

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Юридичний факультет

Кафедра психології та соціальної роботи

КУРСОВА РОБОТА

з дисципліни „Технологія соціальної роботи”

на тему:

РОЗРОБКА СОЦІАЛЬНОГО ПРОЕКТУ «ПОДАЙ РУКУ ПІДТРИМКИ»

Студента 3-го курсу 31 групи

Галузі знань 1301 – „Соціальне забезпечення”

Напряму підготовки 6.130102 – „Соціальна робота”

Бойка Назарія Степановича

Керівник: Бугерко Ярослава Миколаївна

Національна шкала _____

Кількість балів ____ Оцінка: ECTS ____

Члени комісії:

(підпис)

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Тернопіль – 2016

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
ОСНОВНА ЧАСТИНА	
РОЗРОБКА СОЦІАЛЬНОГО ПРОЕКТУ «ПОДАЙ РУКУ ПІДТРИМКИ»	
1. Аналіз ситуації.....	5
2. Розробка концепції проекту.....	10
3. Очікувані результати проекту.....	10
4. Вибір способів і ресурсів.....	11
5. Планування проекту (робочий план проекту).....	12
6. Текстовий опис проекту.....	27
7. Фінансове обґрунтування проекту.....	33
8. Контроль і оцінка проекту.....	33
9. Пропозиції щодо оптимізації діяльності по проекту.....	36
ВИСНОВКИ.....	38
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	40
ДОДАТКИ.....	42

ВСТУП

Нині тема дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, зокрема, – із дитячим церебральним паралічем (ДЦП), привертає до себе підвищену увагу спеціалістів та батьків, які опікуються цією проблемою. Вони частіше об'єднуються разом – лікарі, корекційні педагоги, психологи та батьки для ефективного розв'язання проблеми удосконалення навчально-виховної та корекційно-реабілітаційної роботи.

Корекційно-реабілітаційна робота з дітьми із ДЦП передбачає тривалу і послідовну допомогу фахівців та батьків в усуненні рухових, інтелектуальних, мовленнєвих, поведінкових порушень з урахуванням специфіки соматичного, неврологічного та психічного стану дитини, її індивідуальних особливостей (В. Козявкін; І. Мамайчук, О. Мастюкова, Н. Махмудова, О. Приходько, К. Семенова, Н. Симонова, М. Іпполітова, Л. Шестопалова, Л. Шипіцина, А. Шевцов та ін.)

Корекційно-реабілітаційна робота з учнями із ДЦП, яка повинна здійснюватися після комплексного обстеження дітей командою фахівців, охоплює конкретні напрями, орієнтовані на поліпшення психофізичного розвитку школярів загалом, їхню соціальну адаптацію та інтеграцію в суспільство.

Метою курсової роботи є дослідження особливостей розробки соціального проекту «Подай руку підтримки».

Об'єктом дослідження є особливості організації роботи із сім'ями, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП).

Предметом дослідження є особливості надання соціальної допомоги сім'ям, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП).

Досягнення поставленої мети передбачає вирішення таких **завдань**:

1. Вивчити у науковій літературі проблему допомоги сім'ям, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП).

2. Проаналізувати проблеми діяльності сімей, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП) в Україні.

3. Визначити сутність понять: «проект», «соціальний проект», «проектування» та обґрунтувати зміст, структуру, призначення технології проектування в соціальній роботі.

4. Розробити та описати соціальний проект «Подай руку підтримки».

Теоретичне значення курсової роботи полягає у вивченні проблеми навчання сімей, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП), пошуку шляхів підвищення ефективності діяльності сімей, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП); в обґрунтуванні необхідності використання соціального проектування з метою вирішення проблем сімей, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП).

Практичне значення курсової роботи полягає у розробці проекту «Подай руку підтримки» і можливості його практичного впровадження та використання у професійній діяльності волонтерів.

Поставлені завдання зумовили вибір **методів дослідження**: теоретичні: аналіз, синтез, систематизація і порівняння науково-теоретичного матеріалу; передбачення прогнозування, теорія проектування, узагальнення, методи проектування; емпіричні: спостереження, анкетування, бесіда, інтерв'ю.

База проектування: Тернопільське міське об'єднання «Спілка батьків-опікунів дітей, які хворіють дитячим церебральним паралічем «Крила ангела».

Структура курсової роботи: Курсова робота складається зі вступу, основної частини, висновків, списку використаних джерел та додатків.

ОСНОВНА ЧАСТИНА

1. Аналіз ситуації

Назва проекту: «Подай руку підтримки»

Вкрай актуальна максимально можлива та своєчасна адаптація і інтеграція дитини з ЦП у соціальне середовище. Це, на думку багатьох досліджень вітчизняних та закордонних авторів, повинен забезпечити комплекс медичних, соціальних, педагогічних, психологічних та фізичних реабілітаційних заходів де суттєву роль грає сім'я. Бо першою сходинкою людини у суспільство, умовою і джерелом її розвитку є сім'я, а сприятливе мікросоціальне оточення, що складається саме в умовах родини є суттєвим чинником реабілітації.

В. П. Покась, аналізуючи положення дитини з особливими потребами та її сім'ї у сучасному суспільстві, показує, що «не повністю вдалося реалізувати основні ідеї соціального захисту і забезпечити повноцінну життєдіяльність, умови для максимальної психологічної, фізичної та соціально-трудової реабілітації дітей, які потребують спеціальної допомоги».

В. І. Ляшенко вважає, що повноцінного процесу реабілітації дитини-інваліда без участі сім'ї не може бути. «Не зважаючи на цілу низку спеціальних установ у системі соціального захисту, охорони здоров'я, освіти, сім'ї та молоді, саме сім'я є і завжди буде головним осередком впливу на дитину». На думку автора «дитини не можна розглядати окремо, без урахування її найближчого оточення, без сім'ї. Саме сім'я має основний вплив на формування фізичного, психічного та соціального досвіду». Тому для дитини з ЦП саме сім'я є єдиним осередком підтримки, корекції та допомоги.

Дуже важливою, на думку дослідників, при роботі з сім'єю стає реабілітаційна активність батьків, зусилля всіх членів родини (пошук джерел допомоги, виконання рекомендацій фахівців, педагогічні зусилля, соціальна активність), спрямовані на оздоровлення, розвиток, соціалізацію дитини. Бо, хоча сім'я і відіграє ведучу роль у житті дитини з ЦП, вона не може самостійно проводити довготривалу, кваліфіковану, багаторівневу реабілітаційну допомогу. Особливо важливим у розумінні реабілітації є її сприйняття не

як впливу, а як взаємодії з сім'єю на засадах партнерства в реалізації цілей реабілітації, особистісно орієнтованого підходу, комплексності системності зусиль.

