дією різних факторів, вплив яких на людину не однозначний, підчас протирічливий, таким чином, можна говорити про наявність різних видів жертв соціалізації. Реальні жертви несприятливих умов соціалізації – діти-інваліди.

Оцінка людей по їх зовнішньому вигляду та по розумових здібностях характерна для нашого способу життя. Всі люди, які так чи інакше відрізняються від нас, викликають у нас особливе і не завжди доброзичливе відношення. Знання фізичного чи психічного стану індивіда не можна відривати від розуміння його індивідуальності[12].

Спосіб класифікації людей з обмеженими можливостями і слова, які використовують при описі таких людей, відображають та визначають стан нашого розуму. Практика та структура призначених для них закладів, упроваджуючись у нашу свідомість, створюють відповідний настрій.

Чому ж інваліди відносяться до жертв несприятливих умов соціалізації? Які проблеми виникають у процесі соціалізації дітей-інвалідів?

Перш за все, це соціальні проблеми: недостатні форми соціальної підтримки, недоступність охорони здоров'я освіти, культури, побутового обслуговування, відсутність належного архітектурного середовища тощо.

Усі 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.

Соціально-педагогічна реабілітація дітей, що мають вади психофізичного розвитку, у повній мірі можлива лише за умов розв'язання проблем на всіх цих рівнях. Знову ж таки повторює: має змінитись думка людей про інвалідів, до них треба ставитися як і до всіх інших здорових людей[8].

Соціальні проблеми першого порядку – це проблеми, 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 порядку є відношення суспільства та держави до людей з відхиленням у розвитку. Це відношення проявляється у різних аспектах: у створенні системи освіти, навчання, у створенні архітектурного середовища, доступної системи охорони здоров'я тощо.

Активізація спеціальної політики в напрямку її гуманізації та демократизації, відродження духовності й національної самосвідомості, швидкий розвиток техніки і технології, інтелектуалізація праці, - все це потребує створення для осіб з психічними та фізичними вадами таких умов, за яких вони могли б успішно реалізувати свої загальнолюдські права, стати корисними громадянами своєї держави, освіченість і соціальний статус яких задовольнятиме потреби суспільства.

Однією з важливих соціально-педагогічних проблем є розвиток та удосконалення системи спеціальної освіти. Існуюча в Україні система спеціальної освіти на сучасному етапі не повною мірою забезпечує рівність прав на освіту тих осіб, можливості яких одержати її обмежені їхніми вадами, станом здоров'я або конкретними соціальними умовами, не завжди відповідає їхнім запитам, особистим і суспільним інтересам[6].

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 невільно послаблює соціальну позицію дитини-інваліда, знижує її соціальну значущість, обособлює від “нормального” дитячого товариства, збільшує її нерівний соціальний статус, прирікає її на признання своєї нерівності, неконкурентоспроможності у порівнянні з іншими дітьми. Медична модель визначає і методику роботи з інвалідом, яка має патерналістський характер та припускає лікування, трудотерапію, створення служб, допомагаючих людині виживати, завважимо – не жити, а саме виживати.

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.

Такий підхід несе в собі дискримінаційну ідею, виявляє відношення суспільства до інвалідів як соціально непотрібній категорії. Традиційний підхід не вичерпує усю повноту проблем тої категорії дітей, про яку йде мова. У ньому яскраво відображений дефіцит бачення соціальної сутності дитини. Проблема інвалідності не обмежується медичним аспектом, вона в найбільшій мірі є соціальною проблемою нерівних можливостей.

