

УДК 364.07-058.85

Яскал Л.

СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ, ВИХОВАНЦІВ ІНТЕРНАТНИХ УСТАНОВ ТА АЛЬТЕРНАТИВНІ РЕЗИДЕНТНІЙ ФОРМИ ОПІКИ

У статті аналізуються соціальні проблеми дітей-інвалідів, які виховуються в резидентних установах, дається оцінка ситуації у сфері державної опіки вказаною категорією дітей та розглядаються альтернативні, наближені до сімейної, форми опіки дітьми-інвалідами.

Діти-інваліди — це діти з обмеженими психосоціальними та психофізичними можливостями. Низка соціальних проблем цієї категорії пов'язана з наявністю вад у фізичному розвитку. Так, будь-які порушення в руховій системі дитини сповільнюють темп її психічного розвитку. Це видно на прикладі дітей з церебральним паралічем. Причина — в обмеженій рухливості дитини, в її недостатньому спілкуванні з оточуючим світом, в обмеженні діяльності, що приводить до вторинної затримки темпу розумового розвитку. Фізична активність сприяє її психічному росту [1, 28].

Дефекти усного мовлення створюють перепони у спілкуванні дитини з довколишнім світом. Це, в свою чергу, спричиняє відхилення в інтелектуальному та емоційному розвитку.

Наявність вад слуху породжує труднощі в пізнанні світу і стає причиною того, що такі діти набувають фрагментарності мислення, яка виявляється у тому, що за наявності певного об'єму знань учні не встановлюють зв'язків між опорними пунктами в системі поглядів на світ. У результаті це веде до пасивної поведінки, поведінки споглядача, спостерігача. Проблеми розвитку особистості глухого пов'язані з недостатнім словниковим запасом, а також і з деякою вузькістю соціальної практики. Можна спрогнозувати, що в міру розширення сфери активної практичної діяльності глухих, в міру розширення кола їх інтересів і розвитку мовного спілкування внутрішній світ дітей з вадами слуху буде все більше наближатися до внутрішнього світу їх-

ніх чуючих однолітків. І навпаки, розширення кругозору буде йти в ногу з зростом їхньої соціальної активності [2, 11].

В осіб з вадами зору спостерігається недорозвинута потреба в спілкуванні, що проявляється в низькій активності незрячих підлітків у досліджуваній сфері, згортанні або повному уникненні контактів з чужими людьми; збільшенні залежності сліпої дитини від батьків, у гальмуванні її особистісного розвитку, процесу соціалізації [3, 132]. Внаслідок цього незрячі випускники найбільші труднощі відчувають у просторовій орієнтації, приготуванні їжі, догляді за житлом, ремонті одягу, користуванні електропобутовими приладами [4, 146].

Водночас, слід розглянути не лише проблеми, які виникають у дітей-інвалідів, вихованців шкіл-інтернатів через фізичні вади, а й через зовнішні соціальні фактори. Одним з них є можливість виховуватися не в сім'ї, а в школі-інтернаті. В Україні найпоширенішою формою піклування про дітей-інвалідів, які втратили батьківське піклування, і тих, які офіційно мають батьків і не є сиротами, була і залишається *інституційна*, тобто виховання в дитячому будинку, школі-інтернаті, професійно-технічному виховному закладі. У державі діє система спеціальних дошкільних закладів, загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей з вадами фізичного та психічного розвитку. Сформовані такі типи освітніх закладів для дітей-інвалідів:

- 1) для дітей із розумовою відсталістю;
- 2) з вадами слуху;

- 3) з вадами зору;
- 4) з важкими розладами мовлення;
- 5) з порушеннями опорно-рухового апарату.

Метою створення спеціальних шкіл було надання особам з фізичними та психічними вадами умов для розвитку їхніх фізичних, психічних можливостей, для адаптації в середовищі, підготовки до трудової діяльності, набуття навичок самообслуговування і підготовки їх до сімейного життя. Проте, існують інші думки з цього приводу. Кравченко Р. І., обговорюючи питання діяльності шкіл-інтернатів для осіб із розумовими вадами, схильна вважати, що в основі діяльності закладів такого типу лежить принцип *сегрегації*. Саме тому, на її думку, у радянські часи було так детально сплановано та добре розвинено інтернатну систему. Саме тому і сьогодні, в часи економічної скрути, у державному бюджеті знаходяться значні кошти для утримання закладів, де розумово відсталіх людей ізольовано від соціуму [5, 55].

Цю думку підтверджує ряд досліджень, проведених серед вихованців шкіл-інтернатів та їхніх випускників. Серед побажань випускників шкіл-інтернатів є такі, що насторожують: "щоб не били", "зняти паркан навколо інтернатного закладу", "краще в інтернат ніколи не потрапляти", "ніколи не вважати інтернатний заклад своїм рідним домом" [6, 68]. Діти скаржаться на те, що в школі-інтернаті вони повинні більше отримувати батьківського тепла, довіри, поваги, доброти, милосердя, турботи [7, 7–8].

Вихованці виявляють *ряд соціальних проблем*, які існують у резидентних установах. Так, вони вказують на недостатність підготовки до самостійного життя поза інтернатом. Стверджують, що їх мають вчити практичним навичкам (готувати їжу, робити заготовки на зиму, шити, витратити гроші, заощаджувати, плести тощо). Висловлюють побажання про необхідність проведення в інтернаті курсу сімейного виховання (про сім'ю та сімейні стосунки). Випускники переконані, що дітей обов'язково треба знайомити з різними спеціальностями. Необхідно впровадити відкритий тип дитячого будинку, який би сприяв широким зв'язкам вихованців з навколишнім середовищем; наблизити умови проживання до домашніх, поліпшити комфортність житла [8, 7–8].

