



10. Симонов И.С. На путях к борьбе с половой распущенностью в школах I и II ступени / И.С. Симонов // Школа и половой вопрос. – Петроград, 1920. – С. 116–166.

11. Скворцов И.П. О воспитании родового чувства / И.П. Скворцов // Вестник воспитания. – 1892 – № 2. – С. 74.

12. Турутина Е.С. Социокультурный и образовательный контекст возникновения вопроса полового воспитания детей в дискурсе российской педагогики / Е.С. Турутина // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2010. – Выпуск 10(100). – С. 10–14.

УДК 37.013.42:364-784(100)

СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ РАННЬОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ

Сташук О.О., викладач кафедри соціальної роботи
КВНЗ «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія»
Запорізької обласної ради

У статті розглянуто окремі аспекти досвіду організації ранньої соціальної реабілітації в зарубіжних країнах. Акцентовано увагу на соціально-педагогічних характеристиках цього процесу, окреслено роль соціального педагога закладів ранньої соціальної реабілітації. Виділено ознаки, притаманні більшості розвинених систем раннього втручання (ранньої реабілітації), та сформульовано пріоритетні завдання, які потребують нагального вирішення в Україні. Зокрема, наголошено, що потребує доопрацювання зміст вищої освіти в галузі підготовки майбутніх соціальних педагогів до роботи в системі ранньої соціальної реабілітації.

Ключові слова: *рання реабілітація, раннє втручання, діти дошкільного віку, особливі потреби, майбутній соціальний педагог, міждисциплінарна команда.*

В статье рассмотрены отдельные аспекты опыта организации ранней социальной реабилитации в зарубежных странах. Акцентируется внимание на социально-педагогических характеристиках этого процесса, уточнена роль социального педагога заведений ранней социальной реабилитации. Выделены признаки, присущие большинству развитых систем раннего вмешательства (ранней реабилитации), и сформулированы приоритетные задачи, требующие неотложного решения в Украине. В частности, отмечается, что требует доработки содержание высшего образования в области подготовки будущих социальных педагогов к работе в системе ранней социальной реабилитации.

Ключевые слова: *ранняя реабилитация, раннее вмешательство, дети дошкольного возраста, особые потребности, будущий социальный педагог, междисциплинарная команда.*

Stashuk O.O. SOCIAL AND PEDAGOGICAL ASPECTS OF ORGANIZATION OF THE EARLY SOCIAL REHABILITATION IN THE FOREIGN COUNTRIES

Some aspects of the experience of organization of early social rehabilitation in the countries of Europe, USA, Byelorussia and Russia are considered in the article. The attention is focused on the socio-pedagogical characteristics of this process, the roles of the social teacher of institutions of early social rehabilitation are outlined. The author highlighted the features inherent in most developed early intervention systems (early rehabilitation) and formulated priority tasks that require an urgent solution in Ukraine. In particular, it is emphasized that the content of higher education in the field of training future social educators for work in the system of early social rehabilitation needs to be finalized.

Key words: *early rehabilitation, early intervention, children of preschool age, special needs, future social teacher, interdisciplinary team.*

Постановка проблеми. Дослідження міжнародного досвіду організації ранньої реабілітації актуалізувалися нещодавно в ракурсі підписання Меморандуму про взаєморозуміння для запровадження національної платформи раннього втручання та вироблення єдиних підходів формування в Україні системи раннього втручання (13 квітня 2017 р.). Іноземними сторонами

підписання документа стали Фондація «Soft Tulip» (Нідерланди), Європейська асоціація раннього втручання «EURLY AID» і ЮНІСЕФ. Міжнародні партнери запропонували до прийняття вихідні положення, які є базовими для побудови системи ранньої соціальної реабілітації в провідних країнах Європи, США, Росії, Японії. Проте питання ефективних механізмів їх реалізації в умо-



вах української системи надання послуг залишається відкритим; продовжується наукова дискусія щодо доцільного розподілу функцій між фахівцями міждисциплінарної команди, визначення змісту їх діяльності й ключових пріоритетів у контексті сімейно-центрованої, міждисциплінарної, міжвідомчої моделі.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження міжнародного досвіду щодо соціально-педагогічних аспектів організації соціальної реабілітації започатковано такими науковцями, як А. Капська, С. Миронова, Л. Міщик, В. Нечипоренко, Н. Софій, А. Шевцов, З. Шевців та інші. Потребують додаткового уточнення питання змісту діяльності соціального педагога в системі надання послуг ранньої соціальної реабілітації та шляхів його фахової підготовки.

Постановка завдання. Мета статті – проаналізувати досвід зарубіжних країн у ракурсі соціально-педагогічних характеристик процесу ранньої соціальної реабілітації; описати міжнародний досвід щодо ролі та змісту діяльності соціального педагога закладу системи ранньої соціальної реабілітації.