Така думка змінює підхід до триади “дитина – суспільство – держава”. Сутність цієї зміни полягає у наступному:

- головна проблема дитини з обмеженими можливостями полягає у порушенні її зв'язку зі світом, в обмеженій мобільності, недостатності контактів з однолітками та дорослими, в обмеженому спілкуванні з природою, недоступності низки культурних цінностей, а іноді і елементарної освіти. Ця проблема є слідством не тільки суб'єктивного чинника, яким є стан фізичного і психічного здоров'я дитини, але і наслідком соціальної політики та сталої суспільної свідомості, які санкціонують існування недоступного для інваліда архітектурного середовища, громадського транспорту, соціальних служб;
- дитина, яка має інвалідність, може бути такою ж здібною та талановитою, як і її одноліток, який не має проблем зі здоров'ям, але виявити свій талант, розвинути його, приносити за допомогою його користь суспільству їй заважає нерівність можливостей;
- дитина – не пасивний об'єкт соціальної допомоги, а людина, яка розвивається, яка має право на задоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні, творчості;
- держава повинна не тільки надати дитині, яка має інвалідність, певні пільги та привілеї, вона повинна піти назустріч її соціальним потребам і створити систему

соціальних служб, що дозволяли б згладжувати обмеження, які заважають процесам її соціалізації та індивідуального розвитку.

Соціальні проблеми іншого 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 учбові заклади розташовані по країні нерівномірно, то діти-інваліди часто повинні отримувати освіту та виховання у спеціальних школах-інтернатах. Потрапляючи у таку школу, 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. Обособленість спеціальних освітніх закладів не може не відбитися на розвитку особистості дитини, на її готовності до самостійного життя.

Традиціоналізм, характерний для учбових закладів, як правило, проявляється в орієнтації на звичні для інвалідів професії: слюсар, столяр, швачка тощо, хоча вони порою далекі від їх 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 по тих видах праці, у яких є потреба даного регіону. Спеціалісти регулярно проводять облік новонароджених з тією чи іншою, хай навіть слабо виявленою психоневротичною патологією, яка дозволяє віднести дитину до "групи ризику". Профілактика повинна носити самий активний характер, здійснюватися у тісному контакті психоневрологів, медиків, педагогів, соціологів з батьками.

Результатом переживань батьків стають установки на "оранжерейне" виховання хворої дитини, які передбачають її гіперопіку і формують маленьких егоїстів та домашніх тиранів, чи, навпаки, скрите чи явне емоційне відторгнення такої дитини сім'єю[9].

Дитина, опинившись наодинці з батьками та лікарями, у яких одна домінанта – її хвороба, поступово ізолюється від суспільства, і от тут вже ні про який розвиток і

тим паче соціальну реабілітацію мови бути не може. На мою думку, з батьками теж варто проводити певні профілактичні заходи, пояснювати їм, як варто виховувати таку дитину, чого не варто робити.

Сім'ї, які мають дітей-інвалідів, 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 та психолого-, медико-педагогічних проблем із соціальної орієнтації таких дітей. Корекційну роботу найчастіше виконують самі батьки, проте багато з них не володіють спеціальними знаннями з дефектології 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 по цих питаннях; 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, 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.

РОЗДІЛ II. ШЛЯХИ ТА ЗАСОБИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

2.1. Система спеціальної освіти – від ізоляції до інтеграції

Об'єднуючою ідеєю для пошуку і впровадження більш досконалої освітньої системи стосовно аномальних дітей мусить виступити їх соціальна реабілітація як головна мета спеціальної освіти. Досягнення цієї мети на науково-педагогічному рівні потребує створення нових освітніх стандартів, відповідних корекційно-методичних засобів, нової структурної організації, розробки чітких нормативів для системи соціальної реабілітації на всіх етапах навчання і розвитку школярів з психічними та фізичними вадами. Лише своєчасне розв'язання всіх цих складних проблем забезпечить оптимальні умови навчання і виховання аномальних дітей з тим, щоб сприяти найкращій їх підготовці до самостійного активного суспільного життя.

Серед названих проблем структура спеціальної освіти є однією з пріоритетних. Стратегію її практичного втілення має визначати варіативність форм одержання освіти і системи спеціальних установ. Перспективною в цьому плані видається інтегрована система навчання. Її ключовий принцип - створення умов для якомога меншої соціальної депривації, тобто розміщення аномальної дитини в найменш специфічному середовищі.

Для спрямування уваги в русло згаданих проблем виокремимо основні показники нинішньої кризової ситуації у спеціальній освіті:

- соціальне маркування аномальної дитини як дитини з дефектами;
- штучна ізоляція дитини в особливому соціумі;
- жорсткість і безваріативність форм одержання освіти і системи спецустанов;
- майже повне виключення сім'ї з процесу навчання і виховання дітей з психічними і фізичними вадами.