Т. Д. Ілляшенко та автори вважають, що для батьків дуже важливо стати повноправним членом команди фахівців (лікаря, фізичного реабілітолога, психолога, спеціального педагога, соціального працівника), які всебічно працюють над реабілітацією дитини, тобто над пристосуванням її до життя в суспільстві. А це і лікування, і поліпшення рухових функцій завдяки спеціальним вправам, і використання різних пристосувань, які полегшують життя в умовах, коли рухові функції відновити не вдається. Це також педагогічна робота над всебічним розвитком дитини, її навчанням, формуванням особистісних рис, які б дозволили їй почуватися достойною людиною. Жодна з цих багатьох справ не може здійснитися без участі батьків.

Тому рішенням Вченої Медичної ради МОЗ України в лікувально-профілактичних закладах впроваджується модель комплексної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи «дитина-сім'я-фахівець», яка за рекомендаціями ВООЗ вважається однією з найбільш пріоритетних концепцій реабілітації. Ця модель полягає в об'єднанні зусиль фахівців медичного та соціально-педагогічного напрямків реабілітації і передбачає обов'язкове навчання батьків методикам реабілітації, які використовуються для лікування їх дитини.

В Україні спостерігається недостатність робіт, особливо вітчизняних, присвячених фізичній реабілітації дитини з ЦП в умовах сім'ї, не існує діючої моделі «дитина-сім'я-фахівець», ще не розроблено методики реалізації цієї директиви.

Для того, щоб сім'я могла бути активним учасником і помічником фахівця в процесі реабілітації, вона повинна володіти відповідними навиками і знаннями, тобто сім'ю необхідно навчати. Батьків дітей з ЦП не навчають використанню засобів фізичної реабілітації, вони не знають особливостей психофізичного розвитку своїх дітей, не розуміють перспектив. Тому дуже

важливо розпочинати реабілітаційні заходи з раннього дитинства і проводити їх безперервно, протягом усього життя. Батьки мають усвідомлювати сутність проблеми своєї дитини, володіти реабілітаційними навичками та забезпечувати виконання планових реабілітаційних заходів.

Соціальне проектування - це науково-практична діяльність, націлена на діагностику актуальних і перспективних соціальних проблем, вироблення ресурсно-забезпечених оптимальних варіантів їх вирішення. Соціальне проектування - це конструювання індивідом, групою чи організацією дії, спрямованої на досягнення соціально значущої мети, яка є локалізованою за місцем, часом і ресурсами. Сутність соціального проектування полягає в конструюванні бажаних станів майбутнього.

Соціальне проектування відноситься до інноваційної діяльності. Воно у своїй основі передбачає певні соціальні зміни. Ці зміни створюються, отримують обґрунтування, плануються, тобто являє собою різновид свідомої інноваційної діяльності. У великих соціальних проектах багато схоже з соціальними реформами: вони також схильні до небезпеки перегляду, скасування або ревізії в силу обставин, які пов'язані з особливостями функціонування вищих рівнів влади. Мікропроекти зачіпають інтереси невеликих груп людей, наближені до звичайних проблем і менш залежать від загальнополітичної обстановки. Саме на таких проектах добре видно суб'єктна орієнтація соціального проектування, яка проявляється в тому, що цілі, завдання, зміст соціального проекту несуть на собі риси ціннісно-нормативної системи ініціатора проекту.

У процесі проектної діяльності створюється соціальний проект.

Соціальний проект - науково обґрунтована модель конкретного рішення соціальної проблеми, виражена в певній знаковій формі (системі документації); сконструйоване ініціатором проекту соціальне нововведення, метою якого є створення, модернізація або підтримання в середовищі матеріальної чи духовної цінності, яка має просторово-часові та ресурсні межі і вплив якого на людей визнається позитивним за своїм соціальним значенням. Під соціальним

нововведенням розуміється різновид управлінського рішення, задум якого передбачає цілеспрямована зміна того чи іншого соціального явища або процесу, а реалізація полягає у здійсненні цього задуму. Ініціатором проекту може бути як індивід, так і організація або співтовариство.

Базою проекту є Тернопільське міське об'єднання «Спілка батьків-опікунів дітей, які хворіють дитячим церебральним паралічем «Крила ангела».

Тернопільське міське об'єднання «Спілка батьків-опікунів дітей, які хворіють дитячим церебральним паралічем «Крила ангела» (надалі Спілка) є місцевою громадською організацією.

Основною метою Спілки є сприяння задоволенню та захисту прав і свобод, законних потреб та інтересів дітей-інвалідів.

Основним завданням Спілки є:

- соціальний захист дітей-інвалідів;
- організація медико-педагогічної допомоги та консультацій;
- організація медико-соціальної реабілітаційної допомоги;
- організація іпотерапії;
- пропаганда здорового способу життя;
- сприяння естетичному, культурному і духовному розвитку дітей-інвалідів.

Основним напрямком роботи Спілки є створення належних умов для реабілітації дітей з функціональними обмеженнями.

За останні роки стрімко зростає кількість дітей-інвалідів, які звертаються за допомогою до Спілки «Крила ангела», зокрема, діти не тільки з ДЦП, а й іншими вадами в розвитку, і не тільки міські, а й з районів області. Якщо на момент реєстрації Спілки було 8 сімей, то тепер – 68, і постійно звертаються нові люди за допомогою.

З моменту створення Спілки проведено чимало роботи в напрямку покращення умов виховання та реабілітації дітей з особливими потребами.

У 2008 році Спілка стала переможцем конкурсу Фонду «Україна-3000», за кошти гранту закуплено обладнання для тренажерного залу міського центру

реабілітації дітей. Саме з ініціативи Спілки міська рада Тернополя виділила бюджетні кошти для відділення відновного лікування №2 (2-поверхове приміщення, яке включає відділення водолікування, відділення тепло-, грязелікування, спелеокамеру, тренажерний зал).

Головне досягнення Спілки: створення та забезпечення роботи навіть в умовах кризи Центру лікувальної верхової їзди (іпотерапії). У 2008 році на базі Дочірного підприємства «Західконеплемцентру», в розпорядженні якого на хуторі Анастасіївка Тернопільського району (12 км від міста Тернополя) є критий іподром, було розпочато роботу Центру лікувальної верхової їзди (іпотерапії). Головою Спілки «Крила ангела» – дитячим лікарем-реабілітологом Шідловською Наталею Володимирівною вивчено методики і вимоги щодо виконання лікування верховою їздою.

Заняття лікувальною верховою їздою проводяться регулярно з середини квітня – по кінець листопада, 3 рази на тиждень. Проводить заняття фахівець–лікар-реабілітолог. За рік в Центрі реабілітацію проходять майже 100 дітей.