Такі побажання є закономірними, оскільки державна підтримка дітей-інвалідів тривалий час зводилася лише до проблем їх матеріального та медичного забезпечення, отримання ними початкової освіти. Можливість участі дітей з вадами розвитку в інших сферах життя суспільства не передбачалася. Значною мірою це було пов'язано з тим, що соціальна інтеграція хворого пов'язувалася лише з відновленням його трудової активності та набуттям, переважно соціальних зв'язків. Таршис В. Б. аргу-

ментувала це таким чином: "У проблемі медико-соціальної реабілітації інвалідів дитячого та підліткового віку одним з найважливіших завдань є збереження їхнього соціального статусу... Оскільки діти ще не володіють ніякою професією і не мають трудового анамнезу, одним з найважливіших соціальних завдань у цьому віці є підготовка до трудової діяльності. Вона повинна, як нам здається, складатися із наступних семи етапів: 1) трудова терапія; 2) трудове виховання; 3) трудове навчання; 4) професійна орієнтація; 5) професійне навчання; 6) працевлаштування; 7) контроль за трудовою діяльністю інваліда" [9, 194]. Отже, складається враження, що дитина-інвалід приречена жити в замкненому просторі через те, що не може провадити активної трудової діяльності. Однією з проблем інвалідів є та, що вони не мають змоги сформувати соціальні зв'язки і набути соціального статусу, що є однією з умов доброго самопочуття, оскільки дитині з вадами розвитку пропонується обмежитись лише трудовою сферою, спілкуватися лише на виробництві, і не береться до уваги можливість участі в інших сферах життя. Такий підхід був зумовлений тим, що цінність людини в суспільстві визначалася її спроможністю створювати матеріальні цінності. "Стандартні правила забезпечення рівних можливостей інвалідів" застерігають від такого вузького бачення [10].

Таким чином, перебування дітей з вадами розвитку в школі-інтернаті закритого типу стає на перешкоді формуванню соціальної мобільності, інтегрованості. Психологи вивчали *вплив* виховання дітей у резидентній установі *на рівень* їхнього розвитку. Дослідження показали, що вже з першого року життя вихованці будинку дитини в'ялі, апатичні. Вони стають сумними, втрачають життєрадісність, у них знижена активність, скупі емоційні прояви. Діти, які ростуть у державних закладах — замкненому просторі, часто бояться незнайомих людей та предметів (ліфт, пральна машина, ванна тощо), бояться тварин, їх насторожує все незнайоме [11, 88].

У свою чергу, медики підкреслюють, що у 88 % таких дітей спостерігається затримка нервово-психічного розвитку вже протягом першого року життя. Всього 39 % дітей віком до трьох років володіють мовою, 47 % — тільки розуміють, 14 % і не розуміють, і не говорять [12, 88].

Ізоляція глухих дітей в умовах школи-інтернату, обмеженість життєвого досвіду та можливостей різноманітних контактів, інформаційний дефіцит обумовлюють специфічні труднощі в набутті учнями знань про навколишній світ [13, 222]. Інші дослідники стверджують, що школи, де виховуються незрячі діти, не приділяють достатньої уваги спілкуванню з незнайомими людьми як зрячими так і незрячими [14, 11]. О. Г. Волошина вважає, що для дітей з вадами психічного розвитку є важливими

спілкування з навколишнім середовищем, праця в колективах розумово нормальних людей [15, 49]. Вихованці шкіл-інтернатів позбавлені можливості постійного спілкування з оточуючими. Це має негативні наслідки, бо розностороннє спілкування, різноманітні контакти розумово відсталих дітей — одна з умов їх соціалізації.

Іншою проблемою є наявність у дітей-інвалідів можливостей формувати комунікативні навички. Враховуючи те, що в основі діяльності людей і відносин між ними лежить мовленнєве спілкування, було здійснено спеціальне експериментальне дослідження з учнями старших класів з порушенням інтелекту допоміжних шкіл з метою виявлення у них рівня сформованості комунікативних умінь та володіння ними. Так, лише 29 % обстежених зуміли розкрити теми повідомлень, 27 % змогли реалізувати їх основну думку [16, 69—70].

У школах-інтернатах немає змоги дати позитивний зразок взаємозв'язків по лінії "батьки—батьки", "батьки—дитина", що приводить до викривлень у ціннісних орієнтаціях дітей. У системі життєвих цінностей підлітків, які готуються до виходу в самостійне життя, турботливі батьки та зв'язки з сім'єю як самоцінність, фігурують лише у третини дітей та посідають четверте місце із семи можливих. Цікаво, що для 80 % опитаних до першорядних цінностей належить сім'я як спосіб організації дорослого життя і при цьому діти є цінністю лише для кожного третього, тобто спостерігається відокремлення сім'ї від батьківства [17, 66].

Постійне перебування дитини в умовах замкнутого середовища спричиняє до того, що вона звикає до опіки, не набуває умінь та навичок, потрібних у самостійному житті, у неї формується споживачське ставлення до світу. До 20—23 років діти перебувають у закритому просторі, лише згодом держава починає думати про те, як їх соціалізувати. А така втрата часу накладає свій негативний відбиток.