Гуманне ставлення до аномальної дитини має стати точкою відліку і для вирішення державою відповідних патронажно-захисних проблем, і для вдосконалення навчально-виховного процесу в спеціальних закладах.

Дефектологічна наука стосовно проблеми навчання і розвитку аномальної дитини виходить з того, що вона не просто менш розвинена, ніж її нормальний ровесник, а інакше розвинена. Така дитина характеризується специфічністю, своєрідністю власної психіки. Тому психічний розвиток аномальних дітей кваліфікується як компенсаторний, тобто такий, що здійснюється у формі заміщення чи вирівнювання того чи іншого внутрішнього процесу (мислення, сприймання тощо). На здатності психіки до компенсації окремих функцій, використання обхідних шляхів, створення нових механізмів, які забезпечують досягнення певних цілей, будується навчально-виховний процес у спеціальній школі. Однак, її реальні освітні досягнення не відповідають сучасним запитам. Аномальні діти, незважаючи на довготривале навчання, часто залишаються недостатньо підготовленими до активного громадського життя; їх інтеграція в суспільні відносини непомірно ускладнюється.

В теорії та практиці спеціальної освіти до цього часу панує дещо спрощений підхід щодо ролі тієї чи іншої вади у психічному розвитку особистості. За постулат береться те, що наявність у дитини певної вади автоматично передбачає і існування у неї прагнення до її подолання. Але що значить подолати чи вирівняти наявний дефект: розумовий недорозвиток, сліпоту чи глухоту?

Більш продуктивною є точка зору, згідно з якою прагнення до подолання власної вади виникає у дитини за певних соціальних умов її існування, за відповідної соціальної ситуації розвитку[10, с.67].

Спеціальна освіта лише тоді буде оптимальною, коли школярі не відчуватимуть себе відлученими від спільного громадського життя, коли особистісно центроване навчання повністю витіснить навчання дефектоцентроване.

В процесі сумісного навчання діти з відхиленнями розвитку усвідомлюють, що вони засвоюють систему учбових умінь спільну з учнями масової школи: читання,

письмо, рахунок тощо. Відмінність же полягає в оригінальності тих предметно-навчальних операцій, на основі яких формуються ці вміння. Така операційна нетотожність не повинна пов'язуватись у свідомості школяра з почуттям його малоцінності, а, навпаки, це має межувати десь з його виключністю. Вже сама своєрідність організації спеціальної освіти свідчить про творчий характер навчання школяра з певними вадами. Суб'єктивний ступень творчого компоненту такого учня вищий від аналогічного ступеня нормальної дитини.

У аномального учня розуміння того, що йому визначений інший, більш складний шлях розвитку, має набути особистісного смислу. **Він має бути готовий до цього.** І, що важливо, він повинен досягти таких соціальних стандартів, які адекватні нормальному типу. За такого підходу в школярів з розумовими та сенсорними вадами значно підвищуватиметься соціальна позиція й рівень самооцінки.

Особистісно центроване навчання у спеціальній школі має реалізувати цілісний підхід до підростаючої особистості, однаковою мірою забезпечуючи її інтелектуальний та соціальний розвиток. Це відбувається, по-перше, за рахунок мотиваційного компоненту цього типу навчання. У такому навчанні пізнавальні мотиви не домінують над широкими соціальними чи престижними. Всі вони виступають рівнозначними, розвиваються паралельно і на однаковому рівні стійкості, сили і спрямованості.

По-друге, цій меті слугує створюване педагогами культурно-освітнє середовище, в яке має входити аномальна дитина. Це середовище колективної діяльності і спілкування. Тут виникають умови для позитивного дитячого взаємозбагачення. Інтелектуально сильніша дитина набуває можливості виявити свою соціальну активність стосовно менш здібної. Остання, в свою чергу, черпає у спілкуванні з більш активною дитиною те, що їй недоступне, але до чого вона прагне.