Виклад основного матеріалу дослідження. З 1986 р. США, згодом і інші гуманістично спрямовані країни розробляють і впроваджують у практику механізми функціонування цілісної системи ранньої соціальної реабілітації. Щодо термінологічної єдності, то зазначимо, що в більшості Європейських країн, США вживається термін «раннє втручання», замість уживаного в Україні поняття «рання реабілітація». Проте розгляд окремих характеристик став для нас підставою розглядати їх у контексті статті як тотожні. Так, у нормативних європейських документах (зокрема Законі про раннє втручання, Португалія) поняття «раннє втручання» розкрито як таке, що включає ранню реабілітацію дітей раннього та дошкільного віку з психофізичними порушеннями і превенцію порушень розвитку у випадку, якщо в дитини виявлені до цього певні передумови. Раннє втручання переважно використовується як синтезуючий термін для надання педагогічних і терапевтичних послуг дітям віком від народження до 3 років, а в деяких країнах до 6 (7) років [7]. На офіційному сайті платформи Раннього втручання в Україні подано таке визначення: «раннє втручання» (англ. Early Intervention) – міждисциплінарна сімейно-центрована система допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку та дітям груп біологічного й соціального ризику, спрямована на покращення розвитку

дитини та підвищення якості життя родини [9]. Згідно з п. 1.1 Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів, чинного в Україні з 2015 р., комплекс заходів із соціальної реабілітації здійснюється для дітей-інвалідів, а також дітей віком до 2 років, які мають ризик отримати інвалідність і спрямовані на попередження (запобігання), зменшення або подолання фізичних, психічних розладів, коригування порушень розвитку, навчання основних соціальних і побутових навичок, розвиток здібностей, створення передумов для їхньої інтеграції в суспільство. Сімейноцентрованість заходів із ранньої реабілітації підкреслено в Концепції ранньої соціальної реабілітації в Україні (2000 р.). У документі зазначено, що проведення заходів ранньої соціальної реабілітації відбувається без відриву від сім'ї та передбачає залучення батьків, інших членів сім'ї дитини до участі в реабілітаційному процесі. Отже, поняття «рання реабілітація», як і поняття «раннє втручання», характеризуються низкою спільних ознак, зокрема суб'єктами процесу є діти від 0 до 6 (7) років з порушеннями розвитку (діти-інваліди) й діти, у яких виявлено загрозу розвитку порушень, а також їхні батьки, що активно впливають на зміст і якість послуг. Саме на підставі вищезначеного нам видається доцільним у контексті статті вживати терміни «раннє втручання» та «рання реабілітація» як тотожні.

Узагальнення досвіду окремих здобувків і результатів наукових досліджень періодично публікують у фахових виданнях. Зокрема, у статті «Раннє втручання для дітей з порушеннями розвитку» авторів J.M.H. De Moor, B.T.M. van Waesberghe, J.B.L. Hosman, D. Jaeken and S. Miedema (1993) подано складники системи раннього втручання, які сьогодні визнані та взяті за основу більшістю країн ЄС. Окрім цього, в ній вперше розкрито дефініції, ключові концепції, цільові групи, шляхи взаємодії й фінансування системи раннього втручання в державному та міждержавному значенні [15].

Зміст і методичне забезпечення окремих аспектів організації раннього втручання розробляли також S.W. Barrett (2000); G. Dawson, S. Rogers, J. Munson, M. Smith, J. Winter, J. Greenson, A. Donaldson, J. Varley (2010); C. J. Dunst (2004); R. Fewell, B. Deutscher (2004); S.M. Grantham-McGregor, C.A. Powell, S.P. Walker, J.H. Himes (1991); M.J. Guralnick (2011); S.J. Meisels, J.P. Shonkoff (2000); F. Peterander (2003); A.I. Pinto, C. Grande, C. Aguiar, I.C. de Almeida, I. Felgueiras, J.S. Pimentel, A.M. Serrano, L. Carvalho, M.T. Brandro, T. Boavida, P. Santos, P. Lopesdos-Santos



(2012); J. Woods, S. Kashinath, H. Goldstein (2004). Педагогічний ракурс реалізації завдань ранньої реабілітації здійснили L. Kagan, J. Michelle (2000); S.J. Meisels, J.P. Shonkoff (2000).

Питання впливу сім'ї на ефективність процесу ранньої реабілітації актуалізували P. Hauser-Cram, M. Warfield, J. Shonkoff, M. Krauss, C. Upshur, A. Sayer (1999); M. Ketelaar, A. Vermeer, P. Helders, H. Hart (1998); J. Heckman, (2006); G. Mahoney, G. Boyce, R. Fewell, D. Spiker, C. Wheedon, C. Torres, J. Buceta (1998); C. Trivette, C. Dunst, D. Hamby (2010).

Ефективність системи ранньої соціальної реабілітації (раннього втручання) за різними показниками вивчали L. Azzi-Lessing (2009); D.B. Bailey, J. Braithwaite and D. Mont (2009); K. Hebbeler, D. Spiker, A. Scarborough, S. Mallik, L. Nelson (2005); U. Bronfenbrenner (1974); M.J. Guralnick (1998); P. Hauser-Cram, M. Warfield, J. Shonkoff, M. Krauss (2001); K. Hebbeler, D. Spiker, S. Mallik, A. Scarborough, R. Simeonsson (2003); G. Mahoney, F. Perales (2005); M. Pretis M. (2010); A.M. Serrano, J. Boavida (2011); J. Ziviani, R. Feeney, S. Rodger, P. Watter (2010).

Розглянемо досвід зарубіжних країн (провідних Європейських країн, США, Росії, Республіки Білорусь, Японії тощо) спочатку з погляду ключових ознак ефективної системи раннього втручання на рівні держави, а потім сконцентруємо увагу на соціально-педагогічних аспектах розбудови цієї системи.

