

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини

**Кравченко Оксана Олексіївна
Войтовська Алла Іванівна**

ІНКЛЮЗИВНИЙ ТУРИЗМ

Підручник

Умань
2022

УДК 338.48-2.056.26(075.8)

К78

Рецензенти:

Волкова К. С., кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри соціальної роботи Комунального закладу «Харківської гуманітарно-педагогічної академії» Харківської обласної ради;

Норовлянський О. Д., заступник директора Українського державного центру національно-патріотичного виховання краєзнавства і туризму;

Корнєщук В. В., доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри психології та соціальної роботи Національного університету «Одеська політехніка»;

Мищенко М. С., кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини.

*Рекомендовано до друку вченою радою Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини
(протокол №4 від 25 жовтня 2022 року)*

Кравченко О. О.

К78 **Інклюзивний туризм : підручник / Оксана Олексіївна Кравченко, Алла Іванівна Войтовська ; МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини. – Умань : ЦП Компринт, 2022. – 280 с.**

У посібнику висвітлено актуальні проблеми освітньо-виховного, реабілітаційного та оздоровчого потенціалу інклюзивного туризму в умовах інклюзивного навчання.

Матеріали дослідження можуть бути використані в діяльності закладів освіти всіх рівнів, інклюзивно-ресурсних центрів, закладів соціальної сфери та реабілітаційних центрів, у роботі недержавних і громадських організацій, молодіжних центрів тощо; під час викладання професійно-орієнтованих навчальних дисциплін; підвищення кваліфікації; розробки спецкурсів, навчальних посібників і в позааудиторній роботі.

УДК 338.48-2.056.26(075.8)

© Кравченко О. О., Войтовська А. І., 2022

ЗМІСТ

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЯК НАУКОВОЇ ПРОБЛЕМИ	15
1.1. Реабілітація людей з інвалідністю: загальні підходи.....	15
1.2. Взаємозв'язок фізичного, соціального і психологічного у реабілітації.....	29
1.3. Практичне застосування МКФ-ДП у контексті соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами.....	54
1.4. Соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання.....	78
РОЗДІЛ 2 ІНКЛЮЗИВНИЙ ТУРИЗМ У КОНТЕКСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ	103
2.1. Міждисциплінарний підхід у дослідженні соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму.....	103
2.2. Нормативно-правові засади впровадження інклюзивного туризму як засобу реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами.....	132
2.3. Інклюзивний туризм як інклюзивна освітня практика та інноваційна соціальна послуга.....	153
РОЗДІЛ 3 ТЕХНОЛОГІЇ ІНКЛЮЗИВНОГО ТУРИЗМУ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ	183
3.1. Система соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного туризму.....	183
3.2. Освітньо-виховний та соціалізаційний потенціал інклюзивного туризму. Методика проведення екскурсії.....	206
3.3. Природотерапія в умовах соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами.....	233
ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК	252
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	259

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

МКФ-ДП – Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків

МСЕК – медико-соціальна експертиза

ІПР – індивідуальна програма реабілітації.

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

МОН України – Міністерство освіти і науки України

ООП – особливі освітні потреби

ВВФРМ – Біла книга з фізичної і реабілітаційної медицини

ДЦП – дитячий церебральний параліч

ЮНЕСКО – Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури

ВСТУП

На сучасному етапі розвитку українського суспільства все більшого значення набувають реабілітаційні заходи для дітей та молоді з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання, які сприяють повному включенню дитини в соціальну реальність, коли її вада не заважає ні їй, ні тим, хто поряд із нею, під час освітньої та компенсаційної діяльності.

Реабілітаційна діяльність включає комплекс заходів, які допомагають досягнути оптимального рівня участі в соціальних комунікаціях і підтримувати його, позитивних змін у способі життя і найбільш повної інтеграції в суспільство, мати достатній рівень незалежності у всіх сферах життєдіяльності. Водночас сучасні тенденції розвитку інклюзивної освіти змінюють акценти в характеристиці дітей з інвалідністю з недоліків, порушень, відхилення від норми на визнання їх потреб в особливих умовах і засобах навчання, виховання, реабілітації.

Науковці, педагоги, соціальні педагоги, психологи, практики запроваджують інноваційні технології, які б мали комплексний характер, інтегруючи психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги в умовах інклюзивного навчання, сприяли б формуванню особистісного розвитку дитини та відповідних навичок, необхідних для життя в суспільстві, налагоджували соціальні зв'язки в колективі з однолітками, задовольняли потреби дітей та компенсували фізичні й психоемоційні вади комунікативними, пізнавальними та руховими активностями.

Авторами концептуальних засад створення інклюзивного освітнього середовища в незалежній Україні стали Т. Ілляшенко, А. Колупаєва, К. Кольченко, С. Литовченко, О. Лук'янов, І. Малишевська, П. Таланчук, О. Таранченко та ін.

Проблеми соціально-педагогічної підтримки в умовах закладу освіти як умови інтеграції в суспільство осіб з інвалідністю вивчали Ю. Богінська, О. Рассказова, В. Тесленко, М. Чайковський та ін. Соціально-педагогічні основи діяльності реабілітаційних центрів та інших соціальних осередків

досліджували О. Караман, С. Коношенко, Н. Поліщук, М. Сідорчук, Ю. Чернецька, В. Шпак та ін.

Питання соціалізації, соціальної адаптації та реабілітації вразливих категорій населення порушували І. Зверева, А. Капська, Козубовська, Н. Коляда, Л. Міщик, Ж. Петрочко, В. Поліщук, С. Харченко та ін.

Теоретико-методологічні засади соціальної роботи в Україні обґрунтувала Т. Семигіна. Зміст і спрямованість комплексної реабілітації як окремого складника освітнього процесу обґрунтували А. Шевцов та ін. Медико-соціальні основи в роботі з дітьми з інвалідністю визначили М. Коренєв, Л. Богмат, В. Мартинюк, Е. Михайлова, С. Толмачева та ін.

Розвиток інклюзивного туризму в Україні і за рубежом розкрили С. Александрова, І. Арсененко, Н. Белоусова, І. Власенко, Л. Жирак, С. Каштан, Н. Коляда, Г. Кучер, В. Лепський, М. Міщенко, І. Молоченко, В. Монастирський, Л. Науменко, О. Топалова, І. Полчанінова, К. Чупіна та ін.

Серед зарубіжних дослідників основоположниками інклюзивного туризму є Скот Райн та автор книг «Accessible Tourism: Concepts and Issues (Aspects of Tourism)» і «Best practice in accessible tourism: Inclusion, Disability, Ageing Population and Tourism» Д. Бухаліс. Проблемами соціалізації, адаптації в соціальне середовище людей з інвалідністю займаються А. Мюллум, Х. Оппл, К. Мюрнер, Ч. Нойбергер, М. Руттер, Р. Гольбріхом, С. Вальпером, К. Грошем, С. Фланаганом, Х. Шнидтке, Г. Штадлер, С. Янсен та ін.

Аналіз результатів наукових досліджень з теорії та практики освітньо-виховної та соціальної роботи з людьми з інвалідністю свідчить, що проблема соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами засобами інклюзивного туризму не була предметом спеціального дослідження. Актуальність визначеної проблеми значно посилюється виявленими суперечностями між:

- зростанням кількості дітей і молоді з інвалідністю та очевидною потребою доступності для них широкого спектру технологій комплексної реабілітації;

- необхідністю розробки інноваційних технологій реабілітації як умови успішної соціалізації та інтеграції у єдності зусиль соціальних інститутів, сім'ї, закладів освіти, рекреаційних та історико-культурних об'єктів;

- потребою підготовки та перепідготовки фахівців, які володіють інноваційними технологіями реабілітації та готові використовувати досягнення сучасної науки і практики;

- потребою дітей з інвалідністю і їхніх сімей інтегративних форм реабілітації і замкнутістю більшості закладів, що є передумовою ізоляції та дезінтеграції;

- обмеженим використанням можливостей і ресурсів природних, туристичних і рекреаційних об'єктів, що сприяють формуванню і реалізації потреб активної життєдіяльності дітей та молоді.

Актуальність, недостатній рівень розробленості названої проблеми в сучасній науці, необхідність систематизації накопиченого емпіричного та навчально-методичного матеріалу у сфері інклюзивного навчання й соціальної роботи, виявлені суперечності та необхідність їх усунення зумовили вибір теми підручника *«Інклюзивниця туризм»*, який підготовлений у межах науково-дослідної роботи *«Соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді з особливими освітніми потребами засобами інклюзивного туризму»*.

У *першому розділі «Теоретичні засади соціально-психологічної реабілітації як наукової проблеми»* охарактеризовано загальні підходи до реабілітації людей з інвалідністю та з'ясовано її види, здійснено аналіз Білої книги (WB) з фізичної і реабілітаційної медицини та програми ВООЗ «Реабілітація 2030: заклик до дії».

Установлено взаємозв'язок медичного, соціального і психічного станів людини та їх вплив на її благополуччя. Визначено зміст і спрямованість реалізації Концепції створення та розвитку системи раннього втручання.

Обґрунтовано, що саме реабілітація є тим інструментом, що дає змогу комплексно впливати на фізичне, емоційне і соціальне благополуччя людини з інвалідністю. Встановлено, що комплексний підхід у вивченні стану дитини з ООП щодо гармонійного взаємозв'язку фізичних, біологічних, психологічних і соціальних рівнів є важливим у контексті вироблення шляхів удосконалення надання освітніх та соціальних послуг. Необхідність відновлення основних соціальних функцій особистості в різних сферах життєдіяльності для повноцінного функціонування та включення у виробничі відносини пов'язує три основних сфери надання послуг – медичних, соціальних (соціально-психологічний супровід) та освітніх. Такий підхід актуалізує інноваційну реабілітологію як своєчасний та важливий науковий напрям.

Закцентовано на практичному застосуванні Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків МКФ-ДП (МКФ –ДП) у контексті соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами.

Водночас *соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді з ООП* визначена як комплексна, багаторівнева і динамічна система заходів, спрямованих на відновлення, розвиток та утвердження соціального статусу особистості, її психологічних функцій, якостей, властивостей; захист психічного здоров'я та соціального благополуччя; соціальне залучення до повноцінної життєдіяльності та дієздатності, включення в соціальні відносини на основі усунення обмежень життєдіяльності та створення доступного середовища.

У *другому розділі «Інклюзивний туризм у контексті соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами»* встановлено, що міждисциплінарний підхід спроможний

забезпечити комплексне обґрунтування і розробку функціонування системи соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму на методологічному, технологічно-практичному й організаційному рівнях.

Використання міждисциплінарного підходу на методичному рівні полягає в інтеграції закономірностей і принципів, взаємодоповненні різних концепцій і методів наукового пізнання сутності та джерел зародження, становлення й утвердження інклюзії в освіті, упровадження інноваційних практик і технологій соціально-психологічної реабілітації. У процесі міждисциплінарного синтезу потребують розв'язання питання дифузії в освітню інклюзію понять, концепцій, моделей, принципів, методів, онтологічних уявлень з інших наукових галузей (інклюзія, туризм, соціальна робота, педагогіка, соціальна педагогіка, психологія, краєзнавство, реабілітаційна географія, медична реабілітація тощо), доцільності й правомірності їх застосування для розробки інноваційних теорій і технологій соціально-психологічної реабілітації.

На технологічному рівні інтеграція є практичним утіленням концепцій, теорій, систем у форматі міждисциплінарної команди, до складу якої входять педагоги, психологи, соціальні педагоги і соціальні працівники, медики, реабілітологи, інструктори з туризму, краєзнавці та батьки.

Організаційний рівень передбачає вироблення єдиної мети роботи для різнопрофільних установ та закладів (Центри медико-соціальної експертизи Міністерства охорони здоров'я України; Управління праці та соціального захисту населення, Державне підприємство «УДЦ Молода гвардія» Міністерства соціальної політики України; заклади освіти всіх рівнів, інклюзивно-ресурсні центри, психологічна служба, Український державний центр національно-патріотичного виховання, краєзнавства і туризму учнівської молоді Міністерства освіти і науки України; громадські організації інвалідів та їхні спілки) в наданні комплексної реабілітаційної допомоги людям з інвалідністю.

Нормативно-правові засади впровадження інклюзивного туризму як засобу реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами визначають такі документи :

- у сфері захисту прав людини з інвалідністю: Конвенція ООН про права дитини (1989), Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю (1993), Конвенція про права осіб з інвалідністю (2006), Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю на період до 2025 року (2021), Цілі сталого розвитку на 2016–2030 рр., Стратегія людського розвитку (2021), Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні;

- у сфері соціальної роботи з людьми з інвалідністю: закони України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (1991), «Про охорону дитинства»(2001), «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» (2001), «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (2006), «Про соціальні послуги» (2019), «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2020), «Про основні засади молодіжної політики» (2021); Державна цільова соціальна програма «Молодь України» на 2021–2025 рр. (2021), Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 рр.;

- у сфері освіти: закони України «Про вищу освіту» (2014), «Про освіту» (2017), «Про повну загальну середню освіту» (2020); Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі (2020); Порядок організації інклюзивного навчання в закладах загальної середньої освіти (2021),

- у сфері туризму: Хартія туризму (1985), закони України «Про Туризм» (1995), «Про основні засади молодіжної політики» (2021); Стратегія розвитку туризму та курортів на період до 2026 року.

Обґрунтовано інклюзивний туризм як освітню практику та інноваційну соціальну послугу. Визначено основні *функції* інклюзивного туризму: соціальна відновлювальна; психологічна; комунікативна; розвивальна;

освітньо-пізнавальна; особистісно-орієнтована; компенсаторна; гедоністична; реабілітаційна; адаптаційна; оздоровча; соціалізаційна. З'ясовано *принципи* незалежності; залучення; інформативності; комплексності; індивідуального підходу; можливості для реалізації внутрішнього потенціалу; стимулювання саморозвитку; необхідної підтримки; гідності; рівності; суб'єктності; принцип особливого підходу.

Особливістю інклюзивного туризму є його можливість інтегрувати такі *види соціально-психологічної реабілітації: елементарну, побутову, соціально-педагогічну, освітню, сімейну, рекреаційну, психологічну.*

Інклюзивний туризм як *освітня практика* включає систему психолого-педагогічних, соціально-виховних, освітньо-пізнавальних, корекційних, фізкультурно-оздоровчих заходів для дітей та молоді з ООП в умовах туризму, спрямованих на їхню комплексну реабілітацію, оздоровлення та соціальну інтеграцію з метою відновлення основних соціальних функцій особистості, психічного, фізичного і морального здоров'я, соціального статусу.

Водночас інклюзивний туризм є *інноваційною соціальною послугою* (також складовою базових соціальних послуг), спрямованою на залучення до туристичної діяльності людини з інвалідністю як активного суб'єкта суспільного, соціального і культурного життя.

У *третьому розділі «Технології інклюзивного туризму: від теорії до практики»* теоретично обґрунтовано систему соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного туризму.

Визначено *цільовий* (ціннісний орієнтир системи, мету, завдання, принципи), *суб'єкт-суб'єктний* (4 суб'єкти соціально-психологічної реабілітації засобами інклюзивного туризму: дитина та молодь з ООП, батьки; міждисциплінарна команда фахівців, члени групи чи класу дитини), *змістово-технологічний* (зміст, напрями, етапи реабілітаційного процесу, рівні, технології реабілітації – арт-терапія та природотерапія за видами),

результативний (результат реабілітаційного процесу та критерії і показники щодо його оцінки) компоненти системи соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму.

Встановлено, що поряд з оздоровчим, реабілітаційним, соціальним та культурним ефектом інклюзивний туризм має освітньо-виховний та соціалізаційний потенціал.

Освітня складова впровадження інклюзивного туризму передбачає засвоєння та закріплення знань із шкільних предметів: історії, географії, біології, природознавства тощо; розширення світогляду та культурологічних знань, розвиток пізнавальної активності та комунікативних навичок.

Виховна складова сприяє формуванню патріотизму, моральних та естетичних якостей підростаючого покоління.

Соціалізаційна роль полягає у засвоєнні набутого досвіду соціальної взаємодії, соціокультурної діяльності.

Серед усієї багатоманітності форм, методів, технологій, які застосовують в інклюзивному туризмі, на особливу увагу заслуговує природотерапія, яка має відновлювальний, оздоровчий та пізнавальний ефект завдяки багатим природнім ресурсам, адаптаційний потенціал, доступна й мало затратна фінансово та технічно. Крім того, покращення здоров'я в дітей відбувається завдяки фізичній активності, ароматерапії і спілкуванню з тваринами.

Теоретичне значення результатів дослідження полягає в тому, що проаналізовано теоретичні засади соціально-психологічної реабілітації як наукової проблеми; з'ясовано взаємозв'язок фізичного, соціального і психологічного в реабілітації; охарактеризовано практичне застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ – ДП) у контексті соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами; розкрито нормативно-правові засади впровадження інклюзивного туризму як засобу реабілітації дітей і молоді з особливими освітніми потребами; показано

інклюзивний туризм як освітню практику та інноваційну соціальну послугу; теоретично обґрунтовано систему соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного туризму.

Практичне значення дослідження полягає у впровадженні розробленої системи соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного туризму; у розробці й імплементації змістово-технологічного та навчально-методичного забезпечення (зокрема, змістове збагачення програм окремих дисциплін темами, що стосуються специфіки організації інклюзивного навчання, соціально-психологічної реабілітації та соціальної роботи з людьми з інвалідністю; доповнення програм різних видів практик завданнями, спрямованими на формування відповідних умінь і навичок; підготовка і реалізація соціальних проєктів; проведення семінарів, круглих столів, конференцій за тематикою дослідження) у професійну підготовку здобувачів за освітніми програмами зі спеціальностей «231 Соціальна робота» та «053 Психологія»; у діяльність Центру соціально-освітньої інтеграції та інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму «Без бар'єрів» Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини; у використанні під час грантових проєктів «Міжнародний художній симпозіум-плєнер осіб з інвалідністю «Мистецтво без обмежень» за сприяння Українського культурного фонду (м. Умань, 13 – 24 серпня 2020 року); «Вчимося разом чути та долати соціальну ізоляцію» за фінансової підтримки Британської ради в Україні (березень – липень 2021 р.); «Культурно-рекреаційно-туристична Черкащина: інклюзивно-соціальна 3D-карта» за фінансової підтримки Українського культурного фонду (липень – жовтень 2021 р.).

Підручник підготовлений за результатами науково-дослідної теми «Соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді з особливими освітніми потребами засобами інклюзивного туризму» (державний

реєстраційний номер: 0119U103978) Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини.

Матеріали дослідження можуть використані в діяльності закладів освіти всіх рівнів, інклюзивно-ресурсних центрів, закладів соціальної сфери та реабілітаційних центрів, у роботі недержавних і громадських організацій, молодіжних центрів тощо; під час викладання професійно-орієнтованих навчальних дисциплін; підвищення кваліфікації; розробки спецкурсів, навчальних посібників і в позааудиторній роботі.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЯК НАУКОВОЇ ПРОБЛЕМИ

1.1. Реабілітація людей з інвалідністю: загальні підходи

Реабілітація та зміцнення здоров'я – складові профілактики захворювань та лікування людей з інвалідністю. Саме реабілітація допомагає дітям, дорослим і літнім бути якнайбільше самостійними в повсякденному житті й дає змогу одержати освіту, працювати, відпочивати та виконувати інші важливі життєві функції. На сьогодні потреби людей у реабілітації повною мірою не задоволені. У деяких країнах із низьким і середнім рівнем доходів більше 50 % людей не отримують послуг реабілітації, яких потребують. Функціонування реабілітаційних центрів у 60 – 70 % країн було порушене через пандемію COVID-19 [148].