У радянській системі соціального захисту дітей погляд на опіку був зумовлений ідеологією держави, за якою країні потрібні були передусім робочі руки, трудові одиниці, здатні будувати державу. У зв'язку з цим проводилися найрізноманітніші експерименти над способом життя всього населення по вивільненню його часу для "будівництва комунізму". Тому для осіб із вадами розвитку трудова діяльність вважалася основним і чи не єдиним способом соціалізації та реабілітації. Виходячи з цього, Ярмаченко Н. Д. пише, що важливою умовою компенсації фізичних вад у інвалідів є їх залучення до суспільно значимої праці, першочергову роль в якій відіграє трудова діяльність [18].

У зв'язку з цим була і залишається актуальною проблема якості трудової підготовки учнів шкіл-інтернатів та їх соціальної адаптації у виробничих

колективах [19]. Таким чином, соціальна адаптація сприймається не як пристосування до умов життя в суспільстві в цілому, а лише як успішне пристосування до перебування у виробничих колективах, що має сприяти насамперед продуктивній праці випускника школи-інтернату. А. М. Висоцька проводила дослідження по вивченню стану підготовленості старшокласників допоміжної школи до роботи в умовах виробництва, а саме: формування знань, необхідних для успішної адаптації до організації виробництва, розвитку комунікативних умінь, необхідних для адаптації в колективі. Незважаючи на те, що питанню трудової підготовки надавалося першочергове значення, рівень розвитку вказаних навичок перебуває на вкрай низькому рівні. Школярі мають обмежений запас знань про структуру фабрики, цеху, про завдання і функції підрозділів та відповідальних працівників, про роботу профспілкової організації тощо. Учні мають властиве неповне, неадекватне тлумачення виробничих понять. Випускники недостатньо орієнтуються в питаннях трудового законодавства, що стосується працевлаштування і роботи підлітків на виробництві. Вони не володіють питаннями організації праці на виробництві, де проходять виробничу практику, не вміють самостійно використовувати джерел інформації, що існують на виробництві, норм, наказів тощо. Підлітки не прагнуть до спілкування, не вступають у контакт з оточуючими, покладаючись в усьому на вчителя. Вони почуваються невпевнено серед малознайомих людей, часто знічуються при спілкуванні з ними, важко освоюються у новому колективі. Більшість із них зазнають труднощів при знайомстві, а також при звертанні до незнайомих.

Аналіз інших експертних даних свідчить про недостатній обсяг знань підлітків у галузі організації виробництва, незнання відповідної термінології, невміння використовувати інформацію, що призводить до зниження рівня комунікативності. У свою чергу, низький рівень розвитку комунікативних здібностей веде до того, що учні не прагнуть дістати інформацію, необхідну для орієнтування в організації виробництва. Прагнення до спілкування, бажання щось спитати, дізнатися гальмується невмінням це робити. Школярі не вміють формувати прохання, невпевнені в правильності своїх висловлювань і вчинків [20, 46—47]. Перед нами постає комплекс взаємозв'язаних проблем. З цього можна виснувати, що подібна ситуація повториться і в інших сферах життя. В інтернатах не проводиться цілеспрямована робота з підготовки учнів до життя, зокрема, школярі не отримують навичок прийняття самостійних рішень у різних життєвих ситуаціях. Учні протягом всього часу перебування в допоміжній школі є пасивним об'єктом професійно-трудового виховання, на час закінчення школи вони мають низький рівень соціальної зрілості [21, 41].

Серед причин специфічного розвитку дітей в інтернатних установах можна вказати такі:

- наявність особливої системи спілкування дорослих з дітьми;
- часта зміна вихователів;
- недостатня увага до формування практичного життєвого досвіду дітей;
- звуження довколишнього середовища;
- відсутність диференційованого, індивідуального підходу до дітей тощо [22, 75].

Тобто соціалізація дітей, які виховуються в інтернатних закладах, ускладнюється особливостями їхнього розвитку, стану здоров'я. Вони відрізняються від дітей, котрі виховуються в сім'ях, розвитком інтелекту й особистості. Система виховання, спосіб життя, умови перебування в резидентній установі формують *особливий тип людини*. Виробляються специфічні риси особистості, характеру, поведінки.

Важливо змінити ставлення до аномальних дітей, ставитись до них не як до інвалідів, які ще потребують опіки, а як до дітей з особливими потребами, які можуть оволодіти доступним обсягом знань, умінь, навичок, якщо створити сприятливі для цього умови [23, 17]. Так, у випадку виховання дітей з розумовими вадами американські спеціалісти вважають, що кінцевою метою їх навчання і виховання є вироблення навичок, які б дали змогу існувати самостійно, тобто прищеплення корисних соціальних навичок, які допоможуть їм жити і працювати у звичайному середовищі. У зв'язку з таким підходом загальноосвітня підготовка і розвиток процесів пізнання не посідають значного місця у всій системі роботи з розумово відсталими дітьми у США. На перше місце ставляться питання формування необхідних навичок і звичок для успішного життя. Вказане положення найчіткіше прослідковується у завданнях навчання дітей з розумовою відсталістю, які ставлять американські дефектологи. Національна асоціація з освіти сформулювала їх таким чином:

досягнути економічної ефективності;

зробити розумово відсталу дитину нормальним членом сім'ї, щоб рідня не відчувала тягаря від його перебування вдома;

сформувати певні моральні переконання, які б дозволили в майбутньому стати рівноправними громадянами країни [24, 136].

Низка соціальних проблем дітей-інвалідів в Україні є результатом того, що відносно кожного вихованця інтернатних установ порушується одне з базових прав дитини, проголошених Конвенцією ООН про права дитини, — права на виховання в сім'ї.

