

**БРОШУРА РЕКОМЕНДАЦІЙ**

**«Особливості догляду людей з важкими формами інвалідності»**

**ВІРА**  ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ **АКТИВНІСТЬ**

ПРАВО **НЕБАЙДУЖІСТЬ** ІНКЛЮЗІЯ

**НАДІЯ** ДОПОМОГА СПІВПРАЦЯ ДОВІРА **ПІДТРИМКА** ДОБРО **РУХ**

**СПІВПРИЧЕТНІСТЬ** **ЛЮБОВ** НАВЧАННЯ **РОДИНА** **ПРАЦЯ**

ІНДИВІДУАЛЬНІСТЬ ІНТЕГРАЦІЯ

**ВІРА**  ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ **АКТИВНІСТЬ**

ПРАВО **НЕБАЙДУЖІСТЬ** ІНКЛЮЗІЯ

**НАДІЯ** ДОПОМОГА СПІВПРАЦЯ ДОВІРА **ПІДТРИМКА** ДОБРО **РУХ**

**СПІВПРИЧЕТНІСТЬ** **ЛЮБОВ** НАВЧАННЯ **РОДИНА** **ПРАЦЯ**

ІНДИВІДУАЛЬНІСТЬ ІНТЕГРАЦІЯ

**Для використання під час реалізації проекту:**

**Підготовка сервісних груп допомоги та супроводу людей з функціональними обмеженнями**

**«Ми - поруч»**



****



**ВІРА** ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ **АКТИВНІСТЬ**

ПРАВО **НЕБАЙДУЖІСТЬ** ІНКЛЮЗІЯ **НАДІЯ** ДОБРО

ДОПОМОГ СПІВПРАЦЯ ДОВІРА НАВЧАННЯ

**РУХ ПРАЦЯ** **РОДИНА** ІНТЕГРАЦІЯ **ПІДТРИМКА**

**ЛЮБОВ** **СПІВПРИЧЕТНІСТЬ** ІНДИВІДУАЛЬНІСТЬ

м. Вінниця 2016

БРОШУРА РЕКОМЕНДАЦІЙ

**«Особливості догляду людей з важкими формами інвалідності»**

**ВІРА**  ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ **АКТИВНІСТЬ**

ПРАВО **НЕБАЙДУЖІСТЬ** ІНКЛЮЗІЯ

**НАДІЯ** ДОПОМОГА СПІВПРАЦЯ ДОВІРА **ПІДТРИМКА** ДОБРО **РУХ**

**СПІВПРИЧЕТНІСТЬ** **ЛЮБОВ** НАВЧАННЯ **РОДИНА** **ПРАЦЯ**

ІНДИВІДУАЛЬНІСТЬ ІНТЕГРАЦІЯ

**ВІРА**  ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ **АКТИВНІСТЬ**

ПРАВО **НЕБАЙДУЖІСТЬ** ІНКЛЮЗІЯ

**НАДІЯ** ДОПОМОГА СПІВПРАЦЯ ДОВІРА **ПІДТРИМКА** ДОБРО **РУХ**

**СПІВПРИЧЕТНІСТЬ** **ЛЮБОВ** НАВЧАННЯ **РОДИНА** **ПРАЦЯ**

ІНДИВІДУАЛЬНІСТЬ ІНТЕГРАЦІЯ

м. Вінниця 2016

**ЗМІСТ**

[1. ТЕОРЕТИЧНІ ВІДОМОСТІ 3](#_Toc472283965)

[2. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРИЙНЯТТЯ БАТЬКАМИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ 4](#_Toc472283966)

[2.1 Загальна характеристика груп дітей з особливими потребами 4](#_Toc472283967)

[2.2 Соціально-психологічні особливості сімей, що мають дітей з особливими потребами 10](#_Toc472283968)

[2.3 Особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами 13](#_Toc472283969)

[2.4 Психологічні особливості прийняття батьками дітей з особливими потребами 20](#_Toc472283970)

[3. ПОТРЕБИ ТЯЖКО ХВОРОЇ ЛЮДИНИ 23](#_Toc472283971)

[3.1 Фізичне виховання дітей, які страждають на дцп 23](#_Toc472283972)

[3.2 Корекційні фізичні вправи 25](#_Toc472283973)

[4. НАВИЧКИ ЕФЕКТИВНОГО СПІЛКУВАННЯ З ДІТЬМИ ОБМЕЖЕНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ 32](#_Toc472283974)

[5. ПИТАННЯ ЯКІ МОЖУТЬ ВИНИКНУТИ 33](#_Toc472283975)

# 1. ТЕОРЕТИЧНІ ВІДОМОСТІ

В Україні останнім часом в соціальній сфері відбуваються значні зміни. Соціальна політика поступово набуває ознак особистісно-центрованої. Розробляються та впроваджуються нові стандарти соціальних послуг. Реформування соціальної сфери вочевидь виявило відсутність сервісної мережі послуг супроводу, допомоги та підтримки особливо для людей з важкими формами інвалідності, що значно знижує результативність реабілітації, соціалізації та інтеграції цих людей та їх родин. Держава, в переважній більшості, як і раніше, пропонує цим родинам тільки догляд в інтернатних установах закритого типу з низьким неперсоніфікованим рівнем обслуговування, часто з порушенням прав та гідності людей з інвалідністю. Місцеві громади мають низький рівень активності в організації підтримки родин людей з важкими формами інвалідності. 91% таких сімей знаходяться за межею бідності і не мають ні матеріальних, ні психологічних ресурсів подолати труднощі в догляді та супроводі людей з інвалідністю самостійно. Рідним людям боляче дивитись на страждання близьких, та розуміти, що вони не в змозі їм забезпечити необхідну соціальну реабілітацію. У переважної більшості батьків та родичів людей з важкими формами інвалідності не вистачає знань, досвіду, навиків щоб забезпечити якісну, ефективну сервісну допомогу своїм близьким. У спеціалістів соціальної сфери теж відсутні такі навики та вміння, бо їх професійна підготовка їх не включає. Тому питання з сервісними послугами, особливо для людей з важкими формами інвалідності стоїть дуже гостро.

Асоціація захисту та допомоги інвалідам «Відкриті серця» постійно працює над розробкою та впровадженням програм догляду та підтриманого проживання у громаді людей з функціональними (комплексними) обмеженнями (дитячий церебральний параліч, розумова відсталість, психічні розлади, синдром Дауна, розлади спектру аутизму). Програма «Підготовка сервісних груп допомоги та супроводу людей з функціональними обмеженнями «Ми – поруч» сприяла вирішенню питання доступу людей з інвалідністю до нових індивідуальних якісних сервісних послуг супроводу та допомоги. Створення сервісних груп супроводу та допомоги служитиме значною підтримкою родин людей з важкими формами інвалідності, щодо знаття психологічного та фізичного навантаження, запобігання психологічного вигорання батьків та членів родин. Участь студентської молоді у тренінгових навчаннях підвищила їх поінформованість та соціальну відповідальність по наданню підтримки сім’ям, які опікуються людьми з інвалідністю. Досвід проекту став інноваційною практикою підтримки людей з інвалідністю та їх родин в повсякденному житті.

# 2. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРИЙНЯТТЯ БАТЬКАМИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

## 2.1 Загальна характеристика груп дітей з особливими потребами

У пострадянському просторі до 1917 року система надання допомоги дітям з особливими потребами не склалася, а пізніше, аж до 90-х років ХХ століття, робота з такою дитиною здійснювалася у спеціальних будинках-інтернатах ізольовано від суспільства. Нині багато фахівців працюють над вирішенням комплексу проблем дітей зі специфічними потребами.

Визначення інвалідності дітям до 16 років виробляє Медико-реабілітаційна експертна комісія. Їх чотири:

1 ступінь втрати здоров'я визначається при легкому та помірному порушенні функцій, які, згідно з Інструкцією, є показником до встановлення інвалідності у дитини, але, як правило, не призводять до необхідності визначення у осіб старше 18 років;

2 ступінь втрати здоров'я встановлюється за наявності порушень функцій органів і систем життєдіяльності (відповідає 3 групі інвалідності у дорослих);

3 ступінь втрати здоров'я відповідає 2 групі інвалідності у дорослого і характеризується наявністю виражених порушень функцій [органів](http://ua-referat.com/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD) і систем, які, незважаючи на проведене лікування, обмежують можливості соціальної адаптації дитини;

4 ступінь втрати здоров'я визначається при різко виражених порушеннях функцій органів і систем, що призводять до соціальної дезадаптації дитини за умови незворотного [характеру](http://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) ураження та неефективності лікувальних і реабілітаційних заходів (відповідає 1 групі інвалідності у дорослого).

Кожному ступеню втрати здоров'я дитини з особливими потребами відповідає перелік захворювань, серед яких можна виділити наступні основні групи.

Першу групу становлять нервово-психічні захворювання.

Найбільш поширеними захворюваннями цієї групи є [дитячий церебральний параліч](http://ua-referat.com/%D0%94%D0%B8%D1%82%D1%8F%D1%87%D0%B8%D0%B9_%D1%86%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D0%BF%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%96%D1%87), [пухлини](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%83%D1%85%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8) нервової системи, [епілепсія](http://ua-referat.com/%D0%95%D0%BF%D1%96%D0%BB%D0%B5%D0%BF%D1%81%D1%96%D1%8F), [шизофренія](http://ua-referat.com/%D0%A8%D0%B8%D0%B7%D0%BE%D1%84%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%96%D1%8F) та інші [ендогенні психози](http://ua-referat.com/%D0%95%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%96_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B7%D0%B8), [розумова відсталість](http://ua-referat.com/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D1%83%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%B0_%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C) ([олігофренія](http://ua-referat.com/%D0%9E%D0%BB%D1%96%D0%B3%D0%BE%D1%84%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%96%D1%8F) або слабоумство різного генезу, що [відповідають](http://ua-referat.com/%D0%92%D1%96%D0%B4%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%8C) стадії ідіотії або імбецильності), хвороба Дауна, аутизм.

Всі ці хвороби об'єднані в одну групу, однак, варто розділити розумову і психічну неповноцінність, на цьому наполягають організації, що займаються вивченням цієї категорії людей та/або наданням їм допомоги.

Термін «розумова неповноцінність» містить у собі два значущі компоненти, які «повинні розглядатися згідно з біологічним віком і [відповідним](http://ua-referat.com/%D0%92%D1%96%D0%B4%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%8C) [культурним](http://ua-referat.com/%D0%9A%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0) фоном: інтелектуальна відсталість, що знаходиться нижче середнього рівня і присутня з раннього віку; значне ослаблення здатності пристосуватися до соціальних вимог суспільства».

У дітей з особливими потребами цієї категорії дуже часто спостерігаються грубі порушення всіх сторін психічної діяльності: пам'яті, уваги, [мислення](http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F), мовлення, моторики, емоційної сфери. Однак після спеціальних вправ і занять вони можуть досягти непоганих результатів. Коло проблем таких дітей вимагає, в основному, втручання фахівців у галузі педагогіки та реабілітації у тісному контакті з сім'єю.

Термін «психічна неповноцінність» вживається для позначення численних зсувів, які впливають на емоційні [функції](http://ua-referat.com/%D0%A4%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%97) та поведінку. Він характеризується неврівноваженістю емоцій різних видів і ступенів складності, порушеним (а не відсутнім) [розумінням](http://ua-referat.com/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D1%83%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%BD%D1%8F) і [комунікацією](http://ua-referat.com/%D0%9A%D0%BE%D0%BC%D1%83%D0%BD%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F), а так само швидше помилково спрямованою, а не тільки невідповідною пристосованістю.

Буває поєднання розумової відсталості з психічною недостатністю та іншими ускладненнями. Це створює певні труднощі при діагностиці захворювань і роботі з такими дітьми. Ускладнення можуть з'явитися при народженні або пізніше. Можна виділити наступні фактори їх виникнення: поганий догляд за дітьми з розумовою відсталістю, сприйнятливість такої дитини до навантажень, стресів, неуважності з боку осіб, до яких вони особливо прив'язані і т.п.

Серед нервово-психічних захворювань можна виділити декілька різновидів захворювань у дітей.

**А.** По-перше, це [розумово відсталі діти](http://ua-referat.com/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D1%83%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%BE_%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%96_%D0%B4%D1%96%D1%82%D0%B8). Специфіка порушень [стану](http://ua-referat.com/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D0%BD%D1%83) психічного здоров'я у розумово відсталих дітей характеризується в першу чергу інертністю психічних [процесів](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81),тотальним недорозвиненням вищих кіркових функцій і пізнавальної діяльності при вираженому стійкому дефіциті абстрактного мислення, процесів узагальнення і відволікання.

Особливості пізнавальної діяльності розумово відсталих дітей характеризуються недифиренційованістю процесів сприйняття і уваги, несформованістю розумових і лічильних операцій, вузьким об'ємом механічної пам'яті і низьким рівнем мнемічних образів. [Розвиток](http://ua-referat.com/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BA) довільності психічних процесів пов'язан з великими труднощами.

Недоліки мовного розвитку розумово відсталих дітей носять комплексний та системний характер, характеризуючись несформованістю всіх сторін мовленевої діяльності, вираженими труднощами породження мовного висловлювання.

Порушення емоційно-вольової сфери особливо яскраво проявляються у дітей з важким ступенем розумової відсталості. Ці порушення характеризуються наявністю невмотивованих страхів, слабкою критичністю, нездатністю до аналізу власної поведінки і, що найголовніше, дуже низькими соціально-адаптивними можливостями.

У розумово відсталих дітей є досить грубі зміни в умовно-рефлекторній діяльності. Їм також властива незбалансованість у перебігу процесів збудження і гальмування. Все це визначається фізіологічними причинами порушень психічного розвитку розумово відсталих дітей, включаючи не тільки процеси [пізнання](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%96%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F), а й [емоції](http://ua-referat.com/%D0%95%D0%BC%D0%BE%D1%86%D1%96%D1%97), волю і особистість.

**Б.** Другим різновидом захворювань у дітей є дитячий церебральний параліч. Порушення при дитячому церебральному паралічі (ДЦП) характеризуються поєднанням тріади розладів: рухових, психічних і мовних, з супутніми порушеннями зору, слуху і розладами сенсомоторної чутливості.

Рухові розлади — основний клінічний синдром ДЦП — включають паралічі, парези, порушення координації, формування кісткових деформацій і множинних контрактур. [Патологія](http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F) рухової системи у дітей з ДЦП є одним з найважливіших чинників, що уповільнюють і спотворюють їх психічний [розвиток](http://ua-referat.com/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BA).

Рівень інтелектуальних порушень у дітей з церебральним паралічем різний. Певна частина дітей, які мають рухові порушення, близька до нормального, вони розвиваються з одноліткам. Велика частина дітей з ДЦП має затримку психічного розвитку внаслідок раннього органічного ураження мозку. У частини дітей інтелектуальне недорозвинення більш різко виражене.

Третя група порушень при дитячому церебральному паралічі - це мовні розлади: частіше різні дизартрії, рідше алалія, а також порушення писемного мовлення — дислексія, дисграфія.

**В.** Аутичні діти формують третій тип нервово-психічних захворювань у дітей. В якості основного симптому у дітей цієї групи розглядається особлива дефіцітарність емоційно-вольової і комунікативно-потребністної сфер, а саме: сенсоаффективна гіперстезія і слабкість енергетичного потенціалу, які проявляються у відсутності або значному зниженні потреби [в контактах](http://ua-referat.com/%D0%92_%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%82%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5) з навколишнім світом.

Особливості комунікативно-потребністної сфери аутичної дитини проявляються не тільки в порушеннях акту комунікації, а й в особливостях її мови (мутизму, мовних штампах, ехолаліях, аутодіалогах), а також у факторах, які супроводжують мовне висловлювання (несформованості міміки та жесту). Одночасно недостатність структурних компонентів комунікативної сфери супроводжується при аутизмі несформованістю у дітей [мотивації](http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97) до спілкування. Це, у свою чергу, пояснює недостатність навичок соціально-побутової орієнтації і тягне за собою особливу потребу у формуванні навичок самообслуговування і створення особливих умов [прийому](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%B9%D0%BE%D0%BC%D1%83) їжі.

Особливості сенсорної сфери та недостатність розвитку предметної діяльності зумовлюють своєрідність інтелектуального розвитку аутичних дітей, у деяких з них розвивається парціальна [обдарованість](http://ua-referat.com/%D0%9E%D0%B1%D0%B4%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C) у будь-якій з областей знань. Велика група дітей має інтелектуальні розлади, частина з них виражені.

Специфічні особливості в розвитку [особистісної](http://ua-referat.com/%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C) сфери виникають на самому початку життєвого шляху аутичної дитини. Ухилення від очного контакту з матір'ю і близькими, відсутність або млявість протікання «комплексу пожвавлення», небажання (аж до повного уникнення) вступати в мовний контакт, відсутність використання займенника «я», мовна стереотипність, що перешкоджає критичній самооцінці, і багато іншого визначають особистісну своєрідність аутичної дитини. Особливий негативний вплив на формування особистісної зрілості аутичної дитини надає порушення [розуміння](http://ua-referat.com/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D1%83%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%BD%D1%8F) себе як «системи Я», що відбивається в порушенні ідентифікації себе з мовним знаком - займенником першої особи.

**Г.** Діти із затримкою психічного розвитку, ускладненою вираженими порушеннями поведінки становлять четвертий тип серед нервово-психічних захворювань у дітей. В останні роки у науково-методичній літературі широко обговорюються питання навчання і виховання дітей даної категорії

Діти із ЗПР відносяться до аномалії, що має більш сприятливе майбутнє, ніж інші діти з проблемами в розвитку. Можлива «оборотність» виниклих порушень у разі проведення [відповідних](http://ua-referat.com/%D0%92%D1%96%D0%B4%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%8C) корекційних заходів зумовлює тимчасовий характер труднощів і робить цих дітей однією з перспективних для свідомості батьків категорій. Однак супутні порушення, що виникають в деяких випадках у дітей з психогенною і органічною затримкою, викликають у батьків особливі проблеми соціального [характеру](http://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80), до яких відносяться виражені та стійкі психопатоподібні розлади поведінки, які ускладнюють [процес](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81) розвитку дитини з ЗПР. Ці порушення свідчать про наявність [тенденції](http://ua-referat.com/%D0%A2%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%D1%97) до аномальному розвитку за типом психічної нестійкості. Вони спостерігаються в першу чергу при психогенній затримці, яка виникає в результаті патологічного впливу соціального оточення на дитину з перших днів її життя. Поза сумнівом, батьківське ставлення і внутрісімейна атмосфера грають при цьому основну роль. Як правило, психогенна затримка виникає як результат соціальної депривації дитини, або застосування батьками неадекватних моделей виховання, що надає деформуючий вплив на дитячу особистість. Результати такого впливу близьких проявляються негайно у вигляді спотворення комунікативної взаємодії з соціальним оточенням, в першу чергу із самими батьками. У зв'язку з цим особливий фруструючий вплив на батьків цієї групи мають різні форми порушення поведінки їхніх дітей, які проявляються в безглуздій впертості, невмотивованій брутальності, злостивості і агресивності, в наявності постійного [бажання](http://ua-referat.com/%D0%91%D0%B0%D0%B6%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F) бути в центрі уваги, яскраво вираженому егоїзмі. [Патологічний](http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F) розвиток особистості, що виявляється в постійних [конфліктах](http://ua-referat.com/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%BB%D1%96%D0%BA%D1%82), соціальній неадекватності і соціально неприйнятних формах поведінки дітей, викликає у батьків почуття безвиході та повної втрати зв'язку з дитиною.

До групи дітей з ЗПР відносять і дітей, що мають проблеми в розвитку через важкі тривалі соматичні захворювання (вади внутрішніх органів, рак, ВІЛ-інфекція та ін.). Їх батьки важко переживають через стан здоров'я дітей. Соматична інвалідізація дітей вимагає від батьків особливих зусиль з догляду, дотримання режимних моментів, профілактики інфекційних захворювань.