О. Глоба зауважує, що відсутність в Україні системи охорони громадського здоров'я на державному і місцевих рівнях, загальна розбалансованість, переважна орієнтованість вітчизняної системи охорони здоров'я та соціального захисту населення на хворобу та інвалідність, а не на профілактику захворюваності та здорову людину створюють реальну загрозу виникнення глибоких незворотних наслідків [21]. Водночас відсутність дієвої системи реабілітаційних заходів, що сприяють комплексному відновленню людини з інвалідністю після травм чи хвороби, також негативно вплине на розвиток людського потенціалу.

Причинами інвалідності є не тільки біологічно невиліковні захворювання, а й відсутність превентивних заходів і не сформованість культури здоров'язберезувальної поведінки дорослих, насамперед батьків, результат недоліків в організації транспортної і житлової сфери, у забезпеченні медичної допомоги населенню. У зв'язку з цим у найближчий час і в середній перспективі проблеми реабілітації і соціальної інтеграції людей з інвалідністю та їхніх сімей будуть актуальними і значущими для

системи соціального захисту держави. Крім цього, додалися травмувальні наслідки коронавірусної хвороби для здоров'я людини, а це потребує відповідних реабілітаційних заходів.

За ВООЗ, реабілітацією є комплекс заходів, спрямованих на покращення функціонування і зниження рівня інвалідності в людей із порушенням здоров'я, у взаємодії з навколишнім середовищем. Реабілітація є важливою складовою послуг для людей із інвалідністю та однією із ключових стратегій досягнення *Цілей сталого розвитку*: «забезпечення здорового способу життя і сприяння благополуччю людей будь-якого віку» [180].

У 2006 р. Верховна Рада прийняла *Закон «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»*, у якому визначено основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації наслідків, спричинених стійким порушенням здоров'я, функціонування системи підтримання особами з інвалідністю фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності [39].

Із прийняттям Закону змінилися підходи до вирішення проблем, пов'язаних з інвалідністю, що дало змогу сформувавши основу сучасних систем медико-соціальної експертизи, реабілітації дітей з ООП і реабілітаційної індустрії загалом [61].

Реабілітацію осіб з інвалідністю розглядають як систему медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення [39].

Реабілітація має такі види:

- медична – система лікувальних заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи; виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою забезпечення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності; профілактику ускладнень та рецидивів захворювання;

- психолого-педагогічна – система психологічних та педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями і навичками, надання психологічної допомоги, зокрема у формуванні самоутвердження і належної самооцінки особою своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки під час системної навчально-виховної роботи;

- професійна – система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадaptaції, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням та необхідним соціальним супроводженням з урахуванням особистих здібностей та бажань особи;

- трудова – система заходів, розроблених з урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей особи і спрямованих на оволодіння навичками трудової діяльності та адаптацію у виробничих умовах, зокрема шляхом створення спеціальних чи спеціально пристосованих робочих місць;

- фізкультурно-спортивна – система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функційних можливостей її організму для покращення фізичного і психологічного стану;

- фізична – система заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації, що забезпечують функційне відновлення особи, виявляють і розвивають резервні і компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів,

компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;

- соціальна – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі в житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, задоволення потреби в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації;

- психологічна – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості [39].

Реабілітаційними в Законі визначено послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного й соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство [39].

Для надання реабілітаційної допомоги важливе значення має прийняття ВООЗ МКФ, що включає всі аспекти здоров'я як здорової людини, так і особи з обмеженнями життєдіяльності. Цю класифікацію використовують для визначення специфічних мети і завдань реабілітаційних послуг. МКФ передбачає можливість об'єднання медичної та соціальної складових реабілітаційного процесу, що концептуально забезпечує адаптацію в суспільстві дитині з обмеженнями життєдіяльності. До МКФ включені найбільш пріоритетні напрямки реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності: медична реабілітація на рівні біологічного організму дитини; соціальна реабілітація дитини і підлітка з інвалідністю як соціального суб'єкта; психологічна реабілітація на рівні особистості; педагогічна реабілітація дитини як суб'єкта діяльності [61].

У *Положенні про навчально-реабілітаційний центр*, затвердженому Наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України № 920 від 16 серпня 2012 року, зазначено, що реабілітаційний процес включає медичну,

фізичну, психолого-педагогічну, соціально-побутову реабілітацію згідно з індивідуальною програмою реабілітації дитини-інваліда, яка відвідує (перебуває, навчається) Центр. Реабілітація в Центрі є комплексною, її забезпечують психолого-педагогічні, соціально-побутові, медичні (лікувально-профілактичні), фізичні заходи [133].

Сутність реабілітації полягає у створенні спеціальних умов, які компенсують обмеження життєдіяльності людей з інвалідністю. Реабілітацію варто розглядати одночасно як мету, процес і метод роботи. Особливістю процесу є те, що він динамічний, має, як правило, індивідуальний характер і залежить від рівня дезадаптації людини.

А. Шевцов пропонує визначення як реабілітування осіб з інвалідністю – спеціально організований, відкритий, особистісно орієнтований системно-синергетичний процес медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, технічних, правових, економічних, культурних, творчих, інформаційних заходів, спрямованих на усунення обмежень їхньої життєдіяльності, відновлення їхнього фізичного, психічного та соціального здоров'я, соціалізацію, соціальну адаптацію й інтеграцію, оптимізацію рівня діяльності, зокрема й навчальної та трудової, підвищення якості життя людини і формування його незалежного стилю [170, с. 81].

Досліджуючи реабілітацію як складову професійної діяльності фахівця соціальної сфери, Ю. Бриндіков у загальному трактує реабілітацію як динамічну систему взаємопов'язаних медичних, психологічних і соціальних складових, які спрямовані не лише на відновлення та збереження здоров'я та соціального статусу особистості в соціумі. Реабілітацію розглядає у якості окремого виду соціальної діяльності спеціально уповноважених органів держави, соціальних служб, об'єднань громадян та інших соціальних інститутів, яка безпосередньо спрямована на здійснення організаційних, економічних, правових, культурних, освітніх, лікувальних, оздоровчих та інших соціальних заходів щодо відновлення фізичного стану, честі, гідності, прав і свобод певних категорій населення [17].

Загалом організму людини притаманна здатність до вікарування (від лат. *vikarius* – той, що заміняє, заміщує), тобто здатність компенсувати втрачені або послаблені функції за рахунок інших, що є особливо важливою для людей з ООП, оскільки дозволяє підключати замість утрачених або пригнічених здібностей актуалізовані функції інших органів, які проявляють свою ефективність так, що дає змогу досягти поставленої мети в освітній діяльності. Відомо, що незрячі нерідко мають дуже розвинений слух; які не чують досить чутливі й креативні; а хворі з фізичними обмеженнями нерідко мають високі розумові здібності тощо [170, с. 148].

Упровадження комплексної системи реабілітації має важливе значення, оскільки багато документів і доповідей ВООЗ і ООН вимагають посилення реабілітації як ключової стратегії охорони здоров'я у ХХІ ст. в усьому світі. Реабілітація має реалізовуватися з метою задоволення відповідних потреб людини з інвалідністю у її життєдіяльності, а також у випадках тимчасових порушень здоров'я (вроджених чи набутих).

За оцінками ВООЗ, сьогодні 2,4 мільярди людей у світі мають такі порушення здоров'я, полегшувати перебіг яких може лише реабілітація [148].

У цьому контексті з теоретичної і практичної точки зору заслуговує на увагу *Біла книга (WB) з фізичної і реабілітаційної медицини (ФРМ)*, яку укладають у Європі чотири європейські організації (Європейська академія реабілітаційної медицини – EARM, Європейське об'єднання ФРМ – ESPRM, Європейський союз медичних фахівців – секція ФРМ, Європейська Колегія ФРМ – ECPRM, яку обслуговує Європейський союз медичних фахівців – Рада ФРМ) і являє собою довідник для фахівців із реабілітації в Європі. Сьогодні є вже три видання; перше вийшло друком у 1989 р., друге і третє – у 2006 р. і 2007 р. WB має ряд цілей, зокрема створення уніфікованої структури для європейських країн; інформування осіб, які займаються питаннями реабілітації на європейському і національному рівнях.

WB складається із 4 розділів, 11 параграфів та декількох додатків. Зміст книг усебічно висвітлює реабілітацію не лише крізь призму стану

здоров'я, але й функціонування. Відповідно реабілітація спрямована на покращення функціонування людей, які мають проблеми зі здоров'ям чи обмежені можливості. Загальна мета всіх цих ініціатив – підвищення якості послуг і погодження на міжнародному рівні спрямованості на покращення оздоровчих реабілітаційних послуг, а також допомога людям з обмеженими можливостями в досягненні й підтримці оптимального функціонування у взаємодії зі своїм середовищем [13].

Фахівці з реабілітації можуть застосовувати широкий спектр утручань, починаючи від медикаментів, вправ, мануальної терапії, фізичних впливів, технічних засобів, освітніх програм і адаптації до навколишнього середовища. Провідні фахівці на основі наукових досягнень та кращих практик розробили програми реабілітації для людей з різними захворюваннями і функцій ними порушеннями.

WB орієнтована на такі групи професіоналів: лікарі та інші фахівці з реабілітації (професії зі сфери надання послуг: медичних, соціальних, освітніх тощо); студенти як майбутні фахівці відповідних галузей; політики та службовці, які займаються плануванням вирішення питань охорони здоров'я, реабілітації та інвалідності; широка громадськість; люди з обмеженими можливостями і представники їхніх організацій [13].

Відповідно до WB фізична і медична реабілітації взаємопов'язані і включають профілактику, медичну діагностику, лікування і реабілітацію людей різного віку з інвалідністю та супутніми захворюваннями, зокрема, усунення таких порушень і обмежень активності з метою сприяння їх фізичному й когнітивному функціонуванню (включаючи поведінку), участі (включаючи якість життя) і змін особистісних факторів і факторів навколишнього середовища.

Це визначення включає такі поняття: «функціонування» – усі дії людського організму; «інвалідність» – проблема під час виконання людьми дій, які вони повинні і хочуть зробити, спричинена впливом основного порушення здоров'я на їхню виробничу діяльність у фактичному

середовищі; «реабілітація» – комплекс заходів, спрямованих на допомогу людям з обмеженими можливостями для досягнення і підтримки оптимального функціонування у взаємодії зі своїм середовищем [13]. Загальною метою реабілітації є оптимізація функціонування людини та підвищення якості її життя. Усі заходи будуть успішні за умови їх системності та спрямованості на усунення порушення здоров'я і з використанням навколишнього середовища, оскільки це зможе оптимізувати загальний результат. Отже, метою комплексної реабілітації є трансформація внутрішніх здібностей чи біологічного здоров'я людини у фактичну виробничу діяльність у взаємодії з навколишнім середовищем і особистісними факторами [13].

Іноді розмежовують реабілітацію, спрямовану на допомогу людям з уродженою чи набутою в дитинстві інвалідністю розвинути максимальне функціонування, і реабілітацію, спрямовану на відновлення максимального функціонування людей, які втратили якусь функцію. Водночас цей термін не може включати все, що пов'язане з інвалідністю. Реабілітація спрямована на покращення функціонування індивідуума та зміни в навколишньому середовищі людини, але ініціативи з ліквідації бар'єрів на громадському рівні не належать до заходів із реабілітації [13].

Реабілітація знижує вплив на людину багатьох захворювань. Як правило, реабілітація відбувається в межах певного часу. Це можуть бути разові заходи чи ряд заходів. Для реабілітації необхідно виявити проблеми і потреби людини, пов'язані з відповідними особистісними факторами і факторами навколишнього середовища; визначити цілі реабілітації, спланувати заходи та реалізувати їх, оцінити вплив на людину. Участь у реабілітації людей з інвалідністю їх родичів дає змогу покращити стан здоров'я і функціонування реабілітованих.

Згідно з концептуальними підходами ВОЗ реабілітація – це стратегія, в основі якої інтегративна модель функціонування, інвалідності і здоров'я, яка включає:

- підходи до оцінки функціонування з урахуванням порушення здоров'я;
- підходи до оптимізації здібностей людини;
- підходи, що розвивають і укріплюють ресурси людини;
- підходи, що забезпечують сприятливе середовище;
- підходи, що розвивають виробничу діяльність людини;
- підходи, що підвищують якість життя людини, яка залежить від здоров'я, взаємодії людини, яка потребує реабілітації, та фахівця з реабілітації, сприйняття людиною її становища в житті з огляду на функційні обмеження протягом усього життя; також у всіх сферах, включаючи охорону здоров'я, освіту, трудові і соціальні питання; спрямовані на те, щоб люди з інвалідністю могли досягнути і підтримувати оптимальне функціонування [13].

Реабілітація класично складається із 4-х етапів:

- аналіз: на основі моделі МКФ виявляють порушення функцій і структур тіла, обмеження діяльності та участі. Крім того, визначають фактори навколишнього середовища, особистісні та прогностичні, потенціал і потреби, бажання й очікування людини;

- постановка цілей: на підставі виявлених під час аналізу проблем та потенціалу з урахуванням мети реабілітації складають індивідуальний план, зокрема, визначають короткострокові й довгострокові цілі й терміни їх досягнення. У межах цього етапу визначають цілі та закріплюють конкретні заходи на їх виконання, які обирають із використанням МКФ;

- заходи: усі терапевтичні, освітні та інші заходи спрямовані на подолання порушень функцій і структур організму, їх стабілізацію, покращення чи відновлення, оптимізацію діяльності й участі з урахуванням можливостей і продуктивності людини та навколишнього середовища;

- оцінка: оцінюють ефект від проведених заходів, спрямованих на досягнення цілей. На цьому етапі важливо визначити, чи є ще невирішені проблеми, якщо так – реабілітацію потрібно продовжити [13].

Періодично програму реабілітації переглядають і переплановують відповідно до нових цілей до того часу, поки вони не будуть досягнуті.

Під час підготовки WB у лютому 2017 р. ВООЗ запустила програму *«Реабілітація 2030: заклик до дії»*, у якій взяли участь більш 200 країн і в рамках якої були представлені рекомендації ВООЗ щодо реабілітації в системах охорони здоров'я. Головні цілі цих ініціатив – привернення уваги до невирішених потреб у реабілітації, необхідність розширення доступу до реабілітаційних послуг, що є невід'ємною складовою охорони здоров'я поряд з профілактикою, пропагандою здорового способу життя, особливо людей з інвалідністю. Реабілітаційні послуги актуалізуються як інвестиції в людський капітал, які сприяють покращенню здоров'я людей і відповідно економічного й соціального розвитку.

У Програмі виокремлено десять напрямів створення ефективних механізмів координації і підтримки зусиль із розширення доступу до реабілітаційних послуг; удосконалення планування у сфері надання реабілітаційних послуг на всіх рівнях, з урахуванням надзвичайних ситуацій; посилення інтеграції реабілітаційних послуг і системи допомоги людям; забезпечення всезагального доступу до реабілітації, у тому числі і в сільській місцевості; створення крупного багатопрофільного контингенту фахівців у сфері реабілітації та пропаганда реабілітації в кожній країні; розширення фінансування реабілітаційних послуг через відповідні системи; збір і узагальнення інформації про реабілітацію з використанням МКФ; нарощування дослідницького потенціалу і розширення доступності надійних даних із реабілітації; створення і зміцнення партнерства між країнами у сфері надання реабілітаційних послуг [147].

Програма *«Реабілітація 2030: заклик до дії»* передувала прийнятому в Україні в грудні 2020 р. закону України *«Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»* [39], який визначає правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я. Закон запроваджує функціонування сучасної

системи «реабілітації у сфері охорони здоров'я» (health-related rehabilitation), тобто надання якісної реабілітаційної допомоги безпосередньо в закладах охорони здоров'я із початку захворювання або травми.

Згідно зі ст. 5 цього закону основними принципами проведення реабілітації є: 1) пацієнтоцентричність, що передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та побажань особи, якій надається реабілітаційна допомога, або її законного представника та членів її сім'ї, а також безпосередню їх участь у розробленні, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану; 2) цілеспрямованість – організація процесу реабілітації має спрямовуватися на досягнення довго- та короткострокових завдань; 3) своєчасність – реабілітація має розпочинатися під час гострого реабілітаційного періоду або одразу після стабілізації стану здоров'я з хронічним перебігом, індивідуальний реабілітаційний план має змінюватися відповідно до зміни функційного стану особи, якій надається реабілітаційна допомога; 4) послідовність – кожен наступний етап реабілітації має бути пов'язаний із попереднім, бути підґрунтям для наступного та враховувати фактичні зміни функційного стану особи, якій надається реабілітаційна допомога; 5) безперервність – реабілітація має відбуватися безперервно протягом усіх реабілітаційних періодів; 6) функційна спрямованість – реабілітаційна допомога має бути спрямована на досягнення оптимального рівня функціонування та якості життя особи в її середовищі [40].

Відповідно метою державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я є створення умов для ефективної реабілітації, забезпечення доступності навколишнього середовища, можливості вести самостійний спосіб життя і всебічно брати участь у всіх аспектах життя суспільства, створення середовища, організованого відповідно до вимог універсального дизайну та розумного пристосування [40].

Отже, сучасний підхід до реабілітації передбачає комплексний вплив на людину, що включає медичний, психологічний і соціальний аспекти,

сприяє відновленню фізичного здоров'я та соціального статусу особистості. Це передбачає системну міждисциплінарну участь фахівців із медичної, трудової та соціально-психологічної реабілітації. Загальною метою реабілітації є подолання хвороби та відновлення здоров'я людини, її успішна соціалізація.

Ефективність реабілітації вимірюють не лише соціальним ефектом, а й економічним. На переконання європейців, реабілітація дешевша для людини, ніж її відсутність. Подолання ускладнень здоров'я можуть привести до багатьох позитивних результатів.

Реабілітація відіграє принципову роль у зниженні витрат на інвалідність за рахунок стимулювання відновлення і посилення функцій шляхом контролю факторів навколишнього середовища. Такі дані свідчать про суттєві переваги реабілітаційних послуг над просто функційним покращенням, а також про значну економію засобів для сімей та суспільства загалом. Економічну ефективність реабілітації досягають за будь-яких умов та при різних причинах інвалідності. Відомо, що витрачені на реабілітацію кошти повертаються, від 5 до 9 разів перевищуючи затрати, а реабілітація ефективна на всіх етапах захворювання. Реабілітаційний потенціал людини неможна розглядати ізольовано від результату без реабілітації. Реабілітація може покращити життя людей з інвалідністю та їх сімей, проте, що є більш важливим, наслідком відсутності реабілітації може стати обмеження самостійного функціонування людини і зниження якості життя.

Реабілітація є інвестицією, здатною забезпечити економічні переваги як для окремих людей, так і для суспільства загалом. Завдяки реабілітації скорочуються терміни госпіталізації та не повторюються випадки захворювань. Крім цього, реабілітація дозволяє отримати освіту і знайти роботу, підтримувати самостійність у побуті тощо.

Соціальна ефективність реабілітації полягає в підвищенні рівня доступності реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю; повернення людей з інвалідністю до активного життя за рахунок часткового чи повного

відновлення або компенсації здатності до побутової, громадської чи професійної діяльності та формування нових здібностей у цій сфері; підвищення рівня поінформованості людей з інвалідністю про реабілітаційні послуги та особливостей їх надання; подолання соціальної ізоляції та участь людей з інвалідністю в житті суспільства, у дозвіллевих, культурних, спортивних та інших заходах; зниження рівня обмеження життєдіяльності, досягнення максимальної автономності й незалежності в побуті.

У цілому ефект від соціальної реабілітації є ефективним, адже фізичне здоров'я складно повернути, а соціальні зв'язки можна відновити і налагодити. Інколи вони дозволяють компенсувати фізичні вади.