В Україні напрацьовано значний позитивний досвід організації різних форм родинного виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, реалізації їхніх природних прав на проживання в сім'ї. Станом на 1 січня 1998 року в Україні

існує 73 будинки сімейного типу, в яких виховуються 614 дітей-сиріт. Однак дитячі будинки сімейного типу мають багато проблем у своїй діяльності. Часто органи місцевої влади недооцінюють значення цієї форми опіки та піклування за дітьми. Тоді як існування її є вигідним для держави як у соціальному, так і в економічному плані. Так, за даними Державного комітету статистики України у 1997 році утримання однієї дитини в інтернатних закладах і дитячих будинках сімейного типу становило відповідно 7,3 та 2,6 тис. грн. Проте непоодинокі випадки затримки їхнього фінансування. Саме через нестачу коштів у місцевих бюджетах число дитячих будинків сімейного типу не зростає, а вже існуючі мають відчутні фінансові проблеми, внаслідок чого сімейні форми опіки нині ще не набули значного поширення в Україні [25, 7].

Найпоширенішою формою сімейної опіки дітей у країнах Європи та Америки на сьогодні є прийомна опіка. У середині ХХ століття в західних державах існувало незадоволення роботою навчально-виховних закладів. Висувалися такі аргументи: виховання в навчально-виховних закладах призводить до втрати дітьми індивідуальності, життя дітей-сиріт в інтернатах надто ізольоване від життя суспільства; вихованці не мають достатнього правового захисту. У зв'язку з цим державна політика у сфері опіки дітьми-сиротами була спрямована на те, щоб кількість інтернатів звести до мінімуму. Нині в ряді держав їх немає зовсім. Наприклад, у Фінляндії в 60—70-х роках було змінено цілі та завдання резидентного догляду. Поступово уряд зменшив число навчально-виховних закладів. Провідним принципом в охороні дитинства стала *позаінституційна підтримка* дітей, котрі втратили батьківську опіку. Вона полягала в тому, що дітей, які потрапляли під опіку держави, почали передавати на тимчасове виховання в прийомні сім'ї. Робився наголос на необхідності створення можливостей виховання саме в сім'ї, оскільки дані численних експериментів та життєвого досвіду свідчили, що найбільш повноцінний розвиток дитина одержує від своєї, "постійної" матері або особи, що її замінює. Після цієї реформи система опіки дітьми-сиротами у 80-ті роки почала покращуватися [26]. Цей вид догляду за дітьми-сиротами та дітьми, позбавленими батьківської опіки, отримав назву **приймної опіки** (foster care).

З часом з'явилися також **приймні сім'ї-спеціалісти**, які почали брати на утримання дітей переважно підліткового віку, у яких спостерігалися проблеми з поведінкою, або дітей з проблемами фізичного розвитку, дітей-інвалідів. Ця категорія потребує більше часу на виховання і набуття спеціальних знань [27, 36].

Порівняльне вивчення впливу інституційного та сімейного догляду на дітей дало такий результат.

Протягом року спостерігали за двома групами дітей молодшого шкільного віку по 19 осіб кожна. Одна перебувала в інтернатному закладі, учасники іншої — у прийомних сім'ях під постійною опікою. Діти мали схожі передумови в рідних сім'ях: високий рівень психопатологій, наявність соціальних дисфункцій. Відрізнялися групи лише тим, які моделі виховання були до них застосовані. Діти, котрі виховувалися в інтернаті, порівняно з тими, які перебували в прийомних сім'ях, мали набагато вищий рівень активності, неухважності, емоційних порушень, несоціалізованості. На підставі цих даних дійшли висновку, що інституційне виховання сприяє появі вказаних відхилень у поведінці, розвитку [28].

У країнах Заходу система прийомної опіки почала широко впроваджуватися тому, що вона дає змогу дітям продовжувати виховуватися у сім'ях, що вже саме по собі є надзвичайно важливим. Ними займаються громадяни, які намагаються вберегти дітей від фізичного та морально-психологічного травмування, які мають змогу затратити необхідний час для розв'язання їхніх проблем. Це роблять *приймні батьки*, які є досвідченим і кваліфікованим подружжям з деяким стажем сімейного життя і позитивно зарекомендували себе в родинній та громадській сферах. Під час ухвалення рішення про те, взяти під тимчасову прийомну опіку дитину, чи ні, наявність або відсутність у них власних дітей вирішальної ролі не відіграє.

Такі родини реєструються і проходять відповідне тестування в приватних чи урядових службах соціального захисту, отримують державний сертифікат.

Місцеві органи влади виплачують прийомній сім'ї певну суму грошей на *утримання* дитини, а також за те, що вона опікується дитиною, але цієї суми достатньо лише для покриття витрат на утримання вихованця. Це не є заробітна плата. До роботи в інституті прийомної сім'ї залучаються люди, які хочуть допомогти дітям, а не отримати від цього матеріальний зиск [29, 35]. Сім'ї, що утримують проблемних дітей, отримують за свою працю гроші.

Соціальні працівники здійснюють нагляд та контроль за цими сім'ями, проводять їх навчання, надають всебічну допомогу (для певних категорій дітей і підлітків — цілодобово!) та розподіляють кошти, виділені центральними державними чи місцевими органами влади на дітей. Ці ж служби визначають тривалість перебування дитини або підлітка у сім'ї названих батьків. Вона може бути різною, залежно від обставин та умов [30].

З метою підтримання позитивного мікроклімату сімей, які виховують прийомних дітей, соціальні служби закріплюють за прийомними родинами *мультидисциплінарні команди*, діяльність яких спрямована на вивчення стосунків, аналіз відносин дітей з тими, хто надає догляд, поліпшення якості всіх

стосунків, у які вступають прийомні діти, щоб взаємини у процесі розвитку були здоровими. Соціальні служби слідкують, щоб цей процес мав системний і постійний характер.