Для роботи Центру іпотерапії за спонсорські та батьківські кошти було придбано спортивний кінь (мерин); спортивне обладнання: сідло, вуздечку, корду, спеціальні захисні каски і жилети; забезпечено аптечкою невідкладної допомоги під час перебування дітей-інвалідів з неврологічними порушеннями на виїзді; за підтримки спонсорів та Тернопільського міського центру соціальної допомоги частково організовано транспортування дітей та їх батьків до іподрому й у зворотному напрямку.

За період реалізації проекту «Надання реабілітаційних послуг дітям з особливими потребами в Центрі лікувальної верхової їзди (іпотерапії)», що впроваджується за фінансової підтримки Міжнародного фонду «Відродження» та Благодійного фонду «Крона» забезпечено стабільність надання реабілітаційних послуг дітям з особливими потребами через розвиток та довготривалу стійкість Центру лікувальної верхової їзди (іпотерапії), створеного при ТМО «Спілка батьків-опікунів дітей, які хворіють дитячим церебральним паралічем «Крила ангела».

В рамках проекту було організовано регулярні послуги з іпотерапії, організовано перевезення дітей і їх опікунів на заняття іпотерапією. Покращено якість реабілітаційних послуг, що надаються Спілкою «Крила ангела». Придбано біодинамічний коректор постави, проведено заміну підножного покриття манежу іподрому, де проходять заняття, за інші кошти придбано сенсорну кімнату, яку буде встановлено в Тернопільському міському центру реабілітації дітей.

Термін реалізації проекту: 1 грудня 2016 р. – 31 травня 2017 р.

2. Розробка концепції проекту

Метою проекту є навчання сімей, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП).

Завдання проекту:

1. Залучення бажаючих до занять консультування та навчання сімейних пар в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП).
2. Самореалізація та розширення кругозору сімейних пар.
3. Психологічна підтримка сімейних пар.
4. Залучення людей до благодійності.
5. Провести круглий стіл за результатами проектувальної роботи.

3. Очікувані результати проекту:

1. Розроблено методичні матеріали у кількості 90 примірників для довідки сімей в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП).

2. Проведено систему заходів щодо навчання психологічних методів і технологій, які можна застосовувати у спілкування із сім'ями, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП).

3. Підготовлено 15 сімейних пар.

4. Покращено вміння психологічного консультування сімей, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП).

4. Вибір способів і ресурсів:

Для реалізації проекту необхідні зовнішні та внутрішні ресурси.

1. Зовнішні:

- приміщення;
- кошти;
- спеціалісти, які мають досвід роботи з цільовою групою проекту;
- комунальні послуги (електро- та водопостачання);
- технічне обладнання (комп'ютер, багатофункціональний лазерний пристрій, телефон, мультимедійний проектор);
- методичні матеріали (буклети, плакати, анкети, брошури);
- канцтовари (ручки, олівці, папір);
- спеціалізована література (книги, журнали, в яких описані особливості спілкування із сім'ями, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП).

- спеціалісти, які мають досвід роботи з цільовою групою проекту;
- транспорт (автобус);
- документація (бланки договорів, звітів);

2. Внутрішні:

- інтелект робочої та цільової груп проекту;
- освіта спеціалістів;
- цілеспрямованість спеціалістів;
- мотивація до діяльності, що спрямована на реалізацію проекту;
- професія спеціалістів, яка відповідає виконанню покладених на них функцій;

– людинолюбство (необхідне спеціалістам, які працюватимуть із цільовою групою проекту).

5. Планування проекту (робочий план проекту)

Зміст заходу	Мета діяльності	Термін виконання	Форми і методи роботи	Ресурси	Відповідальні	Очікувані результати
Завдання 1	Сформувати колектив організаторів для керування і координації діяльності по проекту та контролю за виконанням поставлених завдань	1-9 грудня	Проводиться у формі зібрання методом обговорення пропозицій	Приміщення	Керівник	Утворити єдиний злагоджений колектив, окреслити план роботи на найближчий час, визначити ключові завдання і призначити відповідальних
Вивчення потреби цільової групи	Дізнатися про сучасні потреби та проблеми	12-16 грудня	Бесіди, опитування, анкетування, читання спеціальної літератури, спостереження	Канцтовари, анкети, комп'ютер	Керівник	Детально ознайомитися із сучасними потребами і проблемами сімей, в яких виховують діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП), щоб мати чітке

						уявлення про особливості їх навчання і надавати кваліфіковану допомогу в процесі реалізації проекту
Підготовка необхідного методичного інструментарію для проведення заходів	Розробити рекламні, інформаційні та методичні матеріали для проведення різних заходів	19-23 грудня	Робота з Інтернет-джерелами, текстовою інформацією, комп'ютерний набір, обробка та виокремлення необхідного матеріалу	Комп'ютер, канцтовари, спеціалізована література	Керівник	Розробити інформаційну та методичну продукцію і підготувати матеріали, які будуть необхідні для проведення навчальних курсів сімейних пар

<p>Організація співпраці зі спеціалістами, які займаються наданням соціальних послуг сім'ям, із сім'ям, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП).</p>	<p>Налагодити взаємодію зі Спеціалістами Тернопільського Обласного Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Службою у справах дітей Тернопільської міської ради, Тернопільською обласною Службою у справах неповнолітніх ОДА</p>	<p>26-30 грудня</p>	<p>Бесіди, пропозиції, Інтернет-звернення, листування, телефонні переговори, зустрічі</p>	<p>Канцтовари, телефон, комп'ютер</p>	<p>Соціальний працівник</p>	<p>Залучити до організації проведення занять інших спеціалістів</p>
<p>Формування бази основних клієнтів</p>	<p>Утворити базу даних сімей, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП).</p>	<p>9-14 січня</p>	<p>Здійснюється за допомогою комп'ютерних програм, призначених для створення електронної бази даних</p>	<p>Комп'ютер, канцтовари</p>	<p>Соціальний працівник</p>	<p>Створити електронну базу даних, яка дозволить мати детальну інформацію про особливості роботи із сім'ям, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч</p>

Отримання спонсорської допомоги	Здобути спонсорськ у допомогу державних і недержавних організацій та небайдужих громадян, які мають бажання допомогти в реалізації проекту	16-20 січня	Бесіди, зустрічі, листування, телефонні переговори, Інтернет-звернення	Канцтова ри, телефон, плакати, реклама	Волонтер	Залучити до реалізації проекту якомога більше спонсорів та небайдужих громадян
Завдання 2. Розробка документів, необхідних для реалізації проекту	Створити документацію, яка необхідна для надання соціальних послуг із сім'ям, в яких виховують ся діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП)	23-27 січня	Здійснюється за допомогою комп'ютерних програм, які призначенні для створення документації	Комп'ютер, канцтовари	Юрист	Сформува ти документи, що необхідні для фіксування заходів, які передбачені проектом
Підготовка методичних матеріалів для організації занять	Створити методичні матеріали для використання в роботі сімейних пар	30 січня-3 лютого	Так само	Інформаційні, людські, технічні	Соціальний працівник	Підготовлено 90 примірників
Укладання	Укласти	6-10	Переговори	Приміще	Юрист	Підписати