Однією з основних ознак, що характеризує країни зі сталим процесом раннього втручання (ранньої реабілітації), є загальнодержавний характер прийняття рішень щодо запровадження системи раннього втручання (в т. ч. нормативний супровід цих рішень). Так, одна з перших у світі країн, яка здійснила системний державний підхід до організації раннього втручання, – США, на рівні Конгресу країни в 1986 р. прийняла рішення про необхідність розроблення скоординованої, міждисциплінарної, міжвідомчої програми служб раннього втручання (USA Public Law 99–457, Part H). Частина С Закону про освіту осіб з обмеженими можливостями (IDEA) окреслює низку вимог, які забезпечують загальнодержавний характер цієї системи: доступ до програм реабілітації всім дітям, які відповідають установленим критеріям; призначення губернатором кожного Штату відповідальної структури для реалізації завдань раннього втручання, яка фінансується тощо [5]. У 1994 р. розроблено модель раннього втручання в Португалії, яка стала основою закону, що ство-

рив нормативно-правову базу для раннього втручання. Закон установлює необхідність формування координаційних структур, до складу яких на всіх рівнях повинні входити представники системи охорони здоров'я, освіти, а також соціального захисту у співпраці з приватними інститутами системи соціальної солідарності.

Від 1974 р. розбудовується система раннього втручання в Німеччині, яка довгий час була представлена паралельною діяльністю центрів соціальної педіатрії та служб раннього втручання. У 1992 р. діяльність цих установ була скоординована на законодавчому рівні, зокрема у GStruktG Art. 1, § 119 SGB V и § 4 FgьhV зазначено, що лікування в центрах соціальної педіатрії (надрегіональних установах) спрямовується на дітей з тяжким чи хронічним характером захворювання, які не можуть отримувати необхідні послуги за місцем проживання. Ці заклади повинні підтримувати тісний зв'язок із центрами раннього втручання (місцевими регіональними установами). У цьому моменті зауважимо, що більшість систем раннього втручання (США, Швеція, Німеччина, Білорусія тощо) побудовані саме з урахуванням принципу різнорівненості (два або три рівні): перший рівень забезпечує дітей з порушеннями розвитку реабілітаційними послугами, максимально наближеними до місця проживання, і другий рівень, у рамках якого дітям зі складними вадами надаються переважно стаціонарні послуги віддалено від їхніх будинків.

Загальнодержавний характер прийняття рішень і їх нормативне представлення забезпечує міжвідомчість і скоординованість служб надання ранньої практичної допомоги. Так, у США в кожному штаті обирається відповідальна структура щодо реалізації завдань раннього втручання: система охорони здоров'я, система освіти, система соціального захисту. Наведемо приклад штату Меріленд, у якому система, розроблена на частині С IDEA, називається Maryland Infants and Toddlers Program (MITP) (Програма для немовлят і дітей, які починають ходити). Ця всебічна система охоплює увесь штат і координується департаментом освіти штату Меріленд і відділом спеціальної освіти/послуг з раннього втручання; методичну підтримку надає Університет Джонса Хопкінса та Центр технологій в освіті. Кожна з 24 юрисдикцій штату здійснює програму MITP, координуючи послуги, які надаються освітніми, соціальними закладами, закладами охорони здоров'я та приватними організаціями. Усі послуги в рамках програми надаються безкоштовно: у будинку, в місцевому будинку дитини або



в центрі домашнього денного догляду; в бібліотеках, центрах відпочинку, на ігрових площадках; у місцях, куди батьки й діти відправляються для відпочинку або отримання допомоги. Пропонована програма виконує посередницькі та інформаційні функції [10].

Реабілітаційні функції в США виконують також лікарні: реабілітаційні клініки, відділення ранньої реабілітації великих лікарень або послуги надаються в рамках оренди окремих стаціонарних ліжок (перевага полягає в наступності подальшого лікування, тому що хворі після виписки з такого стаціонару залишаються на амбулаторному лікуванні в того самого лікаря, що веде також амбулаторний прийом). Традиційно діяльність американських лікарів «фізичної медицини й реабілітації» здійснюється між стаціонаром та амбулаторією, крім того, вони надають консультативну допомогу в лікарнях [6].

Модель раннього втручання Португалії розроблена в 1994 р. міжвідомчою комісією, до складу якої ввійшли представники з Міністерств охорони здоров'я, соціального захисту й освіти. Відповідно до прийнятого ними рішення, система раннього втручання в державі включає такі структури: національну координаційну комісію, в яку входить по 2 представники кожного міністерства; 5 регіональних підрозділів, члени яких призначаються відповідними міністерствами; 149 місцевих команд раннього втручання [5].

Регламентований міжвідомчий підхід лежить в основі системи ранньої реабілітації в Республіці Білорусь. Система має триступеневу структуру та координується трьома міністерствами: освіти, охорони здоров'я, труда й соціального захисту, діяльність яких поєднана завдяки міжвідомчим угодам, нормативним документам і керівним принципам. Міністерства здійснюють керівництво своїми регіональними комітетами та управліннями, які розробляють програми для міст і районів. Усі урядові заклади об'єднує одна комп'ютерна система, яка подає дані й дає можливість швидкого програмного моніторингу та обліку. Поліклініки по всій країні є відправною точкою у виявленні й наданні послуг з раннього втручання. Різноманітні узгодження між міністерствами дають батькам можливість вільно обирати потрібні служби для отримання послуг. Служби, які реалізують завдання раннього втручання, репрезентовані таким закладами, як Центри раннього втручання на базі поліклінік; дитячо-підліткові психоневрологічні диспансери та відділення; Центри медичної реабілітації й реабілітаційні відділення в поліклініках і лікарнях;

будинки дитини; центри корекційно-розвивального навчання та реабілітації («Центри розвитку»), дошкільні заклади й інтегровані дошкільні заклади [3, с. 31–58].