Робота команди є корисною і в судових процесах, оскільки є змога мати мультидисциплінарну експертизу стосовно груп ризику. Команда спроможна надавати різнобічні послуги, координувати їх надання, проводити моніторинг втручань у сім'ї, орієнтовані на профілактику, системне клінічне обстеження дітей у догляді [31].

У той час, коли діти перебувають у прийомних сім'ях, соціальні служби проводять обов'язкову *роботу з біологічними батьками*, коли існує хоч найменший шанс відновити чи зберегти рідну сім'ю. Законодавство США вимагає від місцевих органів влади прикладати всіх зусиль, щоб не допустити передачі дітей у прийомні сім'ї назавжди і забезпечити умови їхнього з'єднання з біологічною сім'єю. Соціальні служби, які займаються соціальним захистом дітей, зобов'язані розробляти плани покращення умов життя дитини у власній сім'ї або зробити можливим її розміщення в сім'ї родичів.

Завдання відновлення біологічної сім'ї є вельми складним. Приймна опіка може сприяти процесу реабілітації, а може й гальмувати його. Тут відіграють роль найрізноманітніші фактори. Діти в опіці часто зв'язані з їхніми прийомними сім'ями міцніше, ніж з біологічними родичами як "сім'єю". Дослідження 1959 року у США засвідчили, що легше знайти для дитини прийомну сім'ю, ніж створити умови, які б дозволили їй залишитися в рідній [32]. У Фінляндії поширена думка, що найчастіше діти потрапляють під прийомну опіку через незадовільні міжособистісні стосунки всередині сімей. Фінансові проблеми не часто стають єдиною причиною вилучення з родини [33]. Прикладом є збільшення у США з 80 по 90-ті роки потреби у прийомній опіці через зростання кількості зловживань підлітків та членів їхніх сімей наркотичними речовинами. У 1999 році майже 500 тис. дітей перебували під прийомною опікою. У частини з них батьки вживали наркотики ще до народження немовлят. Інші діти жили з членами сімей, які зловживали. Для цієї категорії життя в рідних сім'ях є хаотичним і непередбачуваним. Ці діти потребують кращого догляду і медичної допомоги через занедбаність та зловживання наркотиками їхніх батьків і тому були розміщені в прийомні сім'ї [34].

У багатьох випадках процес поліпшення становища дитини є довгим і важким завданням, прикладом чого може бути робота в США серед матерів, які зловживають алкоголем або наркотиками, не мають житла, які в дитинстві набули досвіду сексуального насильства, бездомності. 61,5 % цих жінок мають дітей віком до 18 років, які перебувають під прийомною опікою або в інших місцях, але не в рід-

ній сім'ї. Дослідження серед цієї категорії показало, що існує великий ризик того, що між батьками та дітьми можуть бути послабленими зв'язки у тих випадках, коли існують житлові проблеми, коли діти не мають можливості усамітнитись. Тому для програм, спрямованих на збереження сімей, рекомендується надавати матерям постійне житло і допомагати жінкам виконувати материнські обов'язки [35].

Вчені стверджують, що фундаментальні зміни в організації, фінансуванні та наданні медичних і соціальних послуг у США, які переважно спрямовані на допомогу бідним сім'ям, призведуть до того, що більше дітей буде передано в прийомні сім'ї, оскільки зазвичай вони мають серйозні фізичні, розумові вади та проблеми розвитку, які потрібно долати якнайшвидше [36].

Процес розміщення й виведення дитини з прийомної сім'ї регулює *законодавство*. Так, у США це "Закон про сприяння усиновленню та соціальному забезпеченню дітей", у Великобританії — "Акт про дітей". Ці документи зобов'язують місцеві органи влади знати, що відбувається з дітьми, які перебувають під їхньою опікою.

У випадку судового рішення про передачу дитини в прийомну сім'ю має бути попередньо визначено, чи було вжито всіх заходів для попередження цього кроку. Окремі пункти "Закону про сприяння усиновленню та соціальному забезпеченню дітей" вимагають:

1. Наявності письмового плану для кожного випадку.
2. Звіту по кожному випадку, який подається кожні шість місяців.
3. Проведення перепису всіх дітей, які перебувають у прийомних сім'ях протягом шести і більше місяців.
4. Доступність судових засідань.
5. Реалізацію програм субсидій, спрямованих на попередження вилучення із сім'ї дитини, її наступне з'єднання з сім'єю, усиновлення.
6. Добровільне розміщення дитини в прийомну сім'ю за рахунок федеральних фондів.

Більшість дітей розміщуються в прийомних сім'ях за вироком суду. Це найголовніший спосіб потрапити під опіку. Діти, яких розмішують за їхнім бажанням, традиційно є молодшими за тих, які потрапляють у сім'ю за судовим рішенням. Добровільне розміщення в прийомну сім'ю, як правило, відбувається у випадках сімейних обставин, наприклад, відсутності батьків, фінансових труднощів, хвороби, інвалідності, зловживання алкоголем тощо.