Особливу категорію представляють собою діти з синдромом СДУГ (синдром дефіциту уваги і гіперактивності), які в силу певних порушень відчувають величезні труднощі в плані соціального пристосування з раннього віку. Проблеми комунікативної поведінки, висока збудливість і гіперактивність дітей вимагають від батьків підвищеної уваги і напруги. Особливості дитини «проковтують» внутрішній [енергетичний](http://ua-referat.com/%D0%95%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0) потенціал батьків, виснажують їх психічний стан.

**Д.** До п’ятої групи дітей з нервово-психічними захворюваннями відносяться діти з вадами мовного розвитку. [Особливості розвитку дітей](http://ua-referat.com/%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BA%D1%83_%D0%B4%D1%96%D1%82%D0%B5%D0%B9) з алалією, афазією, [дизартрією](http://ua-referat.com/%D0%94%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F), анартрією, [заїканням](http://ua-referat.com/%D0%97%D0%B0%D1%97%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F) та іншими тяжкими мовними порушеннями є обтяжливими для психіки батьків. Саме порушення мови або її повна відсутність є передумовою до виникнення комунікативного бар'єру, відчуженості і відгородженості в батьківсько-дитячих стосунках. Проблеми мовного розвитку дитини виступають як фактор, що знижує можливості соціального спілкування дитини. Така дитина може розглядатися батьками як та, що має менші соціальні перспективи в майбутньому.

Для фахівців, що працюють з дітьми з різною мовною [патологією](http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F), взаємодія з батьками набуває все більшої значущості. Важливу роль відіграє співробітництво між логопедичним дитячим садом та сім'єю. У публікаціях останніх років описуються основні форми роботи з батьками, що проводяться в спеціалізованих закладах, наводяться методичні рекомендації, яких слід дотримуватися батькам у домашніх умовах.

2. До другої групи можна віднести захворювання, пов’язані з фізичними вадами.

**А.** Захворювання внутрішніх органів. В даний час ці захворювання займають лідируючий стан в структурі дитячої інвалідності, що викликано переходом захворювань у хронічну форму з важкими функціональними порушеннями. Часто це пов'язано з пізнім виявленням порушень і недостатніми заходами реабілітації.

До цієї групи захворювань входять різні захворювання, [патологічні](http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F) стани та вади розвитку органів [дихання](http://ua-referat.com/%D0%94%D0%B8%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F) (у тому числі і хронічний [туберкульоз](http://ua-referat.com/%D0%A2%D1%83%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%BA%D1%83%D0%BB%D1%8C%D0%BE%D0%B7) легенів), нирок та органів сечовиділення, шлунково-кишкового тракту, печінки і жовчовивідних шляхів (цироз печінки, [хронічний гепатит](http://ua-referat.com/%D0%A5%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D0%B3%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82), безперервно-рецидивуючий виразковий процес і т.п.), серцево-судинної системи (у тому числі [пороки серця](http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%B8_%D1%81%D0%B5%D1%80%D1%86%D1%8F) і великих судин), системи кровотворення ([лейкози](http://ua-referat.com/%D0%9B%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D0%B7%D0%B8), [лімфогранулематоз](http://ua-referat.com/%D0%9B%D1%96%D0%BC%D1%84%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%83%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B7) тощо), опорно-рухового апарату (поліартрити і т.п.).

Часто в силу своїх захворювань такі діти не можуть вести активний спосіб життя, однолітки можуть уникати спілкування з ними і включення їх у свої ігри. Виникає [ситуація](http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%B8%D1%82%D1%83%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F) неузгодженості між необхідністю [здійснення](http://ua-referat.com/%D0%97%D0%B4%D1%96%D0%B9%D1%81%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F) нормальної життєдіяльності дитини та неможливістю її повноцінної реалізації. Соціальна депривація поглиблюється за рахунок тривалого перебування дитини в спеціальних стаціонарах, санаторіях, де обмежений соціальний досвід і спілкування здійснюється між такими ж дітьми. Наслідком цього є затримка розвитку соціальних і комунікативних навичок, формуються недостатньо адекватне уявлення про навколишній світ у хворої дитини.

**Б.** Захворювання очей, що супроводжуються стійким зниженням гостроти зору до 0,08 в кращому випадку очі, що бачать до 15 від точки фіксації у всіх напрямках.

Психічний розвиток дітей з дефектами зору в значній мірі залежить від часу виникнення патології і від часу початку спеціальної корекційної роботи, а дефекти психічного розвитку можуть бути компенсовані за рахунок раннього і широкого використання функцій зберігаючих аналізаторів.

Таку дитину можна охарактеризувати як боязку, малоконтактну. Тому бажано збагачувати чуттєвий і практичний досвід цих дітей,поступово включаючи його в коло здорових однолітків. У роботі з даною категорією дітей рекомендується також використовувати їх особливу чутливість до музики.

Предметом особливого занепокоєння для батьків дітей з порушеннями зору є труднощі просторового орієнтування дітей, внаслідок чого [транспортна](http://ua-referat.com/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%82) проблема стає однією з найважливіших. Вони постійно турбуються про те, як їхні діти зможуть долати цю проблему самостійно.

З іншого боку, у дітей з порушеннями зору часто формуються інфантильні і егоїстичні риси, особистісна незрілість, виявляється «емоційна глухота» до потреб близьких. Саме тому батьківсько-дитячі стосунки в родинах, які виховують дітей з порушеннями зору, також часто характеризуються як неадекватні.

**В.** [Онкологічні](http://ua-referat.com/%D0%9E%D0%BD%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F) захворювання, до яких належать [злоякісні пухлини](http://ua-referat.com/%D0%97%D0%BB%D0%BE%D1%8F%D0%BA%D1%96%D1%81%D0%BD%D1%96_%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8) 2 і 3 стадії пухлинного [процесу](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81) після комбінованого або комплексного лікування, що включає радикальну операцію; не піддаються лікуванню, [злоякісні новоутворення](http://ua-referat.com/%D0%97%D0%BB%D0%BE%D1%8F%D0%BA%D1%96%D1%81%D0%BD%D1%96_%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%83%D1%82%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F) очей, печінки та інших органів.

Останнім часом кількість [онкологічних](http://ua-referat.com/%D0%9E%D0%BD%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F) хворих дітей збільшується досить швидко. Для цього існують різні причини: в нашій країні, наприклад, це пов'язують з наслідками аварії на Чорнобильській АЕС.

При онкологічному захворюванні кризові ситуації можуть відновлюватися або перериватися більш-менш тривалими періодами стабілізації, під час якої проводиться реабілітація хворого. Особливості методів лікування в поєднанні з віковими і міжособистісними особливостями дитини ведуть до виникнення змін спочатку у фізичному, а потім і в її психічному стані.

Хотілося б також відзначити, що часто злоякісні пухлини призводять до летального результату. Це так само викликає певні труднощі у спілкуванні і наданні допомоги таким дітям.

**Г.** Поразки і захворювання органів слуху. За ступенем зниження слуху розрізняють глухих та слабочуючих. Серед глухих можна виділити також дві групи в залежності від наявності або відсутності у них мови. Кількість дітей з цим захворюванням відносно невелика, вони складають близько 2% всіх дітей з особливими потребами.

Особливості поведінки дитини з порушеним слухом різноманітні. Зазвичай вони залежать від причин порушення. Наприклад, у дітей з раннім обмеженим [пошкодженням](http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%BE%D1%88%D0%BA%D0%BE%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B9) мозку дефект слуху поєднується з підвищеною психічною виснажливістю і дратівливістю. Серед глухих зустрічаються замкнуті, «дивні», які ніби «перебувають у своєму світі» діти. У оглухлих, навпаки, спостерігається імпульсивність, рухове розгальмування, іноді навіть агресивність.

3. Сенсорні порушення у дітей становлять третю групу захворювань.

У групі батьків дітей з порушеннями слуху можна виділити дві категорії: батьки з нормальним слухом і батьки, які також страждають порушенням слухової функції. Друга група батьків, згідно з дослідженням H.B. Мазурова, не має особливих переживань в силу ідентифікації порушень дитини з їх власними.

Для батьків першої групи порушення слуху у дитини є фруструючою перешкодою до встановлення природного соціального контакту і міжособистісних зв'язків. Це тягне за собою спотворення сімейних відносин і батьківських (в першу чергу батьківських) позицій, провокує негативне ставлення глухих дітей до близьких і надає деформуючий вплив на розвиток особистості глухих дітей.

Виражені порушення сенсорних функцій, обтяжені інтелектуальними розладами, викликають особливо тяжкі переживання батьків. У дітей зі складним дефектом виявляється стабільно порушена можливість взаємодії з навколишнім світом і, таким чином, можливість розвитку. Найчастіше такі діти навчаються в спеціальних установах інтернатного типу або ж у закладах соціального захисту. Прийняти подібне рішення деякі сім'ї тривалий час не вирішуються, залишаючи дитину вдома. Але окремі батьки, більшість з яких долає як внутрішні, так і зовнішні перешкоди, влаштовуються на роботу за місцем навчання та проживання дитини.

4. Ендокринні захворювання також відносяться до груп захворювань, якій відповідає та чи інша ступінь втрати здоров’я.

Ендокринні захворювання численні і проявляються різноманітними клінічними симптомами. Діагностика ендокринної патології в педіатрії ускладнюється тим, що в різні вікові періоди клінічні й лабораторні ознаки її мають свої особливості. Окрім того, ураження однієї залози поєднується з порушеннями функції інших ендокринних залоз, а гормональні зрушення призводять до [функціональних](http://ua-referat.com/%D0%A4%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%86%D1%96%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7%D0%BC) розладів нервової системи, внутрішніх органів та обміну речовин.

Часто ендокринні захворювання у дітей мають інший перебіг і прояви, ніж у дорослих. Так, наприклад, [цукровий діабет](http://ua-referat.com/%D0%A6%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%B9_%D0%B4%D1%96%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82) може маскуватися під [грип](http://ua-referat.com/%D0%93%D1%80%D0%B8%D0%BF), «гострий живіт», дитячі [інфекційні захворювання](http://ua-referat.com/%D0%86%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D1%96_%D0%B7%D0%B0%D1%85%D0%B2%D0%BE%D1%80%D1%8E%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F).

Таким чином, аналіз наукової літератури дає [підстави](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%96%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2%D0%B8) стверджувати, що існує досить великий перелік захворювань, що призводять до інвалідності. Ці хвороби, безсумнівно, «залишають свій слід» у поведінці дитини, її стосунках з оточуючими і в інших сферах її життя, створюючи певні «бар'єри» [на шляху](http://ua-referat.com/%D0%9D%D0%B0_%D1%88%D0%BB%D1%8F%D1%85%D1%83) дітей з особливими потребами та їх сімей до нормального життя, до їх інтеграції у [суспільство](http://ua-referat.com/%D0%A1%D1%83%D1%81%D0%BF%D1%96%D0%BB%D1%8C%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE).

Також, підводячи підсумки і аналізуючи усе вищезазначене можна сказати, що усі розглянуті захворювання різко обмежують можливість включення дитини з особливими потребами в адекватні віком виховні та педагогічні процеси, у зв’язку з чим виникає необхідність у додатковому постійному догляді за нею, допомозі або нагляді, що суттєво позначається на багатьох сферах життєдіяльності членів родини.

## 2.2 Соціально-психологічні особливості сімей, що мають дітей з особливими потребами

Погіршення екологічної обстановки, високий рівень захворюваності батьків (особливо матерів), ряд невирішених соціально-економічних, психолого-педагогічних і медичних проблем сприяють збільшенню числа дітей-інвалідів, роблячи цю проблему особливо актуальною.

Сім’я, яка має інваліда — це така сім’я, в якій один або декілька з її членів мають серйозні, постійні порушення у здоров’ї, не можуть чи мають в значному ступені обмежені можливості обслуговувати себе, а також не мають можливості виконання соціально-професійних задач без обмежень, ведуть загальне хазяйство з повністю дієздатними членами родини.

Поява в сім’ї дитини з певними психічними чи фізичними вадами є причиною [психологічних](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F) стресів батьків, але велика роль сім’ї в соціалізації дитини з особливими потребами не заперечлива. Члени родини зазвичай забезпечують йому умови життя, опіку, виховання та освіту, передають досвід, навчають нормам суспільного життя. Сім’я створює умови, які включають в дію компенсаторні механізми дитини і сприяють мобілізації та реалізації фізичних та психічних [ресурсів](http://ua-referat.com/%D0%A0%D0%B5%D1%81%D1%83%D1%80%D1%81%D0%B8).

Реакції при народженні дитини з особливими потребами чи набуття дитиною інвалідності в сім’ї можуть бути різні. Це може бути шок, несподіванка, частіше жах, [трагедія](http://ua-referat.com/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B5%D0%B4%D1%96%D1%8F) — типові позиції батьків в перші моменти, коли фіксується факт інвалідності дитини. Батьків лякає саме [слово](http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BE) «інвалід», воно сприймається як клеймо, що стоїть не тільки на дитині, але й в першу чергу на них самих.

Труднощі сімей, в яких виховуються діти з особливими потребами, істотно відрізняються від тих турбот, які хвилюють звичайну сім'ю. Хвора дитина потребує незрівнянно більше, ніж здорова, [матеріальних](http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%96%D0%B0%D0%BB%D0%B8), духовних і фізичних витрат. [Люди](http://ua-referat.com/%D0%9B%D1%8E%D0%B4%D0%B8) з родин цієї категорії стають виборчими в спілкуванні. Вони звужують коло своїх знайомих і обмежують спілкування з родичами. Це пов'язано зі станом дитини, а також з [особистісними](http://ua-referat.com/%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C) установками батьків.

Сім’ї дітей з особливими потребами мають бути готові до того, що їх стадії розвитку не подібні до звичайних сімей. Діти з обмеженими можливостями повільно досягають певних життєвих етапів, а іноді і зовсім не досягають. Такі сім’ї прагнуть до підтримки контактів з родинами, які мають дітей з схожими захворюваннями. Така позиція батьків значно розширює кругозір і можливість допомоги своїм дітям. Часто батьки створюють громадські організації, які вирішують проблеми дітей з особливими потребами по тому чи іншому захворюванню.

Частіше самі близькі [родичі](http://ua-referat.com/%D0%A0%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D1%96) стають найкращими психотерапевтами, повертаючи віру в [сенс життя](http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%B5%D0%BD%D1%81_%D0%B6%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%8F) і віру в самого себе у дитини з особливими потребами створюючи особливий психологічний клімат його [існування](http://ua-referat.com/%D0%86%D1%81%D0%BD%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F) у сім’ї. Кожен успіх, кожне досягнення дитини — це успіх всієї родини.

Фактом, який негативно впливає у суспільстві на виховання в сім’ї дитини з особливими потребами є непереборний [страх](http://ua-referat.com/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85) здорових людей перед чимось аномальним. Це дійсно перепона, яку потрібно подолати. Необхідно не тільки підготувати дитину з особливими потребами до життя в суспільстві здорових людей, але й підготувати суспільну думку до того, що інвалід — [такий](http://ua-referat.com/%D0%A2%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D0%B9) же повноцінний член суспільства, як і здорові [люди](http://ua-referat.com/%D0%9B%D1%8E%D0%B4%D0%B8).

Процес соціалізації такої дитини повинен здійснюватися з ранніх років життя. Дитина з особливими потребами має відвідувати дитячі установи поряд зі здоровими дітьми. Це допомагає не тільки їй, але й навчає її малих однолітків сприйманню інвалідності не як чогось незвичного, від чого потрібно відокремитися. У дітей з раннього віку буде формуватися інша установка, ніж та, яка дуже часто зустрічається у їхніх батьків.

Таким чином, для розв’язання проблем дітей з особливими потребами мало вирішити [психологічні](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3) проблеми дитини та батьків. Головна проблема адаптації дітей з обмеженими можливостями закладена у суспільстві, в його ставленні до дітей з певними потребами як до рівноправних членів суспільства. Стабілізація такого соціального інституту, як сім’я, повинна здійснюватися як на державному рівні, так і на [особистісному](http://ua-referat.com/%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C).

Розглянемо ставлення батьків дітей з розумовими вадами за напрямками: ставлення до світу, до родини, до дитини, до себе.

Батьки і родичі таких дітей у своєму ставленні до світу, як правило, переходять від почуття образи на всіх за власні переживання страху й безпорадності до активних дій — пошуку будь-яких форм допомоги. Спочатку вони ставлять риторичні запитання: «за що мені ця кара?»; «чим я (наша родина) завинив?»; «невже (і чим) погана моя сім’я, наша дитина?» та інші. З часом, залежно від багатьох складових, вирізняються батьки, що продовжують вважати себе [знедоленими](http://ua-referat.com/%D0%97%D0%BD%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D1%96), скривдженими, не проявляють активності. Інші прагнуть жити повноцінно, знаходять радість, [професійно](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B5%D1%81%D1%96%D1%8F) творять і зростають. Деяких [випробування](http://ua-referat.com/%D0%92%D0%B8%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F) підштовхнули на рішучі кроки до власних змін, у більшості випадків за рахунок розвитку дитини.

Під час пошуку засобів допомоги батьки відкривають світ людей з такими ж проблемами. Проблеми та труднощі об’єднують сім’ї, спонукають до обміну [інформацією](http://ua-referat.com/%D0%86%D0%BD%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F) щодо засобів отримання будь-якої допомоги, допомагають гуртуватися в організації.

Ставлення до родини — власних батьків, сім’ї свого дитинства за умов народження хворої дитини майже не змінюється. Родичі в більшості випадків є тим оточенням, яке надає першу безпосередню [психологічну](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3) та [економічну](http://ua-referat.com/%D0%95%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%96%D0%BA%D0%B0) підтримку. Їх роль і значення в житті родини з часом зростає. [Відповідно](http://ua-referat.com/%D0%92%D1%96%D0%B4%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%8C) до напрямку пошуку причин народження хворої дитини (генетичні [мутації](http://ua-referat.com/%D0%9C%D1%83%D1%82%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97), [спадковість](http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%BF%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C), вплив екологічних чинників, помилка ранньої діагностики, невправність лікарів-акушерів, травмування, застосування невідповідних ліків тощо) батьки намагаються осмислити те, що з ними сталося, й спрямувати життя родини в певне русло.

Частина батьків не витримує випробувань, здає дітей в інтернат, відмовляється від них задля створення сприятливіших (на думку дорослих) родинних умов для інших (здорових) дітей. Хвора дитина часто стає офіційним чинником самоусунення батька з сім’ї. Залишити сім’ю, кинути жінку з дитиною напризволяще для таких чоловіків не є соціально неприйнятною формою захисту власного життя і благополуччя.

Ставлення до дитини складається з багатьох чинників, які утворюють велике різнобарв’я («букет») з пріоритетом або ж паритетом. Серед них суто [біологічні](http://ua-referat.com/%D0%91%D1%96%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F) складові, такі як стан здоров’я дитини та її батьків, їхній психофізичний статус, [оцінка](http://ua-referat.com/%D0%9E%D1%86%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%B0)[спеціалістами](http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%BF%D0%B5%D1%86%D1%96%D0%B0%D0%BB%D1%96%D1%81%D1%82) та батьками рівня розвитку й перспектив інваліда. Важливим є [економічна](http://ua-referat.com/%D0%95%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%96%D0%BA%D0%B0) стабільність сім’ї, наявність роботи для батьків або одного з них, хоча б середній рівень заробітної плати або пенсії, спроможність вдовольняти потреби дитини (та інших дітей без переваг для інваліда). Певне значення має успішність оволодіння дитиною культурними навичками та життєво-необхідними [знаннями](http://ua-referat.com/%D0%97%D0%BD%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F); надії та реальні перспективи її розвитку і соціалізації; виховна спроможність усієї родини та зокрема батьків; соціальне визнання їхньої професійної і батьківської роботи з виховання, піклування, догляду.