У Росії базами створення служби ранньої допомоги є заклади охорони здоров'я (дитячі лікарні, поліклініки, будинки дитини), освіти (центри психолого-педагогічного та медико-соціального супроводу, дошкільні освітні заклади) й соціального захисту (центри соціальної допомоги сім'ї, центри реабілітації дітей і підлітків з обмеженими можливостями), а також недержавні некомерційні організації. Служби раннього втручання рідко діють як самостійні структури, частіше як структурні підрозділи (відділення, кабінети) вже наявних закладів та організацій. У багатьох організаціях послуги з раннього втручання здійснюються фахівцями за сумісництвом. Міжвідомчість і скоординованість послуг раннього втручання в межах повноважень забезпечує недержавний освітній заклад «Санкт-Петербурзький інститут раннього втручання» (IPAB).

На окрему увагу заслуговує прозора система виявлення сімей, які потребують включення до програм раннього втручання. Наприклад, у США задіяний такий механізм: будь-хто (медпрацівник, соціальний педагог, приватна особа або самі батьки чи члени сім'ї), у кого виникнуть підозри в тому, що дитина відчуває труднощі розвитку, може направити її в Державну систему раннього втручання (State's early intervention system), яка оцінює, чи відповідає розвиток дитини критеріям включення в програму раннього втручання, у разі підтвердження призначається відповідальна особа та розробляється план індивідуального розвитку дитини [9]. Із досвіду Білорусі стає зрозумілим, що найбільш вдалими є системи направлення до служб раннього втручання, які забезпечуються максимально широкими критеріями надання послуг дітям, що дає можливість найбільшого використання ресурсу держави щодо запобігання інвалідизації суспільства [3, с. 31–58].

Законодавче забезпечення системи раннього втручання, її міжвідомче регулювання розкриває широкі можливості для задіяння соціально-педагогічних ресурсів громади. Зокрема, мова йде про організацію широкої, розгалуженої кампанії із залучення громадського та приватного сектору для реалізації завдань раннього втручання, а також організацію волонтерських рухів та активізацію особистісної ініціативи членів громади. Про ефективність соціально-педагогічної діяльності в цьому напрямі може свідчити досвід зарубіжних країн. Прикладом може слугувати розгалужена діяльність



дитячого фонду ЮНІСЕФ як спеціалізованої структури ООН, що відкрив своє представництво в Україні в 1997 р. та фінансується за рахунок добровільних внесків окремих осіб, підприємств, фондів та урядів. На окрему увагу заслуговує діяльність фундації «Soft Tulip» (Нідерланди), яка є міжнародною мережевою організацією, що реалізує проекти з підвищення якості життя й соціальної інтеграції людей з особливими потребами відповідно до Конвенції ООН про права осіб з особливими потребами. Організація активно реалізує різноманітні проекти в Україні з 2006 року. Впливовою серед європейської спільноти з раннього втручання є також Європейська асоціація раннього втручання «EURLYAID» – організація, до членів якої входять різноманітні за фахом спеціалісти й батьки дітей з порушеннями в розвитку. Організація здійснює активні інтервенції в реабілітаційний простір України та істотно впливає на становлення системи надання ранніх послуг у державі.

Окрім міжнародних недержавних фондів та організацій, у США і європейських країнах функціонують численні громадські утворення на рівні держави й окремої громади. Наприклад, у США такі організації можна умовно поділити на дві групи: особистісна ініціатива членів громади (власники будинків, які забезпечують догляд осіб з інвалідністю) та благодійні/громадські організації, які здійснюють діяльність за рахунок державних фондів і пожертвувань окремих громадян. У Німеччині також функціонує симбіоз державних (урядових, міністерських організацій) і шести найбільш впливових благодійних позадержавних організацій, які працюють скоординовано та часто запускають спільні проекти. Їхня діяльність істотно впливає на якість надання послуг раннього втручання в країні. Беніта Ейзенгардт, реабілітаційний педагог і член громадського об'єднання «Menschen Kind» у Берліні, висловлює бачення щодо ролі громадських асоціацій у загальній системі послуг з ранньої реабілітації: «Велика кількість сімей з дітьми, які мають складні порушення розвитку, стикаються з проблемою комплексного отримання медичної, терапевтичної, освітньої, соціальної допомоги. Сім'ї цих дітей витрачають багато зусиль, щоб отримувати різні типи послуг, які б відповідали їхній конкретній ситуації та комплексу їхніх потреб. Саме тут відіграють важливу роль громадські організації, які перебирають на себе окремі функції з координації та надання допомоги» [18, с. 10–12].

Інший позитивний досвід демонструє Північна Ірландія, в якій працюють числен-

ні служби раннього дитинства, більшість із яких не є державними. Однією з найбільш відомих організацій такого типу є NIPPA (Northern Ireland PreSchool Provision Association), яка заснована в 1965 р. та охоплює своєю роботою більше ніж 33% дітей раннього віку. Вона опікується проблемами надання послуг батькам у створенні найбільш сприятливих умов для повноцінного розвитку дитини на різних етапах її життєдіяльності [2].