Залежно від причин розміщення дитини в прийомній сім'ї, вирішується питання *спілкування з рідною сім'єю*. Зустрічі з біологічними батьками дозволяються, якщо це не заборонено рішенням суду. Ряд дослідників намагалися з'ясувати це питання (Scholte E. [37], Cantos A. [38]). Було отримано різ-

ні результати в силу того, що відрізнялися ситуації, умови, в яких перебували діти. У разі відсутності причин для негайного вилучення дитини з рідної сім'ї тому, що вона зазнає знущань чи залишається практично без догляду, тобто брак причин, які переважно призводять до позбавлення батьків батьківських прав, коли прийомна опіка стає тимчасовим засобом допомоги дитині, а не постійним способом розв'язання її проблем, у цьому випадку часті зустрічі з рідними батьками позитивно впливають на дитину. У такому разі наявність контактів дитини з біологічною сім'єю є визначальним принципом практики позасімейного догляду. Тоді діти, які підтримують зв'язок із біологічною сім'єю, виявляють менше поведінкових проблем. За інших умов фактором успішного здійснення прийомної опіки було низьке залучення рідних батьків. Тобто це питання у кожному випадку розглядається окремо.

Дослідники виділяють такі *сімейні характеристики* дітей, які перебувають під прийомною опікою у США:

- проживають у неповних сім'ях 33,2 %;
- не мають батьків 18,4 %.

Ці характеристики наявні перед прийомною опікою. До цього списку належать також діти з сімей високого ризику — 53,7 % або із сімей, у яких наявні великі проблеми — 33,9 %.

Серед *причин віддачі* під опіку помічено такі:

- брак належного догляду — 50,2 %;
 - неспроможність батьків опікуватися дітьми — 24,2 %;
 - відмова батьків від власних дітей — 22 %;
 - фізичне насильство — 20,1 %;
 - погана поведінка дітей — 17 %;
 - емоційні зловживання — 11 %;
 - статеве зловживання — 3,2 %;
 - кілька причин вилучення із сім'ї — 33,1 %;
- Історії *хвороб* свідчать про:
- наявність хронічних хвороб — 4,4 %;
 - слабкий імунітет — 20,1 %;
 - сповільненість психомоторного розвитку — 4,2 %;
 - потребу в спеціальній освіті — 3,3 %;
 - ненавчуваність — 34,6 %;

Діти мають:

- аномалії хоч в одній із систем тіла — 66,1 %;
- аномалії більше як в одній частині тіла — 42 %.

Передача останніх під прийомну опіку може сприяти своєчасному виявленню й усуненню фізичних та розумових вад у дітей групи ризику [39].

Зі зростанням кількості тих, хто потребує догляду, і зменшенням кількості доступних прийомних сімей, система прийомної опіки вдається до розміщення дітей у сім'ї родичів. *Родинний догляд*, як тип тимчасової прийомної опіки, швидко поширився у США за останні десятиліття. У США найбільш

очевидною така ситуація є в афро-американській громаді, де утворився феномен неофіційної опіки над дітьми. Зростання об'ємів родинної опіки стало відгуком на проблему збільшення в країні числа дітей, які потребують догляду. Сила цих сімей у тому, що вони є частиною міцної родинної сітки. У цей спосіб афро-американська громада має можливість зберігати сім'ї.

Ідея родинної опіки не нова. Подібну практику можемо спостерігати в багатьох давніх культурах і в Україні, зокрема. Подібна практика дала добрі результати. Розміщення дітей на родинний догляд стало ще одним кроком у поліпшенні добробуту дітей.

Соціальні служби Великобританії більш схильні віддавати дітей під опіку родичам, ніж у традиційній прийомній сім'ї, оскільки там дитині надається більша підтримка, забезпечується кращий догляд, хоча менш успішно та швидко досягається правова визначеність, незалежність дітей. Під час організації родинної опіки соціальні служби намагаються врівноважувати природні сили неформальних приватних обмінів серед членів родини та офіційні повноваження, які отримують від держави.

У всіх штатах США є закони, які підтверджують можливість опікуєтства третіми людьми, включаючи за певних обставин *опікуєтство дідусями та бабусями*, які останнім часом все більше беруть участь у дискусіях із батьками своїх онуків з приводу їх опіки третіми особами. До таких обговорень найбільше залучаються дідуся чи бабусі, які вже виховували своїх внуків неформально протягом кількох років. У деяких дискусіях найстарші члени родини ставлять під сумнів спроможність батьків дітей бути доглядачами. У деяких ситуаціях внаслідок подібних диспутів з приводу опікуєтства виникає напруження між дідами й батьками внаслідок того, що останні мають природне право на виховання їхніх дітей. Водночас, під час прийняття рішень береться до уваги той аргумент, що опіка має бути призначена в найкращих інтересах дитини і тому вони в деяких випадках передаються на виховання в сім'ї їхніх дідуся та бабусь [40].

Окремою проблемою є *вихід дітей з-під опіки*, наслідки перебування їх під опікою та вплив негараздів дитинства на доросле життя. Вихованці залишають прийомну сім'ю у випадках:

досягнення віку, який передбачає вихід з-під опіки;

з'єднання з відновленою сім'єю, опікуном, родичем або усиновителем;

вилучення з-під опіки через її неуспішність [41].

Діти-сироти є категорією, яка несе в собі ризик, оскільки по досягненню повноліття вони частіше за інших мають фінансові, матеріальні проблеми, хронічні захворювання, досвід принижень, недоглянутості, емоційних страждань тощо. Соці-

альні служби створюють програми з підготовки дітей до самостійного життя. У США було зроблено основне капіталовкладення в систему догляду поза домом для підготовки молодих людей, які були під доглядом у прийомних сім'ях, щоб вони могли існувати самостійно [42]. Окрім того, перебування в прийомній опіці дає змогу набутти позитивного життєвого досвіду, який позначається на їхньому подальшому житті.