Найсуттєвішим є [любов](http://ua-referat.com/%D0%9B%D1%8E%D0%B1%D0%BE%D0%B2) до дитини та бажаність її народження.

Але [картина світу](http://ua-referat.com/%D0%9A%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D1%81%D0%B2%D1%96%D1%82%D1%83) для дорослих змінюється таким чином, що відбувається акцентування на проблемі інвалідності одного з сім’ї і у вихованні батьки (частіше [мати](http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%B0%D1%82%D0%B8)) вдаються до надмірного опікування, що гальмує розвиток дитячої активності, самостійності, впевненості в собі. Практикується приховування такої дитини вдома, щоб уберегти від небезпек вулиці, можливого поганого впливу. Це поглиблює [природну](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%B0) ваду дитини, робить з неї соціального й психічного інваліда. Краща ситуація в селах, де будь-яка дитина, яка в фізичному плані «збережена», поступово змалечку долучається до побутової, хатньої та земельної роботи. Протягом певного (тривалого) періоду така дитина опановує елементарний вид діяльності та самообслуговування і відтак долучається до громадського життя.

Прийняття ситуації життя з хворою дитиною, влаштування сімейного добробуту, [планування](http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F) часу роботи й відпочинку, реалізація або відмова від кар’єри – ці та багато інших питань постають як нагальні. Вони потребують вчасного конкретизування, переживання, вербалізації та певного вирішення. Саме в цьому і є важливою допомога [психолога](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3).

Таким чином, підводячи підсумок можна виділити такі соціально-психологічні особливості сімей з дітьми з особливими потребами.

По-перше, хвора дитина потребує більше матеріальних, духовних і фізичних затрат, ніж здорова.

По-друге, батьки дітей з особливими потребами дуже часто вдаються до надмірного опікування, що гальмує розвиток дитячої активності, самостійності, впевненості в собі.

По-третє, стадії розвитку сімей дітей з особливими потребами не подібні до стадій розвитку звичайних сімей. Діти з обмеженими можливостями повільно досягають певних життєвих етапів, а іноді і зовсім не досягають.

## 2.3 Особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами

У результаті народження дитини з відхиленнями у розвитку стосунки всередині родини, а також контакти з навколишнім [соціумом](http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%BE%D1%86%D1%96%D1%83%D0%BC) спотворюються. Причини порушень пов'язані з психологічними особливостями хворої дитини, а також з колосальним емоційним навантаженням, яке несуть члени його сім'ї у зв'язку з довготривалим стресом. Багато батьків у ситуації, що склалася виявляються безпорадними. Їх стан можна охарактеризувати як внутрішній (психологічний) і зовнішній (соціальний) глухий кут.

Якісні зміни в таких сім'ях проявляються на наступних рівнях: психологічному, соціальному і соматичному.

По-перше, варто розглянути, як народження дитини з особливими потребами впливає на родину на психологічному рівні.

Народження дитини з відхиленнями у розвитку сприймається його батьками як найбільша трагедія. Факт появи на світ дитини «не такої, як у всіх», є причиною сильного стресу, який переживається батьками, в першу чергу матір'ю. [Стрес](http://ua-referat.com/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81), який має пролонгований характер, робить сильний деформуючий вплив на психіку батьків і стає вихідною умовою різкого травмуючого зміну життєвого укладу, який сформувався в сім'ї. Деформуються: сформований [стиль](http://ua-referat.com/%D0%A1%D1%82%D0%B8%D0%BB%D1%8C) сімейних взаємин; система відносин членів сім'ї з навколишнім соціумом; особливості світобачення та ціннісних орієнтацій кожного з батьків хворої дитини. Всі надії та очікування членів сім'ї у зв'язку з майбутнім дитини виявляються марними і руйнуються в одну [мить](http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%B8%D1%82%D1%8C), а осмислення того, що сталося і набуття нових життєвих цінностей часом розтягується на тривалий період.

На наш погляд, це може бути обумовлено багатьма чинниками, серед яких: [психологічні](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3) особливості самих батьків, їх здатність прийняти або не прийняти хвору дитину; наявність комплексу розладів, що характеризують ту чи іншу аномалію розвитку, ступінь їх вираженості; відсутність позитивної підтримки впливу [соціуму](http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%BE%D1%86%D1%96%D1%83%D0%BC) в контактах з сім'єю дитини з особливими потребами.

Розподіл обов'язків між чоловіком і [дружиною](http://ua-referat.com/%D0%94%D1%80%D1%83%D0%B6%D0%B8%D0%BD%D0%B0), батьком і матір'ю в більшості родин носить традиційний характер. Проблеми, пов'язані з забезпеченням життєдіяльності сім'ї ([господарські](http://ua-referat.com/%D0%93%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D1%80), побутові), а також з вихованням і [навчанням](http://ua-referat.com/%D0%9D%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F) дітей, у тому числі і з відхиленнями у розвитку, в основному лягають на жінку. Чоловік — батько хворої дитини — забезпечує в першу чергу економічну базу сім'ї. Він не виключається, як мати дитини, зі звичних соціальних відносин і його життєвий стереотип не так сильно піддається змінам, тому що більшу частину часу він проводить у тому самому соціальному середовищі (на роботі, з друзями і т. д.). Тому психіка батька не піддається патогенному впливу так само інтенсивно, як психіка матері хворої дитини. Наведені характеристики, як правило, є найбільш поширеними. Але, безумовно, є і виключення з правил.

Емоційний вплив стресу на жінку, яка народила хвору дитину, незмірно значніше. Сам факт того, що саме вона народила хвору дитину, змушує її нестерпно страждати. У матерів часто спостерігаються істерики, депресивні стани. Для них властиве зниження психічного тонусу, занижена [самооцінка](http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%B0%D0%BC%D0%BE%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%B0), що проявляється у втраті перспектив професійної кар'єри, неможливості реалізації власних творчих планів, втрати інтересу до себе як до жінки і особистості.

Виражені психофізичні порушення дитини, а також особистісні особливості матері можуть служити джерелом материнської депривації. [Любов](http://ua-referat.com/%D0%9B%D1%8E%D0%B1%D0%BE%D0%B2) до дитини як специфічне почуття виникає у жінки ще в період вагітності. Але саме це світле почуття зміцнюється і розквітає у [відповідь](http://ua-referat.com/%D0%92%D1%96%D0%B4%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%8C) на емоційну взаємність дитини: його посмішку, комплекс пожвавлення при появі матері та ін. Депривація материнських почуттів може ініціюватися недостатністю цих соціально-психологічних проявів у дитини.

Внаслідок того що народження хворої дитини, а потім її виховання, навчання і в цілому спілкування з нею є тривалим патогенно діючим [психологічним](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F) фактором, особистість матері може зазнавати значні зміни. Депресивні переживання можуть трансформуватися в [невротичний розвиток особистості](http://ua-referat.com/%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BA_%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96) і суттєво порушити її соціальну адаптацію.

Також значними після народження дитини з особливими потребами є зміни на соціальному рівні.

Після народження дитини з проблемами в розвитку її родина, в силу виникаючих численних труднощів стає розбірливою у контактах. Вона звужує коло знайомих і навіть [родичів](http://ua-referat.com/%D0%A0%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D1%96) через [характерні](http://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) особливості стану і розвитку хворої дитини, а також через особисті установки самих батьків (страху, сорому).

Це випробування надає також деформуючий вплив на взаємини між батьками хворої дитини. Одним із самих сумних проявів, що характеризують стан сім'ї після народження дитини з відхиленнями у розвитку, є [розлучення](http://ua-referat.com/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D0%BB%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F). Не завжди зовнішньою причиною розлучення називають хвору дитину. Найчастіше батьки дітей, пояснюючи причину розриву сімейних відносин, посилаються на зіпсований характер дружини (або чоловіка), відсутність взаєморозуміння в сім'ї, часті сварки і, як наслідок, охолодження почуттів.

Тим не менш об'єктивним стресором, що впливає на психіку членів сім'ї, є сам факт народження хворої дитини і стан його здоров'я в наступний період. Нова ситуація, що склалася, є [випробуванням](http://ua-referat.com/%D0%92%D0%B8%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F) для перевірки почуттів між подружжям. Відомі випадки, коли подібні труднощі згуртовували сім'ю. Однак частина сімей не витримує такого випробування і розпадається, що чинить негативний вплив на процес формування особистості дитини з відхиленнями в розвитку. Неповні сім'ї, в яких виховуються діти з відхиленнями у розвитку, становлять від 30 до 40%.

В силу цієї причини (самотності матерів, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку), а також і інших, серед яких можуть бути і генетичні (правомірний страх батьків перед народженням ще одного аномального дитини), деякі сім'ї відмовляються від народження інших дітей. У таких сім'ях дитина з особливими потребами є єдиною.

Є сім'ї, в яких виховується ще одна або дві здорових дитини. У більшості з них дитина з порушеннями розвитку є останньою з народжених. Проте в таких сім'ях є більше сприятливих можливостей для нормалізації психологічного стану батьків в порівнянні з об'єктивними можливостями батьків, які виховують єдину дитину з особливими потребами. Батьки, у яких здорові діти народилися після хворих чи є однією дитиною з двійні, складають нечисленну групу.

Відносини в сім'ї можуть погіршуватися не тільки між подружжям. Вони можуть змінюватися між матір'ю дитини з відхиленнями у розвитку та її батьками або батьками її чоловіка. Особливості дитини важко прийняти непідготовленій людині. Жалість до свого онука і його матері можуть тривалий час пронизувати взаємини близьких людей. Проте з віком сили слабшають: бабусі й дідусі поступово усуваються від такої родини. Іноді з боку бабусь і дідусів звучать гіркі докори у бік дитини з відхиленнями в розвитку і його матері («Ти винен у тому, що бабуся хворіє» або «Ти винна в тому, що в мене немає здорових онуків» та ін.).

Заслуговує на увагу також тенденція, яка проявилася у окремих матерів, які виховують дітей з вираженими дефектами розвитку. У зв'язку з тим, що проблема виховання і навчання такої дитини лише частково забезпечується системою державного утворення, окремі матері знаходять у собі сили і можливості для отримання спеціальної освіти та використання нових знань для розвитку та навчання як свою дитину,так і інших дітей.

Можна виділити ще одну особливість, що [характеризує](http://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) соціальну позицію значної частини батьків щодо виховання, розвитку та подолання проблем хворої дитини. Цю позицію можна назвати утриманською або безініціативною. Батьки вважають, що подоланням проблем їх дитини повинні займатися фахівці та співробітники установ, в яких їхні діти виховуються, навчаються або тривало лікуються і живуть.

Соматичний рівень у родині також схильний до змін.

Стрес, що виник в результаті комплексу незворотних психічних розладів у дитини, може викликати різні захворювання у його матері, будучи, таким чином, ніби пусковим [механізмом](http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD%D1%96%D0%B7%D0%BC%D1%96) цього процесу. Виникає [патологічний](http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F) ланцюжок: недуга дитини викликає психогенний [стрес](http://ua-referat.com/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81) у її матері, який в тій чи іншій мірі провокує виникнення у неї соматичних або психічних захворювань. Таким чином, захворювання дитини, її психічний стан, можуть бути психогенним і для батьків, в першу чергу матерів.

Соматичні захворювання у батьків хворих дітей мають наступні особливості. Матері хворих дітей скаржаться на [коливання](http://ua-referat.com/%D0%9A%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F) артеріального тиску, безсоння, часті і сильні головні болі, порушення терморегуляції. Чим старшою стає дитина, тобто чим довша психопатогенна ситуація, тим більшою мірою у деякої частини матерів виявляються порушення здоров'я. Виникають: розлади менструального циклу і ранній [клімакс](http://ua-referat.com/%D0%9A%D0%BB%D1%96%D0%BC%D0%B0%D0%BA%D1%81); часті застуди та [алергія](http://ua-referat.com/%D0%90%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D1%96%D1%8F); серцево-судинні та ендокринні захворювання; виражене або тотальне посивіння; проблеми, пов'язані з шлунково-кишковим трактом. Матері хворих дітей часто скаржаться на загальну втому, відсутність сил, а також зазначають стан загальної депресії.

Безумовно, фізичне навантаження у батьків таких дітей надзвичайно велике, особливо це стосується батьків, які мають дітей з дитячим церебральним паралічем (постійна фізична допомога дитині при її переміщенні по будинку, щотижневе перевезення дитини різними видами громадського [транспорту](http://ua-referat.com/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%82) з дому до школи і назад за відсутності належних допоміжних засобів). Труднощі, з якими стикаються батьки розумово відсталих дітей, мають свою специфіку, оскільки щоденне супроводження дитини до школи (якщо це не школа-інтернат) і [додому](http://ua-referat.com/%D0%94%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%BC%D1%83) у великому мегаполісі займає багато часу.

Проте при наявності величезного фізичного навантаження, яке, безсумнівно, виснажує сили і впливає на соматичний стан батьків, психологічний фактор і нічим не вимірна тяжкість переживаються, відіграючи провідну роль. Для батьків у першу чергу патогенними є перераховані раніше психологічні особливості розвитку їхніх дітей: ознаки інтелектуального недорозвитку, зовнішнє каліцтво, рухові і мовні порушення. Почуття страху, невпевненості в собі, різні форми депресії — усі ці болючі стани батьків є не тільки у відповідь реакцією їх особи на переживання, але й у відповідь захисною реакцією всього їх організму.

Особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами можна визначати в залежності від специфіки інвалідності.

Розглянемо особливості ставлення батьків до дітей з вадами у розумовій сфері. Предметом глибоких емоційних переживань батьків і близьких розумово відсталих дітей є особливості їх психофізичних порушень, і в першу чергу недостатність інтелектуальної діяльності. У зв'язку з цим тягар патогенного впливу порушень розвитку розумово відсталих дітей на психіку їхніх батьків залежить від таких характеристик розумової відсталості, як [стійкість](http://ua-referat.com/%D0%A1%D1%82%D1%96%D0%B9%D0%BA%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C) (тобто незворотність), тривалість (протягом всього життя), ступінь вираженості (тяжкість, глибина ураження) і характер інтелектуального дефекту.

Інтелектуальний дефект розумово відсталих дітей, що розглядається як ведучий, надає особливий дестабілізуючий, гнітючий вплив на психіку їхніх батьків. Саме провідний дефект є для батьків і близьких розумово відсталих дітей психотравмуючим чинником, тому що ця аномалія, незважаючи на наявний потенціал до розвитку позитивної динаміки в цілому, виключає можливість повного одужання дитини, успішної соціально-трудової адаптації та самостійного повноцінного життя в соціумі.

Народження дитини з інтелектуальним дефектом дестабілізує психологічний стан батьків ще й тому, що у побутовій свідомості ця [подія](http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D1%96%D1%8F) часто сприймається як ознака наявності невластивих людині характеристик («Він не [такий](http://ua-referat.com/%D0%A2%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D0%B9), як усі», «Він не схожий на нас, значить, він чужий»). У батьків такої дитини оточуючі починають вишукувати відхилення від норми і сприймати їх як психічно хворих осіб або як людей зі шкідливими звичками (алкоголіків, наркоманів). Це, звісно, зводить невидиму стіну між сім'єю та соціальним оточенням. Батьки розумово відсталих дітей надзвичайно бояться і соромляться діагнозу, поставленого їх дитині. Вони використовують усі можливості для його зміни на інший, на їхню думку, більш прийнятний і «щадний» ([ранній дитячий аутизм](http://ua-referat.com/%D0%A0%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%96%D0%B9_%D0%B4%D0%B8%D1%82%D1%8F%D1%87%D0%B8%D0%B9_%D0%B0%D1%83%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%BC), дитячий церебральний параліч та ін.).

Розумово відстала дитина, [підліток](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%96%D0%B4%D0%BB%D1%96%D1%82%D0%BE%D0%BA) або доросла [людина](http://ua-referat.com/%D0%9B%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0) сприймається як близькими людьми, так і в суспільстві частіше негативно, з насмішкою, хоча в окремих випадках таке ставлення супроводжується жалем. Навіть в середовищі фахівців [терміни](http://ua-referat.com/%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%B8) «розумова відсталість», «олігофренія», «дебільність», які, по суті, означають те ж саме, що і діагноз будь-якого соматичного захворювання, використовуються для негативних, принизливих, дискримінуючіх характеристик дітей та їх близьких (олігофрен, дебіл в повсякденній свідомості означає дурень). Ця ситуація не повторюється ні з якою іншою категорією дітей з відхиленнями в розвитку.

Відношення матерів до розумово відсталих дітей має суперечливий характер. З одного боку, матері проявляють жалість до дітей. Неспроможність розумово відсталих дітей змушує матерів їх опікувати і контролювати. З іншого боку, у матерів розумово відсталих дітей часто проявляється втома, роздратування, бажання покарати дитину, ігнорувати інтереси дитини в силу їх примітивності. [Емоційний стан](http://ua-referat.com/%D0%95%D0%BC%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD) матерів характеризується [депресією](http://ua-referat.com/%D0%94%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%96%D1%8F), почуттям провини, горя, сорому і [страждання](http://ua-referat.com/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F).

Відхилення у психофізичному розвитку дітей раннього віку не лише є можливим наслідком органічних і функціональних порушень, але мають і вторинний характер, обумовлений дефіцитом спілкування і відсутністю адекватних способів співпраці батьків з дітьми. Науковці виділяють шість неадекватних моделей співпраці батьків з дитиною: ізольованість, передбачувану взаємопов'язаність, мовну взаємопов'язаність, «мовчазну соприсутність», «вплив і взаємовплив», активний взаємозв'язок.

У поведінці батьків, які виховують проблемних дітей раннього віку, виділяється ряд особливостей. Серед них: невміння створювати ситуацію спільної діяльності, неемоційний характер співробітництва, неадекватність позиції по відношенню до дитини і неадекватний стиль виховання, недостатня потреба в спілкуванні з дитиною.

З кожним роком дедалі актуальніше звучить тема про потребу батьків дітей з відхиленнями у розвитку в наданні їм [психокорекційної](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F) допомоги. У зв'язку з цим фахівцями підкреслюється необхідність включення батьків розумово відсталих дітей в корекційно-виховний процес їх дітей, розробляються прийоми та методи психокорекційної допомоги. Вважається, що критеріями готовності батьків до корекційно-орієнтованого виховання дітей з порушенням інтелекту є: [педагогічна](http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%B3%D0%BE%D0%B3%D1%96%D0%BA%D0%B0) грамотність, активна участь у виховному процесі, ціннісне ставлення до дитини.

Про тяжкість і глибину психотравмуючого впливу дефекту дитини на психіку батьків (особливо якщо цей дефект характеризується як виражений) свідчить і факт більш низької соціальної активності батьків розумово відсталих дітей у порівнянні з батьками інших категорій дітей. Так, в даний час існують асоціації, що поєднують батьків аутичних дітей, дітей з сенсорними порушеннями (з синдромом Ушер) та ін. Високу активність проявляють батьки дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, співпрацюючи з різними вітчизняними та закордонними інвалідними [товариствами](http://ua-referat.com/%D0%A2%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE) та [організаціями](http://ua-referat.com/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D1%96%D0%B7%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F). Як показує практика, батьки розумово відсталих дітей демонструють більш пасивну соціальну позицію, прагнення бути «в тіні». Вони уникають декларування проблем дитини, особливо пов'язаних з її інтелектуальним дефектом.

Інтелектуальний дефект різко травмує психіку батьків дитини, гальмує їх активність. [Свідомість](http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BE%D0%BC%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C) батьків «вражає» розуміння того, що їх дитина з вадами розуму ніколи не зможе стати повноцінною людиною і що його майбутнє, незважаючи на їх титанічні зусилля, приречена. Слід також зазначити, що серед батьків дітей з розумовою відсталістю високий відсоток осіб, які мають інтелектуальні порушення. Це значно знижує можливості сім'ї щодо створення реабілітаційних умов, що забезпечують оптимальний розвиток розумово відсталої дитини.