Гідний уваги приклад Швейцарії, в якій Фонд раннього втручання активно співпрацює із закладами реабілітації та фінансує їхню роботу. Зокрема, у тандемі з дитячою психіатричною клінікою Базельського університету успішно реалізується програма «Mifne» для дітей з розладами аутистичного спектру [20]. Досить успішно в цьому ракурсі також діє Білоруська асоціація дітей-інвалідів, яка відіграє ключову роль у Республіці Білорусь у роботі з громадою, консультуванні та підтримці сімей, які виховують дітей з особливими потребами [3].

Соціально-педагогічний характер систем раннього втручання визначається його ключовою ідеєю, яка полягає в розвитку дитини з особливими потребами як функційно самостійного та повноцінного члена суспільства. У більшості країн з розвинутою системою раннього втручання визначено, що провідними цілями раннього втручання є сприяння благополуччю дитини, покращення здатностей дитини виконувати завдання, які постають у щоденному житті, забезпечення максимальної активності й участі дитини в щоденних життєвих ситуаціях. При цьому розвиток у дитини здатності брати участь у різноманітних соціальних ситуаціях, її функціональна самостійність розглядається як найбільш значуща мета програм допомоги сім'ї та дитині. Як відмічає Л. Самарина, сучасні програми раннього втручання характеризуються функційною спрямованістю, орієнтацією на природне середовище дитини, максимальним залученням сім'ї та спрямованістю на підвищення її компетентності в питаннях розвитку дитини [11].

Так, Доктор Koike, президент Національного центру реабілітації дітей з обмеженими можливостями в місті Токіо (Японія) визначив, що цільовою детермінантою діяльності закладу реабілітації є «розкриття потенціалу кожної дитини повністю настільки, наскільки це можливо, для того щоб дитина могла ввійти в суспільство та жити повноцінним корисним життям» [21]. Д. Аргіропулос, італійський дослідник, підкреслює, що актуальності набуває така організація освітньо-розвивального контексту,



який здатен максимально спростити автономність кожної дитини [1, с. 24].

Російські дослідники пропонують змістити фокус уваги з поняття «розвиток» на поняття «якість життя», відповідно, завданням раннього втручання є покращення (чи підтримка) якості життя родини та позитивна динаміка в розвитку дитини в трьох галузях: соціальної взаємодії, розвитку конкретних навичок і знань; участі в соціальному житті [12].

В. Фтенакіс, директор інституту ранньої педагогіки Баварії (Німеччина) окреслює зміст ранньої та дошкільної освіти через набуття дітьми цього вікового періоду «компетенцій до дії в соціальному контексті» (соціальних навичок, цінностей і компетенції орієнтації, здатності та бажання брати на себе відповідальність, можливість і готовність до демократичної участі в соціальному житті; компетенції управління змінами і труднощами; стійкість тощо) [16]. Г. Киндерман і Т. Димпл подали бачення щодо постнатального розвитку дитини, яка перебуває під впливом факторів ризику для її здоров'я. Серед переліку необхідних заходів автори визначили ранній психосоціальний розвиток, який здійснюється фахівцями відповідної кваліфікації [13].

У програмі «Від народження до 5 штату Меріленд» цілі раннього втручання сформульовані так: розвиток позитивних соціально-емоційних навичок, а також здатності дитини до задоволення її потреб. При цьому в програмі підкреслено, що послуги раннього втручання орієнтовані на підтримку розвитку дитини та її введення в життя сім'ї й суспільства.

Широке поле для реалізації соціально-педагогічних завдань розкривається також у контексті міждисциплінарного, комплексного підходу до організації раннього втручання (ранньої реабілітації). Вітчизняні дослідники (В. Нечипоренко, А. Шевцов та інші), аналізуючи моделі комплексної реабілітації в зарубіжних країнах, зазначають, що для більшості з них характерно комплексне розуміння процесів реабілітації та розвитку дитини з особливими освітніми потребами, який включає, окрім фізичної, психічної та освітньої, ще й соціальну та соціально-педагогічну складову [8]. Так, згідно із законодавством Великої Британії, держава гарантує комплексні послуги для дітей, тому батькам не потрібно шукати різних фахівців, оскільки у випадку раннього втручання формується багатопрофільна команда, до складу якої входять фахівці в галузі освіти, охорони здоров'я та соціальних послуг, що співпрацюють в інтересах дітей.

Завдання комплексної реабілітації в США виконуються в повному обсязі через реалізацію низки спеціальних програм з використанням ресурсів тих інституцій, які є на території певного штату. Наприклад, Центр розвитку та реабілітації дитини (CDRC) реалізує свої пріоритетні завдання по всій території штату Орегон у клінічних відділеннях дитячих лікарень. Комплексна реабілітація дітей реалізується за такими напрямками: консультативний режим, комплексна реабілітація дитини міждисциплінарною командою фахівців, розроблення індивідуального плану. Провідними завданнями Центру раннього дитинства як структурного компонента CERC (Дитячого центру діагностики та реабілітації, розташованого в коледжі ім. Альберта Ейнштейна (США)) є комплексні втручання індивідуального та групового характеру [14]. Основою діяльності центру дитячої неврології в Японії «Національний центр реабілітації дітей з обмеженими можливостями» в місті Токіо є розуміння того, що арсенал медичних заходів не задовольняє потреби дітей з інвалідністю, оскільки для комплексної реабілітації необхідне впровадження психосоціальних професійних підходів [21].