угод	угоди з фізичними та юридичними особами, які залучені до реалізації проекту	лютого		ння, канцтовари		угоди з фізичними та юридичними особами, які виявили бажання взяти участь в реалізації проекту
Висвітлення діяльності у ЗМІ та Інтернет-мережі	Поінформувати населення про діяльність, зокрема щодо проведення курсів сімейних пар, в яких виховують ся діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП).	13-17 лютого	Реклами, повідомлення, оголошення, плакати, виступи у ЗМІ (на телебаченні, по радіо)	Комп'ютер, телефон	Соціальний працівник	Розмістити інформацію про організацію курсів сімейних пар, в яких виховують ся діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП). на Інтернет-сайтах, в газетах, журналах, на плакатах, телебаченні
Розробка схематичного плану подальшого проведення заходів	Спланувати черговість заходів та терміни їх виконання	20-24 лютого	Обговорення, бесіди, «круглий стіл», установча конференція	Приміщення, комп'ютер, канцтовари	Волонтер	Ознайомити всіх задіяних до реалізації проекту з планом подальшого проведення

						заходів
Проведення моніторингу	Провести контроль результату аналітико-діагностичного етапу роботи	27 лютого-3 березня	Обговорення, бесіда, «круглий стіл»	Приміщення, канцтовари	Соціальний працівник	Визначити досягнення аналітико-діагностичного етапу роботи (що було зроблено) і недоліки (що було зроблено не достатньо добре) та окреслити перспективи у подальшій роботі
Завдання 3 Психологічний консультативний пункт	Надавати постійну психологічну допомогу і підтримку сім'ям, в яких виховують дітей, хворі на церебральний параліч (ДЦП).	6-10 березня	Консультації, бесіди, опитування, поради, пропозиції, психологічні тренінги	Приміщення, телефон, комп'ютер, канцтовари	Соціальний працівник	Забезпечити надання постійно психологічної допомоги та підтримки сім'ям, в яких виховують дітей, хворі на церебральний параліч (ДЦП), для запобігання депресії, а також проводити заняття з психологом
Робота	Над	13-17	Консультації,	Приміщення	Юрист	Над

юридичної консультативної служби	авати юридичну допомогу сім'ям, в яких виховують ся діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП). з різних питань	березня	бесіди, опитування, поради, пропозиції, телефонні переговори	ння, телефон, комп'ютер, канцтовари		авати юридичну допомогу сім'ям, в яких виховують ся діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП)
Завдання 4 Створення груп самопомог та взаємодопомог	Утворити групи самопомог та взаємодопомог для подібних сімей, щоб вони мали змогу обмінюватись досвідом з питань надання психологічної допомоги по телефону	20-24 березня	Бесіди, пропозиції, опитування, тренінги	Приміщення, канцтовари, методичні інформаційні та роздаткові матеріали	Волонтер	Організувати групи самопомог та взаємодопомог для того, щоб подібні сім'ї мали змогу задовольнити потребу у спілкуванні та обмінюватись досвідом з іншими сім'ями та здобувати досвід інших
Здійснення поточного моніторингу	Провести поточний проміжний контроль над виконанням проекту	27 березня-14 квітня	Бесіди обговорення, «Круглий стіл», письмовий звіт	Приміщення, канцтовари	Соціальний працівник	Визначити досягнення і прорахунки цієї роботи, яку було проведе
Аналітичний етап						
Завдан	Організувати	17-21	Бесіди,	Приміщенн	Соціальн	Про

<p>ня 5 «круглий стіл» на тему: «Обмін враженнями» для консультантів, які пройшли навчання на курсах сімейних пар котрі мають бажання брати дітей сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, що знаходяться в інтернатних закладах на вихідні в сім'ю.</p>	<p>«круглий стіл» на тему: «Обмін враженнями» для консультантів, які пройшли навчання на курсах сімейних пар котрі мають бажання брати дітей сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, що знаходяться в інтернатних закладах на вихідні в сім'ю.</p>	<p>квітня</p>	<p>дискусії, обговорення</p>	<p>я, канцтовари</p>	<p>ий педагог</p>	<p>вести «круглий стіл» на тему: «Обмін враженнями» для того, щоб сім'ї, в яких виховують ся діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП), які пройшли навчання на курсах, щоб вони могли поділитися своїми враженнями і успіхами, яких їм вдалося досягти</p>
<p>Оцінка ефективності проекту</p>	<p>Провести аналіз діяльності по реалізації проекту та узагальнення його кількісних і якісних показників</p>	<p>24-28 квітня</p>	<p>Обговорення математично-статистична обробка інформації</p>	<p>Комп'ютер</p>	<p>Соціальний педагог</p>	<p>Визначити результати діяльності за кількісними та якісними критеріями</p>
<p>Здійснення розрахунків за кошторисом грошових витрат</p>	<p>Визначити відповідність фінансових витрат досягнутим результатам</p>	<p>1-5 травня</p>	<p>Комп'ютерна обробка даних, фінансові звіти</p>	<p>Приміщення, комп'ютер</p>	<p>Бухгалтер</p>	<p>Оцінити економічну ефективність проекту</p>
<p>Оформити</p>	<p>Скласти</p>	<p>8-13</p>	<p>Обговорення</p>	<p>Приміщення</p>	<p>Соціальний</p>	<p>Продемонструвати</p>

ти звіт	детальний опис результатів проведення заходів	травня	, письмовий звіт	я, комп'ютер, канцтовари	ий педагог	трувати результати проекту (текстово, графічно), визначити перспективи подальшої діяльності
Висвітлення діяльності про проект у ЗМІ	Проінформувати про результати реалізації проекту, а зокрема, щодо ефективності та переваг соціальної роботи із сім'ям, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП) по телебаченні, та по радіо, в газетах, журналах, в Інтернет-мережі	15-27 травня	Публікація інформації на інтернет-сайтах, виступи по радіо, телебаченню	Комп'ютер, телефон	Соціальний працівник	Надати інформацію про ефективність діяльності по проекту, а зокрема, повідомити результати проведення навчання сімей, в яких виховуються діти, хворі на церебральний параліч (ДЦП)

Таблиця 1

6. Текстовий опис проекту

Соціальна-реабілітаційна робота з дітьми-інвалідами, та особливості роботи на прями роботи з сім'єю дитини з обмеженими можливостями. У цьому контексті насамперед доцільно розглянути поняття абілітації і реабілітації. Абілітацією називають комплекс послуг, спрямованих на формування нових і мобілізацію, посилення існуючих ресурсів соціального, психічного і фізичного розвитку дитини. Реабілітацією в міжнародній практиці прийнято називати відновлення здатностей, які були в минулому, втрачених по причині хвороби, травми, змін умов життєдіяльності.