Виявляється, що найбільш фруструючими психіку батьків дітей з дитячім церебральним паралічем є рухові розлади. По-перше, вони супроводжуються зовнішньої потворністю: спотворена фігура дитини, гримаси, характерні порушення мови, модуляції голосу, постійна салівація. За свідченнями батьків, ознаки «зовнішнього» каліцтва привертають постійну увагу оточуючих і, таким чином, травмують [свідомість](http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BE%D0%BC%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C) близьких дитини.

По-друге, знерухомлені або діти з особливими труднощами при пересуванні потребують необхідності постійної фізичної допомоги, постійного догляду за ними, що вимагає від самих батьків особливих зусиль. Пошук, купівля та використання спеціальних [транспортних](http://ua-referat.com/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%82) засобів включають і підвищені [матеріальні](http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%96%D0%B0%D0%BB%D0%B8) [витрати](http://ua-referat.com/%D0%92%D0%B8%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8) батьків і спектр їх переживань і турбот. Навіть ті діти, у яких в мінімальному обсязі порушено пересування, все одно викликають у батьків глибокі емоційні переживання. Це пояснюється тим, що темп пересування в таких осіб повільний, хода нестійка, окремі елементи пересування вимагають додаткових пристосувань.

Переважним стилем виховання в сім'ях, в яких ростуть діти та підлітки з ДЦП, є гіперопіка. Цей тип взаємовідносин проявляється в надмірній батьківській турботі про дитину, в надзвичайній йому відданості. Таке ставлення до дитини супроводжується виникненням у батьків емоційно-вольових проблем (тривожності, фрустрійованості), матері фіксуються на фізичній і психічній безпорадності їхніх дітей. Відомо, що така модель виховання призводить до психопатичного розвитку особистості хворої дитини, формує в неї егоцентричні установки, негативно позначається на становленні почуттів відповідальності і боргу. Як правило, батьки, які виявляють цей стиль виховання, знижують свою трудову і соціальну активність.

Серед сімей, які виховують дітей з руховою патологією, існують і такі, в яких має місце емоційне відкидання хворої дитини, що проявляється в жорстокому поводженні (приклад: дитина, прикріплена ланцюгом до собачої будки). Причому модель сімейного виховання часто залежить від психологічних особливостей самих батьків, їх ціннісного ставлення до дитини і культурного рівня.

Наступною категорією інвалідності можна визначити аутичних дітей. Для батьків аутичних дітей особливою психотравмуючою проблемою є відсутність можливості розміщення дитини в спеціально створений для таких дітей освітній заклад. Нерозробленість нормативно-правової бази, що забезпечує навчання дітей цієї категорії в спеціальних умовах, є причиною відсутності такого виду установ у нашій країні. В даний час більшість аутичних дітей навчаються як в масових, так і в різних спеціальних корекційних освітніх установах. Їхня кількість неухильно зростає. Частина дітей отримують спеціалізовану допомогу в різних реабілітаційних і психолого-медико-педагогічних центрах, в основному зосереджених в столиці або великих містах. Аутичні діти, що живуть на периферії, позбавлені цієї допомоги. Перераховані особливості аутичних дітей вимагають від батьків створення у будинку специфічних умов внутрісімейного побуту та формування особливих моделей взаємодії та виховання.

Травмуючим фактором, що впливає на емоційний статус батьків, безумовно, є порушення здатності дитини до встановлення адекватного контакту з навколишнім соціумом і з ними особисто. Згодом ця межа дитини проявляється у вигляді соціально-побутової непристосованості і порушення соціальної адаптації. Батьки страждають через відсутність потреби у дитини до адекватного контакту (притулитися, приголубити до матері або батька, подивитися їм в очі, поговорити).

Холодність і байдужість аутичних дітей навіть до близьких часто поєднуються з підвищеною емоційною ранимістю. Діти лякаються різких звуків, гучного голосу, жодних зауважень на свою адресу, що особливо ускладнює їх взаємодію з близькими і вимагає постійного створення спеціальних умов для їх життєдіяльності.

В даний час в роботі з батьками аутичних дітей використовується метод холдинг-терапії. Метод холдинг-терапії дозволяє виробити у дитини форми позитивного емоційного контролю, зняти емоційну напругу, тривогу, [страхи](http://ua-referat.com/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%B8). У результаті [холдингу](http://ua-referat.com/%D0%A5%D0%BE%D0%BB%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B3) прогресує мовний розвиток аутичних дітей, формуються нові форми емоційного контакту.

Цей метод дає можливість також поліпшити розуміння батьками проблем і можливостей аутичної дитини, навчити батьків адекватним способам взаємодії з дитиною і конкретним [прийомам](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%B9%D0%BE%D0%BC%D1%83) корекційної роботи. Визначаються показання до проведення сімейного холдингу (присутність батька та матері дитини під час процедури), а також режимні характеристики проведення процедури і протипоказання (важкі соматичні захворювання; ситуація неповної сім'ї або відмова батька від участі в холдингу; опір батьків, їх емоційна неготовність до холдинг-терапії).

Підводячи підсумки можна зробити наступні висновки. У сім'ях, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку, формуються неадекватні міжособистісні стосунки в силу різних причин. До факторів, що порушують сімейну атмосферу, що впливають на розвиток неконструктивних моделей дитячо-батьківських і батьківсько-дитячих взаємин і типів виховання дітей з відхиленнями у розвитку, можна віднести наступні:

* характер і ступінь вираженості порушень у дитини, їх незворотність, тривалість і зовнішні прояви психофізичної недостатності (наприклад, при розумовій відсталості, дитячому церебральному паралічі, ранньому дитячому аутизмі тощо);
* особистісні особливості батьків (осіб, які їх заміщують), які загострюються в [ситуаціях](http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%B8%D1%82%D1%83%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F) що травмують психіку (прояв тенденцій до розвитку акцентуацій або аномалій характеру);
* ціннісні орієнтації батьків (осіб, які їх заміщують) і специфічний характер [впливу](http://ua-referat.com/%D0%92%D0%BF%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%B8) батьківських установок на процес виховання, їх залежність від сімейних, національно-етнічних традицій, соціально-культурного рівня і освіченості батьків як вихователів; при цьому важливе значення у виборі батьками моделі виховання мають їх психологічні особливості (авторитарний, невротичних, [психосоматичний](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0) типи);
* соціальне середовище та умови, які перешкоджають реалізації батьками своїх виховних завдань (наприклад, соціально-економічні катаклізми, що мають місце на сучасному етапі розвитку українського суспільства).

Крім того ставлення батьків до дітей з особливими потребами відіграє першорядну роль у подальшому становленні таких дітей у суспільстві. Тут важливе значення має такий фактор, як ставлення батьків до дітей з особливими потребами, а також прийняття або неприйняття батьками дитини.

## 2.4 Психологічні особливості прийняття батьками дітей з особливими потребами

Згідно системного підходу до типологізації прийняття дитини і батьківського ставлення готовність батьків до повного прийняття дитини визначається такими кроками: дозволом їй бути такою, якою вона є; увагою до її почуттів і думок, умінням почути та зрозуміти їх; здатністю підтримати дитину, усвідомлюючи, що її цінності та системи поглядів можуть не збігатися з батьківськими; повагою до позиції дитини, вірою в її сили та можливості; готовністю ділитися власними цінностями і поглядами, створюючи тим самим можливість дитині розуміти інших; поблажливим і терплячим ставленням до своїх вихованців. За всім цим стоїть безкорислива, істинна любов батьків до дітей, яка допомагає дорослим відмовитися від фіксації на слабкостях, недоліках, недосконалостях, спрямовує виховні зусилля на підкріплення позитивних якостей особистості дитини, на підтримку її сильних сторін. Найважливіше, що ця стратегія виграшна для всіх учасників виховного процесу – батьків і дітей, а відтак для сім'ї в цілому. Адже саме в якій атмосфері, де безоцінно приймаються будь-які індивідуальні відмінності, де любов і прихильність виражаються відкрито, де помилки допомагають здобути новий досвід, де спілкування відкрите й довірче, де особиста відповідальність і [чесність](http://ua-referat.com/%D0%A7%D0%B5%D1%81%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C) – обов'язкові складові взаємин, може сформуватися почуття самоцінності в кожного члена сім'ї. Психологічне прийняття – це особлива позиція щодо себе та своєї дитини, яка має когнітивний, емоційно-смисловий та поведінковий компоненти. Когнітивний (пізнавальний) компонент виявляється у тому, що батьки мають необхідні [знання](http://ua-referat.com/%D0%97%D0%BD%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F) про дитину, причому не лише зовнішні, але й інтуїтивні – вміння визначати потреби дитини. Емоційно-смисловий компонент виражається у повному прийнятті батьками дитини з особливими потребами як самостійної цінності: дитина не стає для батьків засобом самореалізації чи втримання партнера. Поведінковий компонент характеризується компетентною взаємодією батьків з дитиною, адекватною до потреб дитини, здатною до відповідального вибору.

Вивчення батьківського ставлення до дітей свідчить, що майже у половини батьків високі значення має складова «інфантилізація», що відображає проблеми у когнітивному компоненті прийняття. Високі значення складових «симбіоз» (порушення діагностується у половини батьків), та «авторитарна гіперсоціалізація» (виявлено майже у третини батьків) вказують на проблеми у поведінковому компоненті батьківського ставлення.

Також можна зазначити, що у переважної більшості батьків існують певні порушення батьківського ставлення, які потребують психологічної корекції, а також, в структурі батьківського ставлення ту чи іншу ступінь порушення мають всі три основні компоненти ставлення (емоційний, поведінковий, когнітивний).

Таким чином, позитивний ефект в процесі корекції неефективного батьківського ставлення до дитини з особливими потребами досягається шляхом цілеспрямованого та комплексного впливу на когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти ставлення.

Особливості прийняття батьками дітей з особливими потребами можна поділити на адекватні, та неадекватні; суб’єктивні та об’єктивні.

Під адекватним розуміється прийняття дитини «такою, як вона є», адже частіше саме близькі родичі повертають віру в сенс життя і віру в самого себе у дитини, створюючи особливий психологічний клімат її існування у родині. При адекватному прийнятті дитини кожен її успіх, кожне досягнення — це успіх усієї родини.

Неадекватне прийняття — це «відторгнення» дитини, негативне ставлення до неї. У батьків це ставлення може проявлятись у роздратуванні, по відношенню до дитини, у ігноруванні її інтересів в силу їх примітивності а також у бажанні покарати дитину.

При суб’єктивному прийнятті дитина з особливими потребами сприймається як суб’єкт соціальних відносин, тобто як повноправний член суспільства. Ані батьки, ані найближче оточування не фокусуються на інвалідності дитини, що є сприятливим фактором до її подальшої адаптації у суспільстві і соціумі, а також сприяє поступовій еволюції ставлення до людей з обмеженими можливостями у суспільстві. А при об’єктивному прийнятті — як особистість, яка віддалена від суспільства. Це обумовлене перш за все тим, що суспільство прагне до того, щоб відкупившись від дитини з особливими потребами з одного боку, обмежити її соціально і виховати в ній споживацьке ставлення до здорових людей і суспільства. У батьків об’єктивне ставлення проявляється у бажанні «сховати» дитину від усіх, що, в свою чергу, впливає на набування неадекватної форми взаємодії дитини з соціальним середовищем і виникнення комунікативних проблем і перешкод. Через це відносини з людьми фарбуються в свідомості дитини в несприятливі тони, для неї характерні відгородженість, [тривожність](http://ua-referat.com/%D0%A2%D1%80%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C), агресія.

Таким чином, можна сказати, що психологічними особливостями особистісного прийняття батьками дітей з особливими потребами є розуміння того, що інвалідність дитини різко змінює все буття і поведінку сім’ї — цінності, прагнення, психологічні стан і реакції батьків.

Однією ж з проблем сім’ї, яка має дитину з особливими потребами, є сприйняття її як фактора, що порушує нормальну (в суспільстві усталену) функцію сім’ї. Подальший розвиток сімейних відносин гармонізує або ще більше викривлює їх і відповідним чином впливає як на дорослих, так і на дітей. Тож родині, батькам зокрема, треба бути свідомими щодо перебігу хвороби, перспективи психічного розвитку дитини і відповідним чином будувати свої стосунки у родині та за її межами.

Таким чином, під [особистісним](http://ua-referat.com/%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C) прийняттям ми розуміємо цілісну систему різноманітних почуттів до дитини, поведінкових [стереотипів](http://ua-referat.com/%D0%A1%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%BF%D0%B8), що практикуються по відношенню до неї, особливостей сприйняття та розуміння характеру дитини, її вчинків. Це визнання [права дитини](http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0_%D0%B4%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B8) на властиву їй індивідуальність, несхожість на інших, у тому числі несхожість на батьків. У ситуації з дитиною з особливими потребами — це найбільш актуально. Також у рамках особистісного прийняття або неприйняття дитини формується психологічний і [емоційний стан](http://ua-referat.com/%D0%95%D0%BC%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD) батьків, та рівень спілкування у родині, коли з'являється дитина з особливими потребами. Особистісне прийняття або неприйняття батьками дефекту дитини також лежить в основі виховного впливу батьків і впливає на визначення батьками моделі виховання.

Основними структурними елементами психологічного прийняття є:

1) сприймання дитини на когнітивному рівні («інфантилізація»);

2) інтегральне емоційне ставлення («прийняття-нехтування»);

3) форми та спрямованість контролю за поведінкою дитини («авторитарна гіперсоціалізація»);

4) міжособистісна дистанція у спілкуванні з дитиною («симбіоз»).

# 3. ПОТРЕБИ ТЯЖКО ХВОРОЇ ЛЮДИНИ

Знання потреб невиліковно хворих – найважливіша вимога для всіх працівників мультидисціплінарної команди. Виявлення, оцінка потреб невиліковно хворого та складання адекватного плану втручання є принципово важливою частиною роботи хоспісу.

Згідно зі змістом сучасної літератури з практики соціальної роботи, у першу чергу необхідно задовільнити фізіологічні потреби людини, пізніше – потреби безпеки, далі – потреби у належності та любові, за ними йдуть естетичні та пізнавальні потреби, а також потреби в самоактуалізації. Таким чином, оцінка та задоволення фізіологічних потреб людини з інвалідністю має відбуватися на першому етапі роботи з ним. До таких потреб належать: потреба у харчуванні, медикаментах, в т.ч. і знеболювальних тощо. «Якщо хворий страждає від неймовірного болю і не може отримати необхідного знеболення, то психологічна, духовна підтримка такій людині будуть недостатніми і навіть зайвими.

## 3.1 Фізичне виховання дітей, які страждають на дцп

Метою фізичного виховання дітей з ДЦП є створення за допомогою корекційних фізичних вправ і спеціальних рухових режимів передумов для успішної побутової, навчальної, трудової та соціальної адаптації до реальних умов життя, їх інтеграції в суспільстві.

Основним завданням фізичного виховання дітей, які страждають на ДЦП, є поетапне руховий розвиток дітей в тій послідовності, яка властива здоровим дітям. Якщо умовно уявити собі руховий розвиток дитини у вигляді будівництва багатоповерхового будинку, то дитина самостійно і за допомогою лікаря і педагога повинен поступово підніматися з поверху на поверх, після завершення «будівництва» попереднього. Причому починати свій рух нагору він повинен саме з того рівня, на якому зупинився в своєму розвитку, а не виходячи зі свого віку. І в 5 років руховий розвиток дитини може знаходиться на рівні піврічного!

Для більш детального опрацювання основних корекційних завдань формуємо більш приватні допоміжні завдання, які буде вирішувати лікар, педагог (методист, батьки дитини) в процесі фізичного виховання:

* Корекція порочних установок опорно-рухового апарату (кінцівок, відділів хребетного стовпа і ін.); подолання слабкості (гіпотрофії, атрофії) окремих м'язових груп; поліпшення рухливості в суглобах (профілактика або розробка контрактур); нормалізація тонусу м'язів (корекція пізнотонічних реакцій);
* Поліпшення м'язово-суглобового відчуття (кінестезії) і тактильних (шкірних) відчуттів;
* Формування компенсаторною гіпертрофії певних м'язових груп (посилення розвитку тієї групи м'язів, яка змушена взяти на себе функції ослабленою, паралізованою);
* Поліпшення діяльності серцево-судинної дихальної та ін. систем організму;
* Розвиток предметно-маніпулятивної діяльності рук (пальців рук);
* Формування вестибулярних і антигравітаційних реакцій, статодинамічної стійкості (рівноваги) і орієнтування в просторі;
* Формування різних опорних реакцій рук і ніг; загальна релаксація (розслаблення) організму і окремих його кінцівок і ін.

Слід зазначити одну з найважливіших особливостей рухового розвитку дітей, на яку давно звернули увагу найбільші вітчизняні та зарубіжні вчені. Було переконливо доведено, що руховий розвиток дітей надає потужний розвиток на їх загальний розвиток, зокрема на формування мови, психіки, інтелекту, таких аналізаторних систем, як зорова, слухова, тактильна, а також, в широкому сенсі, на їх поведінку. У зв'язку з цим вважаємо обов'язковим планувати в процесі фізичного виховання вирішення таких спеціальних і корекційних завдань:

1. Розвиток мовлення за допомогою руху:

* поєднання звуку і руху;
* звуконаслідування;
* звукова забарвлення руху;
* рольові рухові ігри зі звуковим вираженням;
* ритмування рухової діяльності (поєднання звуку, ритму і руху);
* дихання як складова частина звукоутворення;
* дрібна моторика і т.д.

2. Формування в процесі фізичного виховання просторових і часових уявлень типу:

* Далі – ближче;
* Вище – нижче;
* Зліва – справа;
* Більше – менше;
* Багато – мало;
* Швидко – повільно;
* Часто – рідко і т.д.

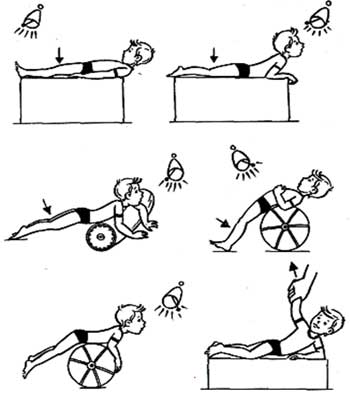
3. Вивчення в процесі предметної діяльності на заняттях з фізичної культури різних фізичних властивостей матеріалів (важкий – легкий, гладкий – шорсткий, щільний – пористий, еластичний – крихкий і т.д.), а також призначення предметів (для чого застосовуються і ін.)

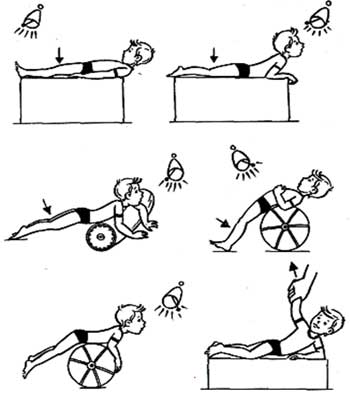
4. Формування в процесі рухової діяльності різних видів мислення.

Управління емоційною сферою дитини, розвиток його моральноволевих якостей особистості, здійснювані в процесі спеціальних рухових завдань, ігор, естафет і т.д.

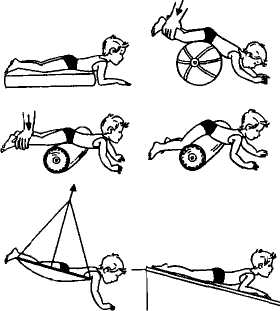
## 3.2 Корекційні фізичні вправи

Основні вихідні положення та робочі пози дитини для формування вертикального положення голови:



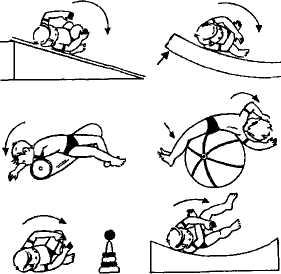


Мал. 1. Вправи для формування вертикального положення голови

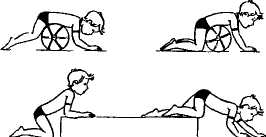


Мал. 2. Вправи для формування контролю положення голови і розвитку реакції опори і рівноваги рук.