Соціально-педагогічні аспекти раннього втручання чітко викремлюються в діяльності центрів соціального обслуговування Республіки Білорусь, які надають послуги із сімейної терапії, консультування, підтримки та навчання батьків, що виховують дітей із порушеннями й затримками розвитку. Відзначимо, що специфіку їхньої діяльності зумовлюють особливості сімей: схильність до стресу, пов'язаного з вихованням дитини з особливими потребами, а також із бідністю, зловживання психоактивними речовинами та складні життєві обставини тощо. Фахівці центрів соціального обслуговування координують діяльність із закладами системи Міністерств освіти й охорони здоров'я. Окрім цього, центри виконують функції ресурсних закладів щодо надання потрібної допомоги в реалізації завдань раннього втручання. З погляду ресурсних закладів у Німеччині розглядаються центри раннього втручання, фахівці яких можуть надавати, зокрема, систематичну консультативну допомогу. Так, M.R. Textor та A. Bostelmann зазначають, що комплексна робота з дошкільниками, які відчувають певні труднощі розвитку, відбувається в рамках команди, до складу якої обов'язково входять батьки, педагогі, соціальні педагоги та/або співробітники центрів раннього втручання [17].

Соціально-педагогічний характер має також домашнє візитування як ключовий компонент системи раннього втручання,



завданнями якого є пристосування середовища до потреб дитини; підбір і створення розвивального, навчального й ігрового матеріалу; розвиток соціально важливих навичок засобами домашніх ресурсів; моделювання взаємовідносин у сім'ї дитини з особливими потребами.

Тренінг і консультації сім'ї, візити додому; спеціальна освіта батьків; адаптація немовляти до довкілля й організація адекватної потребам немовляти довкілля (occupational therapy) визначені як пріоритетні також для служб раннього втручання в Північній Ірландії [2].

В рамках міждисциплінарної команди важливого значення набуває особа – координатор послуг, який обирається для координування надання послуг з раннього втручання та інтеграції сім'ї в цей процес; завідування особистою справою сім'ї. Окрім цього, координатор вільно володіє законодавчими нормами й розуміє природу процесу, що дає йому змогу виконувати соціально-педагогічну функцію.

Соціально-педагогічним аспектом раннього втручання є забезпечення наступності змісту й засобів реабілітації. Низка дослідників (А. Шевцов та інші) відзначають цінність системи, яка забезпечить особі з особливими потребами безперервність отримання послуг від народження до похилого віку [4]. В. Нечипоренко, аналізуючи досвід низки країн Азії та Африки (Китай, Куба, Домініканська Республіка тощо), доходить висновку, що представлена в цих країнах система обшинних реабілітаційних послуг, що охоплюють контингент дітей дошкільного віку, не відповідає реальним потребам цих дітей, оскільки закінчення програми реабілітації означає для них зупинку в розвитку здатностей до повноцінної соціалізації в межах свого суспільства. Саме тому в більшості ефективних систем раннього втручання (США, Німеччина, Португалія тощо) особлива увага надається «переходам» – організованій системі заходів, спрямованих на підготовку дитини та її сім'ї до переведення в інший заклад, у якому буде продовжено виконання індивідуальної програми розвитку.

У зв'язку з означеним вище актуалізується питання підготовки фахівців, здатних працювати в системі раннього втручання. Тут мова йде не про здатність конкретних вузьких фахівців виконувати професійні обов'язки, а про їхню готовність працювати в контексті міждисциплінарної, сімейно-центрованої моделі надання послуг. Такі фахівці мають знати особливості типового та атипового розвитку дітей раннього й дошкільного віку, повинні вміти проводити

оцінку рівня розвитку, розробляти та здійснювати програми раннього втручання в різних галузях розвитку. У зарубіжних країнах простежується декілька шляхів підготовки таких фахівців.

У США раннє втручання здійснює персонал, який пройшов необхідне навчання й отримав відповідну кваліфікацію, – представники різних дисциплін, включаючи спеціальних педагогів, психологів, соціальних працівників, фізіотерапевтів, лікарів, медичних сестер тощо. Як правило, таку підготовку здійснюють, окрім вищих і спеціальних навчальних закладів, центри та інститути, які займаються питаннями ранньої реабілітації. Наприклад, завданнями дитячого центру діагностики та реабілітації (CERC), який розташований у коледжі ім. Альберта Ейнштейна (США), є проведення міждисциплінарного навчання, проведення наукових досліджень і створення зв'язків між університетами за допомогою різного роду пропагандистських заходів. Одним із провідних завдань центру є підготовка широкого спектру фахівців з психології та педагогіки через виділення спеціальних стипендій студентам педагогічних вишів, організацію семінарів і конференцій тощо. Інший приклад – Дитяча програма зорової реабілітації штату Західна Вірджинія (США), яка, окрім основних напрямів роботи, містить також програму «Mentor», що передбачає освіту, навчання й технічну допомогу висококваліфікованим фахівцям з метою їх залучення до реалізації реабілітаційних програм. Одним із напрямів діяльності Національного центру реабілітації дітей з обмеженими можливостями в місті Токіо є Ryouiku-Kenshusho (навчальні курси для аспірантів і фахівців, які працюють з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я).