На думку Г. Олійник, при розробці реабілітаційних заходів необхідно враховувати як медичний діагноз, так і реалізацію особистості в соціальному середовищі. Лікування в таких ситуаціях більше впливає на теперішній стан організму, а реабілітація – на розвиток особистості в майбутньому. Завдання, форми і методи реабілітації змінюються залежно від її етапів. Якщо завдання першого етапу – відновного – профілактика дефекту, госпіталізація, установлення інвалідності, то завдання наступних – пристосування індивідуума до життя і праці, його побутове і трудове влаштування, створення сприятливого психологічного та соціального мікросередовища. Отже, необхідно враховувати, що реабілітація – це не просто оптимізація лікування, а комплекс заходів, спрямованих на саму людину, та її оточення, насамперед на її сім'ю [123].

Водночас тривалість надання послуг із соціальної реабілітації людей з інвалідністю в загальному комплексі реабілітації визначають потреби в кожній конкретній послугі. Соціальна реабілітація є завершеною, коли особистість (людина з інвалідністю) досягла рівня, максимально можливого і наближеного до рівня, що передувало отриманню обмеження життєдіяльності.

Сучасні практики соціально-психологічної реабілітації становлять широкий спектр різновидів: арт-терапія, природотерапія, ізотерапія. Вибір тієї чи тієї практики є індивідуальним і залежить від особливостей кожної

людини. Комплекс заходів, спрямований на розвиток особистості людини з інвалідністю, під час якого формується стійкість до зовнішніх і внутрішніх впливів, здатність адаптуватися до навколишнього середовища й ефективно взаємодіяти з ним. Вирішення цієї проблеми можливе через залучення людини до різних видів діяльності і її спілкування зі здоровими людьми. Насамперед необхідно створити умови для того, щоб людина поступово ставала суб'єктом діяльності. Суб'єктність людини пов'язана зі здатністю індивіда перетворювати власну життєдіяльність у предмет перетворення.

Інноваційною практикою комплексної реабілітації людини з інвалідністю є інклюзивний туризм, який створює сприятливі умови для зниження емоційно-психічного напруження, викликаного станом здоров'я; зняття страху в спілкуванні з однолітками; закріплюється здатності дитини до вільних дій і вольових зусиль; формування впевненості у власних силах і можливостях.

Туризм як засіб реабілітації забезпечує рухову активність, яка має важливе значення в онтогенезі. Рух у просторі – важлива умова розвитку фізичних і психофізіологічних якостей організму. Інвалідність, хронічні захворювання спричиняють зниження рухової активності. Заняття туризмом сприяє оздоровленню людей з інвалідністю, протидіє різним захворюванням; активізує рухову активність, здійснює профілактику захворювань і підтримує фізичну форму, відновлює психічні ресурси людини та сили для виконання трудових функцій і побутових обов'язків. Туризм включає різні заходи, що допомагають відволіктися від монотонності, допомагає активно пізнати навколишній світ, сприяє оптимізації психоемоційного настрою [103, с.224].

Ефективність реабілітаційного процесу засобами інклюзивного туризму є очевидною, адже включає різні види реабілітації і використовує сучасні психолого-педагогічні технології і методи роботи з людьми з інвалідністю (психотерапію, арт-терапію, природотерапію та ін.), що підвищує мотивацію до одужання і прагнення до активного життя.

Отже, реабілітаційний ефект інклюзивного туризму відповідає міжнародним та українським нормативним документам, сучасним підходам і практиці відновлювальних технологій покращення якості життя людей з інвалідністю та їхніх сімей. Відповідно реабілітація в умовах інклюзивного туризму має ґрунтуватися на об'єктивній оцінці ситуації, потенціалу та потреб людей з інвалідністю; забезпечувати рівний доступ та соціальну участь; застосовувати інноваційні відновлювальні технології; організовувати заходи для оптимального фізичного і психічного стану; сприяти наданню якісних послуг; розробляти програми і ресурси для задоволення потреб людей з інвалідністю.

Інклюзивний туризм є необхідним для повноцінного соціального функціонування людини та підвищення якості її життя.

1.2. Взаємозв'язок фізичного, соціального і психологічного у реабілітації

Набуває актуальності посилення взаємозв'язку медичного, соціального і психічного стану людини на її благополуччя.

У цьому контексті заслуговує на увагу висновок науковців під керівництвом П. Таланчука про нову модель інвалідності – «неосоціальну модель інвалідності», яка побудована за допомогою синтезу особистісних, соціальних та медичних факторів на основі діяльнісного підходу. Відповідно класична соціальна модель інвалідності має бути розширена до трифакторної, яка враховуватиме біологічні, соціальні та особистісні чинники інвалідності, поєднані в діалектичну системну єдність. Системоутворювальним чинником є поняття «діяльність індивіда», яке в трифакторній моделі інвалідності об'єднує біологічні, психічні та соціальні форми діяльності [170, с.84].

На рівні держави до реалізації цього завдання залучені фахівці різних сфер, але, як правило, найбільш дотичні зі сфер освіти, охорони здоров'я та

соціального захисту. Кожна з них має профільні міністерства, відомства та департаменти відповідно до управлінської вертикалі. Вирішення питання реабілітації дитини з особливими освітніми потребами вимагає об'єднання зусиль цих сфер, нівелювання ізольованості кожної з них, вироблення єдиного алгоритму дій, вирішення завдань за умови взаємодоповнення та взаємодії.

Це відповідає завданням діяльності уряду щодо забезпечення доступності мережі закладів освіти для здобуття дітьми з ООП повної загальної середньої освіти. Зокрема, до 2022 р. необхідно розробити модель взаємодії між закладами освіти, що забезпечують здобуття учнями з ООП повної загальної середньої освіти [117].

У травні 2020 р. Указом Президента України (№ 195\2020) схвалено Національну стратегію розбудови безпечного і здорового освітнього середовища в новій українській школі. Для реалізації стратегічних цілей Національної стратегії необхідно виконати низку завдань, насамперед удосконалити механізм психологічного супроводу та підтримки в закладах освіти, запровадити дієвий механізм взаємодії закладів освіти та охорони здоров'я для охорони психічного здоров'я дітей [117].

У 2021 р. Урядом схвалено Концепцію створення та розвитку системи раннього втручання, яка поєднує медичну, психологічну, соціальну та освітню складові, спрямовується на раннє виявлення та профілактику порушень розвитку у дітей, поліпшення їх розвитку, підвищення якості життя, супровід і підтримку сімей з дітьми віком до чотирьох років, які мають порушення розвитку або в яких існує ризик виникнення таких порушень. Раннє втручання є всесвітньо визнаною послугою, отримання якої максимально збільшує шанси дітей на реалізацію власного потенціалу, дає змогу максимально ефективно використовувати потенціал сім'ї для розвитку дитини та її підготовки до здобуття освіти в закладах освіти. Крім того, зазначеною послугою забезпечуються потреби сім'ї у професійній

психологічній допомозі, а також повноцінна участь членів сім'ї в житті суспільства [144].

Основною метою реалізації цієї Концепції є забезпечення створення та розвитку системи раннього втручання в Україні та встановлення права дітей з порушеннями розвитку або ризиком виникнення таких порушень і сімей з такими дітьми на отримання послуги раннього втручання, спрямованої на здоровий розвиток дитини в сім'ї та її успішну соціалізацію в суспільстві. Забезпечення правового регулювання питань формування державної політики щодо створення та розвитку системи раннього втручання повинне здійснюватися шляхом: проведення комплексного аналізу законодавства у сферах охорони здоров'я, соціального захисту, охорони дитинства та захисту прав дітей, надання соціальних послуг і проведення соціальної роботи, надання реабілітаційних послуг, освіти з метою визначення норм і положень, які застосовуватимуться під час створення та розвитку системи раннього втручання тощо [144].

15 вересня 2021 р. Урядом затверджений план заходів щодо реалізації Концепції створення та розвитку системи раннього втручання на період до 2026 року [141].

В. Сухомлинський першим обґрунтував теоретичні засади української лікувальної педагогіки, вказавши на те, що в розвитку дітей спостерігається ряд непатологічних відхилень: психогенія, емоційна напруженість, психомоторні, психотерапевтичні та інші зміни. Сприятливі організаційно-педагогічні умови навчання вносять корекцію в такі стани. Йдеться саме про соціально-психологічну підтримку, а не медичну допомогу учням. Про це В. Сухомлинський писав: «Дидактогенії – дітище несправедливості... Я протягом кількох років вивчав шкільні неврози. Хвороблива реакція нервової системи на несправедливість учителя в одних дітей набуває характеру збудженості, у других – це манія несправедливих образ і переслідування, у третіх – озлобленість, у четвертих удавана безтурботність, у п'ятих – байдужість, крайня пригніченість, у шостих – страх перед покаранням, перед

учителем, перед школою, у сьомих – кривляння і блазнювання, у восьми – жорстокість, що набирає іноді... патологічних форм. Запобігання дидактогеніям залежить від педагогічної культури батька і вчителя» [167].

Для пост чорнобильської України та карантинної ситуації орієнтиром технології освітнього процесу повинен стати високий рівень здоров'я дітей, яке є складним комплексом взаємопов'язаних характеристик, які визначаються внутрішнім станом (моральним, інтелектуальним, емоційним, фізичним) і зовнішніми факторами (соціальною стабільністю, екологічним благополуччям, рівнем культурного і духовного розвитку, життєвого добробуту), завдяки чому забезпечується реальна можливість для позитивного самопрограмування, самотворчості, самоактуалізації особистості здобувачів освіти [11, с. 24].

ЮНЕСКО визначено такі рівні функційної грамотності громадян: лексичний, технологічний, комп'ютерний. В умовах екологічної кризи суспільства необхідно оволодіти ще й санологічним (валеологічним) рівнем функційної грамотності, тому освітній процес варто організовувати на основі міждисциплінарного підходу. Метою спільних досліджень педагогів і науковців суміжних галузей є формування творчої особистості, здатної сприймати світ у його єдності в процесі здорового способу життєдіяльності. Актуальним є включення в систему експертизи освітніх технологій критерію психофізіологічної вартості навчальної діяльності учнів, об'єктивної оцінки психофізіологічного стану учасників освітнього процесу.

Хворобу розглядають як дію сукупності руйнівних процесів в організмі людини, наслідком чого є не лише погіршення фізичного самопочуття хворого, а й зміни його особистості, відхилення в емоційно-вольовій і мотиваційній сферах. З огляду на таку позицію, повернення до здоров'я передбачає усунення негативних наслідків хворобливих переживань, небажаних установок, невпевненості у власних силах, тривожності та інших хворобливих і граничних станів. Учені визначають здоров'я як глобальний психічний стан особистості, що характеризується динамічною гармонійністю

внутрішніх переживань і пов'язаних з нею ефективністю й успішністю діяльності людини. «Психічне здоров'я треба розуміти як аспект здоров'я взагалі, який підкреслює стан душевного комфорту, відсутності патологічних психічних проявів та здатності до ефективної діяльності і саморегуляції відповідно до власних (відрефлексованих) цілей і інтересів людини» [122].

К. Роджерс [151] уводить п'ять ознак психологічно здорової – повноцінно функційної – особистості: 1. Відкритість переживанням. Людина сміливо ставиться до того, що вона переживає, вона приймає будь-які свої емоційні прояви. 2. Ведення екзистенційного способу життя. Це тенденція жити повно та насичено в кожен момент існування, так, щоб кожне переживання сприймалось як унікальне, відмінне від того, що було раніше. Екзистенція – це глибинне існування. 3. Організмна довіра – здатність людини приймати до уваги свої внутрішні відчуття і розглядати їх як основу для вибору поведінки. 4. Емпірична свобода. Особистість переживає можливість свободи. Вона вільна не тільки від світу, але й від себе. Людина може вільно жити так, як хоче, без обмежень чи заборон. 5. Креативність. Людина не просто творчо обдарована, а здатна до цілепокладання, до продукування власних ідей.

Здоров'я дитини варто розглядати як відповідний до її віку стан життєдіяльності, гармонійної єдності фізичних та інтелектуальних характеристик, зумовлених генетичними і зовнішньосередовищними факторами, і адекватне формування адаптаційно-приспосовувальних реакцій у процесі зростання (Л. Я. Оберг, 1981).

Згідно з чинним законодавством стан здоров'я – це загальний показник для хвороб (гострих і хронічних), розладів, пошкоджень або травм. Стан здоров'я також може включати інші обставини, у тому числі вагітність, старіння, стрес, вроджену аномалію або генетичну схильність. Стани здоров'я кодуються згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я [39].

В сучасних умовах існують ряд зовнішніх і внутрішніх факторів, які погіршують стан здоров'я дитини або й взагалі провокують психофізіологічні відхилення. Дослідник Є. Сигида виокремив причини, що провокують інвалідність та ризик виникнення відхилень у розвитку [158] :

- *генетична спадковість.* Основними причинами виникнення генетичних вад є генетична спадковість, хромосомні аберації, спонтанні мутації (наприклад, синдром Дауна);

- *травми.* Поширеними причинами травм голови у дітей є автомобільні аварії і падіння на тверду поверхню (наприклад, на цементну підлогу). У дітей молодшого та раннього віку причиною пошкодження головного мозку і центральної нервової системи часто стає насильство («синдром струшування дитини»), що може призвести до розумової відсталості, церебрального паралічу та епілепсії;

- *токсичні речовини.* Прийом вагітною жінкою токсичних речовин, зокрема алкоголю, тютюну, деяких лікарських препаратів, наркотиків, різних випромінювань, наприклад, рентгенівського, може мати серйозний негативний вплив на нормальний ріст і розвиток плода, спричинити розумову відсталість, мікроцефалію, розлади поведінки і рухового контролю;

- *вік і стан здоров'я матері.* Ризик виникнення вад дитини підвищується, якщо на момент народження дитини матері 15 або більше 35 років і якщо в період вагітності вона страждала різними захворюваннями (діабет, гіпертонія, анемія, ниркова недостатність, вроджена вада серця). Ризик виникнення вад розвитку також підвищується, якщо мати страждає крайнім ступенем ожиріння або неправильно харчується до або під час вагітності;

- *ускладнення під час вагітності та пологів.* Резус-несумісність виникає, коли мати з негативним резус-фактором виношує плід з позитивним резус-фактором. У цьому випадку імунна система матері виробляє антитіла, які атакують і знищують червоні кров'яні тільця плода, що може спричинити ураження його мозку;

- *ускладнення під час переймів і пологів* (затяжні й ускладнені пологи, передчасне відділення плаценти, згортання або провисання пуповини) можуть призвести до пошкодження головного мозку і центральної нервової системи новонародженої дитини в результаті гіпоксії (кисневого голодування мозку). Родові травми вважають однією з основних причин церебрального паралічу. Головний мозок може бути пошкоджений у результаті безпосередньо травматичної дії через накладення щипців у процесі пологів;

- *передчасні пологи*. Недоношена дитина і мати не готові до пологів. І це підвищує ризик виникнення вад розвитку. Надлишок кисню в технічно недосконалих або погано контрольованих інкубаційних камерах може викликати сліпоту або пошкодження головного мозку;

- *вірус і бактеріальні інфекції*. Особливо небезпечні кір, краснуха, і якщо ними заразилася вагітна жінка, то це ризиковано для плода, особливо протягом першого триместру вагітності, коли формується головний мозок і життєво важливі органи. Кір, краснуха може викликати сліпоту, глухоту, вроджену ваду серця і розумову відсталість. Серед дітей, які страждають одночасно і сліпотою, і глухотою, багато перенесли кір, краснуху на ранніх етапах внутрішньоутробного розвитку. Сифіліс, бактеріальне захворювання на просунутих стадіях руйнує тканини мозку і центральної нервової системи. Гонорея може призвести до втрати дитиною зору, якщо її збудники присутні в родових шляхах під час пологів. Якщо вагітна жінка заражена вірусом герпесу, то інфекція може завдати серйозної шкоди нервовій системі дитини і навіть призвести до летального результату;

- *якість харчування*. Численні дослідження показали наявність прямого зв'язку між якістю харчування і темпами зростання і розвитку дитини. Для того, щоб нервові клітини розвивалися нормально, необхідно забезпечити гарне харчування. Погане харчування у більшості випадків вважають найбільш імовірною причиною легкої розумової відсталості.

Очевидно, що провокована цими факторами інвалідність зумовлює порушення оптимального зв'язку між здоров'ям, особистісними факторами і

факторами зовнішнього середовища, у яких перебуває дитина. У певних ситуаціях інвалідність обмежує життєву активність, порушує процеси соціалізації, зумовлює дискримінаційні практики, а також деструктивно впливає на соціально-економічний та психологічний стан сім'ї, у якій виховують дитину з ООП.

Отже, інформативними характеристиками, що визначають наявність патології, які спричинюють інвалідність, є: ефективність диспансерного спостереження матері в період вагітності (медичний фактор); ставлення батьків до факту народження дитини, його бажаність (соціальний фактор); характер протікання антенатального і раннього неонатального періоду (медико-біологічний фактор); повнота й ефективність медико-соціальних заходів (медико-соціальний фактор); матеріальне забезпечення сім'ї (соціальний фактор) [182].

ООП, зумовлені низкою внутрішніх причин, завжди детерміновані зовнішніми умовами, порушеннями чинників фізичного і соціального значення, які змінюють сформовані взаємини між людиною і соціальним середовищем. Соціальні наслідки такого стану призводять до дезадаптації і ізоляції індивідуума в суспільстві, труднощів у самообслуговуванні, спілкуванні, навчанні, оволодінні майбутніми професійними навичками. Засвоєння дітьми соціального досвіду, включення їх у систему суспільних відносин вимагає поряд з інклюзивним навчанням визначених додаткових заходів, які мають ґрунтуватися на знаннях, закономірностях, змісті та складових реабілітації – фізичній, соціальній і психологічній. *Саме реабілітація є тим інструментом, що дає змогу комплексно впливати на фізичне, емоційне і соціальне благополуччя людини з інвалідністю.*

Реабілітація реалізує цілісний підхід до дитини, відображаючи ідею Сократа: «неможна лікувати тіло, не лікуючи душу». Отже, комплексна реабілітація має задовольняти потреби суспільства, забезпечувати створення і підтримку сприятливого середовища, необхідного для розвитку дитини, її самореалізації, захисту власних прав.

Комплексний підхід у вивченні стану дитини з ООП щодо гармонійного взаємозв'язку фізичних, біологічних, психологічних і соціальних рівнів є важливим у контексті вироблення шляхів удосконалення надання освітніх та соціальних послуг. Такий підхід сприятиме протидії соціальній дезінтеграції, формуванню рівноваги дитини, найближчого оточення, суспільних зв'язків тощо.

Підхід, який ґрунтується виключно на фізичному стані людини, обмежує його можливості. Традиційний розгляд інвалідності, співвіднесений із загальноприйнятою моделлю, акцентує на проблемах самого інваліда, менше на його соціальних обмеженнях. Такий підхід не може відповідати потребам часу, недостатній для розуміння духовно-соціальної сутності. Необхідність відновлення основних соціальних функцій особистості в різних сферах життєдіяльності задля повноцінного функціонування та включення у виробничі відносини пов'язує *три основних сфери надання послуг – медичних, соціальних (соціально-психологічний супровід) та освітніх*. Такий підхід актуалізує інноваційну реабілітологію як своєчасний та важливий науковий напрям.

На теренах вітчизняної теорії і практики реабілітації дітей та молоді з ООП одним із перших, хто обґрунтував взаємозв'язок медичного, соціального та психологічного аспектів у реабілітації, став М. Коренєв. У 2002 р. з'явилася фундаментальна праця «Інвалідність дітей з хроматичною соматичною патологією» [63]. Звернемося до її основних положень.