В практиці вітчизняної соціальної роботи поняття реабілітації включає і цей, і інший зміст, причому пропонується не вузько медичний, а більш широкий аспект соціально-реабілітаційної роботи. Основна мета соціально-реабілітаційної роботи пов'язана з забезпеченням соціального, інтелектуального і фізичного розвитку дитини, яка має порушення, і досягненням максимального успіху в розкритті потенціалу дитини для навчання. Інша важлива мета відбиває її превентивну спрямованість в аспекті попередження вторинних дефектів у дітей з порушенням розвитку. Вторинні дефекти виникають або після невдалої спроби впоратися з прогресуючими первинними дефектами в медичній, терапевтичній або навчаючій дії, або в результаті спотворення взаємовідносин між дитиною і сім'єю.

Зупинимось більш детально на аналізі програми реабілітації як системи заходів, направлених на розвиток можливостей дитини і всієї сім'ї, яка розробляється разом з батьками командою спеціалістів, котра складається з лікаря, соціального працівника, педагога, психолога. В багатьох країнах такою програмою керує один спеціаліст. Це може бути людина, яка працює за будь-якою з перерахованих професій, але у всіх випадках - це куратор, який координує реабілітаційну програму. Така система заходів розробляється індивідуально для кожної конкретної дитини і сім'ї, враховуючи стан здоров'я, особливості розвитку дитини, можливості і потреби сім'ї щодо успішного

виконання програми. Програма може розроблятися як на півроку, так і на більш короткі терміни, в залежності від віку і умов розвитку дитини

По закінченню терміну, на який була розрахована програма, спеціаліст, який координує послуги для дитини і всієї сім'ї, зустрічається з батьками, щоб обговорити досягнуті результати, успіхи, а також те, чого досягнути не вдалось. Необхідно обговорити всі позитивні і негативні незаплановані моменти, які сталися в процесі виконання програми. Після чого батьки разом зі спеціалістом (командою спеціалістів) розробляють програми реабілітації на наступний період.

Іншими словами програма реабілітації - це чіткий план, схема спільних дій батьків і спеціалістів по розвитку здібностей дитини, її оздоровлення, соціальної адаптації (наприклад професійної орієнтації). Заходи обов'язково повинні охоплювати й інших членів сім'ї. Це може стосуватися освіти для батьків, психологічної підтримки сім'ї, допомоги сім'ї в організації відпочинку, відновлення сил.

На кожен період програми ставиться мета, яка включає ряд завдань, оскільки потрібно працювати в кількох напрямках, підключаючи до процесу реабілітації різних спеціалістів. Практичний досвід соціально-педагогічної роботи показує, що така програма, як правило, включає такі заходи:

- а) медичні (оздоровлення, профілактика);
- б) соціальні (освітні, психологічні, психотерапевтичні, соціальні), спрямовані на розвиток загальної чи точної мови і мовлення, розумових здібностей, навиків самообслуговування і спілкування.

При цьому інші члени сім'ї повинні орієнтуватися в специфіці дитячого розвитку, вчитися спілкуванню один з одним, з дитиною, щоб не поглиблювати первинні дефекти розвитку несприятливими діями зовні. Тому в програму реабілітації будуть входити також такі заходи, як організація сприятливого оточення дитини (спеціальне обладнання, способи взаємодії, стиль спілкування в сім'ї), оволодіння новими знаннями і навиками батьків і всіма тими, хто близький до дитини.

Після того, як програма розроблена і почато виконання заходів, проводиться моніторинг, тобто регулярне дослідження ходу подій. Такий контроль проводиться у вигляді регулярного обміну інформацією між спеціалістом-куратором (або, можна його ще назвати, координатором послуг) і батьками. Якщо виникають будь-які труднощі, куратор сприяє батькам, допомагає долати перешкоди, ведучи переговори з потрібними спеціалістами, представниками установ, роз'яснюючи, відстоюючи, де це потрібно, права дитини і сім'ї. У випадку необхідності куратор може відвідати сім'ю для того, щоб краще розібратись в труднощах, які виникають при виконанні програми.

З аналізу літератури з соціальної роботи можна стверджувати, що ефективність реабілітаційної роботи залежить по-перше, від міждисциплінарної команди спеціалістів, і по-друге, від участі батьків у процесі реабілітації. Забезпечення саме такої участі і представляє собою найбільш важку проблему. В соціальній роботі з дітьми-інвалідами важливо виходити із наступного принципу: дітям вдається досягнути набагато більших результатів в реабілітаційному процесі в цілому, коли батьки і спеціалісти стають партнерами і працюють разом над вирішенням поставлених задач.

Практика соціальної роботи з дітьми - інвалідами свідчить, що батьки інколи не виявляють бажання співпрацювати з закладами соціальної роботи, відмовляється від допомоги чи поради. Це, як правило, зумовлюється певними факторами, такими як: бідність; погіршення здоров'я інших членів сім'ї; подружні конфлікти та інші проблеми. В цьому випадку батьки можуть неадекватно сприймати побажання чи настанови спеціалістів. Інколи батьки ставляться до реабілітаційних послуг виключно як до можливості отримати відпочинок для самих себе: вони відчувають полегшення, коли дитина починає відвідувати школу чи реабілітаційні установи. Однак у переважній мірі батьки потребують допомоги і охоче слухають порад фахівців.

З огляду на це ми вважаємо за доцільне наголосити, що співпраця, участь, навчання, партнерство - такі поняття зазвичай використовуються, щоб визначити характер взаємодії батьків і соціальних працівників. Партнерство -

це повна довіра, обмін знаннями, навиками і досвідом допомоги дітям з особливими потребами в їх індивідуальному і соціальному розвитку. Партнерство - це такий стиль відносин, який дозволяє ставити загальні цілі і досягати їх з великою ефективністю. Встановлення партнерських відносин потребує часу і певних зусиль, досвіду, знань.

Серед принципів роботи з батьками є вимоги враховувати різновиди сімейних стилів у батьківській стратегії, адже навіть подружжя в одній сім'ї може дуже відрізнятись один від одного своїми установками і сподіваннями. Тому те, що виявилось успішним в роботі з однією сім'єю, зовсім не обов'язково буде сприяти успішному партнерству з іншою. Крім цього, не слід очікувати від сімей одних і тих же емоційних реакцій чи поведінки, однакового відношення до проблеми. Потрібно бути готовим слухати, спостерігати, вміти домовлятися, досягати компромісу[6, 148].