Прийомні діти проходять через великі зміни разом із їхніми рідними сім'ями. Декотрі зазнають не одного переміщення під час пошуку тієї прийомної родини, яка найбільше їм пасує. Усім дітям, які потрапляють під прийомну опіку, доводиться долати труднощі переселення до нової сім'ї. Було розроблено *терапію* для подолання непристосованості дитини до життя в прийомній сім'ї. У послугах для цієї категорії враховуються такі чинники як вік дитини; час, коли вона вперше потрапила під опіку; кількість місць розміщення протягом опіки і тип опіки (родинна чи неродинна) [43]. Розвиток прийомної опіки в країнах Заходу забезпечив появу нових *видів допомоги* прийомним сім'ям (діяльність терапевтичних прийомних будинків родинної опіки, зміни в медичному обслуговуванні). В результаті дослідження Dumaret A. виявило, що діти переважно долають проблеми несприятливого дитинства. Більшість випускників прийомної опіки впоралися з труднощами: 56 % добре інтегрувалися, 12 % мали середню інтегрованість, 20 % — часткову і 10 % — були не в змозі інтегруватися [44].

Висновки іншого дослідження, яке оцінило ефективність прийомної опіки, свідчать, що виховання в прийомній сім'ї сприяє збільшенню терміну постійного місцеперебування, покращенню соціальних навичок дітей, зменшенню кількості проблем поведінки, поліпшенню психологічного пристосування і зменшенню труднощів адаптації випускників у житті [45].

У 1993—1996 роках в Іллінойсі було опитано 1100 дітей, які перебували під прийомною опікою, щоб визначити чи задоволені вони доглядом, домом, у якому живуть, і людьми, які надають їм догляд, чи відчують любов і безпеку, як оцінюють життя до і після прийомної опіки. Діти високо оцінили умови життя і надавачів догляду [46].

Прийомна опіка краще реалізується над дітьми молодшого віку, у яких відсутні серйозні емоційні та поведінкові порушення. *Факторами успішного догляду* також є ретельний відбір прийомних батьків, скрупульозне розв'язання прийомною сім'єю проблем дитини, готовність усіх сторін залучатися до процесу розміщення і керівництва протягом опіки, що є особливо важливим, оскільки прийомні діти, як правило, мають значні медичні, емоційні труднощі, проблеми розвитку та поведінки, які беруть початок від подій, що призводять до опіки. Завдан-

ня тимчасової прийомної опіки полягає також у тому, щоб не допустити багаторазового переміщення дитини із сім'ї в сім'ю, збільшити термін перебування на одному місці опіки, оскільки це поруч з іншими факторами впливає на рівень самооцінки. Неадекватність сприйняття прийомними батьками проблем дитини може викликати їх загострення і збільшити ризик невдачі виховання. Найбільшого вияву уваги діти потребують протягом першого року перебування в прийомній сім'ї. При вдало ж організованому догляді вже в перший рік здійснення опіки більшість дітей має значні покращення у розвитку, що викриває попередні невдачі виховання. Важливу роль у цьому процесі відіграє на-

лежне забезпечення дітей відповідними їхньому віковим книжками та ігровим матеріалом, додатковим навчанням прийомних батьків, стимуляція емоційної сфери та мотивації до розвитку в дітей.

Як бачимо, завдяки системі прийомної опіки діти, позбавлені батьківської опіки, мають змогу виховуватися в знайомому і близькому їм середовищі родини. Система послуг для дитини і прийомної сім'ї забезпечує високий рівень життя. Розвиток прийомної опіки в Україні може покращити систему соціального захисту дітей-інвалідів з числа сиріт, оскільки в її основі лежить завдання допомогти кожному вихованцеві зокрема, задовольняючи його індивідуальні потреби.