Непересічну цінність становить така організаційна форма навчання як спільні колективи аномальних і нормальних дітей, підбір груп і пропорції інтелектуальних рівнів у них, що сприятиме інтенсифікації компенсаторних процесів. Адже, як

засвідчили довготривалі дослідження, кожна вища психічна функція в процесі розвитку з'являється двічі: спочатку як функція колективної поведінки, форма співробітництва чи взаємодії, а згодом як спосіб індивідуальної поведінки, внутрішній процес діяльності, тобто як категорія інтерпсихологічна.

В організації системи спеціальної освіти в більшості країн Європи і Америки прийнятий комбінований підхід: поряд з навчанням у спеціальних навчальних закладах здійснюється інтеграція аномальних дітей у системі загальної освіти. У масовій школі в основному навчаються діти з легким і середнім ступенем вираження дефекту як у класах з нормальними дітьми, так і в спеціальних. Діти з найбільш вираженими чи багатьма дефектами, як правило, навчаються в окремих спеціальних школах, а якщо “інтегровані”, то по лінії одного з компонентів складного дефекту.

Це стало можливим завдяки високому рівню розвитку загальної і спеціальної системи навчання, зокрема, зменшенню кількості учнів у класах масових шкіл, а також – створенню досить гнучкої і дієвої системи забезпечення аномальних дітей у масових школах спеціальною психологічною, педагогічною і медичною допомогою.

Наприклад, у Польщі вже існує практика підготовки дітей з обмеженнями до інтеграції в систему загальної освіти, що здійснюється в родині або в спеціалізованих денних центрах. Роль соціального працівника і психолога – поради батькам, де краще вчитися їх дитині (відповідно до індивідуальних можливостей і потреб). У Кракові діє три школи, в яких є інтеграційні класи: серед 15-16 здорових дітей навчається 4-5 з порушеннями: ДЦП, даунів, аутистів і з емоційними порушеннями. Цим пояснюється і підбір спеціалістів, які працюють за індивідуальними програмами. На жаль в Україні інтегроване навчання, як найбільш сучасна форма соціально-педагогічної реабілітації дітей-інвалідів, головним чином розвивається поки що тільки в теоретичному плані. Застосування цих знань в педагогічній практиці обмежується низкою факторів, головний з котрих – проблеми фінансування соціальної сфери. Однак те, що в умовах фінансової кризи неможливо зробити на державному рівні, в суспільстві в цілому, можливо втілити на рівні мікросоціуму: в сім'ї та її найближчому оточенні[8, с.76].

2.2. Сім'я та її оточення як основа соціальної реабілітації дитини з обмеженими можливостями

Одна з найголовніших проблем нації сьогодення – загроза вимирання, матері бояться народжувати, бояться злиденності, а крім того – бояться народити хвору дитину.

Таке лихо споконвічно вважалось найтяжчим, адже даремно всі народи оберігають вагітних. Проте жінка, яка народила хвору дитину, відразу опиняється сам на сам із нещастям, що звалилося на неї. Межа відторгнення пролягає вже у палаті молодих матерів. Ось де жінка потребує допомоги психолога і особливої уваги соціального педагога. Звичайно, це дуже болячий удар, і розв'язати купу проблем, пов'язаних з народженням дитини-інваліда без допомоги державних установ надзвичайно важко.

Одна з важливих задач соціального педагога у такий момент – допомогти матері та батьку уявити своє становище, круту зміну життя, їх власну роль у житті дитини і своє призначення. Багато жінок намагається зберегти попередній уклад життя, роботу, і неминуче жертвують чимось у долі 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 і дитині допомогти, і зберегти активність 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. Все це стосується будь-якого часу встановлення захворювання у дитини.

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 б хто з батьків зостався у сім'ях або став краще ставитися до своєї хворої дитини і до життя, якщо б мали можливість спілкуватися, бачитися з іншими сім'ями, іншими батьками, усвідомили, що хворої дитини не треба соромитися, що їй потрібна любов батька.

Отже, завдання другого етапу - створення груп взаємодопомоги батьків, і не тільки батьків, а й всіх членів сім'ї, передусім братів і сестер.