***Тренування поворотів тулуба.*** Повороти зі спини на бік і зі спини на живіт стимулюють підйом голови, гальмують вплив шийних тонічних рефлексів, розвивають координацію рухів, рівновагу. У положенні на боці дитина бачить свої руки, що сприяє виробленню зорово-моторних координації. Крім того, обертальні рухи необхідні для підтримки рівноваги.



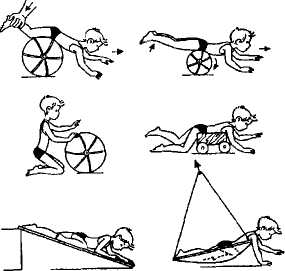
Мал. 3. Вправи для тренування поворотів.



Мал. 4. Вправи для формування положення на четвереньках

***Тренування повзання рачки***. Спочатку тренують піднімання голови і опору на передпліччя і кисті в положенні на животі. У положенні рачки тренується здатність правильно утримувати позу, спираючись на розкриті кисті і коліна, відпрацьовується реакція рівноваги, перенесення маси тіла, спираючись, то на одну руку або одну ногу, то на іншу. При цьому стежать за правильним (розігнутим) становищем голови. Для повзання рачки важливо правильно переміщати центр ваги, зберігати рівновагу і здійснювати реципрокні руху кінцівками.

http://www.studfiles.ru/html/2706/599/html_YaZojiX6Kn.l9lU/htmlconvd-ayBYmH_html_4be411cb.jpg



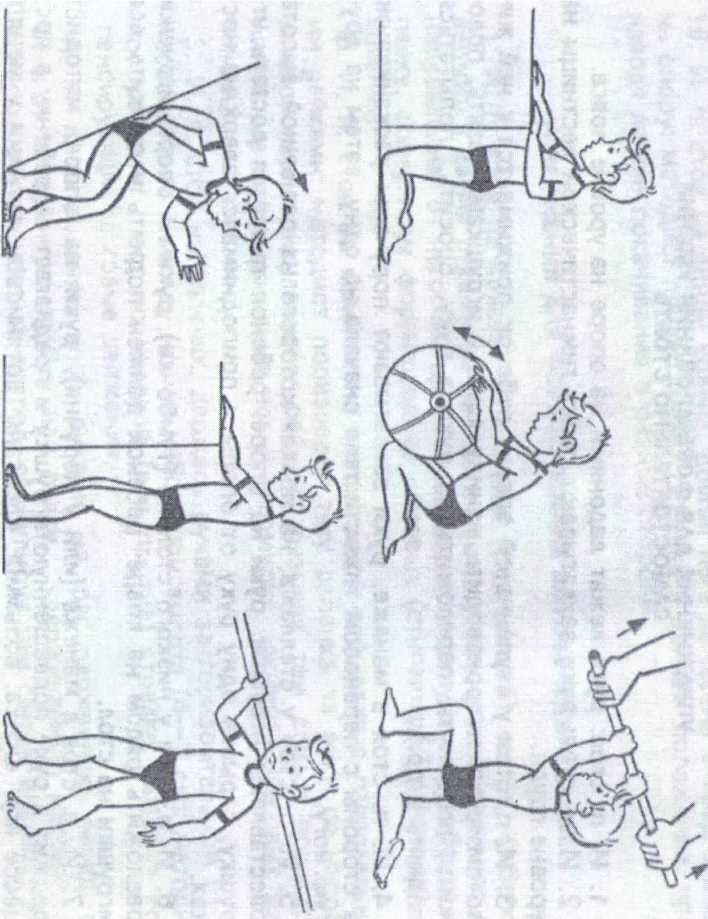
Мал. 5. Вправи для формування вміння повзати рачки.

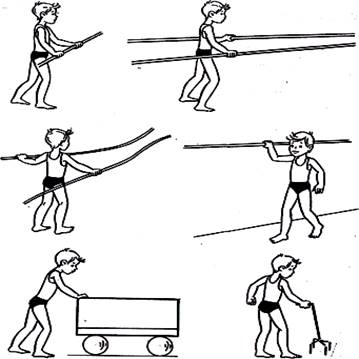
Поряд з формуванням основних рухових навичок і умінь необхідно вирішувати такі завдання, як:

* нормалізація довільних рухів в суглобах кінцівок;
* нормалізація дихальної функції;
* формування навички правильної постави і правильної установки стоп;
* корекція сенсорних розладів;
* корекція координаційних порушень (дрібної моторики, статичної і динамічної рівноваги, ритмічності рухів, орієнтування в просторі);
* тренування м'язово-суглобового відчуття;
* профілактика і корекція контрактур;
* активізація психічних процесів і пізнавальної діяльності.



Мал. 6 Вправи для формування функції сидіння

Мал.7 Вправи для формування вміння самостійно стояти



Мал.8 Вправи для формування самостійної ходьби

# 4. НАВИЧКИ ЕФЕКТИВНОГО СПІЛКУВАННЯ З ДІТЬМИ ОБМЕЖЕНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ

• Не вимагайте від дитини того що вона не може зробити. Адаптуйте завдання до можливостей дитини (знизьте рівень "батьківських амбіцій").

• Надійно зафіксуйте навички та здібності дитини які він проявляє.

• Тон, яким ви говорите з дитиною повинен бути дружелюбно-пояснювальний (не гарячіться)

• Заохочуйте хороші дії дитини (словами, дотиками, погладжуваннями).

• Використовуйте в спілкуванні навчальні ігри і навички.

• Для фіксації уваги дитини використовуйте тактильний контакт (взяти за руки, доторкається і т.д.). Зафіксуйте погляд дитини на своєму обличчі

• Давати короткі, але чіткі інструкції.

• Використовуйте гнучку систему заохочень.

Позитивне ставлення – основа психологічного комфорту дитини. Дитина постійно його шукає і навіть бореться за нього.

*Правила спілкування з агресивним дитиною:*

• Бути уважним до потреб дитини.

• Демонструвати модель неагресивного поведінки.

• Бути послідовним у вимогах до дитини.

• Навчити прийнятним формам вираження гніву дитини.

• Давати можливість дитині висловлювати гнів безпосередньо після вчинку.

• Навчати розрізняти власні емоції, стан близьких і оточуючих людей.

• Розвивати здатність до емпатії (співпереживання).

• Розвивати навички ефективне поведінки дитини.

• Використовувати рольову гру в складних ситуаціях Вчити брати відповідальність на себе.

*Правила спілкування з тривожною дитиною*

• Уникати таких видів роботи, які вимагають швидкого виконання.

• Не порівнювати дитину з іншими дітьми.

• Використовувати тілесний контакт, вправи на релаксацію (розслаблення).

• Підвищувати самооцінку дитини. Частіше хвалити його так, щоб він знав, за що.

• Частіше звертайтеся до дитини на ім'я.

• Будьте впевнені в собі. Ви – взірець поведінки.

• Не пред'являйте до дитини завищених вимог.

• Будьте послідовні у вихованні.

• Намагайтеся робити якомога менше зауважень.

• Використовуйте покарання лише в крайніх ситуаціях.

• Не принижуйте дитину при покаранні.

# 5. ПИТАННЯ ЯКІ МОЖУТЬ ВИНИКНУТИ

# ЯКІ ОРГАНИ ДЕРЖАВИ ВИРІШУЮТЬ СОЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ?

Державне управління в галузі забезпечення соціальної захищеності інвалідів здійснюється центральним органом виконавчої влади з питань праці та соціальної політики, Міністерством охорони здоров'я України та органами місцевого самоврядування. Представники республіканських громадських організацій інвалідів є членами колегій центрального органу виконавчої влади з питань праці та соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я України. Центральний орган виконавчої влади з питань праці та соціальної політики спільно з іншими міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями інвалідів здійснює розробку й координацію довгострокових і короткострокових програм по реалізації державної політики щодо інвалідів та контролює їх виконання. Фінансування заходів щодо соціальної захищеності інвалідів і дітей-інвалідів здійснюється за рахунок коштів державного бюджету, в тому числі Фондом соціального захисту інвалідів, місцевих бюджетів, а також органами місцевого самоврядування за місцевими програмами соціального захисту окремих категорій населення за рахунок коштів місцевих бюджетів.

(Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», статті 8-10).

# ЯКИЙ ТЕРМІН РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ ГРОМАДЯН?

До вищестоящого органу можна звертатись із заявою коли вона вже була розглянута нижчестоящим органом, з наданням відповіді, яка не задовольняє заявника. Заяви та звернення повинні бути подані обов`язково в письмовій формі, особисто або надіслані поштою рекомендованим листом і зареєстровані в органах, куди подається заява, з присвоєнням вхідного номеру (копія з реєстраційним номером залишається у заявника). Заява на рішення, що оскаржується, може бути подана до органу або посадової особи вищого рівня протягом одного року з моменту його прийняття, але не пізніше одного місяця з часу ознайомлення з прийнятим рішенням. Звернення розглядаються і вирішуються у місячний термін, а ті, які не потребують додаткового вивчення невідкладно, але не пізніше п'ятнадцяти днів з дня отримання. Загальний термін вирішення питань не може перевищувати сорока п`яти днів.

(Закон України «Про звернення громадян», статті 17, 20). У разі коли відповідь на вашу заяву не надійшла вчасно потрібно звернутись з письмовою заявою до керівника цього ж органу та крім викладених вимог наголосити на порушенні терміну розгляду заяв, або ж до органів Прокуратури з аналогічною вимогою.

# ЯКЩО ПРАВА ЛЮДИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ ПОРУШЕНІ, КУДИ МОЖНА ЗВЕРНУТИСЯ?

Якщо права людини з інвалідністю порушені можна звернутися із заявою до органів Прокуратури або до суду. Інваліди 1 та 2 груп звільняються від сплати судового збору та державного мита, крім підприємцівінвалідів, що звертаються до господарських судів.

(Декрет КМУ «Про державне мито», стаття 4).

Загальні гарантії доступу до суду в Україні закріплені у Конституції. Відповідно до частини першої статті 55 «права і свободи людини і громадянина захищаються судом». При цьому Конституція України базується на якнайширшому тлумаченні прав і свобод людини, гарантуючи у статті 22, що вони «не є вичерпними» і «не можуть бути скасовані». Окрім цього частина друга статті 3 Конституції України наголошує, що «права і свободи людини визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність». Співвідношення усіх цих положень дає підстави стверджувати, що Конституція України гарантує судовий захист невичерпного обсягу прав і свобод людини і громадянина. Зрештою частина четверта статті 55 Конституції гарантує кожному після використання всіх національних засобів правового захисту можливість «звертатися за захистом своїх прав і свобод до відповідних міжнародних судових установ чи до відповідних органів міжнародних організацій, членом або учасником яких є Україна».

В Україні правосуддя здійснюється виключно судами. Судочинство здійснюється Конституційним Судом України та судами загальної юрисдикції. Громадяни можуть звертатися до Конституційного Суду лише з питань офіційного тлумачення Конституції та законів України «з метою забезпечення реалізації чи захисту конституційних прав та свобод людини і громадянина, а також прав юридичної особи».

(Закон України «Про Конституційний суд України», стаття 42).

# ЯКІ ПІЛЬГИ МАЮТЬ ЛЮДИ З ІНВАЛІДНІСТЮ ПРИ ЗВЕРНЕННІ ДО СУДУ?

При зверненні до суду особа, яка звертається, повинна сплатити судовий збір. Судові витрати складаються з судового збору та витрат, пов'язаних з розглядом справи. Розмір судового збору, порядок його сплати і звільнення від сплати встановлюються законом. До витрат, пов'язаних з розглядом судової справи, належать:

1) витрати на інформаційно-технічне забезпечення;

2) витрати на правову допомогу;

3) витрати сторін та їх представників, що пов'язані з явкою до суду;

4) витрати, пов'язані із залученням свідків, спеціалістів, перекладачів та проведенням судових експертиз;

5) витрати, пов'язані з проведенням огляду доказів за місцем їх знаходження та вчиненням інших дій, необхідних для розгляду справи.

До витрат на інформаційно-технічне забезпечення розгляду справи відносяться витрати, пов'язані з інформуванням учасників цивільного процесу про хід і результати розгляду справи, а також витрати, пов'язані з виготовленням та видачею копій судових рішень. Розмір та порядок оплати витрат на інформаційно-технічне забезпечення розгляду справи залежно від категорії справ встановлюються Кабінетом Міністрів України.

Не підлягають оплаті при зверненні до суду і покладаються на сторони після розгляду справи судом витрати на інформаційно-технічне забезпечення у справах про:

1) поновлення на роботі;

2) стягнення заробітної плати, компенсацій працівникам, вихідної допомоги, відшкодування за затримку їх виплати;

3) відшкодування шкоди, завданої каліцтвом, іншим ушкодженням здоров'я або смертю фізичної особи;

4) стягнення аліментів;

5) визнання батьківства або материнства.

Не підлягають оплаті витрати на інформаційнотехнічне забезпечення у справах про:

1) обмеження цивільної дієздатності фізичної особи, визнання фізичної особи недієздатною та поновлення цивільної дієздатності фізичної особи;

2) надання неповнолітній особі повної цивільної дієздатності;

3) надання особі психіатричної допомоги в примусовому порядку;

4) обов'язкову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу;

5) відшкодування шкоди, завданої особі незаконними рішеннями, діями чи бездіяльністю органу державної влади, органу влади Автономної Республіки Крим або органу місцевого самоврядування, їх посадовою або службовою особою, а так само незаконними рішеннями, діями чи бездіяльністю органів дізнання, досудового слідства, прокуратури або суду;

6) оголошення фізичної особи померлою внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру.

Не підлягають оплаті витрати на інформаційно-технічне забезпечення у справах, в яких, у випадках, встановлених законом, представництво інтересів громадянина або держави в суді здійснює прокурор.

Не підлягають оплаті витрати на інформаційнотехнічне забезпечення у справах про захист прав малолітніх чи неповнолітніх осіб у випадках, якщо представництво їх інтересів у суді відповідно до закону або міжнародного договору, згоду на обов'язковість якого надано Верховною Радою України, здійснюють Міністерство юстиції України та/ чи органи опіки та піклування або служби у справах дітей.

Суд, враховуючи майновий стан сторони, може своєю ухвалою відстрочити або розстрочити сплату судового збору та витрат на інформаційно-технічне забезпечення розгляду справи на визначений строк, але не більше як до ухвалення судового рішення у справі.

Якщо у встановлений судом строк судові витрати не будуть оплачені, заява відповідно до статті 207 ЦПКУ залишається без розгляду, або витрати стягуються за судовим рішенням у справі, коли оплата судових витрат була відстрочена або розстрочена до ухвалення цього рішення.

З підстав, зазначених у частині першій цієї статті, суд може зменшити розмір належних до оплати судових витрат, пов'язаних з розглядом справи, або звільнити від їх оплати.

Витрати, пов'язані з оплатою правової допомоги адвоката або іншого фахівця в галузі права, несуть сторони, крім випадків надання безоплатної правової допомоги.

Граничний розмір компенсації витрат на правову допомогу встановлюється законом.

Витрати фізичних осіб, пов'язані з оплатою правової допомоги при розгляді судом справ про оголошення померлою фізичної особи, яка пропала безвісти за обставин, що загрожували їй смертю або дають підстави вважати фізичну особу загиблою від певного нещасного випадку, або інших обставин внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, несуть юридичні особи, на території яких мав місце нещасний випадок внаслідок таких надзвичайних ситуацій.

# ЧИ МАЄ ПРАВО ЛЮДИНА З ІНВАЛІДНІСТЮ НА УЧАСТЬ В ПОЛІТИЧНОМУ ЖИТТІ, ВІЛЬНЕ ВОЛЕВИЯВЛЕННЯ?

Конституція України гарантує усім громадянам право брати участь в управлінні державними справами, у всеукраїнському та місцевих референдумах, вільно обирати і бути обраними до органів державної влади та органів місцевого самоврядування. (Конституція України, стаття 38). Таким чином, відповідно до Конституції України особи з інвалідністю повині мати можливість вільно обирати та бути обраними.

Виборцю, який внесений до списку виборців на виборчій дільниці, але за віком, у зв'язку з інвалідністю чи за станом здоров'я не здатний пересуватися самостійно, дільнична виборча комісія надає можливість голосувати за місцем перебування цього виборця (Частина 1 Статті 77 Закону України «Про вибори Президента України», частина 1 статті 84 Закону України «Про вибори народних депутатів України», частина 1 статті 67 Закону України «Про вибори депутатів Верховної Ради Автономної Республіки Крим, місцевих рад та сільських, селищних, міських голів»).

Особлива процедура голосування – це поки що в Україні єдиний гарантований та відпрацьований механізм, яким особи з інвалідністю можуть скористатися для голосування. Виборці, стосовно яких у списку виборців є відмітка про постійну нездатність пересуватися самостійно, разом із повідомленням про включення до списку виборців повідомляється про те, що їм буде надана можливість проголосувати за місцем перебування. Окрім цього, законодавство докладно регулює порядок організації голосування за межами приміщення для голосування.

# ****ЯКІ ВИДИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ З БОКУ ДЕРЖАВИ МОЖУТЬ ОТРИМУВАТИ ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ?****

Де з цього приводу можна отримати вичерпну інформацію?

З боку держави громадяни можуть отримувати соціальне забезпечення у вигляді пенсій та державних соціальних допомог. В залежності від віку, стану здоров’я, соціального стану, державою гарантується громадянам соціальний захист.

Цей соціальний захист регулюється законами України. Головним джерелом для отримання інформації про ті, чи інші нормативно-правові акти є друковані або електронні джерела інформації. До офіційних друкованих джерел інформації належать такі газети як «Голос України», «Урядовий кур’єр», «Офіційний вісник України». В електронному вигляді інформацію про нормативно-правові акти можна отримати на офіційному сайті Верховної Ради України: www.rada.gov.ua

# ****ЧИ Є В УКРАЇНІ СПЕЦІАЛЬНІ СЛУЖБИ, ЩО НАДАЮТЬ ПОСЛУГИ ДЛЯ ОДИНОКИХ ГРОМАДЯН З ІНВАЛІДНІСТЮ?****

Суб'єкти, що надають соціальні послуги державні та комунальні спеціалізовані підприємства, установи та заклади соціального обслуговування, підпорядковані центральним, місцевим органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування (далі державні та комунальні суб'єкти), юридичні особи, створені відповідно до законодавства, які не мають на меті отримання прибутку (далі недержавні суб'єкти), фізичні особи. Звернутись потрібно до територіального центру управління праці та соціального захисту за місцем проживання.

(Закон України «Про соціальні послуги», стаття 1).

# ****ХТО МОЖЕ БУДИ ОФОРМЛЕНИЙ «ПОМІЧНИКОМ» ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ ВНАСЛІДОК ВАД ЗДОРОВ'Я НЕ МОЖУТЬ САМОСТІЙНО РЕАЛІЗОВУВАТИ СВОЇ ПРАВА ТА ВИКОНУВАТИ ОБОВ'ЯЗКИ?****

Для того, щоб надавати допомогу людині з інвалідністю, не обов'язково бути його опікуном. Опікунство призначається у випадку визнання особи недієздатною. Наприклад, внаслідок психічного захворювання, після відповідного рішення суду.

Для допомоги дієздатній фізичній особі у реалізації її прав та виконанні обов'язків може бути наданий «помічник», як це передбачається Цивільним кодексом України.