Якщо дитина може брати участь у діалогах спеціалістів і батьків, слід переходити від "дуету" до "тріо": нехай в прийнятті рішення з приводу дитини бере участь вона сама разом із спеціалістами і батьками, адже її точка зору може дуже відрізнятись від думки дорослих і дитина може запропонувати новий підхід до вирішення проблеми. Отож, дитина стає ще одним партнером, і уява про потреби дітей збагачується тим, що думають про це самі діти.

Успіх будь-якого партнерства ґрунтується на взаємоповазі та взаємозалежності учасників взаємодії. Саме тому соціальному працівнику бажано консультиватися так само часто, як консультиються в нього. Така взаємозалежність партнерської взаємодії зумовлена насамперед такими причинами:

- Співпраця надає можливість батькам висловитись не тільки про недоліки і проблеми, але і про успіх і досягнення дитини.
- Така інформація допомагає в розробці і моніторингу індивідуальних і реабілітаційних планів.
- Проявляється повага до батьків і створюється атмосфера довіри[4,28].

Слід заохочувати батьків на обмін знаннями, на визнання успіхів дитини, розвивати розуміння важливості тих чи інших занять, схвалювати пропозиції та ініціативи. При зловживанні позицією експерта існує ризик збільшити залежність батьків від професійної допомоги, зменшити їх самостійність і впевненість в собі. Соціальний працівник повинен ділитися своїми почуттями, бути відкритим, тоді батьки не будуть відчувати незручності в його присутності. Прийняття рішень повинно бути спільним з батьками і в команді спеціалістів.

Навики, які необхідні для встановлення партнерства з батьками дітей-інвалідів: уникати монотонності, пасивності та формальності у роботі; прагнути до різноманітності в діяльності; вміти слухати, спостерігати і досягати домовленості; вміти вести діалог, не боятись запитувати; бути відвертим в почуттях, щоб батьки могли довіряти йому тощо.

В роботі з батьками можна виділити п'ять різновидів або тактик.

- А. Безпосередня робота з конкретною сім'єю.
- Б. Опосередкована робота з конкретною сім'єю.
- В. Безпосередня робота з групою батьків.
- Г. Опосередкована робота з групою батьків.
- Д. Розвиток контактів між сім'ями.

Деякі аспекти роботи з сім'єю дитини з обмеженими можливостями потребують особливої уваги. В реабілітаційному процесі важливе значення має не тільки участь матері, а й батька. Тому, починаючи роботу, потрібно познайомитись не лише з матір'ю, а й з батьком, а також з іншими членами сім'ї. Бажано звертатись особисто не лише до матері, але й до батька, або до двох батьків одразу. Деяким чоловікам буває легше говорити, особливо про свої переживання, з чоловіком, тому вони можуть бути сковані в розмові з жінкою. Слід морально заохочувати участь батька в реабілітації дитини.

Таким чином, для того, щоб краще справлятися з труднощами, сім'ї дитини-інваліда, корисно використовувати наступні ресурси:

– робота в команді, де для кожного окремого випадку призначається окремий куратор, який координує дії інших;

– обмін досвідом, залучення знань і вмінь колег; організація консиліуму, групи підтримки спеціалістів, де можна ділитись успіхами чи обговорювати невдачі, знаходити спільні рішення проблем, стане підтримкою у професійній діяльності;

– зростає кількість публікацій по соціальній роботі і соціальній педагогіці, формується відеотека; ці ресурси можна використовувати для підкріплення знань спеціалістів і для рекомендацій батькам.

У ході написання дипломної роботи ми визначили шість компонентів взаємодії спеціалістів і батьків:

– Регулярний контакт (в залежності від можливості та необхідності: раз в тиждень, в два тижні чи в шість тижнів).

– Акцент на можливостях дитини, а не на їх відсутності.

Використання допоміжних матеріалів, посібників для батьків.

Сім'я - в центрі уваги, до роботи залучаються не лише батьки, але й інші члени сім'ї, родичі.

Увага до більш широкого спектру потреб (мова йде не лише про дитину, але й про всю сім'ю).

Організація груп підтримки, де обговорюються результати проблем (найчастіше така група включає різних спеціалістів: соціального працівника, психолога, соціального педагога, психотерапевта).

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

7. Фінансове обґрунтування проекту

№ з/п	Назва статті витрат на реалізацію проекту	Фінансування з Спілки	Фінансування з інших джерел	Загальна сума за статтями бюджету
1	Оплата праці	6200	3350	9550
2	Обладнання	2900	1700	4600
3	Матеріальне забезпечення	350	150	500
4	Інші витрати	9250	9300	18550
5	Усього	18700	14500	33200

8. Контроль і оцінка проекту

Таблиця 3

№ з/п	Фахівці	К-ть осіб	Загальний фонд оплати праці	К-ть місяців	Загальна сума	Фінансування з Спілки	Фінансування з інших джерел
1.	Керівник	1	2250	6	13500	6750	6750
2	Соціальний працівник	1	1100	6	6600	5000	1600
3	Соціальний педагог	1	1500	6	9000	7500	1500
4	Психолог	1	1500	6	9000	7500	1500
5	Волонтер	1	1000	6	6000	3000	3000
6	Юрист	1	2000	6	12000	6000	6000
7	Бухгалтер	1	1170	6	7020	3510	3510
	Усього:		10520	6	63120	39260	23860

Таблиця 4

Обладнання

№ з/п	Вид обладнання або програмного забезпечення (із зазначенням детальних технічних х-к)	К-ть	Вартість	Загальна сума	Фінансування з Спілки	Фінансування з інших джерел
1	Компютер (системний блок)	3	1500	4500	2500	2000
2	Монітор	3	950	2850	1850	1000
3	Модем	3	120	360	210	150
4	Багатофункціональний лазерний пристрій	1	1200	1200	800	400
	Усього		3770	8910	5360	3550

Таблиця 5

Матеріальне забезпечення

№ з/п	Назва витратних матеріалів	К-ть	Вартість	Загальна сума	Фінансування з Спілки	Фінансування з інших джерел
1	Канцтовари (для тренінгів)	25	100	2500	1900	600
2	Витратні матеріали для утримання приміщення (канцтовари, папір, заправка картриджу для багатофункціонального лазерного пристрою)	5	200	1000	500	500
	Усього		300	3500	2400	1100

Таблиця 6

Інші витрати

№ з/п	Назва послуг	Вартість послуги (за одиницю часу або за одиницю)	Термін надання послуг (кількість одиниць)	Заг. сума	Фінансування з Спілки	Фінансування з інших джерел
1	Оренда	1000	6	6000	2000	4000
2	Комунальні послуги	560	6	3360	2000	1360
3	Виготовлення і розповсюдження соціальної реклами	1200	6	7200	5000	2200
4	Транспортні послуги для проведення екскурсій	600	3	1800	800	1000
5	Закупівля матеріалів для проведення анімаційних занять	150	6	900	200	700
6	Послуги зв'язку	30	6	180	80	100
7	Послуги інтернет-мережі	70	6	420	120	300
	Усього	3610		19860	10200	9660

Оцінка ефективності проекту буде здійснюватися за такими критеріями:

Кількісними: кількість залучених спеціалістів, які будуть надавати послуги вчителів, кількість розповсюджених інформаційних матеріалів, кількість створеної документації, кількість осіб, які звернулися за психологічною та юридичною допомогою, кількість учасників груп само- та взаємодопомоги, кількість виступів у ЗМІ.