Підготовка кадрів є важливим питанням у розвитку системи раннього втручання в Португалії. Першим кроком у цьому процесі було створення загальних концептуальних рамок і філософії раннього втручання для представників різних відомств. До 1994 р. розроблені магістерські курси в університетах та інших навчальних закладах, а також програми підвищення кваліфікації фахівців. Важливу роль у розвитку навчальних програм відіграло створення Національної асоціації раннього втручання, оскільки вона координує процес підвищення кваліфікації фахівців раннього втручання в Португалії.

Функцію підготовки фахівців до роботи в міждисциплінарних командах центрів раннього втручання в Росії виконує недержавний освітній заклад «Санкт-Петербурзький інститут раннього втручання» (ІРАВ). Осо-



бливостями освітніх програм, які пропонує освітній заклад, є такі: спільне навчання фахівців різних профілів з метою формування в них єдиного розуміння цілей раннього втручання; навчання на базі інституту відбувається в робочий час фахівців служб раннього втручання, є безкоштовним; після місячного лекційного курсу, практики раннього втручання здійснюється щотижневе відвідування супервізії [5].

Ще однією можливістю навчання фахівців є їх стажування в міждисциплінарних командах зарубіжних країн. Так, фахівці центру медичної реабілітації «Тонус» в м. Брест (Республіка Білорусь) протягом півтора року успішно проходили стажування в Німеччині в Міжнародній академії реабілітації та розвитку Мюнхена.

Соціальних педагогів для роботи в міждисциплінарній команді раннього втручання готують у США, Німеччині, Ірландії, Португалії, Росії та інших країнах. У документі «Специфікації для міждисциплінарних центрів раннього втручання» (Баварія, лютий 2005 року) окреслено функції соціальних педагогів, які працюють у цих центрах, і зміст їхньої діяльності. Зокрема, зазначено, що соціальний педагог центру раннього втручання повинен мати вищу педагогічну освіту. Ключовими видами діяльності цього фахівця є такі:

1. *Відкриті консультативні послуги.* Соціальний педагог бере участь в організації першої зустрічі із сім'єю, знайомиться з дитиною та історією її хвороби; знайомиться із сімейною історією, розкриває сутність раннього втручання та окреслює комплекс заходів, які можуть бути запропоновані сім'ї в рамках програми. Окрім цього, фахівець надає інформацію про інші варіанти отримання допомоги та визначає шляхи подальшої співпраці.

2. *Діагностика й соціально-педагогічний супровід процесу втручання.* Соціальний педагог бере участь у діагностиці загального розвитку дитини, а також здійснює вузькоспеціальну діагностику: досліджує умови навколишнього середовища, сімейного оточення, психосоціального стану та соціально-економічного стану, досліджує реабілітаційні ресурси сім'ї, особливості взаємин дитина-сім'я, визначає систему підтримки; з'ясовує можливості фінансування; накреслює план реабілітації та шляхи його впровадження.

3. *Соціально-педагогічний супровід, реабілітація й консультування батьків.* Соціальний педагог здійснює соціально-педагогічну роботу в неблагополучних сім'ях і сім'ях з багатопрофільними проблемами; організує роботу із сусідніми соціальними

системами та мережами; організує роботу груп самопомоги; здійснює системні соціально-педагогічні інтервенції; планує й здійснює заходи з інтеграції дитини та її сім'ї в соціальне середовище; здійснює кризове втручання; організує взаємодію й консалтинг. Окрім цього, соціальний педагог організує такі консультації: консультації з питань кризи та конфліктів; сімейне консультування, психосоціальне консультування для сімей в умовах бідності; юридичні консультації. Фахівець також надає пропозиції щодо надання інституціалізованої допомоги тощо [19].

Отже, огляд міжнародного досвіду дав змогу з'ясувати, що процес організації ранньої соціальної реабілітації в зарубіжних країнах визначається окремими соціально-педагогічними аспектами, зокрема соціально-педагогічний характер має організація розгалуженої кампанії із залучення громадського та приватного сектора; спрямування завдань раннього втручання на розвиток дитини з особливим потребами як функційно самостійного та повноцінного члена суспільства; включення соціально-педагогічного компонента в комплекс ранніх міждисциплінарних послуг; забезпечення наступності змісту й засобів соціальної реабілітації. Окрім цього, нами виділено ознаки ефективної системи ранньої реабілітації (раннього втручання) на рівні держави, а саме: загальнодержавний характер прийняття рішень і нормативне їх забезпечення; міжвідомчість і скоординованість служб надання ранньої практичної допомоги; чітка система виявлення сімей, які потребують включення в програми раннього втручання, а також розгалужена система підготовки фахівців різних профілів, які готові працювати в закладах раннього втручання.

Висновки з проведеного дослідження. Аналізуючи отримані результати з позиції вітчизняного досвіду організації ранньої соціальної реабілітації, зазначимо, що, незважаючи на окремі нормативно-правові акти, що регулюють надання послуг у цій галузі, ми ще не можемо говорити про побудову цілісної системи раннього втручання, яка дасть змогу дітям і їхнім батькам відчувати себе захищеними та вчасно отримувати якісну допомогу. Пріоритетними завданнями в цьому контексті є активна нормотворча діяльність держави щодо міжвідомчої координації системи надання послуг і формулювання ключових соціально-педагогічних детермінант ранньої допомоги, визначення ролі громадського сектору в цьому процесі, а також фахова підготовка спеціалістів, які здатні працю-



вати в цій системі та надавати якісні послуги. Зокрема, мова йде про готовність майбутніх соціальних педагогів до роботи в системі ранньої соціальної реабілітації, адже соціально-педагогічні аспекти раннього втручання зумовлюють нагальну потребу в підготовці фахівців саме цього профілю. Це зумовлює потребу в розробленні відповідних програм навчання майбутніх фахівців на рівнях «бакалавр»/«магістр» і включення їх у навчальні плани ВНЗ. Окрім цього, гостро стоїть питання про якісну методичну підтримку соціальних педагогів, які вже працюють у системі ранньої соціальної реабілітації та створення центрів підвищення кваліфікації.