Дієздатна фізична особа, яка за станом здоров'я не може самостійно реалізовувати свої права та виконувати обов'язки, має право обрати собі «помічника».

«Помічником» повина бути дієздатна фізична особа.

За заявою особи, яка потребує допомоги, ім'я її «помічника» реєструється органом опіки та піклування, що підтверджується відповідним документом. «Помічник» має право на одержання пенсії, аліментів, заробітної плати, поштової кореспонденції, що належать фізичній особі, яка потребує допомоги.

«Помічник» має право вчиняти дрібні побутові правочини в інтересах особи, яка потребує допомоги, відповідно до наданих йому повноважень.

«Помічник» представляє особу в органах державної влади, органах влади Автономної Республіки Крим, органах місцевого самоврядування та організаціях, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення.

«Помічник» може представляти фізичну особу в суді лише на підставі окремої довіреності.

Послуги «помічника» є оплатними, якщо інше не визначено за домовленістю сторін. «Помічник» може бути у будь-який час відкликаний особою, яка потребувала допомоги. У цьому разі повноваження «помічника» припиняються.

# ****ЧИ МАЮТЬ ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ ПІЛЬГИ ПРИ ВСТУПІ ДО ВУЗІВ?****

У разі складання вступних іспитів (вступних випробувань) з позитивним результатом до вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації зараховуються поза конкурсом діти-інваліди та інваліди першої і другої груп, яким не протипоказане навчання за обраною спеціальністю; до професійно-технічних навчальних закладів діти-інваліди та інваліди, яким не протипоказане навчання за обраною професією (спеціальністю) та спеціалізацією. За інших рівних умов переважне право на зарахування до вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та професійнотехнічних навчальних закладів мають інваліди та діти з малозабезпечених сімей, у яких:

обидва батьки є інвалідами;

один з батьків інвалід, а інший помер;

одинока матір з числа інвалідів;

батько інвалід, який виховує дитину без матері.

Під час навчання зазначеним категоріям громадян стипендія та пенсія (державна соціальна допомога інвалідам з дитинства і дітям-інвалідам) виплачуються в повному розмірі.

(Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», стаття 22).

Постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1312 «Про заснування академічної стипендії Кабінету Міністрів України обдарованим студентам з числа інвалідів» передбачено заснування з 1 січня 2010 р. 100 академічних стипендій Кабінету Міністрів України обдарованим студентам вищих навчальних закладів III—IV рівня акредитації з числа інвалідів. Академічна стипендія виплачується обдарованим студентам вищих навчальних закладів III—IV рівня акредитації з числа інвалідів, які навчаються за освітньо-кваліфікаційним рівнем "бакалавр", "спеціаліст" або "магістр", у розмірі 850 гривень на місяць. Студентам зазначеної категорії з числа інвалідів I групи академічна стипендія збільшується на 50 відсотків.

# ****ЧИ МОЖУТЬ ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ ПРАЦЮВАТИ?****

З метою реалізації творчих і виробничих здібностей людей з інвалідністю та з урахуванням індивідуальних програм реабілітації їм забезпечується право працювати на підприємствах, в установах, організаціях, а також займатися підприємницькою та іншою трудовою діяльністю, яка не заборонена законом.

Підприємства, установи і організації за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів або за рішенням місцевої ради за рахунок власних коштів, у разі необхідності, створюють спеціальні робочі місця для працевлаштування інвалідів, здійснюючи для цього адаптацію основного і додаткового обладнання, технічного оснащення і пристосування тощо з урахуванням обмежених можливостей інваліда.

Відмова в укладенні трудового договору або в просуванні по службі, звільнення за ініціативою адміністрації, переведення інваліда на іншу роботу без його згоди з мотивів інвалідності не допускається, за винятком випадків, коли за висновком медикосоціальної експертизи стан його здоров'я перешкоджає виконанню професійних обов'язків, загрожує здоров'ю і безпеці праці інших осіб, або продовження трудової діяльності чи зміна її характеру та обсягу загрожує погіршенню здоров'я інвалідів.

Забезпечення прав людей з інвалідністю на працевлаштування та оплачувану роботу, в тому числі з умовою про виконання роботи вдома, здійснюється шляхом їх безпосереднього звернення до підприємств, установ, організацій чи до державної служби зайнятості.

Підбір робочого місця здійснюється переважно на підприємстві, де настала інвалідність, з урахуванням побажань людини з інвалідністю, наявних у нього професійних навичок і знань, а також рекомендацій медико-соціальної експертизи.

Підприємства, установи, організації, фізичні особи, які використовують найману працю, зобов'язані виділяти та створювати робочі місця для працевлаштування людей з інвалідністю, у тому числі спеціальні робочі місця, створювати для них умови праці з урахуванням індивідуальних програм реабілітації і забезпечувати інші соціально-економічні гарантії, передбачені чинним законодавством, надавати державній службі зайнятості інформацію, необхідну для організації працевлаштування інвалідів, і звітувати Фонду соціального захисту інвалідів про зайнятість та працевлаштування осіб з інвалідністю у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Особам з інвалідністю, які не мають змоги працювати на підприємствах, в установах, організаціях, державна служба зайнятості сприяє у працевлаштуванні з умовою про виконання роботи вдома.

Люди з інвалідністю можуть залучатися до оплачуваних громадських робіт за їх згодою.

(Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», стаття 18).

# ****ЧИ МОЖЕ ОСОБА З ІНВАЛІДНІСТЮ МАТИ СТАТУС «БЕЗРОБІТНОГО» ТА КОРИСТУВАТИСЯ ДОПОМОГОЮ ТА ІНШИМИ СОЦІАЛЬНИМИ ПОСЛУГАМИ?****

Особа з інвалідністю, яка не досягла пенсійного віку, не працює, але бажає працювати, має право бути зареєстрована у державній службі зайнятості як «безробітний».

Рішення про визнання особи з інвалідністю «безробітним» і взяття його на облік для працевлаштування приймається Центром зайнятості за місцем проживання особи з інвалідністю на підставі поданих ним рекомендації МСЕК та інших передбачених законодавством документів.

Державна служба зайнятості здійснює пошук підходящої роботи відповідно до рекомендацій МСЕК, наявних у особи з інвалідністю кваліфікації та знань, з урахуванням його побажань.

Державна служба зайнятості може за рахунок Фонду соціального захисту інвалідів надавати дотацію роботодавцям на створення спеціальних робочих місць для людей з інвалідністю, зареєстрованих у державній службі зайнятості, а також проводити професійну підготовку, підвищення кваліфікації і перепідготовку цієї категорії громадян у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

(Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», стаття18-1).

# ****ЧИ ЗМЕНШУЄТЬСЯ РОЗМІР ПЕНСІЇ ЛЮДИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ, ЯКЩО ВОНА ВЛАШТОВУЄТЬСЯ НА РОБОТУ?****

Ні. Більше того, працююча особа з інвалідністю має право кожні два роки на перерахунок пенсії у відповідності до розміру заробітної плати та страхового стажу.

(Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», стаття 42).

# ****ЧИ МОЖУТЬ РОБІТНИКИ З ІНВАЛІДНІСТЮ ПРАЦЮВАТИ В НІЧНИЙ ЧАС ТА НА НАДУРОЧНИХ РОБОТАХ?****

Робота осіб з інвалідністю у нічний час та залучення їх до надурочних робіт допускається лише за згодою працівника-інваліда.

(КЗпП, статті 55, 63).

# ****ЯКИЙ СТРОК ВІДПУСТКИ ПРАЦІВНИКА З ІНВАЛІДНІСТЮ?****

Тривалість щорічної оплачуваної відпустки для інвалідів 1 та 2 груп-30 календарних днів, для інвалідів 3 групи-28 календарних днів; тривалість щорічної неоплачуваної відпустки для інвалідів 1 та 2 груп до 60 календарних днів, а інвалідів 3 групи до 30 календарних днів.

(Закон України «Про відпустки», статті 6, 25).

# ****ЧИ МОЖУТЬ ЗВІЛЬНИТИ/СКОРОТИТИ ПРАЦІВНИКА З ІНВАЛІДНІСТЮ?****

Звільнення працівника з інвалідністю за ініціативою адміністрації, переведення на іншу роботу без його згоди з мотивів інвалідності не допускається, за винятком випадків, коли за висновком МСЕК стан його здоров`я перешкоджає виконанню ним професійних обов`язків, загрожує здоров`ю і безпеці праці інших осіб або коли продовження трудової діяльності чи зміна її характеру та обсягу загрожує погіршенню стану здоров`я особи.

(Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», стаття 17).

Однак, законодавство не забороняє звільняти з роботи працівників з інвалідністю з причин не пов`язаних з інвалідністю – прогул, порушення трудової дисципліни тощо. Працівники, які отримали на підприємстві, в установі, організації трудове каліцтво або професійне захворювання, мають переважне право на залишення на роботі при скороченні штату або чисельності працівників, якщо за кваліфікацією та продуктивністю праці вони не поступаються іншим працівникам.

(КЗпП, стаття 42).

# ****ЯК І НАД КИМ ВСТАНОВЛЮЄТЬСЯ ОПІКУНСТВО?****

Опіка та піклування встановлюються з метою забезпечення особистих немайнових і майнових прав та інтересів малолітніх, неповнолітніх осіб, а також повнолітніх осіб, які за станом здоров'я не можуть самостійно здійснювати свої права і виконувати обов'язки.

Опіка встановлюється над малолітніми особами, які позбавлені батьківського піклування, та фізичними особами, які визнані недієздатними.

Суд встановлює опіку над фізичною особою у разі визнання її недієздатною і призначає опікуна за поданням органу опіки та піклування. Опіка або піклування встановлюються за місцем проживання фізичної особи, яка потребує опіки чи піклування, або за місцем проживання опікуна чи піклувальника.

Опікуна або піклувальника призначає орган опіки та піклування, крім випадків, встановлених статтею 60 Цивільного Кодексу.

Опікуном або піклувальником може бути лише фізична особа з повною цивільною дієздатністю. Фізична особа може бути призначена опікуном або піклувальником лише за її письмовою заявою.

Опікун або піклувальник призначаються переважно з осіб, які перебувають у сімейних, родинних відносинах з підопічним, з урахуванням особистих стосунків між ними, можливості особи виконувати обов'язки опікуна чи піклувальника.

При призначенні опікуна для малолітньої особи та при призначенні піклувальника для неповнолітньої особи враховується бажання підопічного.

Фізичній особі може бути призначено одного або кількох опікунів чи піклувальників.

Опікуном або піклувальником не може бути фізична особа:

1) яка позбавлена батьківських прав, якщо ці права не були поновлені;

2) поведінка та інтереси якої суперечать інтересам фізичної особи, яка потребує опіки або піклування.

До встановлення опіки або піклування і призначення опікуна чи піклувальника опіку або піклування над фізичною особою здійснює відповідний орган опіки та піклування.

Якщо над фізичною особою, яка перебуває у навчальному закладі, закладі охорони здоров'я або закладі соціального захисту населення, не встановлено опіку чи піклування або не призначено опікуна чи піклувальника, опіку або піклування над нею здійснює цей заклад.

Опікун зобов'язаний дбати про підопічного, про створення йому необхідних побутових умов, забезпечення його доглядом та лікуванням.

Опікун малолітньої особи зобов'язаний дбати про її виховання, навчання та розвиток. Опікун має право вимагати повернення підопічного від осіб, які тримають його без законної підстави.

Опікун вчиняє правочини від імені та в інтересах підопічного.

Опікун зобов'язаний вживати заходів щодо захисту цивільних прав та інтересів підопічного. Опікун, його дружина, чоловік та близькі родичі (батьки, діти, брати, сестри) не можуть укладати з підопічним договорів, крім передання майна підопічному у власність за договором дарування або у безоплатне користування за договором позички.

Опікун не може здійснювати дарування від імені підопічного, а також зобов'язуватися від його імені порукою.

# ****ХТО МАЄ ПРАВО НА ПЕНСІЮ З ВТРАТИ ГОДУВАЛЬНИКА?****

На підставі статті 36 Закону України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» пенсія у зв'язку з втратою годувальника призначається:

1. Непрацездатним членам сім'ї померлого годувальника, які були на його утриманні, за наявності в годувальника на день смерті страхового стажу, який був би необхідний йому для призначення пенсії по інвалідності, а в разі смерті пенсіонера або осіб, зазначених у частині другій статті 32 Закону «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» незалежно від тривалості страхового стажу. При цьому дітям пенсія у зв'язку з втратою годувальника призначається незалежно від того, чи були вони на утриманні годувальника.

Батьки і чоловік (дружина) померлого, які не були на його утриманні, мають право на пенсію у зв'язку з втратою годувальника, якщо втратили джерело засобів до існування.

2. Непрацездатними членами сім'ї вважаються:

1) чоловік (дружина), батько, мати, якщо вони є інвалідами або досягли пенсійного віку, передбаченого статтею 26 цього Закону;

2) діти (у тому числі діти, які народилися до спливу 10 місяців з дня смерті годувальника) померлого годувальника, які не досягли 18 років або старші цього віку, якщо вони стали інвалідами до досягнення 18 років.

Діти, які навчаються за денною формою навчання у загальноосвітніх навчальних закладах системи загальної середньої освіти, а також професійнотехнічних, вищих навчальних закладах, – до закінчення такими дітьми навчальних закладів, але не довше ніж до досягнення ними 23 років, та діти-сироти – до досягнення ними 23 років незалежно від того, навчаються вони чи ні;

3) чоловік (дружина), а в разі їх відсутності один з батьків або брат чи сестра, дідусь чи бабуся померлого годувальника незалежно від віку і працездатності, якщо він (вона) не працюють і зайняті доглядом за дитиною (дітьми) померлого годувальника до досягнення нею (ними) 8 років.

3. До членів сім'ї, які вважаються такими, що були на утриманні померлого годувальника, відносяться особи, зазначені в частині другій цієї статті, якщо вони:

1) були на повному утриманні померлого годувальника;

2) одержували від померлого годувальника допомогу, що була для них постійним і основним джерелом засобів до існування.

Члени сім'ї померлого годувальника, для яких його допомога була постійним і основним джерелом засобів до існування, але які й самі одержували пенсію, мають право, за бажанням, перейти на пенсію у зв'язку з втратою годувальника.

4. Усиновлені діти мають право на пенсію у зв'язку з втратою годувальника нарівні з рідними дітьми.

5. Пасинок і падчерка мають право на пенсію у зв'язку з втратою годувальника нарівні з рідними дітьми, якщо вони не одержували аліментів від батьків.

6. Неповнолітні діти, які мають право на пенсію у зв'язку з втратою годувальника, зберігають це право і в разі їх усиновлення.

7. Положення цього Закону, що стосуються сім'ї померлого, відповідно поширюються і на сім'ю особи, визнаної безвісно відсутньою або оголошеною померлою у встановленому законом порядку.

8. Пенсії у зв'язку з втратою годувальника, який помер внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання, призначаються відповідно до

Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності».

# ****ЯКІ УМОВИ ПРИЗНАЧЕННЯ ТА РОЗМІР ПЕНСІЇ З ВТРАТИ ГОДУВАЛЬНИКА?****

Пенсія у зв'язку з втратою годувальника призначається в розмірі: на одного непрацездатного члена сім'ї 50 відсотків пенсії за віком померлого годувальника; на двох та більше непрацездатних членів сім'ї 100 відсотків пенсії за віком померлого годувальника, що розподіляється між ними рівними частками.

Дітям-сиротам пенсія у зв'язку з втратою годувальника призначається в розмірах, визначених частиною першою цієї статті, виходячи з розміру пенсії за віком кожного з батьків.

Пенсія у зв'язку з втратою годувальника призначається на весь період, протягом якого член сім'ї померлого годувальника вважається непрацездатним, а членам сім'ї, які досягли пенсійного віку довічно. Зміна розміру пенсії або припинення її виплати членам сім'ї здійснюється з першого числа місяця, що настає за місяцем, у якому склалися обставини, що спричинили зміну розміру або припинення виплати пенсії.

На всіх членів сім'ї, які мають право на пенсію у зв'язку з втратою годувальника, призначається одна спільна пенсія.

На вимогу члена сім'ї із загальної суми пенсії виділяється його частка, яка виплачується окремо. Виділення частки пенсії провадиться з першого числа місяця, що настає за місяцем, у якому надійшла заява про виділення частки пенсії.

(Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», статті 26, 36-39).

# ****ЯКИЙ ОРГАН ВСТАНОВЛЮЄ СТАТУС ДИТИНИ-ІНВАЛІДА?****

Особам у віці до 18 років лікарськоконсультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів встановлюється категорія "дитина-інвалід". Звернутись потрібно до поліклініки за місцем проживання. Встановлення інвалідності і ступеня втрати здоров`я супроводжується складанням індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда, що визначає реабілітаційні заходи і терміни їх реалізації.

(Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», стаття 7).

# ****ЯКИЙ РОЗМІР НАДБАВКИ НА ДОГЛЯД ЗА ІНВАЛІДОМ I ГРУПИ? ДИТИНОЮ-ІНВАЛІДОМ?****

Інвалідам з дитинства I групи встановлюється надбавка на догляд за ними в розмірі 50 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

Одиноким інвалідам з дитинства II і III груп, які за висновком медико-соціальної експертної комісії потребують постійного стороннього догляду, встановлюється надбавка на догляд за ними в розмірі 15 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

Надбавка на догляд за дитиною-інвалідом установлюється в розмірі: на дитину-інваліда віком до 6 років 50 відсотків прожиткового мінімуму для дітей віком до 6 років, на дитину-інваліда віком від 6 до 18 років 50 відсотків прожиткового мінімуму для дітей віком від 6 до 18 років.

При визначенні розмірів надбавок на догляд за інвалідами з дитинства та дітьми-інвалідами з важкими формами інвалідності, які потребують постійного стороннього догляду або допомоги (прикуті до ліжка, сліпоглухонімі, з психічними вадами тощо) внаслідок захворювань за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України, не може застосовуватися рівень забезпечення прожиткового мінімуму.

(Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам», стаття 3).

# ****ЯКЩО БАТЬКИ ПРАЦЮЮТЬ, ЧИ ОТРИМУЮТЬ ВОНИ НАДБАВКУ НА ДОГЛЯД ЗА ДИТИНОЮ-ІНВАЛІДОМ?****

Надбавка на догляд за дитиною-інвалідом віком до 18 років призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які не працюють і фактично здійснюють догляд за дитиною-інвалідом. Одинокій матері (одинокому батьку) надбавка на догляд за дитиною-інвалідом призначається незалежно від факту роботи.

# ****ЯКІ ПІЛЬГИ МАЮТЬ БАТЬКИ ДИТИНИ-ІНВАЛІДА?****

Окремо, така категорія громадян як «батьки дітей – інвалідів» в якості категорії громадян, на яких поширюються пільги чинним законодавством не відокремлена. У відповідях на питання, що містяться у данному виданні вказується на ті окремі пільги, якими можуть користуватися батьки дітей-інвалідів. Зокрема, це право на отримання допомоги на догляд, право на пільговий проїзд при супроводженні дитини-інваліда, право на вихід на пенсію на пільгових умовах, тобто на 5 років раніше віку, що дає право на оформлення пенсії за віком. Інші пільги можуть бути передбачені нормативно-правовими актами, які приймають органи місцевого самоврядування.

# ****БАТЬКИ ДОГЛЯДАЮТЬ ДИТИНУ-ІНВАЛІДА/ДОРОСЛОГО З ІНВАЛІДНІСТЮ, ЧИ НАРАХОВУЄТЬСЯ ЇМ ТРУДОВИЙ СТАЖ?****

Загальнообов'язковому державному пенсійному страхуванню серед інших категорій громадян підлягають:

один з непрацюючих працездатних батьків, усиновителів, опікун, піклувальник, які фактично здійснюють догляд за дитиною-інвалідом, а також непрацюючі працездатні особи, які здійснюють догляд за інвалідом І групи або за престарілим, який за висновком медичного закладу потребує постійного стороннього догляду або досяг 80-річного віку, якщо такі непрацюючі працездатні особи отримують допомогу або компенсацію відповідно до законодавства.