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 з 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[5].

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 ізольовані від хворих однолітків.

Тому третім етапом є виховання і розвиток братів і сестер дітей-інвалідів. Але не тільки братів і сестер. Хіба всі діти не потребують просвітницьких гуманістичних програм? В наших навчальних закладах дітей навчають багатьом наукам, проте не має 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 багатьох 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 в багатьох школах поза нашої країни. 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.

Одне з головних завдань соціального педагога – розробка індивідуальної програми реабілітації. Існуючі психолого-медико-педагогічні комісії, де з першого візиту дитини коло незнайомих людей визначає спосіб її навчання, не вирішують всіх проблем. У батьків тут практично немає ніяких прав, 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 сполучати роботу і догляд за дитиною. Батьки мають усвідомити, що сьогодні не можна бути пасивними, якщо їх дитина хвора, адже саме вони повинні обрати той напрям, який дасть найкращі результати. На жаль, сьогодні вибір дуже обмежений – спецшкола-інтернат чи так зване навчання вдома. Так зване. Тому що 90% випадків – це чисто формальне навчання, діти ізольовані від своїх однолітків і майже не розвиваються. Спецінтернати і лікують, і навчають, наскільки можливо. Але мають один суттєвий недолік – якщо дитина перебуває там досить тривалий час, то вона майже не пристосована до звичайного життя, у тому числі і до життя в сім'ї.

З цього випливає одна з головних потреб дітей-інвалідів - потреба у Центрі спілкування. Потреба у теплому домі, де на тебе чекають друзі, де можна спілкуватися, слухати музику, гуляти по подвір'ю, святкувати. А ще – займатися у гуртках та секціях, отримати консультацію психолога, читати книжки і дивитися телевізор: - все те, що необхідне молодій людині! На Заході це називається денний центр. У нас поки що створюються медичні реабілітаційні центри – інша назва поліклінік, щоправда, іноді з розширеним діапазоном послуг.

Такий центр потрібен і батькам для взаємної підтримки, навчання необхідним професіям, спілкування з іншими людьми. Прикладом такого центру може бути створена перша на Україні приватна школа сімейного типу для дітей з діагнозом “ранній дитячий аутизм” (РДА) та іншими інтелектуальними і психічними розладами.

Одна з головних проблем настає коли дитина-інвалід дорослішає. Це проблема майбутнього, дорослого життя дітей, їх місця у соціумі. Здебільшого діти-інваліди здатні виконувати ту чи іншу роботу. У нас в країні дуже багато говориться і ухвалюється настанов і наказів про створення робочих місць для інвалідів, і гроші на цю справу виділяються, однак дуже мала частка інвалідів працює на таких робочих місцях. Причин тому багато. Перед усім невирішеність проблем архітектурного оточення, непристосованість громадського транспорту. Психологічно інваліду дуже важко працювати серед здорових чужих людей, і продуктивність зовсім не та. На Заході є сьогодні таке поняття – продуктивно-реабілітаційний бізнес для сімей інвалідів. У нас раніше працювали інвалідні невеликі артілі, де разом із хворими людьми працювали їхні друзі і близькі. Зараз такими підприємствами могли б бути і маленькі кафе, і фотоательє, і майстерні. Все це давно перебуває в руках здорових, ділових людей. В організації подібного роду реабілітаційних закладів повинна бути спеціальна ніша – соціальна, економічна, правова – для сімей з дітьми-інвалідами.

Таким чином ми прийшли до висновку: необхідно створювати Центри спілкування, які як ніякий інший заклад будуть сприяти соціальній реабілітації

дітей-інвалідів та їх сімей. Такі центри повинні бути невеликими, але їх має бути стільки, скільки потрібно, а не один на все місто. Хто має створювати такі центри? На нашу думку це повинні бути саме батьки дітей-інвалідів, а державні органи соціального захисту мають сприяти цьому процесу, надавати необхідну методичну, інформаційну і фінансову допомогу[4, с 43]. Це дуже складна робота, але саме завдяки їй і відбувається процес реабілітації. Дружня група матерів може зробити багато чого, є сьогодні і благодійні фонди, яким можна запропонувати проект. Пасивний образ життя, позиція утриманця ще ніколи не приводили до позитивних результатів у вихованні людини, потрібної суспільству.