Визначною подією на шляху розвитку реабілітаційних послуг в Україні став 2015 р., саме в цей рік був опублікований проєкт Концепції соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності) на сторінках журналу «Реабілітація і паліативна медицина» (2015. № 1. С. 188). Ця Концепція розроблена за ініціативи Державного закладу (ДЗ) «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України», який також створив Академію дитячої інвалідності. Вона є громадською організацією європейського рівня,

метою якої є сприяння створенню умов для надання комплексної медико-соціальної допомоги дітям і підліткам з обмеженням життєдіяльності та їхнім сім'ям. Зокрема, створено експертну раду, яка оцінюватиме все те, що відбувається в галузі реабілітації. У цій Раді є педіатр та дитячі лікарі – невролог, психіатр, окуліст, ортопед-травматолог, генетик, онколог та інші фахівці [1].

Біопсихосоціальне розуміння здоров'я та захворювання обґрунтовано Н. Поліщук [131], зокрема відзначено, що біопсихосоціальний підхід рийшов до нас з появою вчення Фрейда в кінці ХІХ ст. Тривале панування дихотомії (поділу) на тіло й душу було переосмислене. Характерний для нового мислення холізм (грецьк. holos – ціле) ґрунтується на цілісному уявленні про організм людини. Психічні процеси і соматичні прояви розглядають не окремо, а як цілий механізм. Крім того, важливе значення має середовища. Факторами впливу середовища вважають сімейні стосунки, відносини з друзями, приналежність до певного соціального класу, культури та релігії. Згідно з новою моделлю, у певних випадках фактори середовища можуть стати визначальними у виникненні захворювання. Особливо важливо враховувати вплив факторів зовнішнього середовища на дитячий організм. Діти народжуються ще не сформованими ні тілесно, ні психічно. Якими вони виростуть, залежить не тільки від їх генетичного матеріалу, а насамперед від зовнішніх факторів: оптимального чи недостатнього харчування, адекватного виховання в люблячій сім'ї чи в умовах емоційної та педагогічної занедбаності, спілкування з благополучними друзями чи антисоціальним оточенням [131].

Тривала хвороба та вроджена вада зумовлює розвиток різних порушень: формування ненормальної будови тіла, зміни зовнішнього вигляду, а також розладів функціонування тих чи тих органів та систем. Порушення є *розладом на рівні організму*.

Діяльність або поведінка дитини з інвалідністю можуть змінитися внаслідок розвитку хвороби чи виникнення порушень. Звичні її дії можуть

стати обмеженими; так знання про хворобу знаходить об'єктивне втілення і прояв, як наслідок – зниження рівня життєдіяльності. З погляду функційної діяльності й активності індивіда, зниження життєвих функцій є *порушенням на рівні особистості*.

Хвороба чи інвалідність ставлять людину в незручне становище стосовно оточуючих, так хвороба чи інвалідність набувають соціального характеру. Цей рівень відображає реакцію суспільства на стан індивіда, ускладнюючи взаємовідносини індивіда з суспільством, тобто провокуючи соціальну дезадаптацію. Відбуваються *порушення на соціальному рівні*.

Діагностика згідно з біопсихосоціальним підходом проводиться у трьох площинах: соматичній, психологічній, соціальній. Окрім симптомів захворювання, необхідно дослідити фактори ризику та фактори, що сприяють видужанню. Скринінг факторів впливу проводить лікар, до якого звернувся пацієнт/сім'я. За потреби залучають фахівців інших профілів. Якщо в дитини проблеми є, то варто дослідити сімейну ситуацію та дізнатися думку освітян [131]. Хоча цей процес є складним, інколи непередбачуваним, проте така концепція дозволяє з'ясувати цей взаємозв'язок, послідовність окремих складових цього процесу та спроєктувати шляхи вирішення багатьох проблем. Впливаючи на одну складову, можна отримати ефект в інших, попереджуючи виникнення останньої – соціальної дезадаптації.

Отже, медична реабілітація передбачає лікування, постійний супровід лікаря, систематичну діагностику, а соціально-психологічна реабілітація забезпечує реалізацію заходів педагогічного, психологічного, соціально-виховного спрямування, соціального обслуговування, що і спрямовані на попередження останньої складової презентованої схеми [63].

Разом з тим, активна життєдіяльність – це інтеграція фізичних, соціальних і психологічних функцій як єдиної системи, і не варто проводити чітке розмежування між медичними і соціально-психологічними аспектами.

Саме дитяча інвалідність – це стійка соціальна дезадаптація, яка зумовлена хронічними захворюваннями чи патологічним станом і різко

обмежує можливість включення дитини в адекватні її вікові виховні і педагогічні процеси, у зв'язку з чим вона постійно потребує додаткового догляду, допомоги і нагляду. У дітей, на відмінну від дорослих, реабілітація повинна забезпечувати не лише відновлення, а й подальший розвиток усіх органів і систем, компенсуючи втрачені функції чи прогалини в розвитку.

За результатами наукових досліджень, проведених у пострадянських країнах, поширеність найбільш часто виявленої інвалідизованої патології у дитячому віці (випадків на 1000 дітей) така: уроджені аномалії – 10,00; олігофренія – від 6,0 до 8,0; дитячий церебральний параліч – від 2,0 до 4,0; ураження органа слуху – від 1,5 до 2,0; ураження органа зору – від 0,35 до 0,54.

Серед причин інвалідності з дитинства психічні розлади становлять 30–50 %, хвороби нервової системи і органів чуття – 25–40 %, вроджені аномалії розвитку – 5–15 %. У дітей з інвалідністю частіше зустрічаються хвороби нервової системи і вроджені аномалії.

У структурі первинної інвалідності з дитинства переважають психічні відхилення. На другому місці – хвороби нервової системи і органів чуттів, зокрема ДЦП – 35,9%, епілепсія – 17,5%, запальні захворювання центральної нервової системи – 8,5%, інші хвороби нервової системи – 10,4%, хвороби очей – 1,9%, вроджена глухота – 16,8%, туговухість – 5,6%. Третє місце в структурі причин інвалідності займають вроджені вади розвитку (аномалії). У цій групі велику кількість займають діти з уродженим вивихом бедра, вродженою нерозвинутістю верхніх кінцівок, вродженою вагою серця та ін. Четверте місце займають хвороби кістково-м'язової системи.

Часто різні патології доповнюють одна одну. Наприклад, 53,1 % дітей із ДЦП мають психічні порушення різної тяжкості, 67,1 % – затримку психічного розвитку. У 60 % дітей з хворобою Дауна наявні хвороби очей, 70 % страждають глухотою.

У структурі первинної інвалідності великий відсоток дітей з інвалідністю з хворобами ендокринної системи, де найбільш частими є

випадки цукрового діабету. Близько 4 % усіх випадків первинної інвалідності з дитинства пов'язані з наслідками травм та інфекційними хворобами. Останнє особливо актуально з огляду на поширення коронавірусу, що потребує окремих наукових досліджень.

На думку вчених, інвалідність з дитинства формується в основному через три групи причин і факторів: медико-біологічні, соціально-психологічні (включаючи сімейно-педагогічні, побутові, виробничі) та економіко-правові, що може бути зумовлене недостатньою профілактичною роботою. Водночас, пізнє встановлення діагнозу, несвоєчасне і неадекватне лікування, відсутність динамічної, якісної диспансеризації є істотними факторами, що спричиняють інвалідизацію.

При багатофакторному аналізі можна визначити причини, що визначають інвалідність у дитинстві: тяжкість патології, характер протікання захворювання, невикористання заходів медичної реабілітації, ранній вік виникнення хвороби. Одним з основних принципів реабілітації є необхідність тісного поєднання лікувально-відновлювальних заходів із корекційно-педагогічним та соціально-психологічним вихованням і навчанням.

Системний підхід до проведення реабілітації дітей-інвалідів буде сприяти вирішенню проблеми дитячої інвалідності в країні, а його реалізація полегшить участь дітей та їх сімей, забезпечить, можливо, більш повну соціальну реабілітацію дітей, що дасть суттєвий економічний ефект.

Вікові особливості психічного здоров'я дітей і підлітків [63].

Серйозним джерелом виникнення відхилень у поведінці дітей у різні вікові періоди є хронічні соматичні захворювання, які стійко змінюють загальну реактивність дитячого організму і спричиняють порушення психічного здоров'я. Хронічні соматичні патології (ХСП) пов'язані зі складними біологічними змінами у функціонуванні організму дитини і суттєво змінюють її психічний і соціальний статус. Взаємодія біологічних і соціальних факторів у динаміці ХСП веде до зміни психічної діяльності

підростаючої дитини.

Розвиток психічної дезадаптації зумовлюють різні життєві ситуації – в тому випадку, якщо біологічний спротив дитячого організму і соціально-психологічний захист особистості виявляються неспроможними. У процесі дорослішання дитини поступово підвищується причинна роль соціально-психологічних факторів, що веде до росту захворюваності реактивними станами, неврозами і психосоматичними захворюваннями, до патологічного формування особистості.

Ці відхилення можуть торкатися фізичної дієздатності чи розумової працездатності; вони можуть призвести до порушення поведінки в повсякденному житті, зниженню соціальної компетентності. Якщо вчасно не будуть вжиті адекватні заходи, можуть виникнути неблагополучні для розвитку відхилення в дітей, які мають ХСП.

Безумовно, дитина є унікальним єдиним цілим; вона прагне до самореалізації, проходячи характерні стадії розвитку в результаті взаємодії спадкових і середовищних факторів. Відповідно, розвиток – це формування і самовиховання особистості на основі генотипу під впливом факторів навколишнього середовища, у поєднанні з власною активністю і зусиллями волі, спрямованими на засвоєння соціальних норм.

Кожній стадії розвитку характерні кризові періоди, що загрожують психічному здоров'ю. У ці періоди особлива увага медиків, педагогів, психологів, соціальних педагогів має бути зосереджена і спрямована на запобігання психічної дезадаптації і формування готовності до психологічної реабілітації. Вікові періоди не ізольовані один від одного: в кожному виникають і формуються риси наступного. Перехід відбувається не зовсім гладко і характеризується кризовими явищами.

Вікові періоди мають чотири стадії формування психічного розвитку дитини.

Перший рік життя – стадія встановлення контактів. Біологічно незрілий і психічно непристосований малюк потребує постійних, сповнених любов'ю і

уваги контактів із матір'ю, батьком чи людьми, які опікуються. Усе залежить від опіки дорослих. Чим слабше фізичне здоров'я, тим легше дитина піддається захворюванням. Емоційна недостатність та емоційний голод сприяють порушень поведінки дитини.

З другого по четвертий рік – стадія моторної інтеграції і оцінки своїх моторних можливостей. Усвідомлення своїх рухових можливостей, сприйняття впливів факторів навколишнього середовища, розширення функцій мови, наростаючий досвід у багатьох сферах життя допомагають дитині в усвідомленні своїх бажань і розумінні своєї залежності від впливу навколишнього середовища, що провокує конфлікт із ним. У цей вік найбільш характерними особливостями розвитку поведінки дітей є сильна спрямованість на сприйняття зовнішніх впливів і емоційне реагування. Серед особливостей цього віку варто відзначити таке відхилення в поведінці дитини, як негативізм (протидія волі дорослого). Це період, коли дитина переходить до самостійності і незалежності. Любов, сильна прив'язаність, що відчуває дитина до рідних, є кращою основою для формування в неї почуття необхідності рахуватися з думкою інших, позитивною соціалізацією, що сприяє забезпеченню нормального психічного розвитку.

Вік від п'яти до восьми років – стадія соціального самовизначення. Дитина намагається зайняти відповідне місце в суспільстві поза батьківською домівкою, серед товаришів, у дитячому садку, в школі. З ровесниками виникають постійні відносини. Дитина намагається здобути повагу до себе. Небезпечна в цей період гіперопіка, труднощі перших проявів сексуальності, агресія на ґрунті ревнощів стосовно батьків тієї ж статі. Це період інтенсивної розумового розвитку. Основна діяльність – систематичне навчання. Важливими компонентами якого є визначена розумова й емоційно-вольова зрілість, що сприяє подальшій соціалізації і пристосуванню дитині до школи.

Вік від 12 до 18 років – стадія статевого дозрівання й індивідуальної переорієнтації. Як відомо, підлітковий вік – це період глибокої психологічної

перебудови, що характеризується формуванням дорослості, пошуків мети і змісту життя, самоствердженням, критичних підходів до фактів і явищ навколишнього світу, їх самооцінки. Вік 14 – 15 років є піком психологічної перебудови. Характерними рисами підлітків у цьому віці є підвищена зміна настрою, полярність домінуючих властивостей характеру, особлива сенситивність, чутливість до факторів зовнішнього мікросоціального середовища. Усе це поєднується з бурхливими нейрогормональними змінами, що знижують поріг психологічної чуттєвості.

Віковий фактор зумовлює суттєву специфіку методів і форм реабілітації. Чим менший вік дитини, тобто чим менше диференційовані його нейрофізіологічні механізми, тим більш значущим є віковий принцип реабілітації. При визначенні завдань і форм реабілітації не достатньо заходів з лікування лише соматичних захворювань без одночасного впливу на психічний, психологічний стан дитини.

Особливо гострої уваги потребує якість життя дитини з ООП: часті госпіталізації, тривале амбулаторне лікування, сегрегація їх у сім'ях порушує становлення соціального досвіду, виключаючи з нормального освітньо-виховного процесу, через що в багатьох дітей ускладнюється психічна і соціальна адаптація. Медичні, психічні і соціальні проблеми дітей повинні бути сфокусовані на набутті соціальної компетентності, що дозволить дитині повноцінно інтегруватися в соціум.

Діагностика [63]

Рання діагностика соціальної недостатності визначає успішність лікування і ефективність реабілітаційних заходів.

Основою реабілітації як особливого методичного підходу є цілеспрямованість всіх заходів на особистість хворого. Мета реабілітації в сучасному контексті – відновлення особистісного і соціального статусу [48].

У медицині передбачений підхід з урахуванням трьох основних факторів функційної недостатності: патодинамічного (клінічного), психологічного і соціального [48].

Патодинамічний аспект функційного діагнозу характеризує патологічний процес, виражає особливості механізмів і ступінь компенсації хворобливих змін з урахуванням таких компенсаторно-приспосувальних особливостей і механізмів, як вік, стать, конституція, реактивність організму та інші індивідуально-біологічні властивості.

Психологічний аспект функційного діагнозу характеризує насамперед особистість хворого, особливості структури основних життєвих відносин, рівень розвитку, зрілість особистості, її ціннісні орієнтації і основні духовні потреби. При вивченні цього аспекту варто аналізувати три сфери соціальної компетентності, тобто здатність до ефективної взаємодії з соціальним середовищем. Першу сферу складають такі перцептивні процеси як здатність до сприйняття й оцінки поведінки, емоційного стану, стосунки з партнером комунікації в соціально значимих ситуаціях; другу сферу становлять продуктивні способи поведінки – готовність до певних видів діяльності, що реалізує рольову поведінку в сім'ї, в колективі, у суспільстві і яке визначається особистим і соціальним статусом дитини. Третя сфера характеризує рефлексивні способи поведінки, різні аспекти самооцінки образу «я», форми трансформації хворобливого процесу і пов'язані з цим конфлікти, захисні і компенсаторні механізми.

Соціальний аспект функційного діагнозу виражає суттєві соціальні зв'язки хворого, його місце в сім'ї, статус у колективі та інших мікросоціальних групах.

Психологічний і соціальний аспекти відображають формування індивідуальної долі хворого під впливом своєї життєвої історії, особливостей особистості, соціальної і мікросоціальної ситуації. Усі три аспекти необхідно оцінювати в єдності для встановлення діагнозу індивідуальної пристосованості хворого. Лише за такого підходу можлива оцінка критеріїв соціальної недостатності, що виникає через обмеження здатностей займатися звичайною діяльністю; інтеграції в суспільство; до здобуття освіти та ін.

Психічна норма – це індивідуальна динамічна сукупність психічних

(індивідуально- і соціально-психологічних) властивостей конкретної людини, яка дозволяє йому відповідно до віку й соціального становища пізнавати навколишню, адаптуватися до неї і виконувати свої біологічні і соціальні функції.

Комплексна реабілітація

Реабілітація ґрунтується на засадах медицини, соціального захисту та психологічних особливостях розвитку дитини, що й має бути відображено в індивідуальній програмі реабілітації.

Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів із визначенням порядку, місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей особи з інвалідністю [1].

«Індивідуальний реабілітаційний план, індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю (дитини з інвалідністю) є обов'язковими для виконання центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними закладами, відділеннями, підрозділами, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, у яких працює або перебуває особа з обмеженнями повсякденного функціонування, особа з інвалідністю незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності» [39].

«Державна типова програма реабілітації осіб з інвалідністю встановлює гарантований державою перелік послуг із реабілітації у сфері охорони здоров'я (узгоджених із Державним типовим планом реабілітації), психолого-педагогічної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, медичних виробів (виробів медичного призначення), які надаються особі з інвалідністю, дитині з інвалідністю з урахуванням фактичних потреб, залежно від результатів реабілітаційного обстеження безоплатно або на пільгових умовах» [39].

«Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю розробляється на основі індивідуального реабілітаційного плану відповідно до Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю медико-соціальною експертною комісією, для дітей з інвалідністю - лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів з обов'язковим залученням особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю або її законного представника та має бути погоджена особою з інвалідністю, дитиною з інвалідністю або її законним представником. Визначення конкретних обсягів, методів і термінів проведення реабілітаційних заходів, які повинні бути здійснені стосовно особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, кошторис витрат за рахунок бюджетних коштів чи загальнообов'язкового державного соціального страхування, а також контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю в межах своїх повноважень здійснюють медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультативні комісії лікувально-профілактичних закладів - стосовно дітей з інвалідністю), місцеві державні адміністрації, служба зайнятості, реабілітаційні установи, розпорядники відповідних коштів» [39].

Згідно ЗУ «Про освіту» індивідуальна програма розвитку визначає перелік необхідних дитині психолого-педагогічних, корекційно-розвивальних послуг, що надаються індивідуально та/ або в груповій формі[35].

Індивідуальну програму розробляють на підставі Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. N 1686 (1686-2006-п) (Офіційний вісник України, 2006 р., N 50, ст. 3311).

Форма індивідуальної програми реабілітації інваліда, яку видає медико-соціальна експертна комісія, затверджена наказом МОЗ № 623 від 08.10.2007 [38].

О. Поліщук визначила вимоги до розробки індивідуальної програми

трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я. У змісті такої програми подано паспортну частину; результати реабілітаційно-експертної діагностики; показання до застосування реабілітаційних заходів; реабілітаційно-експертний висновок; програму медичної реабілітації; програму професійної реабілітації; програму соціальної реабілітації; висновок про виконання індивідуальної програми трудової реабілітації [131].

Заслуговують на увагу наукові висновки українських учених А. Шевцова, Г. Хворової про необхідність зміни підходу до створення корекційно-навчальних програм. На їхню думку, цілком неможливо здійснювати корекційну психолого-педагогічну допомогу дітям зі змішаним варіантом дизонтогенезу за єдиною типовою програмою, тому сумнівною є вимога органів, що контролюють, до навчально-реабілітаційного закладу щодо корекційно-реабілітаційної роботи за такою програмою. Натомість повинен бути затверджений у встановленому порядку алгоритм створення індивідуальної програми медико-психолого-педагогічного реабілітування [188].