Наша подальша робота в означеній проблематиці буде здійснюватись у напрямі розроблення програми підготовки майбутніх соціальних педагогів до роботи в центрах ранньої соціальної реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Аргіропулос Д. Діти з інвалідністю: школа, сім'я, стосунки (досвід Італії) / Д. Аргіропулос // Ідеї гуманної педагогіки та сучасна система інклюзивного навчання : зб. матер. Всеукр. науково-метод. конференції, присвяченої 97-річчю від дня народження В. Сухомлинського, 29–30.09.2015 / уклад. О.Е. Жосан. – Кіровоград : Ексклюзив-систем, 2015. – 468 с.
2. Буніна Л.М. Формування у молодих сімей навичок усвідомленого батьківства засобами соціально-педагогічної підтримки в Північній Ірландії : дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.05 / Л.М. Буніна. – Луганськ, 2005. – 212 с.
3. Варгас-Барон Э. Раннее вмешательство, специальное образование и интеграция: фокус на республике Беларусь / Э. Варгас-Барон, У. Янсон, Н. Муфель. – Минск : Детский фонд Организации Объединенных Наций, 2009. – 104 с.
4. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності : [навчально-методичний посібник] / за наук. ред. А.Г. Шевцова. – К. : ГЕРБ, 2007. – 288 с.
5. Доброва-Кролл Н. Раннее вмешательство: ключевые аспекты и международный опыт / Н. Доброва-Кролл // Международный детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://www.unicef.org/ukraine/ukr/Early_Intervention_Concept_RUS.pdf.
6. Досвід США у процедурі встановлення інвалідності, розроблення програми реабілітації, та існування подібних комісій // Центр громадської адвокатури, 2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.pilga.in.ua/node/6213>.
7. Міжнародний досвід щодо розвитку та функціонування системи раннього втручання [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://rvua.com.ua/international-experience>.
8. Нечипоренко В.В. Системний розвиток навчально-реабілітаційного центру як відкритої інноваційної соціально-освітньої інституції : [монографія] / В.В. Нечипоренко. – Запоріжжя : Видавництво Хортицького національного навчально-реабілітаційного багатопрофільного центру, 2013. – 520 с.
9. Ранне втручання. Развитие дитини і підтримки сім'ї [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://rvua.com.ua/>.
10. Руководство по услугам раннего вмешательства для всей семьи в штате Мэриленд [Электронный ресурс]. – Режим доступа : archives.marylandpublicschools.org/MSDE/.../doc/.../Birth_to_3_Guide_Russian.pdf.
11. Самарина Л.В. Применение международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья в службе раннего вмешательства / Л.В. Самарина // Дефектология: научно-методический журнал. – М. : Школа-пресс, 2005. – № 1. – 96 с.
12. Сборник материалов по эффективным технологиям раннего вмешательства в системе реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.aksp.ru/work/activity/inv/Block.pdf>.
13. Berichtsband des 53. Kongresses der DGGG / G. Kinderman; Th. Dimpfl. – Stuttgart ; New York : Thieme, 2001. – 340 s.
14. Children's Evaluation & Rehabilitation Center. Albert Einstein College of Medicine [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL: <http://www.einstein.yu.edu/centers>.
15. De Moor J.M.H. (1993) Early Intervention for Children with Developmental Disabilities: Manifesto of the Eurllyaid Working Party / B.T.M. Van Waesberghe, J.B.L. Hosman, D. Jaeken, S. Miedema // Department of Special Education, Catholic University, PO Box 9103, 6500 HD Nijmegen, The Netherlands; published in: International Journal of Rehabilitation Research 16, s. 23–31.
16. Der Bayerische Bildungs und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung / Projektleitung und Gesamtverantwortung: Wassilios E. Fthenakis // Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen Staatsinstitut für Frühpädagogik München, 2012. – 520 s.
17. Integration behinderter Kinder: pädagogische Grundlagen [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL: <http://www.kindergartenpaedagogik.de/527.html>.
18. Kinder brauchen schnelle und unbürokratische Hilfe. Fünf Fragen an Benita Eisenhardt von Menschen Kind // Paritätischer Rundbrief. Januar / Februar 2015, 52 s.
19. Leistungsbeschreibung für interdisziplinäre Frühförderstellen. Arbeitspapier der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, Stand Februar 2005 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL: https://www.fruehfoerderung-bayern.de/fileadmin/files/PDFs/Fachleute_Information/Leistungsbeschreibung_FF.pdf.
20. Minor L. Eine Sprache für kleine Autisten (2010) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL: <https://www.bernerzeitung.ch/wissen/medizin-und-psychologie/Eine-Sprache-fuer-kleine-Autisten/story/18590086?track>.
21. National Rehabilitation Center for Children with Disabilities [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL: <http://www.ryouiku-net.com/introduction/english.html>.