Якісними: рівень активності учасників проекту, настільки реалізовані завдання, чи досягнута мета проекту, технічне та методичне забезпечення проекту, виявлення досягнень і прорахунків, позитивного досвіду та видів діяльності, які потрібно вдосконалити, перспективи розроблення подальших заходів і втілення їх у практику волонтерської роботи.

Поточний моніторинг: проведення бесід, обговорень, «круглих столів» під час яких кожен спеціаліст, залучений до реалізації проекту буде представляти результати своєї роботи і визначатиме свої досягнення і прорахунки.

Кінцевий моніторинг: проведення бесід, «круглого столу» на тему «Обмін враженнями», здійснення самоаналізу кожним із учасників проекту.

Очікувані результати проекту виправдано.

9. Пропозиції щодо оптимізації діяльності по проекту

Про нові напрями та методи реабілітації, застосування вже усталених інструментів документування й оцінювання дитячої неповносправності, знання про які у Східній Європі ще не є достатніми, йшлося на 20-тій щорічній конференції Європейської академії дитячої інвалідності, яка проходила 5-7 червня 2008 року у столиці Хорватії Загребі. Лейтмотивом конференції стало гасло "Ранній діагноз - раннє втручання ". Адже рання терапія, можливо, хоч і не зможе запобігти порушенням, але, вочевидь, спроможна значно покращити подальший функціональний стан дитини. У конференції взяли участь представники з багатьох країн, зокрема з Франції, Норвегії, Великобританії,

Польщі, Нідерландів, Швеції, Словенії, Хорватії, США. Презентували свою доповідь і учасники з України - представники Міжнародної клініки відновного лікування. Тема доповіді - "Надійність української версії Системи класифікації великих моторних функцій". Перед офіційною програмою конференції відбувся сателітний симпозіум Європейської академії дитячої інвалідності та Європейської асоціації дитячих неврологів [3].

Причина хвороби - дефекти мозку й аномально сформовані функціональні зв'язки центральної нервової системи - сьогодні залишаються поза можливостями терапії. Відчуття власної неповноцінності через численні ураження, зокрема, порушення пізнавальної діяльності, що обумовлюють ізольованість дитини з ДЦП, впливає на становлення і формування її особистості. Результати досліджень засвідчують недостатню ефективність медичних втручань без систематичного корекційного психолого-педагогічного і соціального впливу. Адаптація дитини з ДЦП до життя здорових ровесників, вважає Н. Носенко, - це "обов'язкове соціальне щеплення" [7].

Однією з найприйнятніших форм занять із такою категорією дітей є гра, що містить багатий психокорекційний матеріал. Заняття ігровою діяльністю спрямовані не тільки на корекцію рухових недоліків дитини, а й позначається на розумовому розвитку і формуванні пізнавальної діяльності. Саме в грі засвоюються суспільні функції і відповідно форми поведінки [5].

Для дітей із ДЦП проводиться ряд заходів, метою яких є допомогти особистості повірити в себе, у свої можливості. Так, у рамках програми "Радість дитинства - вільні рухи" - спільного проекту МБФ "Україна-3000" і компанії "ТНК-ВР Коммерс" - проходить Другий всеукраїнський конкурс (роботи приймали до 15 грудня 2008 р.), присвячений темі "Моя професія", метою якого є привернення уваги суспільства до талановитих дітей з діагнозом ДЦП.

Отже, дитячі церебральні паралічі - це група патологічних синдромів, що виникають внаслідок уражень мозку і проявляються у формі рухових, мовних і психічних відхилень. Дуже важливою є правильна організація лікування, що

має базуватися на наступних принципах: ранній початок, етапність, послідовність і комплексність. Комплексність лікування передбачає як використання різних форм відновно-корекційної роботи, так і участь у цьому процесі широкого кола фахівців.

ВИСНОВКИ

Проаналізувавши та вивчивши соціальну роботу де виховуються діти з особливими потребами можна зробити висновок, що проблема соціального захисту сімей, які виховують дитину-інваліда є гострою, адже йдеться про соціальний захист як систему медичних, організаційно-правових, економічних, реабілітаційних і психолого-педагогічних заходів, спрямованих на забезпечення повноцінного життя, діяльності, здоров'я та добробуту як самої дитини-інваліда, так і членів її сім'ї.

Основними концептуальними принципами соціальної роботи з родинами, що мають дітей з відхиленнями в розвитку, є:

- єдність дій сімей і соціальних інститутів у процесі соціалізації дитини;
- активізація ролі батьків, їхнє навчання і включення в процес соціально-педагогічної діяльності.

Соціальна допомога сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами це сімейно-центрована практика, що спрямована на соціалізацію дитини.

Огляд літератури свідчить про те, що існує різнобічна наукова література, в якій приділяється увага ролі сім'ї дітей з ЦП в процесі відновлення, але в ній відсутній систематизований аналіз питань, пов'язаний з фізичною реабілітацією при церебральному паралічі в умовах сім'ї і участі батьків в цьому процесі.

Встановлено, що основну роль в реабілітації дитини з вадами розвитку відіграє сім'я. Сім'ї приділяється достатня увага лише в аспекті соціальної адаптації дитини у суспільстві, але соціальна адаптація без корекції рухових функцій не можлива. Таким чином, саме з сім'ї повинна починатися і у сім'ї повинна відбуватися реабілітація дитини, але нами спостерігається недостатність робіт цього напрямку. Бо в сучасних умовах державної системи реабілітації дітей з особливими потребами, можлива і необхідна фізична реабілітація саме в сім'ї.

Науково обґрунтована методика фізичної реабілітації дитини з ЦП в умовах сім'ї нами в доступній літературі виявлена не була. Необхідне створення методики фізичної реабілітації дітей з ЦП в умовах сім'ї з залученням як спеціалістів так і батьків, обґрунтування організаційно-методичних основ цього процесу, які б включали найбільш ефективні засоби, раціональне їх співвідношення для відновлення втрачених функцій, та інформативні методи обстеження для спостереження за динамікою розвитку функцій, які б можна було використовувати в домашніх умовах [5]. Батьків дітей з ЦП необхідно навчати, їм треба ставати активними помічниками спеціаліста з фізичної реабілітації.