З огляду на нормативні засади оформлення індивідуальної програми реабілітації осіб з інвалідністю, урахувавши сучасні теоретичні розробки українських учених, визначаємо реабілітаційну програму для особи з ООП як упорядковану та цілеспрямовану сукупність організаційних форм, видів реабілітаційних заходів, у тому числі інклюзивного туризму, спрямованих на відновлення, компенсацію порушених чи втрачених функцій організму, відновлення і компенсацію здібностей особи з ООП з виконання певних видів діяльності, а також досягнення результату соціально-психологічної реабілітації. Важливою умовою формування індивідуальної траєкторії соціально-психологічної реабілітації є врахування методології МКХ – ДП.

Поряд з індивідуальною програмою реабілітації доцільно оформити особову справу особи з ООП за такою структурою: 1. Формальні дані. 2. Медичний блок (діагноз основного захворювання, ускладнення при лікуванні, стійкі порушення, супутні хвороби, наявність психопатологічної

симптоматики). 3. Соціальний блок (рівень психічного здоров'я сім'ї, характер сім'ї, соціальний статус батьків, матеріальний стан, житлові умови). 4. Психологічний блок (психічні особливості дитини і батьків, характер міжособистісних і внутрішньосімейних відносин). 5. Освітні проблеми. 6. Реабілітаційний блок (стратегія реабілітації і реабілітаційні проблеми на різних етапах з аналізом їх ефективності).

Цей блок повинен містити додаток щодо реабілітації засобами інклюзивного туризму і включати комплекс психолого-педагогічних, соціально-виховних, освітньо-пізнавальних, корекційних, фізкультурно-оздоровчих заходів для дітей та молоді з ООП в умовах туризму, спрямованих на їхню комплексну соціально-психологічну реабілітацію, оздоровлення та соціальну інтеграцію. Він складається з таких послідовних напрямів: визначення вихідного реабілітаційного потенціалу; розробка комплексної реабілітаційної програми засобами інклюзивного туризму; її реалізація та періодичне корегування.

Перший напрям включає перевірку та збір інформації про рівень соціально-психологічної реабілітації; оцінку потенційних можливостей розвитку соціально-виховних навичок та навичок збереження психічного здоров'я; медичне обстеження для підготовки рекомендацій; виявлення гострих психологічних проблем; виявлення педагогічних проблем; визначення освітньо-пізнавальних інтересів та здібностей; з'ясування рівня доступності туристичних об'єктів.

Другий напрям включає розробку плану формування навичок самообслуговування, медично-психолого-педагогічної реабілітації, маршрутів інклюзивного туризму.

Третій напрям включає адаптацію до умов реабілітації; періодичне медичне обстеження та лікування; визначення показання для санаторно-курортного лікування; виявлення порушень в адаптації; індивідуальні психологічні консультації; організація особистісно зорієнтованого навчання і виховання.

Отже, основною умовою соціально-психологічної реабілітації особи з ООП є розробка і реалізація індивідуальної комплексної програми реабілітації, що ґрунтується на заходах медичного, соціального і психологічного спрямування, побудови реабілітаційної траєкторії з урахуванням заходів інклюзивного туризму, залученням міждисциплінарної команди фахівців та сім'ї.

У цьому контексті на часі оптимізація координації між закладами соціальної сфери, охорони здоров'я та освіти щодо реабілітації дітей та молоді з ООП.

Відповідно до статті 23 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», ІПР особи з інвалідністю є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, у яких працює або перебуває людина з інвалідністю, дитина з інвалідністю, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості, типу й форми власності. Водночас для особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю ІПР носить рекомендаційний характер. Особа з інвалідністю (законний представник дитини-інваліда) має право відмовитися від будь-якого виду, форми й обсягу реабілітаційних заходів, передбачених його індивідуальною програмою реабілітації, або від усієї програми в цілому [39].

Про важливість принципу комплексності та послідовності реабілітаційних заходів зауважують українські вчені Ю. Петренко та Ю. Барабаш, оскільки, на їхню думку, окремі несистематизовані заходи можуть не принести повноцінного позитивного результату або навіть у деяких випадках позначитися негативно. Незавершеність реабілітаційної програми, відсутність певних напрямів скорочують можливості реалізації індивідуального реабілітаційного потенціалу [128].

Така система має забезпечити комплекс заходів – від встановлення інвалідності до прогнозування перебігу хвороби, визначення методів реабілітації, забезпечення соціальної адаптації та інтеграції тощо. Має бути

налагоджений послідовний процес між складанням індивідуальної програми реабілітації особи з ООП, її виконанням та контролем за виконанням цієї програми.

Поряд з розробкою та реалізацією індивідуальної програми реабілітації необхідно оцінювати функційний стан особи з ООП, її реабілітаційний потенціал і ефективності відновлювальних заходів.

Український учений О. Мороз розробив рекомендації щодо укладання індивідуальної програми реабілітації та обґрунтував підхід до визначення реабілітаційного потенціалу особи з ООП [125]. Він запропонував проводити узагальнену оцінку реабілітаційного потенціалу на підставі результатів послідовного вивчення його складових елементів (рівнів): біомедичного (саногенетичного), психофізіологічного, соціально-побутового, професійного (трудового), соціального та соціально-середовищного:

- *біомедичний (саногенетичний) потенціал* – можливості людини до відновлення (регенерації, репарації, реституції) або компенсації порушень в анатомо-функційній цілісності органів, тканин, систем і організму в цілому;

- *психофізіологічний потенціал* – можливості використання, розвитку й адаптації збережених функційних здібностей людини для відновлення (компенсації обмежень) соціальних навичок і звичних для нього видів діяльності;

- *особистісний потенціал* – можливості, здатність і спрямованість особистості активно брати участь у реабілітаційному процесі і виконувати поставлені реабілітаційні завдання;

- *освітній потенціал* – можливості людини до оволодіння загальноосвітніми і професійними знаннями, професійними (трудовими) навичками й уміннями;

- *соціально-побутовий потенціал* – можливості досягнення самообслуговування і самостійності проживання і ведення особистого господарства;

- *професійний (трудоий) потенціал* – можливості відновлення

професійного і соціально-трудового статусу або досягнення інших цілей у сфері трудової діяльності;

- *соціальний потенціал* – можливості відновлення або компенсації соціального статусу;

- *соціально-середовищний потенціал* – можливості включення або повернення у звичні умови сімейного і громадського життя [125].

Для визначення реабілітаційного потенціалу запропоновані *критерії* [125] :

– високий – повне відновлення здоров'я, усіх звичних для особи з ООП видів життєдіяльності, працездатності і соціального стану (повна реабілітація);

– задовільний – неповне відужання із деякими проявами у вигляді помірно вираженого порушення функцій, виконання основних видів діяльності можливе з працею, в обмеженому обсязі або за допомогою технічних засобів реабілітації, часткове зниження працездатності, зниження рівня життя, потреба в соціальній підтримці і частковій матеріальній допомозі (часткова реабілітація – перехід з I або II групи в III групу інвалідності);

– низький – повільно прогресуючий перебіг хронічного захворювання, виражені порушення функцій, значні обмеження у виконанні більшості видів діяльності, виражене зниження працездатності, потреба в постійній соціальній підтримці і матеріальній допомозі (часткова реабілітація – перехід з I групи в II групу інвалідності);

– відсутність реабілітаційного потенціалу – прогресуючий перебіг захворювання, некомпенсуюче або різко виражене порушення функцій, неможливість компенсації або самостійного виконання основних видів діяльності, стійка часткова або повна втрата працездатності, потреба в постійному відході або нагляді і постійній матеріальній допомозі (реабілітація неможлива – стабільна інвалідність або її обтяження).

За допомогою визначених критеріїв має бути здійснена інтегральна

характеристика фізичного (фізична активність, рухливість, відчуття, самостійність у побуті, фізична роль), психологічного (емоційний фон, психологічні проблеми) і соціального (взаємовідносини з ровесниками, батьками, соціальна роль, самооцінка) становища дитини з ООП. Ця характеристика має бути двосторонньою: визначається вплив інвалідності на комплексний стан дитини – фізичний, соціальний і психологічний, а також вплив реабілітаційних заходів на цей стан.

При загальній оцінці реабілітаційного потенціалу вирішальне значення має прогностична оцінка можливого результату реабілітації на вищому соціальному рівні. Так, відновлення або компенсація на першому біомедичному рівні може бути неповною, однак завдяки компенсаторному заміщенню й адаптації обмежень життєдіяльності, цілеспрямованості, високому рівневі домагань, особистісним резервам та іншим механізмам, можливе повне відновлення основних форм життєдіяльності і колишнього соціального стану інваліда (в цілому реабілітаційний потенціал високий). Недостатній реабілітаційний потенціал більш низького рівня може компенсуватися соціально-психологічними, технічними, соціальними і соціально-середовищними механізмами більш високого рівня, забезпечуючи тим самим повну реабілітацію інваліда [125].

Водночас повноцінний комплекс реабілітаційних заходів може здійснюватися лише при активному включенні особи з ООП у реабілітаційний процес. Саме інклюзивний туризм передбачає реабілітаційні заходи за активної участі дітей та молоді з ООП, які спрямовані на компенсацію порушених функцій і являють складний комплекс фізіологічних, психологічних і соціальних впливів. Кінцевою метою реабілітації є досягнення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності такої категорії дітей та молоді.

Важливою умовою ефективності реабілітаційних заходів є ранній початок – як правило, з дошкільного віку, оскільки в цей період

компенсаторні можливості мозку не встигли ще сформувати патологічний стереотип, де процес відновної активності орієнтований ще на саму дитину і її батьків.

Оптимальним шляхом є відновлення або повна компенсація вади у формі лікування. Проте це не завжди є можливими і ефективним. Практика засвідчує, що доцільно організовувати життєдіяльність хворого так, щоб виключити вплив на неї наявного анатомічного і фізіологічного дефекту, тобто більше уваги приділяти медико-соціально-психологічній реабілітації. Якщо ж попередня діяльність неможлива чи негативно впливає на стан здоров'я, необхідно долучити особу з ООП до таких видів соціальної активності, які найбільше сприятимуть задоволенню всіх потреб. Таким видом діяльності є інклюзивний туризм.

Отже, непатологічні форми відхилень в особистості і поведінці можна успішно компенсувати соціально-психологічними засобами. Саме таким інноваційним засобом є інклюзивний туризм.

1.3. Практичне застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків МКФ-ДП (МКФ – ДП) у контексті соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами

Конвенція ООН 1989 р. про права дитини (ст. 23) декларує: «Неповноцінна розумово або фізично дитина має вести повноцінне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють формуванню почуття впевненості у собі і забезпечують її активну участь в житті суспільства». Ця ж стаття Конвенції визначає, що діти з різними видами обмежень життєдіяльності мають право на спеціальний догляд і допомогу, які забезпечують працівники спеціальних служб відповідно до стану здоров'я дитини. Допомогу повинні надавати безкоштовно, її призначення –

забезпечити ефективний доступ до послуг освіти, навчання, медичного обслуговування й реабілітаційних послуг з метою сприяння соціальній інтеграції дитини та її індивідуальному розвитку.

На рівні держави до реалізації цього завдання залучені фахівці різних сфер, зокрема зі сфери освіти, охорони здоров'я та соціального захисту. Кожна із цих сфер має свої профільні міністерства, відомства та департаменти відповідно до управлінської вертикалі. Саме вирішення питання реабілітації дитини з особливими освітніми потребами вимагає об'єднання зусиль цих сфер, вироблення єдиного алгоритму дій, нівелювання ізольованості, вирішення завдань за умови взаємодоповнення та взаємодії.

Програмою уряду України визначено, що освітнє середовище закладів загальної середньої освіти не завжди є інклюзивним, безпечним і комфортним, а тому визначено такі завдання: «Забезпечення доступності мережі закладів освіти для здобуття дітьми з ООП повної загальної середньої освіти; до 2022 р. розроблення моделі взаємодії між закладами освіти, що забезпечують здобуття учнями з ООП повної загальної середньої освіти» [125].

Інклюзивне навчання є системою освітніх послуг, гарантованих державою, що передбачають ефективне залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників, в тому числі дітей з особливими освітніми потребами, що сприяє їх інтеграції в соціум та забезпечує умови життєдіяльності як повноправних членів суспільства.

Інклюзивне навчання – це не лише оволодіння усіма учасниками освітнього процесу знаннями, незалежно від стану здоров'я, а й урахування індивідуального психофізичного стану, який динамічно і закономірно розвивається в дитячому і підлітковому віці, та створення відповідних умов для соціально-психологічної реабілітації.

У травні 2020 р. схвалено Президент України указом (№ 195\2020) схвалив Національну стратегію розбудови безпечного і здорового освітнього середовища в новій українській школі. Для реалізації стратегічних цілей

Національної стратегії визначено завдання вдосконалення механізму психологічного супроводу та підтримки в закладах освіти, запровадження дієвого механізму взаємодії закладів освіти та охорони здоров'я для охорони психічного здоров'я дітей [117].

Розпорядженням КМУ від 14 квітня 2021 р. № 366-р схвалено Національну стратегію із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. Метою стратегії є створення безперешкодного середовища для всіх груп населення, забезпечення рівних можливостей кожній людині реалізовувати свої права та отримувати послуги шляхом інтегрування фізичної, інформаційної, цифрової, соціальної та громадянської, економічної й освітньої безбар'єрності до всіх сфер державної політики [115].

Для досягнення сфокусованості державної політики на підвищення рівня здоров'я, забезпечення фізичної активності населення визначено такі завдання: запровадження системи оцінки втрати функційності на основі принципів Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності й здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків. Ще один напрям Стратегії – освітня безбар'єрність: створені рівні можливості та вільний доступ до освіти, зокрема освіти протягом життя, а також здобуття іншої професії, підвищення кваліфікації та опанування додатковими компетентностями. Стратегічними цілями цього напрямку є: можливість дорослих, молоді та дітей використовувати всі види та форми освіти; задоволення особливих освітніх потреб усіх учасників освітнього процесу; створення інклюзивного освітнього середовища. Стратегічна ціль «Створення інклюзивного освітнього середовища» передбачає реалізацію таких завдань: запровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я й інтегрування її в систему освіти як сучасне підґрунтя для планування індивідуальних освітніх траєкторій.

У 2021 р. затверджено Національну стратегію у сфері прав людини, що зумовлено необхідністю вдосконалення діяльності держави щодо утвердження та забезпечення прав і свобод людини, створення дієвих механізмів їх реалізації та захисту, розв'язання системних проблем у зазначеній сфері. Серед стратегічних напрямів, за якими має реалізуватися стратегія, заслуговує на увагу 14 напрям «Забезпечення права людини на охорону здоров'я», стратегічна ціль якого – рівний доступ кожної людини до якісної медичної допомоги та медичного обслуговування. Завдання, які спрямовані на досягнення цілі: забезпечити гарантований обсяг медичних послуг населенню; упровадити ефективну систему реабілітації у сфері охорони здоров'я, забезпечити гарантований обсяг медичних та реабілітаційних послуг для населення; зменшити інвалідизацію населення, забезпечити подовження активного здорового способу життя; привести критерії встановлення інвалідності та отримання реабілітаційних послуг і засобів особами з інвалідністю відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я [118].

Які критерії вимірювання ефективності цих умов? Як з'ясувати динаміку розвитку та стану здоров'я дитини з особливими освітніми потребами? Як з'ясувати ефективність освітніх, соціальних та реабілітаційних послуг дітям та молоді з інвалідністю? Як визначити рівень активності та участі такої дитини? Як схарактеризувати вплив на здоров'я та життєдіяльність дітей та підлітків факторів навколишнього середовища?

Відповіді на ці запитання закладені у Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я дітей і підлітків (МКФ – ДП) в умовах інклюзивного навчання.

Відповідно до нового ЗУ «Про повну загальну освіту» (2020) для організації інклюзивного навчання у учня в індивідуальній програмі розвитку, індивідуальному навчальному плані визначають згідно з висновком інклюзивно-ресурсного центру про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини з урахуванням МКФ – ДП. Ураховуючи

індивідуальні особливості освітньої діяльності для кожного учня з особливими освітніми потребами, який навчається в інклюзивному класі, у порядку, визначеному законодавством, складають індивідуальну програму розвитку та індивідуальний навчальний план (за потреби) [38].

Усесвітня організація охорони здоров'я розробляє і удосконалює класифікації трьох типів, що описують різні аспекти здоров'я і мають різні цілі: Міжнародна кваліфікація хвороб (МКФ, International Classification of Diseases, ICD), Міжнародна класифікація медичних послуг (МКМП, International Classification of Health Interventions, ICHI), Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (МКФ, International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF).

МКФ була схвалена всіма країнами-членами ВООЗ на 54 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 22 травня 2001 р. для використання як міжнародний стандарт для опису і вимірювання ступеня порушень здоров'я. Особливістю цієї класифікації є екологічний підхід, який дає змогу розглядати функціонування як інтегрований показник здоров'я людини на рівні організму (стан його структури і функцій), на рівні адаптивної поведінки (активності) й участі в соціальних ситуаціях при врахуванні впливу контексту (факторів навколишнього середовища і особистісних факторів). У МКФ інвалідність (обмеження життєдіяльності, функціонування) розглядають із позиції біопсихосоціальної моделі, тобто визнається, що обмеження реалізації активності й участі людини в соціальних ситуаціях може бути зумовлено біологічними й соціальними факторами чи їх поєднанням. Завдяки МКФ вдається досить із позиції наук про людину – «організм – індивідуум – особистість» – класифікувати всі наслідки інвалідності за рівнями, що відображають сутність людської природи: на рівні біологічному – організм, на психологічному – індивідуум, на соціальному – особистість. МКФ розрахована на використання фахівцями таких сфер діяльності, як охорона здоров'я, соціальний захист, освіта, законодавство та ін. МКФ прийнята в ООН як один із інструментів для

реалізації стандартних правил створення рівних можливостей для осіб з обмеженнями життєдіяльності, затверджених на 48 сесії Генеральної асамблеї ООН 20 грудня 1993 р. Багатоцільову класифікацію МКФ використовують у статистиці, для розробки індивідуальних програм реабілітації, освітніх програм, проведення медико-соціальної експертизи, в оцінці якості життя тощо [50].

Урахування особливостей оцінки функціонування у віці від народження до 18 років експерти ВООЗ розробили і прийняли в 2007 р. версію МКФ для дітей і підлітків (МКФ ДП, International Classification of Functioning, Disability and Health, version for Children and Youth).

У грудні 2017 р. Уряд України затвердив план заходів із провадження МКФ і МКФ – ДП в Україні[140] (у 2019 р. ці класифікації перекладені й адаптовані українською мовою), завданнями якого передбачено використання міжнародних класифікацій для розробки та надання медичних, реабілітаційних, освітніх, соціальних послуг особам з обмеженнями життєдіяльності, а також під час розроблення та реалізації індивідуальних програм реабілітації. Набуває актуальності імплементація міжнародних класифікацій у науково-дослідну діяльність з питань реабілітації, розробки методичної основи надання реабілітаційних послуг.

У термінах МКФ – ДП дитину більше не розглядають як носія певного діагнозу, порушення, дефекту, а сприймають як суб'єкта зі своїми здібностями й обмеженнями, який потребує адекватної підтримки для розширення власних можливостей.

Функціональний підхід став визначальним під час розроблення реабілітаційних заходів з увагою до функціонування дитини в повсякденному житті та її соціальної участі.

За МКФ – ДП, оцінка функціонування дитини повинна бути спрямована на дослідження життя дитини з точки зору її нормалізації (К. Грюневальд), коли у фокусі уваги стає не лише сама дитина, а і її повсякденні життя та труднощі. Головна ціль такої оцінки – отримання

необхідної інформації для укладання програми реабілітації дитині з інвалідністю для максимальної нормалізації її життя і покращення функціонування дитини в повсякденному житті [153].