# ****ЯКИМИ ПІЛЬГАМИ КОРИСТУЮТЬСЯ ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ?****

На підставі Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» особи з інвалідністю можуть мати наступні пільги:

Жилі приміщення, займані особами з інвалідністю або сім’ями, у складі яких вони є, під’їзди, сходові площадки будинків, в яких мешкають люди з інвалідінстю, мають бути обладнані спеціальними засобами і пристосуваннями відповідно до індивідуальної програми реабілітації, а також телефонним зв’язком.

Обладнання зазначених жилих приміщень здійснюється органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами і організаціями, у віданні яких знаходиться житловий фонд.

Обладнання індивідуальних жилих будинків, в яких проживають люди з інвалідністю, здійснюється підприємствами, установами і організаціями, з вини яких настала інвалідність, а в інших випадках відповідними органами місцевого самоврядування. У разі невідповідності житла вимогам, визначеним висновком медико-соціальної експертизи, і неможливості його пристосування до потреб людини з інвалідністю, може провадитись заміна жилої площі.

Органи місцевого самоврядування забезпечують виділення земельних ділянок особам з інвалідністю із захворюваннями опорно-рухового апарату під будівництво гаражів для автомобілів з ручним керуванням поблизу місця їх проживання.

(Закон України « Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», стаття 30). Місцеві органи державної влади зобов’язані забезпечувати людям з інвалідністю необхідні умови для вільного доступу і користування культурно-видовищними закладами і спортивними спорудами, для занять фізкультурою і спортом, а також забезпечувати надання спеціального спортивного інвентаря.

Люди з інвалідністю користуються переліченими послугами безкоштовно або на пільгових умовах згідно з рішеннями органів місцевого самоврядування за участю громадських організацій інвалідів.

(Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», стаття 34).

Інваліди забезпечуються засобами спілкування, що полегшують їх взаємодію між собою та з іншими категоріями населення. Порядок і умови такого забезпечення передбачаються місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування за участю громадських організацій інвалідів. Інваліди першої та другої груп мають право на позачергове і пільгове встановлення квартирних телефонів за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів.

Порядок і умови встановлення телефонів інвалідам визначаються Кабінетом Міністрів України з урахуванням пропозицій всеукраїнських громадських організацій інвалідів. Інвалідам першої, другої груп і сім’ям, у складі яких є два або більше інвалідів, оплата послуг електрозв’язку за місцеві телефонні розмови з квартирних телефонів за почасовим (похвилинним, посекундним) обліком їх тривалості встановлюється тільки за їх згодою. Інвалідам першої, другої груп і сім’ям, у складі яких є два або більше інвалідів, оплата послуг електрозв’язку за місцеві телефонні розмови з квартирних телефонів за почасовим (похвилинним, посекундним) обліком їх тривалості встановлюється тільки за їх згодою. Інвалідам першої, другої груп по зору надається право безплатного користування радіотрансляційною точкою.

(Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», стаття 35).

Інвалідам і дітям-інвалідам надаються безоплатно або на пільгових умовах послуги з соціально-побутового і медичного обслуговування, технічні та інші засоби реабілітації (засоби для пересування, протезні вироби, сурдотехнічні засоби, мобільні телефони для письмового спілкування тощо), вироби медичного призначення (індивідуальні пристрої, протези очей, зубів, щелеп, окуляри, слухові та голосоутворювальні апарати, ендопротези, сечота калоприймачі тощо) на підставі індивідуальної програми реабілітації, автомобілі за наявності відповідного медичного висновку.

Інваліди, які отримують пенсію, що не перевищує мінімального розміру пенсії, або державну соціальну допомогу, призначену замість пенсії, діти-інваліди мають право на безплатне придбання лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування. Інваліди першої і другої груп мають право при амбулаторному лікуванні на придбання лікарських засобів за рецептами лікарів з оплатою 50 відсотків їх вартості.

Інваліди і діти-інваліди за наявності медичних показань мають право на безплатне забезпечення санаторнокурортними путівками. Порядок та умови забезпечення інвалідів і дітейінвалідів лікарськими, технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення, санаторнокурортними путівками, автомобілями, а також переліки технічних та інших засобів реабілітації і виробів медичного призначення визначає Кабінет Міністрів України.

Після смерті інваліда, дитини-інваліда автомобіль, виданий безоплатно чи на пільгових умовах, у тому числі визнаний гуманітарною допомогою, за бажанням членів його сім’ї може бути переданий у їх власність у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України. Технічні та інші засоби реабілітації можуть бути залишені у власності членів сім’ї померлого інваліда, дитини-інваліда в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

(Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», стаття 38).

Транспортне обслуговування інвалідів здійснюється на пільгових умовах. Інваліди, діти-інваліди та особи, які супроводжують інвалідів першої групи або дітей-інвалідів (не більше одного супроводжуючого), мають право на безплатний проїзд у пасажирському міському транспорті (крім метрополітену і таксі), а також всіма видами приміського транспорту. Діти-інваліди та інваліди першої, другої груп по зору і з ураженням опорно-рухового апарату та особи, які супроводжують інвалідів першої групи або дітей-інвалідів зазначених категорій (не більше одного супроводжуючого), мають право на безплатний проїзд також у метро. Інваліди, діти-інваліди та особи, які супроводжують інвалідів першої групи або дітей-інвалідів (не більше однієї особи, яка супроводжує інваліда або дитину-інваліда), мають право на 50-відсоткову знижку вартості проїзду на внутрішніх лініях (маршрутах) повітряного, залізничного, річкового та автомобільного транспорту в період з 1 жовтня по 15 травня.

Пільгове перевезення інвалідів здійснюють усі підприємства транспорту незалежно від форми власності та підпорядкування відповідно до Закону України “Про транспорт”. Категорії інвалідів та дітей-інвалідів і порядок їх транспортного обслуговування на пільгових умовах визначає Кабінет Міністрів України. Пільговий проїзд надається за умови, якщо середньомісячний сукупний доход сім’ї в розрахунку на одну особу за попередні шість місяців не перевищував величини доходу, який дає право на податкову соціальну пільгу, збільшену на коефіцієнт 1,1 у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

(Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», стаття 38-1).

Пільги, зберігаються за інвалідами та дітьми-інвалідами незалежно від виду виплачуваної пенсії або допомоги, призначеної замість пенсії.

У випадках, коли іншими нормативно-правовими актами передбачені норми, що підвищують встановлений цим Законом рівень соціального захисту інвалідів, застосовуються положення тих нормативно-правових актів, які визначають найбільший рівень соціального захисту інвалідів.

Якщо інвалід має право на одну і ту ж пільгу за Законом “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” і одночасно за іншим нормативно-правовим актом, пільга йому надається лише за одним з них за його вибором (незалежно від підстави встановлення пільги).

(Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», стаття 38-2).

# ****ЯКІ ПІЛЬГИ МАЮТЬ ІНВАЛІДИ ВІЙНИ?****

Згідно статті 13 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантїї їх соціального захисту» від 22.10.1993 р. № 3551 інвалідам війни та прирівняним до них особам (стаття 7) надаються такі пільги:

1) безплатне одержання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та виробів медичного призначення за рецептами лікарів;

2) позачергове безплатне зубопротезування (за винятком протезування з дорогоцінних металів), безплатне забезпечення іншими протезами і протезно-ортопедичними виробами;

3) безоплатне позачергове забезпечення санаторно-курортним лікуванням з компенсацією вартості проїзду до санаторно-курортного закладу і назад або одержання замість путівки грошової компенсації. Порядок надання путівок, розмір та порядок виплати компенсацій визначаються Кабінетом Міністрів України.

Інваліди війни забезпечуються путівками відповідно органами соціального захисту населення, охорони здоров’я, Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, Служби безпеки України, спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у справах охорони державного кордону України та іншими органами за місцем перебування на обліку або за місцем роботи.

4) 100-процентна знижка плати за користування житлом (квартирна плата) в межах норм, передбачених чинним законодавством (21 кв. метр загальної площі житла на кожну особу, яка постійно проживає у житловому приміщенні (будинку) і має право на знижку плати, та додатково 10,5 кв. метра на сім’ю);

5) 100-процентна знижка плати за користування комунальними послугами (газом, електроенергією та іншими послугами) та скрапленим балонним газом для побутових потреб в межах середніх норм споживання.

Площа житла, на яку надається знижка, при розрахунках плати за опалення становить 21 кв. метр опалювально площі на кожну особу, яка постійно проживає у житловому приміщенні (будинку) і має право на знижку плати, та додатково 10,5 кв. метрів на сім’ю.

Для сімей, що складаються лише з непрацездатних осіб надається 100-процентна знижка за користування газом для опалювання житла на подвійний розмір нормативної опалювальної площі (42 кв. метри на кожну особу, яка має право на знижку плати, та 21 кв. метр на сім’ю);

6) 100-процентна знижка вартості палива, в тому числі рідкого, в межах норм, встановлених для продажу населенню, для осіб, які проживають у будинках, що не мають центрального опалення;

7) безплатний проїзд усіма видами міського пасажирського транспорту, автомобільним транспортом загального користування в сільській місцевості, а також залізничним і водним транспортом приміського сполучення та автобусами приміських і міжміських маршрутів, у тому числі внутрірайонних, внутріта міжобласних незалежно від відстані та місця проживання. Це право поширюється і на особу, яка супроводжує інваліда I групи;

8) позачерговий безплатний капітальний ремонт власних жилих будинків і квартир та першочерговий поточний ремонт жилих будинків і квартир у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України;

9) позачергове обслуговування амбулаторно-поліклінічними закладами, а також позачергова госпіталізація. Ліквідація госпіталів для інвалідів Великої Вітчизняної війни здійснюється лише за погодженням з Кабінетом Міністрів України;

10) позачергове безплатне встановлення квартирних телефонів і позачергове користування всіма послугами зв’язку. Абонементна плата за користування квартирним телефоном встановлюється у розмірі 50 процентів від затверджених тарифів, а для інвалідів Великої Вітчизняної війни та війни з Японією зі 100-процентною знижкою від затверджених тарифів;

11) користування при виході на пенсію (незалежно від часу виходу на пенсію) чи зміні місця роботи поліклініками та госпіталями, до яких вони були прикріплені за попереднім місцем роботи;

12) право на щорічне медичне обстеження і диспансеризацію із залученням необхідних спеціалістів;

13) позачергове працевлаштування за спеціальністю відповідно до підготовки та висновків медико-соціальної експертизи. Праця інвалідів війни регулюється відповідними нормами законодавства України про працю і соціальний захист інвалідів;

14) переважне право на залишення на роботі при скороченні чисельності чи штату працівників у зв’язку із змінами в організації виробництва і праці та на працевлаштування у разі ліквідації підприємств, установ, організацій;

15) виплата допомоги по тимчасовій непрацездатності працюючим інвалідам війни в розмірі 100-процентної середньої заробітної плати незалежно від стажу роботи;

16) виплата працюючим інвалідам допомоги по тимчасовій непрацездатності до 4 місяців підряд або до 5 місяців протягом календарного року, а також допомоги по державному соціальному страхуванню за весь період перебування в санаторії з урахуванням проїзду туди і назад у разі, коли для лікування не вистачає щорічної і додаткової відпусток;

17) використання чергової щорічної відпустки у зручний для них час, а також одержання додаткової відпустки без збереження заробітної плати строком до двох тижнів на рік;

18) позачергове забезпечення житлом осіб, які потребують поліпшення житлових умов, у тому числі за рахунок жилої площі, що передається міністерствами, іншими центральними органами державної виконавчої влади, підприємствами та організаціями у розпорядження місцевих Рад та державних адміністрацій. Особи, зазначені в цій статті, забезпечуються жилою площею протягом двох років з дня взяття на квартирний облік, а інваліди І групи з числа учасників бойових дій на території інших країн протягом року.

Органи державної виконавчої влади, виконавчі комітети місцевих Рад зобов’язані надавати допомогу інвалідам війни у будівництві індивідуальних жилих будинків. Земельні ділянки для індивідуального житлового будівництва, садівництва і городництва відводяться зазначеним особам у першочерговому порядку;

19) одержання позики на будівництво, реконструкцію або капітальний ремонт жилих будинків і подвірних будівель, приєднання їх до інженерних мереж, комунікацій, а також позики на будівництво або придбання дачних будинків і благоустрій садових ділянок з погашенням її протягом 10 років починаючи з п’ятого року після закінчення будівництва. Зазначені позики надаються в порядку, який визначається Кабінетом Міністрів України;

20) першочергове право на вступ до житлово-будівельних (житлових) кооперативів, кооперативів по будівництву та експлуатації колективних гаражів, стоянок для транспортних засобів та їх технічне обслуговування, до садівницьких товариств, на придбання матеріалів для індивідуального будівництва і садових будинків. Гаражі, стоянки для транспортних засобів інвалідів війни, які мають медичні показання на забезпечення транспортом, як правило, споруджуються поблизу будинків.

21) інвалідам I і II груп надається право безплатного проїзду один раз на рік (туди і назад) залізничним, водним, повітряним або міжміським автомобільним транспортом, а особам, які супроводжують інвалідів I групи (не більше одного супроводжуючого), 50-процентна знижка вартості проїзду один раз на рік (туди і назад) зазначеними видами транспорту.

Інвалідам III групи надається право безплатного проїзду один раз на два роки (туди і назад) залізничним, водним, повітряним або міжміським автомобільним транспортом незалежно від наявності залізничного сполучення або проїзду один раз на рік (туди і назад) зазначеними видами транспорту з 50-процентною знижкою вартості проїзду.

Інвалідам війни та особам, які супроводжують у поїздках інвалідів І групи (не більше одного супроводжуючого), надається право користування міжміським транспортом зазначених видів у період з 1 жовтня по 15 травня з 50-процентною знижкою вартості проїзду без обмеження кількості поїздок.

22) позачергове безоплатне забезпечення автомобілем (за наявності медичних показань для забезпечення автомобілем) на термін експлуатації до 10 років (з наступною заміною на новий), виплата компенсації на бензин (пальне), ремонт, технічне обслуговування автомобілів або на транспортне обслуговування в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;

23) звільнення від сплати податків, зборів і мита всіх видів та земельного податку;

24) звільнення від орендної плати за нежилі приміщення, що орендуються інвалідами війни під гаражі для спеціальних засобів пересування (автомобілів, мотоколясок, велоколясок тощо) та безплатне надання для цих засобів гаражів-стоянок незалежно від їх форми власності;

25) позачергове влаштування до закладів соціального захисту населення, а також обслуговування службами соціального захисту населення вдома. У разі неможливості здійснення такого обслуговування закладами соціального захисту населення відшкодовуються витрати, пов’язані з доглядом за цим інвалідом, в порядку і розмірах, встановлених чинним законодавством;

26) позачергове обслуговування підприємствами, установами, організаціями служби побуту, громадського харчування, житлово-комунального господарства, міжміського транспорту;

27) право на позачергове забезпечення продовольчими товарами поліпшеного асортименту та промисловими товарами підвищеного попиту згідно з переліком та нормами, що встановлюються Урядом Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями.

Для продажу цих товарів створюються спеціалізовані салони-магазини, секції, відділи та інші види пільгового торговельного обслуговування. Продаж товарів здійснюється за соціально доступними цінами за переліком, визначеним Кабінетом Міністрів України.

Магазини, секції, відділи та інші торговельні підприємства, що обслуговують інвалідів та ветеранів війни, звільняються від сплати податку на добавлену вартість.

Пільги щодо плати за житло, комунальні послуги та паливо, надаються інвалідам війни та членам їх сімей, які проживають разом з ними, незалежно від виду житла чи форми власності на нього.

Площа житла, на яку нараховується 100-процентна знижка плати, визначається в максимально можливому розмірі в межах загальної площі житлового приміщення (будинку) згідно з нормами користування (споживання).

Якщо в складі сім’ї є особи, які мають право на знижку плати в розмірі, меншому ніж 100 процентів, спочатку обчислюється в максимально можливому розмірі 100 процентів відповідна знижка плати.

Інвалідам війни пенсії або щомісячне довічне грошове утримання чи державна соціальна допомога, що виплачується замість пенсії, підвищуються:

інвалідам I групи у розмірі 50 процентів прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність,

II групи 40 процентів прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність,

III групи 30 процентів прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

Щорічно до 5 травня інвалідам війни виплачується разова грошова допомога у розмірах, які визначаються Кабінетом Міністрів України в межах бюджетних призначень, встановлених законом про Державний бюджет України.

Кабінетом Міністрів України затверджено розпорядження від 05.05.2010 № 1010-р «Деякі питання забезпечення житлом інвалідів Великої Вітчизняної війни I групи» і Постанову вiд 12.05.2010 № 354 «Про затвердження Порядку використання у 2010 році коштів, передбачених у державному бюджеті для забезпечення житлом інвалідів Великої Вітчизняної війни I групи, які протягом тривалого строку перебувають у черзі на отримання житла».

# ****ЯКІ ПІЛЬГИ МАЮТЬ ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЖИТЛОМ?****

Інваліди війни, чорнобильці 1 категорії, інваліди праці мають право на позачергове забезпечення житлом на нижніх поверхах та в будинках з ліфтом (ст.45 Житлового кодексу України, ст.20 п.10 Закону України «Про статус чорнобильців…»; ст.18 п.18 Закону України «Про статус ветеранів війни…»).

Право на позачергове отримання житла і матеріальну допомогу на його благоустрій мають (якщо за висновком МСЕК самостійно себе обслуговують і можуть самостійно жити) молоді інваліди-сироти після закінчення інтернату (ст.46 Житлового кодексу України). Додатковою житловою площею, кімнатою можуть бути забезпечені інваліди, діагноз яких входить до «Переліку захворювань, які дають право особам які страждають на ці захворювання, на позачергове отримання житлової площі» (наказ МОЗ СРСР від 28.03.1983 р. № 330, додаток №1 п.3) та переліку хронічних захворювань при яких особи, які хворіють на це захворювання, не можуть проживати в комунальних квартирах або в одній кімнаті з членами своєї сім’ї (Наказ Міністерства охорони здоров’я УРСР № 52 від 08.02.85р. п. IV).

Інваліди та сім’ї, в яких є діти-інваліди, мають переважне право на поліпшення житлових умов в порядку, передбаченому чинним законодавством.

(Закон «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», статті 29,30).

# ****ЯКІ ПІЛЬГИ У «ВЕТЕРАНІВ ПРАЦІ»?****

«Ветеранами праці» визнаються також інваліди I і II груп, які одержують пенсії по інвалідності, якщо вони мають стаж роботи не менше 15 років.

На яких умовах призначається допомога по безробіттю?

«Ветеранам праці» надаються такі пільги:

1) користування при виході на пенсію чи зміні місця роботи поліклініками, до яких вони були прикріплені за попереднім місцем роботи;

2) першочергове безплатне зубопротезування (за винятком протезування із дорогоцінних металів);

3) переважне право на забезпечення санаторнокурортним лікуванням, а також на компенсацію вартості самостійного санаторно-курортного лікування в порядку і розмірах, що визначаються Кабінетом Міністрів України;

4) щорічне медичне обстеження і диспансеризація із залученням необхідних спеціалістів;

5) першочергове обслуговування в лікувальнопрофілактичних закладах, аптеках та першочергова госпіталізація;

6) використання чергової щорічної відпустки у зручний для них час, а також одержання додаткової відпустки без збереження заробітної плати строком до двох тижнів на рік;

7) переважне право на забезпечення жилою площею осіб, які потребують поліпшення житлових умов, та відведення земельних ділянок для індивідуального житлового будівництва, садівництва і городництва, першочерговий ремонт жилих будинків і квартир цих осіб та забезпечення їх паливом;

8) першочергове одержання позики на індивідуальне (кооперативне) житлове будівництво з погашенням її протягом 10 років починаючи з п’ятого року після закінчення будівництва, а також першочергове одержання позики для будівництва або придбання дачних будинків і благоустрою садових ділянок;

9) переважне право на вступ до садівницьких товариств (кооперативів), кооперативів по будівництву та експлуатації колективних гаражів;

10) переважне право на встановлення домашніх телефонів;

11) звільнення від плати за землю та сплати земельного податку;

12) безплатний проїзд всіма видами міського пасажирського транспорту (за винятком таксі), автомобільним транспортом загального користування (за винятком таксі) в сільській місцевості, а також залізничним і водним транспортом приміського сполучення та автобусами приміських маршрутів в межах області (Республіки Крим) за місцем проживання.