Висновки

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 бідною.

Перебуваючи в умовах інтернатного закладу або на вихованні у сім'ї, діти-інваліди та їх сім'ї деякою мірою ізолювані від суспільства і позбавлені можливості вести повноцінний образ життя у відкритому середовищі, яке аж ніяк не відповідає їхнім особливим потребам.

З роками повільна і невпинна гуманізація суспільної свідомості, а також досягнення в різних галузях науки і техніки поставили питання про необхідність інтеграції людей з психофізичними вадами, як соціальної групи, з рештою суспільства, тобто про їхню соціальну реабілітацію.

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, забезпечення ліками і продуктами харчування, організації оздоровлення.

У даній роботі розглянуті і проаналізовані основні проблеми соціально-педагогічної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, що існують на рівні суспільства в цілому, пов'язані з регіональними умовами і їхнім найближчим оточенням.

Ідеї спільного навчання можуть бути використані й у таких формах роботи як клубі спілкування, творчі лабораторії, ігротеки, літні табори, гуртки з декоративно-

прикладної, художньої та літературної творчості, дитячі журнали, конкурси і фестивалі художньої творчості, бібліотечне обслуговування тощо.

Аналізуючи історію розвитку соціальної реабілітації і її сучасний етап, ми прийшли до висновку, що спільне навчання дітей-інвалідів і їх здорових одноліток повинно стати пріоритетним у педагогічній практиці. Це у свою чергу потребує наукового розвитку ідеї спільного навчання, розробки концепцій, методик роботи педагогічних колективів. І це повинно стати метою подальших досліджень.

Література

1. Борщевська Л.В., Зіброва А.В., Іванова І.Б. та ін. На допомогу батькам, що мають дітей з особовими потребами.- К.: Український інститут соціальних досліджень, 1999.- 79с.
2. В. Бондар., Л. Одинченко, Є. Постовойтов. Благодійна діяльність як передумова розвитку суспільної допомоги дітям з психофізичними вадами. // Дефектологія.- 1996.- №4.- с.48-52.
3. Діяльність центрів соціальних служб для молоді України. Сучасний стан і перспективи розвитку. К., 1999.- с.52-55.
4. Дитинство в Україні: права, гарантії, захист. (Збірник документів): ч. II, К., АТ "Видавництво "Столиця", 1998.- с.63-66.
5. Зверева І.Д., Іванова І.Б. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями.// Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції.- К., 1995, с.4-10.
6. Зотова А.М. Интеграция ребёнка-инвалида в среду здоровых сверстников как метод социальной адаптации. // Дефектология.- 1997.- №6- с.21-25.
7. Іван Бех. Гуманізація спеціальної освіти аномальних дітей як соціально-педагогічна проблема. // Дефектологія.- 1996.- №1- с.19-23.
8. Іванова І.Б. Організація соціально-педагогічної та психологічної допомоги інвалідам у системі соціальних служб для молоді. // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції.- К., 1995, с.28-32.
9. Коваль А.Т., Зверева І.Д., Хлебик С.Р. Соціальна педагогіка / Соціальна робота: Навчальний посібник.- К.: ІЗМН, 1997.-392с.
10. Концепція спеціальної освіти осіб з психічними та фізичними вадами в Україні. // Дефектологія.- 1996.- №1- с.2-15.
11. Одинченко Л.К. Допомога аномальним дітям в Україні (X-XX ст). // Педагогіка і психологія.- 1995.- №2- с.120-126.
12. О. Фандєєв. Людина може заговорити і в... 18 років. // День.- 2000.- №87.- с.6.

13. Періодична національна доповідь про реалізацію Україною положень Конвенції ООН про права дитини. К.: АТ “Видавництво “Столиця”, -1997.
14. Турчінська В.Є. Про організацію соціально-психологічної підтримки розумово відсталих. // Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції.- К., 1995, с.23-25.