МКФ – ДП є універсальним інструментом для розробки реабілітаційних заходів у взаємозв'язку галузей охорони здоров'я, освіти й соціальної сфери. Незалежно від специфіки кожної галузі МКФ – ДП - ДП пропонує єдину стандартизовану термінологічну мову для позначення проблем раннього дитинства, дитячого й підліткового віку, на вирішення яких ці галузі спрямовують спільні зусилля і розробляють реабілітаційні заходи з урахуванням функцій та структури організму, обмеження активності та участі, факторів навколишнього середовища, що мають важливе значення для дітей і підлітків. Реабілітаційні заходи мають бути адаптовані до фізичних, соціальних і психологічних особливостей організму дітей і підлітків та охоплювати увесь комплекс їх життєдіяльності.

Упровадження і застосування МКФ – ДП сприяє захисту прав дітей та розробці реабілітаційних заходів, що забезпечують соціальну інтеграцію дитини та її індивідуальний розвиток.

На думку В. Мартинюка, прийняття МКФ забезпечить упровадження в Україні біопсихосоціальної моделі хвороби, у якій передбачено поєднання медичної та соціальної складових. Медична розглядає повну чи часткову втрату особою здатності або можливості самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, орієнтації, контролювання своєї поведінки як персональну її проблему, зумовлену безпосередньо патологією, травмою або іншим чинником; особа потребує медичної допомоги у вигляді індивідуального лікування. Соціальна розглядає обмеження життєдіяльності з позиції можливості адекватної інтеграції особистості в суспільство [100].

У МКФ – ДП увага приділена чотирьом ключовим питанням.

По-перше, дитину розглядають у безперервній взаємодії із сім'єю або іншими дорослими, які доглядають за нею. Саме мікрорівень соціалізації є надзвичайно важливим, адже від найближчого, сімейного оточення залежить

рівень функціонування дитини в різних життєвих ситуаціях. У набутті навичок у перші десятиріччя життя вирішальне значення має насамперед сім'я та найближче оточення.

По-друге, особливості розвитку дитини, варіації функціонування організму та набуття індивідуальних відмінностей у зростанні. У цьому відношенні важливе значення мають знання вікової психології та вікової періодизації розвитку дитини на рівні фізіологічному, психологічному та соціальному.

По-третє, участь визначають як залучення особистості в життєву ситуацію, що визначає соціальну перспективу функціонування. Тут необхідно враховувати динаміку світоглядних переконань та світобачення, які формуються в дитячому і підлітковому віці і трансформуються під впливом зовнішніх чинників. Чим менша дитина, тим більша ймовірність, що можливості участі визначають батьки або опікуни. Здатність бути соціально активними залежить від близького оточення.

По-четверте, фактори навколишнього середовища як сукупність фізичних, соціальних суб'єктів зовнішнього впливу та середовища відносин, у якому люди живуть і проводять свій час, впливають на функціонування дитини.

Отже, МКФ – ДП дає визначення складових здоров'я і пов'язаних зі здоров'ям можливостей соціальної інтеграції.

Серед українських учених, які першими теоретично обґрунтували та практично впровадили МКХ – ДП, М. Коренєв. У фундаментальній праці «Інвалідність дітей з хронічною соматичною патологією» (2002) учений вказував, що з медичної точки зору загальна концепція хвороби унаочнюється як символічна послідовність «етиологія – патологія – прояв». Така модель лежить в основі МКХ – ДП. Особливістю цієї класифікації став екологічний підхід, який дозволяє розглядати функціонування як інтегрований показник здоров'я людини на рівні організму (стан його структури і функцій), на рівні адаптивної поведінки (активності) й участі в

соціальних ситуаціях при врахуванні впливу контексту (факторів навколишнього середовища і особистісних факторів). Завдяки МКФ вдається досить обґрунтовано із позиції наук про людину – «організм – індивідуум – особистість» – класифікувати всі наслідки інвалідності за рівнями, що відображають сутність людської природи: на рівні біологічному (організм), на рівні психологічному (індивідуум) і соціальному (особистість). МКФ – ДП є універсальним інструментом для розробки реабілітаційних заходів у взаємозв'язку галузей охорони здоров'я, освіти і соціальної сфери [63, с.123].

МКХ – ДП наслідками хвороби визначає три головних компоненти цих наслідків: порушення, обмеження життєдіяльності та соціальна недостатність.

У Всесвітній програмі дій визначено три компоненти, які відповідають трьом компонентам МКХ, для формування політики і планування конкретних програм:

- попередження – це міри, які мають за мету попередження виникнення розумових, фізичних і сенсорних порушень (первинна профілактика) чи попередження розвитку негативних фізичних, психологічних і соціальних наслідків порушень, коли вони вже з'явилися;

- реабілітація – передбачає цілеспрямований і обмежений у часі процес, який дає можливість людині з обмеженими можливостями здоров'я досягнути оптимального розумового, фізичного й соціального рівня за рахунок забезпечення його додатковими засобами. Це можуть бути заходи, що передбачають компенсацію втрати функційних обмежень (технічна допомога), а також заходи для пристосування в соціумі;

- вирівнювання можливостей це процес, за допомогою якого вся система суспільства, що включає в себе фізичне і культурне середовище, житло, транспорт, заклади охорони здоров'я і соціального захисту, можливості отримання освіти, професійної підготовки, культурне і

громадське життя, спорт, відпочинок, які є доступними для людей із інвалідністю [63, с.124].

Повноцінна реабілітація може бути досягнута лише при одночасному й скоординованому докладанню зусиль як реабілітаційної служби, так і самого суб'єкта реабілітації на всіх трьох рівнях прояву наслідків хвороби чи інвалідності. Звичайно, що характер і специфіка цих впливів на різних рівнях різні [63, с.125]:

на першому рівні (рівень порушень) проводяться, як правило, лікувальні (медикаментозні, корекційно-відновлювальні, фізіотерапевтичні та ін.) заходи, спрямовані на активізацію компенсаторних механізмів і відновлення порушених функцій;

на другому рівні (рівень обмеження життєдіяльності) провідними є психосоціальні впливи (психотерапія, спеціальна педагогічна робота, культуротерапія та ін), мета яких полягає в пристосуванні хворого до умов навколишнього середовища, «включення» в структуру соціальних ролей і зв'язків тощо;

на третьому рівні (рівень соціальної недостатності) домінує система соціальних, матеріально-економічних, організаційних, педагогічних, психологічних та інших факторів, що дозволяють інваліду пристосуватися до змін, зумовлених його новим соціальним статусом, створити умови для оптимального використання нової ситуації, добитися справжньої соціальної незалежності, яка передбачає не лише пристосування чи компенсацію тих чи тих видів наявної в нього соціальної недостатності, а й активне, творче її подолання і досягнення максимально можливого в певній соціально-економічній ситуації рівня особистісної самоактуалізації і самореалізації.

Аналіз функціонального становища людини з інвалідністю на кожному з трьох рівнів проявів наслідків хвороби дає можливість виявити реабілітаційний потенціал, увести інтегративну оцінку його функціональних можливостей та ефективності всіх заходів із його реабілітації, а також визначити основну спрямованість програм соціального захисту. Значну увагу

надають урахуванню психологічних особливостей людей з інвалідністю, зокрема і визначенню ступеня порушення психічної функції, співвідношенню особистісних та органічних факторів при оцінці його реабілітаційного потенціалу [63, с.123].

Загалом класифікація та кодування ступеня обмежень життєдіяльності дітей та підлітків є складною роботою, що вимагає вивчення розгляду значних порушень функцій організму, структур організму, активності та участі на етапах їхнього фізичного, психологічного та соціального розвитку.

Метою МКФ – ДП є опис структури і ступеня тяжкості обмеження функціонування дитини та вплив факторів навколишнього середовища на її функціонування.

МКФ – ДП має два домени. «Функціонування» – термін, що позначає всі функції організму, активність і участь. «Обмеження життєдіяльності» – означає порушення, обмеження активності та обмеження участі.

МКФ – ДП дозволяє уніфікувати визначення індивідуального профілю функціонування дитини з урахуванням середовищних і особистісних факторів, оцінювати зміни порушень здоров'я під час реабілітації. Цей документ – методичний посібник з організації реабілітаційних заходів, адже дозволяє вибудувати індивідуальні завдання реабілітації і здійснювати моніторинг ефективності їх застосування.

Перша частина МКФ – ДП має чотири складові: «функції організму», «структури організму», «активність та участь», «фактори навколишнього середовища».

Перші дві складові містять домени – визначення та характеристики, що пов'язані з біологічними аспектами життєдіяльності людини.

Складова «функції організму» має вісім доменів: розумові функції; сенсорні функції та біль; функції голосу й мови; функції серцево-судинної, кровотворної, імунної та респіраторної систем; функції травної, ендокринної систем та метаболізму; уrogenітальні та репродуктивні функції;

нейром'язові, скелетні та пов'язані з рухом функції; функції шкіри та пов'язаних із нею структур.

Доменів «структури організму» також вісім: структури нервової системи; око, вухо та пов'язані з ними структури; структури, що беруть участь у голосоутворенні та мовленні; структури серцево-судинної, імунної та дихальної систем; структури, пов'язані із системами травлення, обміну речовин та ендокринною системою; структури, що належать до сечостатевої та репродуктивної систем; структури, пов'язані з рухом; шкіра та пов'язані з нею структури.

Наступні дві складові «активність та участь» і «фактори навколишнього середовища» дають змогу визначити ступінь та можливості інтеграції дитини в соціум, з'ясувати, які з факторів перешкоджають цьому, які заходи доцільно застосувати для мінімізації бар'єрів та забезпечення активної життєдіяльності.

Складова «активність та участь» містить такі домени: навчання та застосування знань; загальні завдання та вимоги; комунікація; мобільність; самообслуговування; побутове життя; міжособистісні взаємодії та відносини; головні сфери життя; життя в суспільстві, соціальне та громадське життя.

Складова «фактори навколишнього середовища» містить п'ять доменів та дає змогу визначити природні умови, продукти і технології, підтримку зі сторони рідних людей та соціальну політику з ієрархією адміністративних структур і служб щодо створення умов для повноцінного функціонування такої категорії дітей.

Отже, перших дві складові «функції організму» та «структури організму» містять функційні характеристики дитини як істоти, а наступних дві «активна участь» та «фактори навколишнього середовища» – соціальні зв'язки та можливості для інтеграції в суспільство.

МКФ – ДП дає можливість описати ситуацію конкретної дитини за допомогою букво-цифрового коду, що відображає набір доменів здоров'я і пов'язаних із ним у контексті навколишніх і особистісних факторів.

Наявність і вираженість проблем функціонування на різних (тілесному, особистісному та соціальному) рівнях оцінюється за допомогою кваліфікаторів. Зміну функцій та активностей кодують за універсальним кваліфікатором, який оцінює ступінь (величину) за 5-тибальною шкалою [14].

МКФ – ДП використовує алфавітно-цифрову систему кодування. Букви «b» – Body Function – Функції організму, «s» – Body Structures – Структури організму, «d» – Activities/Participation – Активність/Участь та «e» – Environmental Factors – Фактори навколишнього середовища. Буквам передують наступний за ними цифровий код, який відповідає номеру розділу (одна цифра), заголовку другого рівня (дві цифри), а потім заголовкам третього і четвертого рівнів (у кожному по одній цифрі). Універсальний кваліфікатор з величинами від «0» (що відповідає «немає проблем») до «4» (повна або абсолютна проблема), вписується після крапки десяткового дробу, щоб точно визначити ступінь порушення функцій або активності та участі від очікуваного або вихідного (на певному етапі розвитку) стану. Негативні аспекти навколишнього середовища кваліфікують як бар'єри, водночас позитивні величини універсального кваліфікатора використовують для позначення полегшення факторів навколишнього середовища.

Отже, усі коди вимірюють за допомогою єдиної шкали. До відповідного домену класифікації повинні підбирати відповідні слова, що вказані нижче в дужках (знак xxx стоїть замість коду):

xxx.0 НЕМАЄ проблем (ніяких, відсутні, незначні, ...) 0 – 4%

xxx. 1 ЛЕГКІ порушення (незначні, слабкі, ...) 5 – 24%

xxx. 2 ПОМІРНІ порушення (середні, значущі, ...) 25 – 49%

xxx. 3 ТЯЖКІ порушення (високі, інтенсивні ...) 50 – 95%

xxx. 4 АБСОЛЮТНІ порушення (повні, ...) 96 – 100%

xxx. 8 Не визначене.

xxx. 9 Не застосовується.

МКФ – ДП пропонує альтернативний підхід для визначення профілю функціонування та середовищних факторів, що впливають на функціонування дитини і врахування яких необхідне для складання індивідуальної програми реабілітації та освіти дітей і молоді. Як позитивне відзначимо, що МКФ – ДП спрямовує увагу на підтримку дитини, щоб вона могла справитися з повсякденними життєвими ситуаціями, а не нормалізації функцій їх організму.

Класифікація пропонує універсальну мову міжнародного і міждисциплінарного спілкування, сприяє впровадженню сучасного підходу до реабілітації та освіти дітей з інвалідністю, спрямованого на реалізацію їхніх прав на участь у соціальному житті [50].

Якщо перших дві складові «функції організму» та «структури організму» містять домени, що характеризують функційні можливості дитини, то наступні дві – контекстуальні особливості соціальної активності самої дитини та найближчого оточення, яке має важливу роль для реабілітації та соціальної інтеграції як заключної мети реабілітаційних заходів. Проаналізуємо їх більш докладно, використавши відповідну термінологію, що визначає концептуальні засади у підходах до реабілітаційних заходів. Поряд із структурно-функційними компонентами важливою складовою є соціально-психологічна реабілітація.

Чотири терміни є основними: «активність» – виконання індивідом завдання чи певної дії, «участь» – залучення в життєву ситуацію, «обмеження активності» – труднощі, з якими може зіштовхнутись індивід під час діяльності, «обмеження участі» – проблеми, які може відчувати індивід при залученні в життєві ситуації.

Домени для компонентів «активність» та «участь» подано в одному переліку, що охоплює весь спектр життєвих сфер (від базових навичок навчання та спостереження до складних, наприклад, виконання соціальних завдань):

Розділ 1. Навчання та застосування знань. Розділ присвячено питанням навчання, застосування отриманих знань, мислення, вирішення проблем і прийняття рішень.

Розділ 2. Загальні завдання та вимоги. Розглянуто загальні аспекти виконання окремих або декількох завдань, організацію розпорядку роботи та способи подолання стресу.

Розділ 3. Комунікація. Описано загальні й специфічні особливості спілкування за допомогою мови, знаків і символів, включаючи отримання і створення повідомлень, підтримку бесід із використанням засобів зв'язку та методик спілкування.

Розділ 4. Мобільність. Описано рух за допомогою зміни положення тіла або переміщення з одного місця на інше за допомогою перенесення, переміщення або маніпулювання об'єктами, за допомогою ходьби, бігу, подолання перешкод і використання різних видів транспорту.

Розділ 5. Самообслуговування. Описано види турботи про себе: догляд за тілом і його частинами, миття і витирання себе, одягання, прийом їжі та напоїв, слідкування за своїм здоров'ям.

Розділ 6. Побутове життя. Описано побутові та повсякденні дії та завдання. Сфери побутового життя включають придбання житла, їжі, одягу та інших необхідних речей, прибирання та ремонт домашнього інвентаря, догляд за особистими та іншими побутовими предметами, а також надання допомоги іншим.

Розділ 7. Міжособистісні взаємодії та відносини. Розроблено алгоритм виконання дій і завдань, необхідних для елементарних та складних взаємодій з людьми (незнайомцями, друзями, родичами, членами сім'ї та коханими людьми) в контекстуально та соціально прийнятній формі.

Розділ 8. Головні сфери життя. Визначено завдань та дії, необхідні для отримання освіти, роботи і професійної зайнятості, а також проведення економічних операцій.

Розділ 9. Життя в спільноті, соціальне та громадське життя. Розкрито дії та завдання, виконання яких необхідне для участі в організованому суспільному житті поза сім'єю, у спільноті, соціальних та громадських сферах життя.

Для компонентів «активність» та «участь» запропоновані два кваліфікатори – виконання і здатність (потенційна здатність). Кваліфікатор виконання описує, що індивід виконує в умовах поточного навколишнього середовища, яке розглядають у соціальному контексті, виконання, можна кваліфікувати як «залучення в життєву ситуацію» або «життєвий досвід» людей у фактичних умовах, у яких вони живуть. Цей контекст включає фактори навколишнього середовища – усі аспекти фізичного та соціального середовища, взаємовідносини індивіда в суспільстві, які кодують, використовуючи складову «Факторів навколишнього середовища». Кваліфікатор здатності описує здатність індивіда виконувати будь-які завдання або дії. Цей кваліфікатор позначає найвищий рівень функціонування, який може досягти індивіду цьому домені в конкретний момент.

Здатність вимірюють у типових або стандартних умовах навколишнього середовища і, отже, він відображає адаптовані здатності індивіда до навколишнього середовища. Складову «Факторів навколишнього середовища» можна використовувати для опису характеристик універсального або стандартного оточення.

Обидва кваліфікатори – і здатності, і виконання – можна використовувати як з урахуванням допоміжних пристосувань і сторонньої допомоги, так і без них, відповідно до такої шкали:

xxx.0 НЕМАЄ труднощів (ніяких, відсутні, незначні, ...) 0 – 4 %

xxx.1 ЛЕГКІ труднощі (незначні, слабкі, ...) 5 – 24 %

xxx.2 ПОМІРНІ труднощі (середні, значущі, ...) 25 – 49 %

xxx.3 ТЯЖКІ труднощі (високі, інтенсивні, ...) 50 – 95 %

xxx.4 Абсолютні труднощі (повні, ...) 96 – 100 %

xxx.5 не визначено

xxx.6 не застосовується [50].

Четвертий і останній компонент «Фактори навколишнього середовища» розглядають як такі, що створюють фізичне, соціальне середовище та середовище взаємовідносин у суспільстві, у якому живуть люди.

Кодування факторів навколишнього середовища «Фактори навколишнього середовища» – це складова Частини 2 (Контекстуальні фактори) класифікації. Їх треба розглядати окремо для кожної складової функціонування і відповідно кодувати. Фактори навколишнього середовища треба кодувати з позицій конкретної людини, ситуація якої описана. Наприклад, тротуар без бордюру можна кодувати як полегшений фактор для індивіда, що використовує коляску, і водночас як бар'єр для сліпого.

Нижче представлена негативна і позитивна шкала, що позначає ступінь вираженості фактора навколишнього середовища, який є бар'єром або полегшеним фактором. Крапка або відокремлення поодинці вказує на бар'єр, а знак (+) вказує на полегшений фактор:

xxx.0 Відсутній бар'єр (немає, незначний, ...) 0–4 %

xxx.1 Легкий бар'єр (невеликий, слабкий, ...) 5–24 %

xxx.2 Помірний бар'єр (середній, явний, ...) 25 – 49 %

xxx.3 Важкий бар'єр (високий, екстремальний, ...) 50 – 95 %

xxx.4 Повний бар'єр (абсолютний, ...) 96–100 %

xxx + 0 Відсутній полегшений фактор (немає, відсутній, несуттєвий, ...) 0–4 %

xxx + 1 Легкий полегшений фактор (невеликий, слабкий, ...) 5–24 %

xxx + 2 Помірний полегшений фактор (середній, явний, ...) 25–49 %

xxx + 3 Суттєвий полегшений фактор (високий, екстремальний, ...) 50–95 %

xxx + 4 Повний полегшений фактор (абсолютний, ...) 96–100 %

xxx.8 Бар'єр, не уточнений

xxx + 8 полегшуючий фактор, неуточнений

xxx.9 не застосовується

Розділи компонента «Фактори навколишнього середовища»:

Розділ 1. Продукція та технології. Названо природні або виготовлені руками людини продукти чи системи продуктів, обладнання та технологія в безпосередньому оточенні людини, які збирають, створюють, виробляють або переробляють.