Подальші дослідження передбачається провести в напрямку вивчення інших проблем ролі сім'ї у реабілітації дитини з церебральним паралічем.

Отож, як висновок ми стверджуємо, що на державному рівні доцільно переглянути саму структуру, принципи та технології соціального захисту сім'ї з дитиною-інвалідом. В основу соціального захисту таких сімей повинна, на нашу думку, бути покладена технологічна модель Інтеграція, яка б передбачала узгодженість, цілісність і системність медичного, соціально-психологічного, педагогічного, реабілітаційного аспектів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анализ состояния здоровья детского населения / Засыпка Л.И., Вегержинская Н.Д., Максименко Ю.А. [и др.] // Здоровье женщины. – 2009. – №8 (44). – С. 156–158.
2. Ви не самотні (на допомогу батькам дітей з особливими потребами) / Авт. кол., за ред. Т. Д. Ілляшенко– К.: Ніка-Центр, 2002.- 40с.
3. Воронянська Н. К., Борисов М. О., Ковальова С. В., Трегуб Н. Ю. Роль фізичної реабілітації у відновленні рухових можливостей у дітей з ДЦП // Соціальна педіатрія і реабілітологія. Збірник наукових праць. К. – 2007. – С. 200-202.
4. Гойда Н.Г. Аналіз стану здоров'я дітей та жінок в Україні / Н.Г. Гойда // Мистецтво лікування. – 2005. – №10 (26). – С. 14–15.
5. Іванова І. Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів. –К.: Логос, 2000.-87с.
6. Кульчицька Т.К. Стан здоров'я дітей: регіональний аспект / Т.К. Кульчицька // Лікарня в ХХІ столітті: управління та організація медичної допомоги : матеріали Всеукр. наук-практ. конф. – К., 2008. – С. 90–91.
7. Ляшенко В. І. Взаємодія дитячого реабілітаційного центру з сім'єю дитини-інваліда // Соціальна педіатрія і реабілітологія. Збірник наукових праць. К. – 2007. – С. 249-251.
8. Мартинюк І. О., Пірогова В. І., Бутитер Л. Д., Матула Л. М. Загальні принципи реабілітації хворих та інвалідів. // Практична медицина.-1999.-№5-6.- С. 123-127.
9. Мартинюк В.Ю. Соціальна педіатрія в Україні: концепція, завдання, перспективи / В. Ю. Мартинюк // Соціальна педіатрія. – 2011. – №1. – С. 17–23.

10. Моїсеєнко Р.О. Аналіз та тенденції захворюваності дитячого населення України // Р.О. Моїсеєнко, Я.І. Соколовська, Т.К. Кульчицька, Т.М. Бухановська // Современная педиатрия. – 2010. – №3 (31). – С. 13–17.

11. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи: навч.-метод. посібн. / За ред. В.Ю. Мартинюка, С.М. Зінченко. – К.: Інтермед, 2005. – 416 с.

12. Покась В. П. Єдина система соціальної підтримки аномальних дітей – державна турбота. // Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин: Матер. Всеукр. наук.- практ. конф. (2-3 лист. 1994р.).- К., 1994.- С. 30-32.

13. Самосюк І. В. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації В. І. Козявкіна і методи оцінки її ефективності // Соціальна педіатрія і реабілітологія. Збірник наукових праць. К. – 2007. – С. 101-115.

14. Слабкий Г.О. Характеристика здоров'я дитячого населення України // Г.О. Слабкий, Т.К. Кульчицька, В.В. Лазоришинець, Н.С. Бедій // Современная педиатрия. – 2009. – №6 (28). – С. 35–40.

15. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. Навчально-методичний посібник для соціальних працівників та педагогів / За ред. проф. А. Й. Капської. – К.: ДЦССМ, 2003.- 168 с.

16. Хуснутдинова З. А., Эткина Э. И., Шагарова С. В. Социальные проблемы семей, имеющих ребенка с ДЦП. // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 1997.-№4. – С. 14-18.

ДОДАТОК

Найтиповіші запитання, які виникають у батьків дітей з особливими потребами

1. Кого можна вважати дітьми - інвалідами? До категорії дітей-інвалідів відносять дітей до 16 років, які мають значні обмеження життєдіяльності, які приводять до соціальної дезадаптації в разі порушень розвитку дитини, здібностей до самообслуговування, рухів, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, навчанням, трудовою діяльністю в майбутньому.

2. Які документи і звітки необхідні для оформлення інвалідності. Це перелік документів, які необхідно подати у відділ соціального забезпечення по місцю мешкання:

- довідка з медичним висновком з лікарні;
- заява (бланк видається у відділі соціального забезпечення);
- копія свідчення про народження дитини;
- довідка з ЖЕКу про склад сім'ї;
- довідка з місця навчання, якщо дитина шкільного віку, треба написати розписку, про те, що дитина не знаходиться на державному забезпеченні (наприклад в інтернаті або в інших закладах);
- паспорт одного з батьків.

3. Яким чином встановлюється інвалідність дітям? Лікарі різних рівнів можуть рекомендувати встановлення інвалідності дитині, що фіксується в "історії" розвитку дитини, а також в амбулаторній картці хворого. Медики - фахівці лікарсько-контрольної комісії відповідної медичної установи по місцю постійного мешкання оформляють медико-соціальний висновок на дитину інваліда.

4. Який порядок оформлення пенсії дітям-інвалідам? Медико-соціальний висновок на дитину - інваліда оформляється в 2-х примірниках:

перший примірник залишається в установі, яка його видала; другий в триденний термін спрямовується в районний відділ соціального захисту по місцю мешкання дитини.

5. Який об'єм загальної допомоги, яку батьки можуть отримувати від держави? "Закон України про державну допомогу сім'ям з дітьми-інвалідами" визначає допомогу в розмірі мінімальної зарплати, "завдяки" вказівці Кабінету Міністрів №95 від 27.05.99 допомога встановлюється в розмірі 35% від мінімальної зарплати. Допомога виявляється від дня звертання і виплачується щомісяця до 16 років.

6. Як отримати ліки безкоштовно або на пільгових умовах? Якщо дитина знаходиться на амбулаторному лікуванні, то згідно з постановою Кабінету Міністрів №1303 від 17.08.98, при наявності рецепта лікаря ви можете отримати безкоштовні ліки; дитина-інвалід 1 або 2 групи з дитинства при цих же умовах оплачує 50% від їх вартості. Попередження - це стосується державних аптек.

7. Чи зараховується час погляду за дитиною-інвалідом до трудового стажу, оскільки він вимагає постійної присутності однієї з батьків?

Так, за цей час виплачується грошова компенсація, якщо середньомісячний сукупний прибуток на кожного члена сім'ї за попередній квартал не перевищив двократного розміру пенсії.