1. Психофизиологическое состояние и характер различных двигательных нарушений у аномальных детей.— Свердловск, 1974.
2. Формирование социально активной личности неслышащего в процессе культурно-просветительной работы.— Ленинград.: ЛВЦ ВОГ, 1981.—33 с.
3. *Кобильченко В. В.* Специфічні особливості потреби в спілкуванні у дітей з важкими вадами зору // Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин: Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., 2—3 листопада 1994 р.—К.: Ін-т дефектології, 1994.—С. 130—133.
4. *Ремажєвська В.М.* Вивчення ставлення сліпих учнів до самообслуговування як важливої умови їх соціально-трудової адаптації// Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин: Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., 2—3 листопада 1994 р.—К.: Ін-т дефектології, 1994.—С. 144—146.
5. *Кравченко Р. І.* Перспективи працевлаштування інвалідів із інтелектуальною недостатністю // Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю.— К: УДЦ ССМ, 2000.— С. 54—65.
6. *Волинець Л., Комарова Н.* та ін. Соціальне сирітство в Україні: експертна оцінка та аналіз існуючої в Україні системи утримання та виховання дітей, позбавлених батьківського піклування — К: УІСД, 1998 — С. 119.
7. Методичні рекомендації щодо удосконалення утримання та виховання дітей у дитячих інтернатних закладах на принципах, що базуються на Конвенції ООН про права дитини.— К: УІСД, 1998.—С. 190.
8. Там само.
9. Социально-медицинские проблемы профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов. Укр. респ. науч.- практич. конф., 28—29 ноября 1989 г.— Днепрпетровск, 1989.— С. 219.
10. Стандартные правила обеспечения равных возможностей инвалидов, ООН, 1994.
11. *Волинець Л., Комарова Н.* та ін. Вказ. праця.— С. 119.
12. Там само.
13. *Якубовська Р. І.* Соціально-педагогічні аспекти проблеми навчання глухих дітей // Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин: Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., 2—3 листопада 1994 р.— К: Ін-т дефектології, 1994 — С. 222—224.
14. *Волкова И. П.* Проблема взаимодействия школы и производства в социально-трудовой реабилитации слепых и слабовидящих школьников // Реабилитационная работа со слепыми и слабовидящими: Межвуз. сб. науч. трудов.— Ленинград: ЛГПИ, 1988.—С. 8—18.
15. *Волощина О. Г., Міщенко О. М.* З досвіду роботи навчально-виробничого підприємства на базі допоміжної школи-інтернату // Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин: Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., 2—3 листопада 1994 р.— К: Ін-т дефектології, 1994.— С. 49—50.
16. *Кравець Н. П.* Проблеми вербальної комунікації дітей з порушенням інтелекту в процесі їх соціальної інтеграції // Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин: Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., 2—3 листопада 1994 р.— К.: Ін-т дефектології, 1994.— С. 69—71.
17. *Волинець Л., Комарова Я.* та ін. Вказ. праця.— С. 119.
18. *Ярмаченко Н. Д.* Проблема компенсации глухоты.— К: Радянська школа, 1976.— 167 с.
19. *Бурменко Э. Л.* Особенности адаптации глухих в трудовых коллективах: Автореф. канд. пед. наук. 13.00.03 — М.: НИИ дефектологии АПН СССР, 1982 — 18 с.
20. *Висоцька А. М.* Особливості підготовленості учнів допоміжної до виробничої адаптації// Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин: Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., 2—3 листопада 1994 р.— К: Ін-т дефектології, 1994.— С. 46—49.
21. *Апрошенко І. В., Луна В. О.* Формування життєвих планів у розумово відсталих дітей як складова частина корекційно-виховної роботи // Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин: Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., 2—3 листопада 1994 р.— К: Ін-т дефектології, 1994.— С. 40—42.
22. *Волинець Л., Комарова Н.* та ін. Вказ. праця.— С. 119.
23. *Бондар В. І.* Спеціальне навчання дітей з вадами розумового та сенсорного розвитку: стан та перспективи // Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин: Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., 2—3 листопада 1994 р.— К.: Ін-т дефектології, 1994.— С. 13—18.
24. *Худенко Е. Д.* Некоторые особенности организации учебного процесса в американской специальной школе // Вопросы олигофренопедагогики: сб. науч. трудов.— М.: МГПИ, 1972.—С. 136—145.
25. *Волинець Л., Комарова Н.* та ін. Вказ. праця.— С. 119.
26. *Poso T.* Extrafamilial care in the best interests of the child // Extrafamilial care in Finland.— The Central Union for Child Welfare, 1997 — P. 17.
27. *Волинець Л., Комарова Н.* та ін. Вказ. праця.— С. 119.
28. *Roy P., Rutler M.* et al. Institutional care: risk from family background or pattern of rearing? // J Child Psychol Psychiatry, 2000 February.
29. *Волинець Л., Комарова Н.* та ін. Вказ. праця.— С. 119.
30. *Сюта Б.* Піклування про дітей, позбавлених опіки батьків, як соціальна проблема (Україна і світовий досвід) // Права людини в Україні,— 1996—1997 — Випуск 18 — С. 112—116.
31. *Zeannah C, Larrieu J.* Intensive intervention for maltreated infants and toddlers in foster care // Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 1998 April.
32. *Стин Т.* Приемные дети // Энциклопедия социальной работы: В 3 т.— М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1994.— С. 324—329.
33. *Poso T.* Extrafamilial care in the best interests of the child // Extrafamilial care in Finland.— The Central Union for Child Welfare, 1997.—P. 17.

34. Barton S. Promoting family-centered care with foster families // *Pediatr Nurs* 1999 January.
35. Readdy L., Rfeiffer S. Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: a review of outcome studies // *Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1997 May.
36. Simms A/., Freundlich M. et al. Delivering health and mental health care services to children in family foster care after welfare and health care reform// *Child Welfare*, 1999 January.
37. Schotle E. Exploration of criteria for residential and foster care // *Child Psychology and Psychiatry*, 1997 September.
38. ContosA., Gries L. et al. Correlates of therapy referral in foster children // *Child Abuse Neglect*, 1996 October.
39. Olivon Gonzalvo G. Social characteristics and health status of children entering foster care centers // *An Esp Pediatr*, 1999 February.
40. Stanton A. Grandparents' visitation rights and custody // *Child Adoiesc Psychiatr Clin N Am*, 1998 April.
41. Courtney M., Barth R. Pathways of older adolescents out of foster care: implication for independent living services // *Social Work*, 1996 June.
42. Mallon G. After care, then where? Outcomes of independent living program // *Child Welfare*, 1999 January.
43. СюмаБ. Вказ. праця.— С. 112—116.
44. Dumaret A. et al. Adolt outcome of children reared for long-term periods in foster families // *Child Abuse Neglect*, 1997 October.
45. Readdy L., Rfeiffer S. Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: a review of outcome studies // *Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1997 May.
46. Wilson L., ConroyJ. Satisfaction of children in out-of-home care // *Child Welfare*, 1999 January.

Yaskal L.

SOCIAL PROBLEMS OF DISABLED CHILDREN BEING BROUGHT UP IN RESIDENT INSTITUTIONS AND ALTERNATIVE RESIDENTIAL FORMS OF CARE

In the article are analyzed social problems of disabled children being brought up in resident institutions, in it is estimated the state of governmental care of indicated children category and the estimation of the alternative, confidant to family, forms of disabled children care is also given there.