Розділ 2. Навколишнє середовище та природні зміни в ньому, що виникли в наслідок діяльності людини. Наведено дані про живі і неживі елементи природного або фізичного середовища і тих складових довілля, які були змінені людиною, а також характеристики населення в навколишньому середовищі.

Розділ 3. Підтримка і взаємовідносини. Про людей або тварин, які забезпечують практичну фізичну або емоційну підтримку, турботу, захист і допомогу у взаєминах з іншими людьми в будинку, на робочому місці, в школі, в іграх або в інших видах щоденної діяльності. Цей розділ не стосується взаємовідносин людини в суспільстві або людей, які забезпечують підтримку. Описаний фактор навколишнього середовища – це не індивід або тварина як такі, а їх фізична і емоційна підтримка.

Розділ 4. Взаємовідносини індивіда в суспільстві. Описано взаємовідносини індивіда в суспільстві, які є видимим результатом звичаїв, правил, ідеології, цінностей, норм, релігійних та інших переконань. Взаємовідносини індивіда в суспільстві впливають на індивідуальну поведінку й соціальне життя на всіх рівнях, від міжособистісних відносин та громадських об'єднань до політичних, економічних і правових відносин;

Розділ 5. Служби, системи і політика. 1. Служби, що пропонують послуги з реалізації сформованих програм та операцій у різних сферах суспільства для задоволення потреб індивідів, включаючи осіб, які надають послуги. Служби можуть мати громадський, приватний або добровільний характер і бути організовані на місцевому рівні, рівні певної спільноти,

регіональному, державному, провінційному, національному або міжнародному рівнях людьми, асоціаціями, організаціями, агентствами або урядом. Продукти, пропоновані цими службами, можуть бути загальними, адаптованими або розробленими спеціально. 2. Адміністративні системи, які здійснюють адміністративний контроль і його організацію в установленому порядку місцевою, регіональною, національною, міжнародною чи іншою законною владою. Ці адміністративні системи призначені для організації, контролю й моніторингу діяльності служб, що пропонують переваги сформованих програм і дій урізних сферах суспільства. 3. Установи, що формують загальну політику, укладають правила, інструкції, стандарти, установлені місцевою, регіональною, національною, міжнародною чи іншою законною владою. Відповідно до політики регулюється діяльність системи організації, контролю та моніторингу служб, що пропонують переваги сформованих програм і дій урізних сферах суспільства.

У практичному застосуванні МКФ – ДП є три ключових етичних принципи:

- повага та конфіденційність – передбачає повагу до цінностей та автономії людей з інвалідністю, а також співпрацю й отримання згоди на здійснення класифікації. Водночас інформацію, кодовану за допомогою МКФ, варто розглядати як персональну інформацію. Вона підпадає під дію визнаних правил конфіденційності;

- клінічне використання – ставить у центр процесу клієнта – людину з інвалідністю, що передбачає роз'яснення мети та доцільності кодування, активна участь у цьому процесі, оскарження чи підтвердження визначеної оцінки того чи того домену тощо;

- соціальне використання інформації – передбачає співробітництво зацікавлених осіб у використанні інформації про кодування, яка має лягти в основу розробки соціальної політики, спрямованої на посилення та підтримку участі окремих осіб.

Порушення структур і функцій організму й оцінка їх тяжкості на підставі класифікації МКФ – ДП мають виявляти переважно в закладах охорони здоров'я. Водночас оцінювати активність та участь дитини згідно з МКФ – ДП можуть учителі, психологи, соціальні педагоги шляхом заповнення відповідних анкет за результатами спостереження за дитиною. Отже, МКФ – ДП допомагає ухвалювати рішення про функціонування й обмеження життєдіяльності дитини з ООП через призму взаємодії між навколишнім середовищем і станом її здоров'я для більш комплексної оцінки стану здоров'я; комплексно планувати послуги у сфері освіти й охорони здоров'я, соціального захисту; забезпечувати спеціалістів уніфікованою, зрозумілою, стандартизованою мовою; визначати чіткі критерії для опису життєдіяльності дитини з ООП [135].

На основі вивчення доменів МКФ – ДП розроблено анкету для фахівців, які працюють із дітьми та молоддю з ООП в умовах закладу освіти, що зорієнтована на розробку індивідуальної траєкторії соціально-психологічної реабілітації для конкретного здобувача освіти, тому містить домени останніх двох розділів Класифікації «активність» та «участь», «фактори навколишнього середовища». Анкета передбачає простеження динаміки розвитку за тим чи тим параметром. Кожен домен оцінюють за п'ятибальною шкалою до початку реабілітації та після. Для реалізації тієї чи тієї цілі реабілітації вказують залучених фахівців у галузі освіти, охорони здоров'я, соціальної сфери та ін. (табл. 1).

Таблиця 1

ІНДИВІДУАЛЬНА ТРАЄКТОРІЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ				
Цілі реабілітації відповідно МКФ – ДП	Оцінка реабілітації		Фахівець	Примітки
	До початку реабілітації	Після реабілітації		
АКТИВНІСТЬ ТА УЧАСТЬ				
<i>Розділ 1. Навчання та застосування знань</i> <i>Цілеспрямоване використання органів чуттів (d110-d129)</i>				
d110 Використання зору				
d115 Використання слуху				
d120 Цілеспрямоване використання				

інших органів чуття				
d129 Цілеспрямоване використання органів чуття, інші уточнені та неуточнені				
d130 - d159 Базові навички при навчанні				
d160-d179 Застосування знань				
<i>Розділ 2. Загальні завдання та вимоги</i>				
d210 Виконання окремого завдання				
d220 Виконання багатопланових завдань				
d230 Виконання повсякденного розпорядку				
d240 Подолання стресу та інших психологічних навантажень				
d250 Управління власною поведінкою				
d299 Загальні завдання та вимоги, неуточнені				
<i>Розділ 3. Комунікація</i>				
d310 - d329 Передача повідомлень – отримання повідомлень				
d330 - d349 Спілкування – продукування повідомлень				
d350- d369 Розмова з використанням засобів зв'язку і технік спілкування				
<i>Розділ 4. Мобільність</i>				
d410-d429 Зміна та підтримання положення тіла				
d430-d449 Перенесення, переміщення та маніпулювання об'єктами				
d450-d469 Ходьба та пересування				
d470-d489 Переміщення за допомогою транспорту				
<i>Розділ 5. Самообслуговування</i>				
D510-d599 Самообслуговування				
<i>Розділ 6. Побутове життя</i>				
d610-d629 Придбання необхідних предметів				
d630-d649 Побутові завдання				
d650-d669 Догляд за побутовими предметами та надання допомоги іншим				

Розділ 7. Міжособистісні взаємодії та відносини				
d710 - d729 Загальні міжособистісні взаємодії				
d730-d779 Особливі міжособистісні відносини				
Розділ 8. Життя в спільноті, соціальне та громадське життя				
d910 Життя в спільноті				
d920 Розваги та дозвілля				
d930 Релігія і духовна практика				
d940 Права людини				
d950 Політичне життя та громадянство				
d998 Життя в спільноті, соціальне та громадське життя, інше уточнене				
d999 Життя в спільноті, соціальне та громадське життя, не уточнене				
ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА				
Розділ.9. Підтримка і взаємовідносини				
e310 Найближчі родичі				
e315 Далекі родичі				
e320 Друзі				
e325 Знайомі, однолітки, колеги, сусіди та члени спільноти				
e330 Люди, що мають владу та авторитет				
e340 Персонал, який доглядає та допомагає				
e345 Сторонні особи				
e350 Домашні тварини				
e355 Професійні медичні працівники				
e360 Працівники інших сфер				
Розділ 10. Взаємовідносини індивіда в суспільстві				
e410 Індивідуальні взаємовідносини найближчих родичів у суспільстві				
e415 Індивідуальні взаємовідносини далеких родичів у суспільстві				
e420 Індивідуальні взаємовідносини друзів у суспільстві				
e425 Індивідуальні взаємовідносини знайомих, однолітків, колег, сусідів та членів різних спільнот				
e430 Індивідуальні взаємовідносини осіб, що мають владу в суспільстві				
e440 Індивідуальні взаємовідносини персоналу, який доглядає та допомагає				
e450 Індивідуальні взаємовідносин професійних медичних працівників у суспільстві				
e460 Соціальні взаємовідносини індивіда в суспільстві				

Пропонуємо модель взаємодії закладів освіти, соціальної сфери та охорони здоров'я щодо розробки і надання реабілітаційних послуг соціально-психологічного спрямування дітям та молоді з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивної освіти (рис. 1). Сполучною ланкою такої тристоронньої взаємодії є МКФ – ДП.

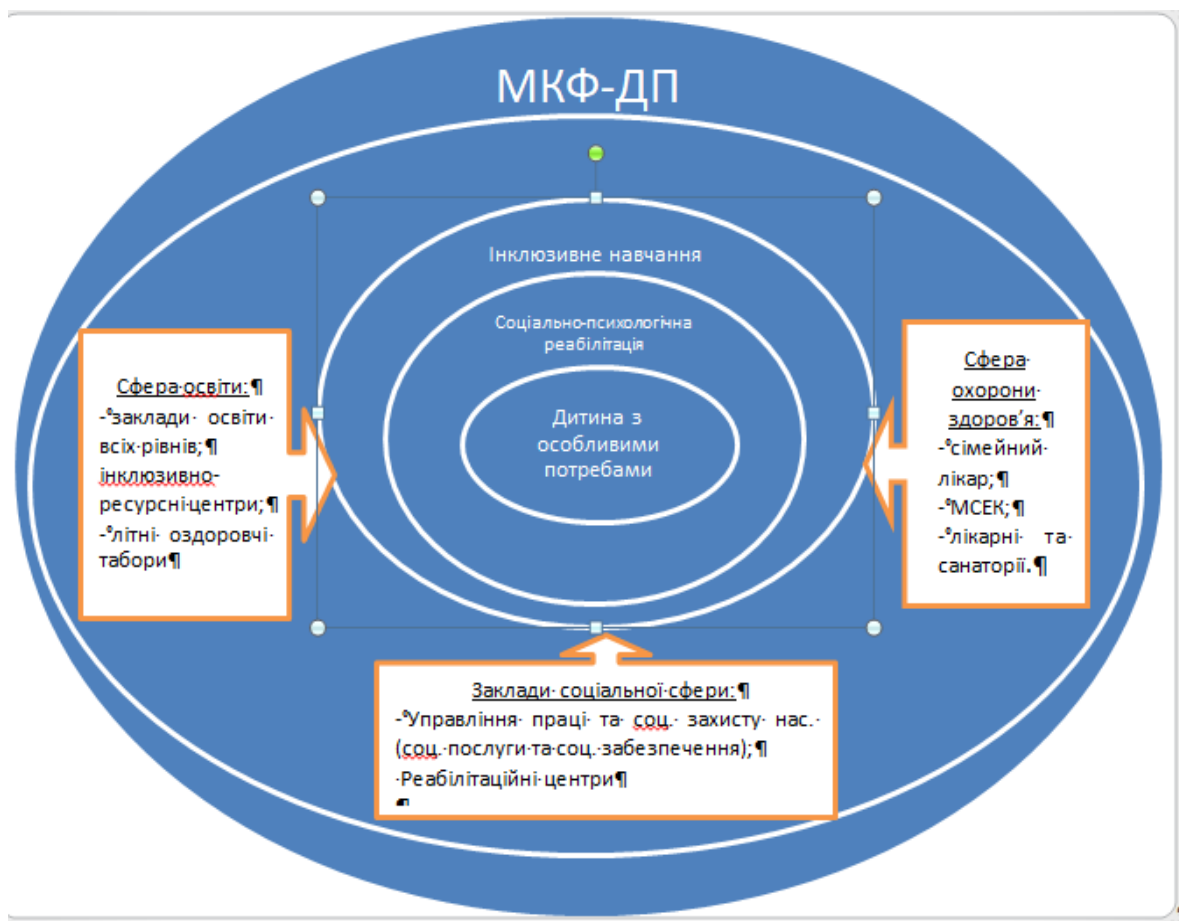


Рис. 1. Модель взаємодії закладів освіти, соціальної сфери та охорони здоров'я щодо розробки і надання реабілітаційних послуг соціально-психологічного спрямування дітям та молоді з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання

Відповідно до моделі в основі інклюзивної освіти дитиноцентричний підхід, а важливим напрямом діяльності є соціально-психологічна реабілітація.

Заклади та установи Міністерства освіти і науки України спрямовують діяльність на виконання завдань, пов'язаних із забезпеченням формування державної політики у сфері розвитку інклюзивної освіти – від дошкільних

закладів до вищої школи. Інноваційною структурою є директорат інклюзивної та позашкільної освіти, який безпосередньо підпорядкований державному секретарю міністерства. Крім того, у Міністерстві діє структурний підрозділ із питань інклюзивної освіти та діяльності ІРЦ [135]. Закладам оздоровлення та відпочинку дітей у літній період надають важливу роль щодо відновлення психофізичного стану та встановлення нових соціальних зв'язків й інтеграції в соціокультурне життя дітей та молоді з ООП.

Заклади соціальної сфери підпорядкування Міністерства соціальної політики відповідають за формування і реалізацію державної політики щодо забезпечення державних соціальних стандартів і державних соціальних гарантій для населення, до яких належать особи з ООП. Заслуговує на увагу діяльність центрів соціально-психологічної реабілітації, надають психологічні, соціально-педагогічні, соціально-медичні, юридичні та інформаційні послуги дітям і членам їхніх сімей. Крім того, розроблено соціальну послугу «Супровід під час інклюзивного навчання» й офіційно введено до переліку соціальних послуг наказом Мінсоцполітики від 17.08.2018 № 1174 «Про затвердження змін до Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати». Також Мінсоцполітики є координатором послуг раннього втручання – міждисциплінарна сімейноцентрована система допомоги дітям раннього віку з порушенням розвитку та дітям груп біологічного і соціального ризику, спрямована на покращення розвитку дитини та підвищення якості життя родини [135].

Міністерство охорони здоров'я забезпечує формування і реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, визначає періодичність обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів, забезпечує організацію медичного обслуговування в системі освіти. Також на керівника закладу охорони здоров'я покладено обов'язки забезпечення створення необхідних умов для організації форм здобуття загальної середньої освіти

дітьми шкільного віку, зокрема і дітьми з ООП, які перебувають на стаціонарному лікуванні в закладах охорони здоров'я. До структур, що визначають індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю, належить є МСЕК [135].

Отже, МКФ – ДП є універсальним інструментом об'єднання зусиль сфери освіти, охорони здоров'я та соціальної сфери в напрямі соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами; планомірної співпраці відповідних фахівців; здійснення моніторингу ефективності освітніх, медичних, соціальних, реабілітаційних послуг; простеження динаміки психофізичного та особистісного розвитку дитини, встановлення соціальних зв'язків та рівня інтеграції в суспільне життя.

1.4. Соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання

У сучасних економічних умовах проблема дитячої інвалідності та інвалідності загалом є однією найбільш актуальних і складних морально-гуманістичних, медико-соціальних, соціально-економічних і юридично-правових проблем.

Реабілітація знижує витрати держави на охорону здоров'я і соціальне забезпечення за рахунок зменшення термінів навчання і зменшення розмірів і кількості допомог. Деякі американці вважають, що кожний долар, витрачений на реабілітацію, повертається в десятикратному розмірі. Звичайно, що показник може уточнюватися, однак не підлягає сумніву висока економічна ефективність реабілітації інвалідів, не говорячи вже про соціальну ефективність реабілітації, зумовленої поверненням повноцінної людини в сім'ю і суспільство [63].

Інвалідність стала соціальним феноменом, що вимагає від суспільства забезпечення в усіх сферах життєдіяльності рівних прав і можливостей для

людей з інвалідністю і створення відповідних соціальних та економічних умов для такої категорії громадян від народження і на всіх етапах життя.

Соціальна модель інвалідності передбачає створення умов для повної інтеграції в суспільство людини з інвалідністю. Відтак інвалідність є проблемою не окремої людини чи її сім'ї. Суспільство призводить до соціальної ізоляції та несприйняття навколишніми цієї категорії громадян щодо. Саме соціальні перетворення в соціумі мають сприяти змінам щодо повної участі людей з обмеженням життєдіяльності в усіх сферах суспільного життя.

Освіті тут належить пріоритетна роль, оскільки на неї покладені завдання всебічно розвивати людину як особистість, її таланти, інтелектуальні, творчі і фізичні здібності та сприяти успішній соціалізації та самореалізації.

Україна, ратифікувавши основні міжнародні документи у сфері забезпечення прав дітей згідно зі світовими стандартами освіти, соціального захисту та охорони здоров'я, стала на шлях формування інклюзивного суспільства. Передусім йдеться про *статтю 24 Конвенції ООН про права людей з інвалідністю*, у якій визначено обов'язок держави щодо реалізації інклюзивної моделі освіти, тобто створення такого предметно-просторового спеціального середовища, яке б дало змогу всім дітям бути однаково рівними учасниками навчального процесу в єдиному освітньому просторі відповідно до їхніх особливостей, потреб та можливостей [47].

Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, схвалена Постановою Кабміну України № 1545 від 12.10.2000 р., серед загальних положень містить фразу, що «на зміну ізольованому інтернатному вихованню дітей-інвалідів повинно прийти інтегроване навчання й виховання», а в «напрямах реабілітації» передбачено «перебування дитини-інваліда в дитячому колективі без ізоляції від суспільства (як це відбувається в закритих інтернатних установах), в умовах звичайного середовища» та

«поступову інтеграцію дітей-інвалідів до дитячих дошкільних закладів і загальноосвітніх шкіл» [130].

Постановою Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 р. № 706 затверджена «Державна цільова програма «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року». Очікуваними результатами Програми є створення для інвалідів безперешкодного доступу до об'єктів громадського та цивільного призначення, благоустрою, транспортної інфраструктури, дорожнього сервісу, транспорту, інформації та зв'язку, а також з урахуванням їхніх індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів – до освіти, праці, культури, туризму, фізичної культури і спорту [101].

Серед інших міжнародних документів, ратифікованих Україною, є Стандартні правила урівняння можливостей інвалідів ООН, Декларація прав дитини ООН, Саламанкська декларація та програма дій з навчання осіб з особливими потребами, Міжнародні консультації із питань раннього навчання дітей з особливими освітніми потребами.

Звернемо увагу на Правило 6 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей (1994), яке визнає принцип рівних можливостей для початкової, середньої та вищої освіти для дітей, підлітків та дорослих з обмеженням життєдіяльності в інтегрованих умовах.

ЮНЕСКО визначає *інклюзивне навчання* як «процес звернення і відповіді на різноманітні потреби учнів через забезпечення їхньої участі в навчанні, культурних заходах і житті громади, та зменшення виключення в освіті та навчальному процесі» [47].

За умов інклюзивної освіти необхідно не адаптувати учнів до існуючих вимог школи, а реформувати заклади освіти, шукати інші педагогічні підходи до навчання, щоб враховувати потреби ООП учнів. Інклюзивна освіта в широкому розумінні передбачає створення рівних можливостей для всіх дітей з ООП і забезпечення успіху в освітньому процесі та подальшому житті. Отже, інклюзивна освіта вимагає радикальних змін від закладів освіти.

Вона передбачає істотні зміни в культурі, політиці і практичній діяльності закладів освіти, а також створення інклюзивного освітнього середовища – сукупності умов, способів і засобів їх реалізації для спільного навчання, виховання та розвитку дітей з урахуванням їхніх потреб і можливостей [135].