(Закон «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні», статті 6, 7).

# ****ЯКЕ ЗНАЧЕННЯ МАЄ ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ?****

# ****ЧИ ОБОВ’ЯЗКОВЕ ОФОРМЛЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ КОЖНОЇ ЛЮДИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ?****

Індивідуальна програма реабілітації – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії

(Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», стаття 1).

Індивідуальна програма реабілітації інваліда розробляється відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів для повнолітніх інвалідів медикосоціальною експертною комісією, для дітей-інвалідів лікарсько-консультативними комісіями лікувальнопрофілактичних закладів. Визначення конкретних обсягів, методів і термінів проведення реабілітаційних заходів, які повинні бути здійснені щодо інваліда, дитини-інваліда, кошторис витрат за рахунок бюджетних коштів чи загальнообов’язкового державного соціального страхування, а також контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації інваліда в межах своїх повноважень здійснюють медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультаційні комісії лікувальнопрофілактичних закладів щодо дітей-інвалідів), органи праці та соціального захисту населення, служби зайнятості, реабілітаційні установи, розпорядники відповідних коштів.

Обсяг реабілітаційних заходів, що передбачається індивідуальною програмою реабілітації інваліда, не може бути меншим від передбаченого Державною типовою програмою реабілітації інвалідів.

Індивідуальна програма реабілітації інваліда є обов’язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває інвалід, дитина-інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності. Індивідуальна програма реабілітації має для інваліда, дитини-інваліда рекомендаційний характер. Інвалід (законний представник дитини-інваліда) має право відмовитися від будь-якого виду, форми та обсягу реабілітаційних заходів, передбачених його індивідуальною програмою реабілітації, або від усієї програми в цілому. Інвалід (законний представник дитини-інваліда) самостійно вирішує питання про вибір та забезпечення конкретними засобами чи послугами реабілітації, включаючи засоби пересування, вироби медичного призначення, друковані видання зі спеціальним шрифтом, звукопідсилювальну апаратуру, санаторно-курортне лікування тощо в межах його індивідуальної програми реабілітації.

Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда, порядок її фінансування та реалізації затверджується Кабінетом Міністрів України.

(Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», стаття 23).

# ****ЯК ОСКАРЖИТИ РІШЕННЯ МСЕК?****

У разі незгоди з рішенням районної, міжрайонної, міської комісії хворий, потерпілий від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання або інвалід має право подати протягом місяця після одержання висновку комісії письмову заяву до Кримської республіканської, обласної, Київської та Севастопольської центральних міських комісій або до комісії, в якій він проходив огляд, чи до відповідного управління охорони здоров’я.

Комісія, що проводила огляд, або управління охорони здоров’я надсилає у триденний строк після надходження відповідного запиту всі наявні документи на розгляд Кримської республіканської, обласної, центральної міської комісії, яка протягом місяця з дня подання зазначених документів проводить повторний огляд заявника і приймає відповідне рішення.

Рішення Кримської республіканської, обласної, центральної міської комісії може бути оскаржене до Міністерства охорони здоров`я України (МОЗ). МОЗ за наявності фактів порушення законодавства про медико-соціальну експертизу доручає Центральній медико-соціальній експертній комісії МОЗ або Кримській республіканській, Київській та Севастопольській міським або обласній комісії іншої області повторно розглянути з урахуванням усіх наявних обставин питання, з якого оскаржується рішення, а також вживає інших заходів впливу для забезпечення дотримання законодавства під час проведення медико-соціальної експертизи.

В особливо складних випадках Центральна медикосоціальна експертна комісія МОЗ, Кримська республіканська, обласна, центральна міська комісія та МОЗ можуть направляти осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, для проведення медико-соціального експертного обстеження до клініки Українського державного науководослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ) та Науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів (м. Вінниця).

Після обстеження зазначені науково-дослідні установи складають консультативні висновки, які для комісії мають рекомендаційний характер. Рішення комісії може бути оскаржене до суду в установленому законодавством порядку.

(п.п. 23-25 Положення про медико-соціальну експертизу та Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317).

# ****ЯКІ ОРГАНИ ЗАБЕЗПЕЧУЮТЬ ІНВАЛІДІВ ТА ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ ТЕХНІЧНИМИ ЗАСОБАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ВИРОБАМИ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ?****

Облік інвалідів та інших осіб, які мають право на безоплатне забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації (далі облік), ведуть органи праці та соціального захисту населення районної, районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації, виконкому міської, районної у місті ради (далі місцеві органи праці та соціального захисту населення) за місцем реєстрації проживання осіб.

Місцевий орган праці та соціального захисту населення має право як виняток взяти на облік в установленому Мінпраці порядку інваліда та іншу особу не за місцем реєстрації їх проживання.

Для взяття на облік до місцевого органу праці та соціального захисту населення подається заява, заповнена інвалідом та іншою особою або їх законним представником за формою, що затверджується Мінпраці (далі заява про взяття на облік).

Разом із заявою про взяття на облік пред’являються такі документи інваліда:

паспорт або свідоцтво про народження (для осіб віком до 16 років);

довідка про реєстрацію з місця проживання;

висновок МСЕК про встановлення інвалідності для інвалідів (для дітей-інвалідів висновок ЛКК) у разі, коли особа вперше звертається до місцевих органів праці та соціального захисту населення або змінюється група і причина інвалідності;

індивідуальна програма реабілітації (для інваліда та дитини-інваліда) або висновок ЛКК щодо забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації (для інших осіб, інвалідів, група інвалідності яких встановлена до 1 січня 2007 р. як безстрокова або строк дії якої не закінчився);

посвідчення про взяття на облік (для бездомних громадян);

копію пенсійного посвідчення або посвідчення отримувача державної соціальної допомоги, що виплачується за місцем пенсії;

довідка про присвоєння ідентифікаційного номера для осіб, які досягли 18-річного віку (за наявності номера).

Особам, які через релігійні переконання відмовилися від присвоєння ідентифікаційного номера, необхідно пред’явити паспорт з позначкою про наявність права здійснювати платежі без нього; довідка про реєстрацію місця проживання для дітейінвалідів, дітей віком до 16 років та осіб, паспорти яких не містять відомостей про реєстрацію місця проживання (крім бездомних громадян); копія посвідчення, яке підтверджує статус особи, що має право на пільги відповідно до законодавства (для ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ і ветеранів державної пожежної охорони).

Законний представник інваліда чи іншої особи подає документи, що підтверджують його особу та повноваження законного представника.

Для отримання технічних засобів реабілітації для інвалідів по зору з числа членів УТОС із зазначеними документами та копією членського квитка може звернутися представник первинної організації зазначеного товариства.

Представник первинної організації УТОС повинен мати при собі документи, що підтверджують його особу та повноваження.

(Постанова Кабінету Міністрів України від 29.11.2006 р. № 1652 «Про затвердження Порядку забезпечення окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації і формування відповідного державного замовлення переліку таких засобів»)

# ****КУДИ СЛІД ЗВЕРТАТИСЯ ДЛЯ ОФОРМЛЕННЯ ПУТІВКИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ ДЛЯ ДИТИНИ-ІНВАЛІДА/ ДОРОСЛОГО З ІНВАЛІДНІСТЮ?****

Органи праці та соціального захисту населення забезпечують за рахунок коштів державного бюджету безплатними путівками до санаторно-курортних закладів:

інвалідів усіх категорій за рахунок коштів, передбачених Мінпраці;

осіб, на яких поширюється чинність Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”, та осіб, зазначених у статтях 6-1 6-4 Закону України “Про жертви нацистських переслідувань”, за рахунок коштів відповідної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам;

ветеранів війни у санаторіях, що належать до сфери управління Мінпраці, та за рахунок коштів відповідної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам.

Зазначені особи повинні за зареєстрованим місцем проживання перебувати на обліку в органах праці та соціального захисту населення для санаторно-курортного лікування.

Працюючі особи та особи, що не досягли встановленого законодавством пенсійного віку, забезпечуються путівками за місцем основної роботи або за місцем обліку в органах праці та соціального захисту населення на підставі довідки з місця роботи про те, що їм не видавалася безплатна путівка протягом попереднього року (для осіб, що забезпечуються путівками один раз на два роки, протягом двох попередніх років).

Особи, що мають особливі заслуги перед Батьківщиною, а також члени їх сімей одержують путівки в поліклініці або за місцем останньої роботи.

Осіб, що проживають в інтернатних установах системи Мінпраці, інвалідів, що навчаються на денному відділенні у навчальних закладах, путівками забезпечують органи праці та соціального захисту населення відповідно до цього Порядку.

Осіб, інвалідність яких пов’язана з нещасним випадком на виробництві або професійним захворюванням, забезпечує путівками Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, на підставі висновку МСЕК про необхідність лікування за прямими наслідками виробничої травми чи професійного захворювання.

Органи охорони здоров’я забезпечують путівками ветеранів війни на лікування у госпіталях, а також санаторнокурортними путівками інвалідів, ветеранів війни із захворюванням на туберкульоз та дітей-інвалідів до досягнення 18-річного віку (згідно з медичними показаннями за наявності відповідних профільних санаторно-курортних бюджетних закладів).

# ****ЧИ МАЄ ПРАВО НА ВОДІННЯ АВТОМОБІЛЕМ ЛЮДИНА З ІНВАЛІДНІСТЮ?****

Право на водіння автомобіля встановлюється висновком МСЕК на підставі Переліку медичних показань на право одержання інвалідами автомобілів з ручним керуванням затвердженого наказом МОЗ України від 23.01.1995 року № 13, зареєстрований у Мінюсті 10.02.1995 року за №34/570. Особи з інвалідінстю різних нозологій можуть бути допущені до водіння автомобіля зі звичайним керуванням, якщо пройдуть відповідну медичну комісію.

# ****ДЕ І ЯК ОСОБА З ІНВАЛІДНІСТЮ МОЖЕ ПРОЙТИ НАВЧАННЯ ТА ЗДАТИ ІСПИТИ НА ПРАВО ВОДІННЯ АВТОМОБІЛЕМ (В Т.Ч. З РУЧНИМ КЕРУВАННЯМ)?****

Згідно з «Порядком забезпечення інвалідів автомобілями», затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 19.07.2006 р. № 999 із змінами та доповненнями (пост. КМУ № 387 від 17.04.2008 року) інваліди забезпечуються автомобілями за місцем постійної прописки органами соціального захисту на підставі висновку обласної, центральної міської МСЕК, акту про наявність медичних показань на забезпечення автомобілем та відсутність протипоказань до керування автомобілем.

Автомобілі та посвідчення на право керування автомобілем надаються, продаються інвалідам, діагноз яких входить до переліку медичних показань на отримання інвалідами автомобілів з ручним керуванням, затвердженого Міністерством охорони здоров’я України від 23.01.1995 р. № 13. Навчання керуванню автомобілем, включаючи безплатний проїзд до місця навчання і назад, харчування, надання квартири для іногородніх проводяться за рахунок коштів державного бюджету, або винуватців заподіяння каліцтва (п.7 «Порядку»).

# ****ЧИ МОЖЕ ОСОБА З ІНВАЛІДНІСТЮ ВСТАНОВИТИ ГАРАЖ ПОБЛИЗУ МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ?****

Органи місцевого самоврядування забезпечують виділення земельних ділянок інвалідам із захворюваннями опорно-рухового апарату під будівництво гаражів для автомобілів з ручним керуванням поблизу місця їх проживання.

(Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», стаття 30).

З заявою потрібно звернутись до адміністрації за місцем проживання з поданням документів, що підтверджують захворювання опорно-рухового апарату та що автомобіль обладнано ручним керуванням.

# ****ЩО ТАКЕ «ПАНДУС» І ЯКІ ДОКУМЕНТИ ПОТРІБНІ ДЛЯ ДОЗВОЛУ НА ЙОГО БУДІВНИЦТВО?****

«Пандус» або «аппарель» похила поверхня, що дублює сходи, збудована на підставі ДБН В.2.2-9-99 для пересування осіб, які користуються колісними кріслами та для переміщення вантажів за допомогою технічних засобів.

У відповідності до норм співвідношення між висотою та довжиною пандуса у середині будинку, споруди не більше як 1 до 10 м., та зовні – 1 до 12 м. Ширина пандуса при односторонньому русі повинна бути не менше 1,2 м. На початку і в кінці кожного підйому пандуса слід влаштовувати горизонтальні площадки завширшки не менше ширини пандуса і завдовжки не менше 1,5 м. По зовнішніх бокових краях пандуса і площадок слід передбачати бортики завширшки не менше 0,05 м. Якщо довжина пандуса більша 1,5 м., обов’язкова наявність поручня на висоті 0,7 і 0.9 м.

Держбудом затверджені державні будівельні норми В.2.2-9-99 «Громадські будинки і споруди», Додаток Г (обов’язковий) «Нормалі планувальних елементів житлових і громадських будівель з урахуванням можливості використання їх інвалідами» та внесені зміни до норм «Містобудування. Планування і забудова міських і сільських поселень», ДБН «Культурно-видовищні та заклади дозвілля», «Архітектурно-технічні та санітарногігієнічні стандарти соціального житла».

Узагальнюючим нормативним документом із зазначеної проблеми є державні будівельні норми „Доступність будинків і споруд для маломобільних груп населення”, які набули чинності з 1 травня 2007 року. Всі державні будівельні норми мають окремий розділ „Вимоги до потреб інвалідів”.

Для отримання дозволу на переобладнання і перепланування приміщень необхідно подати до райдержадміністрації:

1. Заяву на ім’я голови райдержадміністрації;

2. Копію з поверхового плану будинку (копію з генплану ділянки домоволодіння) завірену в БТІ;

3. Висновок ЖЕК (ЖБК, товариства власників) про можливість та доцільність намічуваних робіт;

4. Довідку про згоду сусідів, завірену ЖЕК.

За результатами роботи міжвідомчої комісії складається протокол, на підставі якого заявником проводиться підготовка проектної документації на перепланування, переобладнання жилих, нежилих і підсобних приміщень у жилих будинках незалежно від форми власності. Виконана проектна документація погоджується замовником з:

1. Відділом кап. будівництва та архітектури райдержадміністрації;

2. Райсанепідемстанцією;

3. Районним органом пожежного нагляду;

4. При необхідності іншими службами (службою газового господарства та ін.).

У разі позитивного рішення, заявнику надається дозвіл на проведення робіт за розпорядженням райдержадміністрації.

Роботи по встановленю пандусу встановлюються за рахунок власника житла.

# ****НА ЯКИЙ ТЕРМІН ВИДАЮТЬСЯ ІНВАЛІДНІ ВІЗКИ?****

Для користування може видаватися одна кімнатна на 4 роки і одна дорожня коляски на 3 роки одночасно. Може видаватись коляска з електроприводом на 8 років користування.

Для отримання направлення на протезування або засобів на пересування та реабілітації необхідно надати до управління праці та соціального захисту:

• заяву про забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації за формою, що затверджується Мінпраці (далі – заява);

• копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера;

• паспорт або свідоцтво про народження (для осіб віком до 16 років);

• висновок МСЕК про встановлення інвалідності (для дітей-інвалідів –висновок ЛКК);

• індивідуальну програму реабілітації (для інваліда та дитини-інваліда);

• висновок ЛКК для забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації (для інших осіб);

• копію пенсійного посвідчення або посвідчення отримувача державної соціальної допомоги, що виплачується замість пенсії;

• копію посвідчення, яке підтверджує статус особи, що має право на пільги відповідно до законодавства.

(Постанова Кабінету Міністрів України від 29.11.2006 №1652 «Про затвердження Порядку забезпечення окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації і формування відповідного державного замовлення переліку таких засобів»).

# ****ЯК ПАСАЖИР З ІНВАЛІДНІСТЮ, ЩО ПЕРЕСУВАЄТЬСЯ НА ВІЗКУ МОЖЕ ЗАМОВИТИ СПЕЦІАЛЬНИЙ ВАГОН ДЛЯ ПОДОРОЖЖІ ПО ЗАЛІЗНИЦІ?****

Замовити спеціалізований вагон можна звернувшись особисто до начальника чи чергового будьякого вокзалу залізниці або написавши заяву на ім`я заступника начальника залізниці начальника пасажирської служби, з викладенням особистих данних, бажаної дати та маршруту поїздки. До заяви необхідно додати ксерокопію посвідчення інваліда.

Телефони для замовлення спеціальних вагонів:

Львівська залізниця:. . . . . . . . . . . . (032)226-46-43

Південно-Західна залізниця: . . . . . (044)465-46-87

Південна залізниця: . . . . . . . . . . . . (057)724-46-43

Донецька залізниця: . . . . . . . . . . . . (062)319-46-43

Одеська залізниця: . . . . . . . . . . . . . (0472)27-46-43

Придніпровська залізниця:. . . . . ... (0562)33-04-78

# ****ЯКЩО ПІД ЧАС ПОДОРОЖІ ЛЮДИНА З ІНВАЛІДНІСТЮ ПОТРЕБУЄ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС ПОСАДКИ/ВИСАДКИ НА ТРАНСПОРТІ (ЗАЛІЗНИЦЯ, АВІАЦІЯ, АВТОМОБІЛЬНИЙ ТРАНСПОРТ, В Т.Ч. ГРОМАДСЬКИЙ МІСЬКИЙ) ДО КОГО ЗВЕРТАТИСЬ?****

При необхідності людина з інвалідністю може звернутися до чергового по вокзалу, або до власника транспортного засобу.

Підприємства та організації, що здійснюють транспортне обслуговування населення, зобов’язані забезпечити спеціальне обладнання транспортних засобів, вокзалів, аеропортів та інших об’єктів, яке б дало змогу особам з інвалідністю безперешкодно користуватися їх послугами.

У тих випадках, коли діючі транспортні засоби не можуть бути пристосовані для використання особами з інвалідністю, органи місцевого самоврядування створюють інші можливості для їх пересування. При проектуванні і створенні нових засобів пересування, реконструкції і будівництві аеропортів, залізничних вокзалів і автовокзалів, морських і річкових портів обов’язково передбачається можливість їх використання людьми з інвалідністю.

(Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», стаття 28).

Для супроводу людей з інвалідністю на вокзалах, в аеропортах, на автобусних станціях повинні працювати «служби супроводу». Якщо такі служби відсутні, то черговий по станції, вокзалу, аеропорту організовує супровід особи з інвалідністю силами працівників МВС, медичних працівників.

# ****ЯКИМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИМИ ДОКУМЕНТАМИ ГАРАНТУЄТЬСЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ДОСТУП ДО ІНФОРМАЦІЇ?****

Право людей з інвалідністю на доступ до інформації гарантовано законодавством України. Зокрема, Законом України «Про інформацію», стаття 9.

«Кожному громадянину забезпечується вільний доступ до інформації, яка стосується його особисто, крім випадків передбачених законами України».

«Інвалідам по слуху забезпечується доступ до засобів масової інформації шляхом титрування та здійснення сурдоперекладу на дактильно-жестову мову глухих інформаційних і тематитичних телепрограм, кіно, відеофільмів у порядку та на умовах, визначених Кабінетом Міністрів України».

(Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», стаття 23).