Кінцева мета інклюзивної освіти – соціалізація та інтеграція дитини в суспільство. Визначення головної цілі інклюзивного навчання може варіюватися: соціальна адаптація / соціальна інтеграція, життєва компетентність тощо, але важливе одне – мають бути чітко закладені у свідомості освітян та закріплені нормативно-правовою документацією, головні очікувані результати такого навчання та його спрямування. Зазначимо, що сучасній освітній процес для дітей з ООП має бути зорієнтований на мудрі й гуманні цілі, як це зазначено у 24 статті Конвенції про права осіб з інвалідністю (2006) – спрямованість на повний розвиток людського потенціалу, розвиток талантів, розумових і фізичних здібностей; надання можливості брати участь у житті суспільства: засвоювати життєві та соціальні навички, щоб полегшити повну й однакову участь осіб з ООП у процесі освіти та суспільному житті [99].

Окремі науковці синонімом до поняття «інклюзія» називають термін «інтеграція». *Інтеграція* – це процес залучення в суспільство людей з інвалідністю як повноправних членів, які беруть активну участь у всіх сферах життєдіяльності.

У зарубіжних дослідженнях виділяють чотири види інтеграції залежно від ступеня взаємодії: фізичну, функційну, соціальну, соціоетальну. Фізична інтеграція – це лише перебування дітей разом в одному приміщенні. Основна характеристика функційної інтеграції – наявність предметно-просторового об'єднання, що супроводжується організацією предметної взаємодії. Соціальна інтеграція передбачає міжособистісні контакти між звичайними та особливими дітьми. Соціоетальна інтеграція визначає вищий ступінь взаємодії і вважається оптимальною, тому що відбувається повне зняття соціальної дистанції, рівноправне партнерство в діяльності та суб'єкт-

суб'єктні відносини в дитячій групі. Незважаючи на значні відмінності в системах інтегративного підходу до навчання, виховання й розвитку дітей з особливими потребами різних країн, дослідники однакові в розумінні інтеграції як процесу, що створює оптимальні умови для повноцінного спілкування учнів незалежно від рівня здоров'я [26].

Важливим методологічним підходом є позиція К. Кольченко стосовно чіткого розподілу процесів інтеграції та інклюзії. Якщо інтеграція може бути визначена як входження людини в суспільство, освітні заклади, інші колективи на регулярній основі, то інклюзія передбачає забезпечення можливості повноцінної участі кожної людини у всіх сферах діяльності спільноти, тобто створює умови для їхньої архітектурної, інформаційної, освітньої та соціальної безбар'єрності. Основна відмінність цих підходів полягає в тому, що під час інтеграції людина пристосовується до закладу освіти, а при інклюзії – навпаки, освітній заклад створює всі необхідні умови для задоволення індивідуальних потреб людини [55].

Аналогічну думку висловила А. Колупаєва, яка розглядає інклюзію крізь призму соціальної інклюзії (залучення всіх членів суспільства до соціального середовища). Інклюзивна освіта як складова соціальної політики є засобом досягнення соціальної інклюзії, оскільки основна ідея інклюзивної освіти полягає в діях у напрямі: від інтегрування в освітній заклад – до інтегрування в суспільство [55].

Вона також схиляється до думки, що інтеграція та інклюзія як освітні явища не є тотожними, оскільки мають суттєві відмінності в методологічних вимірах. Інтеграція як освітнє явище передбачає залучення дітей з порушеннями психофізичного розвитку, насамперед з інвалідністю, до загальноосвітнього середовища за умов дотримання всіх вимог, необхідних для функціонування освітнього середовища. Учні, яких залучають до осередків загальної освіти, мають пристосуватися до умов освітнього закладу на загальних підставах, без урахування їхніх психофізичних можливостей та індивідуальних потреб. На відміну від інтеграції, концептуальною основою

інклюзії є врахування розмаїття всієї учнівської спільноти та визначення особливих потреб, а не порушень розвитку, задоволення особливих освітніх потреб не тільки учнів з психофізичними вадами, а й усіх дітей, які мають ті чи ті відмінності, зумовлені культурним середовищем, етнічною приналежністю, мовними, релігійними, соціально-економічними причинами, рівнем навчальних здібностей та іншими чинниками, що впливають на розвиток та навчання дітей. Інклюзія як освітнє явище потребує системних змін на всіх рівнях освіти та в усіх освітніх структурних ланках на основі врахування визначених особливих потреб дітей [55].

Українські вчені П. Таланчук та М. Чайковський зазначають, що поняття «інтеграції» майже повністю замінило термін «інклюзія», оскільки точніше відображає сучасний погляд на освіту та місце людини в суспільстві. На противагу інтеграції інклюзія передбачає збереження відносної автономності кожної групи, і, відповідно до цієї ідеології, уявлення та стиль поведінки, характерні для домінантної групи, повинні модифікуватись так, щоб допускати плюралізм звичаїв і думок. Інклюзія – це особлива система навчання, яка передбачає індивідуальний підхід до студентів (учнів) усіх нозологій відповідно до їхніх освітніх потреб та вимагає змін на всіх рівнях освіти і насамперед формування безбар'єрного освітнього середовища. Останнім часом інклюзію розглядають ширше, ніж просто забезпечення прав людини на освіту. Зокрема, вважають, що інклюзія – це політика і процес, що потребує змін на всіх рівнях освіти і є одним із багатьох аспектів інклюзії в суспільстві взагалі [170, с. 9].

Заслуговує на увагу підхід, що ґрунтується на поняттях «соціального відторгнення, або соціальної ексклюзії» (від англ. social exclusion та «соціального залучення, або соціальної інклюзії» (від англ. social inclusion) [44]. Боротьба з соціальним відторгненням та просування соціального включення – тобто розбудова інклюзивного суспільства є важливою та актуальною у світлі орієнтації України на євроінтеграцію, позаяк дослідження цих феноменів є поширеним у країнах ЄС та у всьому світі. Про

актуальність цієї тематики говорять такі факти: в уряді Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії існувала посада міністра в справах соціального відторгнення (1999 – 2007 рр.), а в Австралії існує федеральне Міністерство в справах соціального залучення.

Відповідно існують різні підходи до визначення сутності *соціального залучення*. Соціальне залучення розглядають із позицій економічного, соціологічного і філософського підходів.

За економічним підходом, соціальне залучення – це спосіб усунення бар'єрів (бідність і економічна нерівність) на шляху до участі й доступу до ресурсів і можливостей. Згідно із соціологічним підходом досліджуваний феномен – це процес, спрямований на подолання обмежень до загальноприйнятих прав і дискримінації від інститутів інтеграції. Філософський підхід розглядає соціальне залучення як можливість повернення соціального суб'єкта до активної соціальної діяльності [44].

Важливим інструментом забезпечення соціального залучення є освіта, яка надає можливість виконувати відповідно до віку та соціально-культурного оточення роль у суспільстві, що приводить до соціальної повноцінності і сприяє процесу соціалізації та інтегрування в суспільство.

Визначальним етапом стало прийняття *Закону України «Про освіту»*, у якому на державному рівні передбачено створення умов для здобуття освіти особами з особливими освітніми потребами з урахуванням індивідуальних потреб, можливостей, здібностей та інтересів. Під час здобуття освіти особам з особливими освітніми потребами надають психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги. Відповідно, психолого-педагогічні послуги – це комплексна система заходів з організації освітнього процесу та розвитку особи з особливими освітніми потребами, передбачених індивідуальною програмою розвитку і які надають педагогічні працівники закладів освіти, реабілітаційних установ системи охорони здоров'я, соціального захисту, фахівці інклюзивно-ресурсного центру [35].

Згідно із Законом України «Про освіту» *дитина з особливими освітніми потребами* – це особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту. ЮНЕСКО розглядає поняття «діти з ООП» широко. Зокрема, до дітей з ООП ЮНЕСКО відносить дітей, які мають порушення в розвитку: емоційні і поведінкові, мовлення та спілкування, труднощі в навчанні, затримка / обмеження інтелектуального розвитку, фізичні / нейромоторні, зору, слуху. Цей список доповнюють діти, які виховуються в несприятливому середовищі; діти, що належить до груп етнічних меншин; діти вулиці та діти з ВІЛ-інфекцією / СНІДом [135].

Інноваційною структурою в системі інклюзивної освіти стають *інклюзивно-ресурсні центри*, створені з метою забезпечення реалізації права на освіту дітей з особливими освітніми потребами віком від 2 до 18 років, шляхом проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини, надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг та забезпечення їх системного кваліфікованого супроводу [173].

На кінець 2018 р. створено 254 інклюзивно-ресурсні центри та 25 обласних ресурсних центрів, які забезпечують рівний доступ до якісної освіти дітям з особливими освітніми потребами. Здійснено ряд першочергових кроків щодо формування інклюзивного освітнього середовища: упроваджено державну субвенцію на підтримку осіб з особливими освітніми потребами; виділено кошти державного та місцевих бюджетів на закупівлю обладнання для створених інклюзивно-ресурсних центрів; закуплено комплекти сучасних методик світового рівня для оснащення інклюзивно-ресурсних центрів; уведено надбавки 20% для педагогічних працівників за роботу в інклюзивних класах; уведено ставки асистента вчителя в кожному класі, де навчаються здобувачі освіти з особливими освітніми потребами; виділено кошти державного та місцевих бюджетів на оснащення ресурсних кімнат. В інклюзивному освітньому середовищі здобувачі освіти, незалежно від їхніх потреб, здатні підвищувати

свою соціальну компетентність, удосконалювати комунікативні навички, а також відчувати себе частиною суспільства. Для цього в «Новій українській школі» запроваджено обов'язковий курс для всіх педагогічних працівників про особливості роботи з дітьми з особливими освітніми потребами.

Поряд із організаційними заходами забезпечення дієвої структури інклюзивної освіти стоїть завдання пошуку ефективних *технологій соціально-психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП*, які сприятимуть їх нормальній соціалізації, розвитку сильних сторін і талантів та подальшої інтеграції в суспільство, формуватиме соціальні компетенції для налагодження дружніх стосунків із ровесниками в школі та поза її межами; уможливить належні способи взаємодії з колективом; створюватиме атмосферу спокійного прийняття відмінностей інших людей.

До супровідних послуг дітей з інвалідністю психолого-педагогічного спрямування відносимо *соціально-психологічну реабілітацію*.

Це відповідає вимогам ЗУ «Про охорону дитинства» стосовно визначення соціальних засад охорони дитинства в Україні та забезпечення належних умов для гарантування безпеки, охорони здоров'я, навчання, виховання, фізичного, психічного, соціального, духовного та інтелектуального розвитку дітей, їх соціально-психологічної адаптації та активної життєдіяльності, зростання в сімейному оточенні в атмосфері миру, гідності, взаємоповаги, свободи та рівності (Ст. 4) [33].

Послуги соціально-психологічної реабілітації дітей з особливостями у розвитку в умовах закладу освіти забезпечують реалізацію основних засад Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні». Закон регламентує сутність поняття інвалідність як міру втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи. Держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист [39]. Відповідно обмеження життєдіяльності – це помірно виражена,

виражена або значно виражена втрата особою внаслідок захворювання, травми (її наслідків) або вроджених вад здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності нарівні з іншими громадянами [40]. Для усунення обмежень життєдіяльності передбачена система заходів, спрямованих на створення умов для досягнення або відновлення особою оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності та забезпечення її законодавчо визначених прав [40].

Цей комплекс заходів включає реабілітацію осіб з інвалідністю – як систему медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення [40].

У Законі серед видів реабілітаційних заходів щодо дітей з інвалідністю виокремлено *психологічні*, мета яких – психокорекція якостей і функцій особи з інвалідністю, її мотивація до життєдіяльності та праці, профілактика негативних психічних станів, навчання прийомів і методів психологічної саморегуляції, а також соціальна реабілітація – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі в житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації [40].

У червні 2020 р. наказом Міністерства соціальної політики України № 643/34926 затверджено новий Класифікатор соціальних послуг, відповідно до якого окремою *базовою соціальною послугою є соціально-психологічна реабілітація* – короткотермінове проживання, проведення психологічного консультування та психолого-педагогічної корекції; сприяння в отриманні

освітніх послуг; здійснення трудової адаптації; інформування та/або консультування; представництво інтересів; розвиток, формування та підтримка соціальних навичок; надання допомоги в отриманні медичних послуг; повернення дитини до біологічної родини [139].

В організації соціально-психологічної реабілітації дітей з інвалідністю доцільно дотримуватися вимог Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я: діти та підлітки (далі – МКФ – ДП), укладеної під егідою Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) [106] МКФ – ДП призначена для обліку характеристик розвитку дитини та впливу на неї навколишнього середовища. МКФ – ДП рекомендована закладам освіти для вимірювання показників здоров'я та обмеження життєдіяльності в дітей та підлітків.

Класифікація спирається на концептуальну основу МКФ та використовує спеціальну мову і термінологію для запису проблем, пов'язаних із функціями та структурами організму, обмеженнями активності та участі, що проявляються в ранньому дитинстві, дитинстві та юнацтві при відповідних факторах навколишнього середовища. Відповідно Класифікатор виокремлює чотири індикатори: функції організму, структура організму, активність, участь.

У контексті дослідження розглянемо поняття «участь», яке у Класифікаторі визначено як «залучення особистості в життєву ситуацію», що представляє соціальні перспективи. Здатність бути залученим і соціально взаємодіяти розвивається під час вибудовування відносин маленької дитини з іншими людьми. Соціальне оточення залишається значущим фактором протягом усього періоду розвитку, але характер і складність, ступінь впливу оточення змінюються, починаючи з раннього дитинства і до підліткового періоду. «Функціонування» – це термін, яким позначають усі функції організму, активність та участь. «Обмеження життєдіяльності» – це термін, що позначає порушення, обмеження активності та обмеження участі. «Фактори навколишнього середовища» визначають бар'єри або фактори, що

полегшують функціонування. Мета МКФ – ДП – опис структури і ступеня тяжкості обмеження функціонування дитини та вплив факторів навколишнього середовища на її функціонування. Фактори навколишнього середовища формують фізичне, соціальне середовище та середовище відносин і установок, де люди живуть і проводять свій час. Фактори навколишнього середовища взаємодіють із компонентами функцій та структур організму, а також з активністю та участю [106].

Саме завдяки Класифікатору для кожного компонента можуть бути детально розроблені характер і ступінь цієї взаємодії. Також визначений ступінь обмеження життєдіяльності як результат або складний характер взаємозв'язків між станом здоров'я особистості та особистісними факторами чи зовнішніми чинниками, що відображають обставини, у яких живе індивід. *Саме реабілітація повинна стати інструментом*, що мінімізує чи компенсує обмеження життєдіяльності осіб з ООП.

Вітчизняне законодавство обмеження життєдіяльності трактує як неможливість виконувати повсякденну діяльність таким способом та в об'ємі, що характерно звичайно для людини. Це створює перешкоди для особи з ООП у соціальному середовищі, ставить її в незручне становище порівняно зі здоровими і проявляється частковою або повною втратою здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, навчання, контролю за поведінкою, а також значним обмеженням обсягу трудової діяльності, зниженням кваліфікації і призводить до соціальної дезадаптації [138].

У Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» термін «обмеження життєдіяльності» визначено як помірно виражену, виражену або значно виражену втрату особою внаслідок захворювання, травми (її наслідків) або вроджених вад здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності нарівні з іншими громадянами [39].

На думку Г. Казаряна, доцільно було б пов'язати поняття якості життя не лише з обмеженням здоров'я, а й з обмеженням життєдіяльності, оскільки саме рівень обмежень, що формується з урахуванням фізичних показників та завдяки державній системі подолання обмежень на всіх рівнях, стає вирішальною категорією при визначенні характеристики якості життя. Отже, доцільно використовувати термін «якість життя, що пов'язана із обмеженням життєдіяльності», який є інтегральною характеристикою при оцінці рівня соціально-економічного забезпечення осіб з інвалідністю, яка враховує рівень освіти, працевлаштування, неможливість повсякденною діяльності засобом та в обсязі, звичайному для людини, що створює перешкоди в соціально-економічному середовищі, ставить її у незручне становище порівняно зі здоровими і проявляється частковою або повною втратою здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, навчання, контролю за поведінкою, а також значним обмеженням обсягу трудової діяльності, зниження кваліфікації і призводить до соціальної дезадаптації як одних з найважливіших факторів, що визначають якість життя [49, с. 106].

На основі аналізу вітчизняного та зарубіжного законодавства у сфері соціального захисту людей з інвалідністю, визначаємо *соціально-психологічну реабілітацію дітей з ООП*– як систему заходів, спрямованих на відновлення, розвиток та утвердження соціального статусу особистості, її психологічних функцій, якостей, властивостей; захист психічного здоров'я та соціального благополуччя; залучення до повноцінної життєдіяльності, включення в соціальні відносини на основі усунення обмежень життєдіяльності.

Соціально-психологічна реабілітація пронизує, фактично, усі аспекти роботи, спрямовані на відновлення особистісного статусу, на відновлення, розвиток і формування здібностей та якостей, що дозволяють особистості виконувати різні соціальні ролі, мати можливість бути включеним у всі сфери соціальних відносин і життєдіяльності. Зміст соціально-психологічної

реабілітації полягає насамперед у відновленні оптимального функціонування психічних механізмів, що забезпечують соціальну діяльність і соціальну інтеграцію.

З'ясуємо *соціальну складову* соціально-психологічної реабілітації на основі запропонованих визначень соціальної реабілітації в українській та зарубіжній науковій думці.

У навчально-енциклопедичному словнику «Все про соціальну роботу» (2014) подано визначення соціальної реабілітації як системи заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі в житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування, задоволення потреби в забезпеченні технічними засобами та іншими засобами реабілітації [29, с.147].

У «Енциклопедії для фахівців соціальної сфери» зазначено, що «соціальна реабілітація – спрямовується на відновлення соціального досвіду і встановлення соціальних зв'язків, норм поведінки, спілкування, емоційної стабільності, активного соціального життя, поновлення соціального статусу, інтеграцію у відкритий соціум, розширення і поглиблення соціальних контактів, уходження в культуру, відновлення професійних якостей і навичок, соціального досвіду і соціальних функцій, психічного, фізичного і духовного здоров'я дезадаптованих осіб; це процес відновлення здатності людини до життєдіяльності в соціальному середовищі, а також самого соціального середовища й умов життєдіяльності людини, які були обмежені чи порушені з певних причин [28].

Погоджуємося із думкою О. Чуйко, що будь-який вид реабілітації містить соціальний аспект. Реабілітація, за своєю суттю, є процесом соціальним; сім'я, громада, команда спеціалістів є суб'єктами, що забезпечують цей процес, основною задачею для них є віднаходження шляхів повернення людини із обмеженим функціонуванням у соціум, до участі в

суспільному житті, наприклад сім'ї або громади, робочого колективу тощо. У цьому сенсі освітня, професійна чи медична реабілітація містять «соціальну складову» (соціально-медична, соціально-економічна, соціально-психологічна тощо), але головне, важливо, щоб цей соціальний аспект дійсно враховувався під час реабілітації [184].

Ураховуючи це, показниками ефективності соціальної реабілітації визначаємо такі індикатори: успішна адаптація індивіда до умов сімейного і цивільного життя; успішне працевлаштування; нерозповсюдження девіантних і дитивних форм поведінки, зокрема алкоголізму, наркоманії, злочинності, дитячої безпритульності. Психологічними умовами успішності соціальної реабілітації є зниження гостроти й тривалості переживання ПТСР, формування пролонгованих життєвих планів і перспектив, переживання почуття захищеності, безпеки та комфортного життя [184].

А. Попович основною метою соціальної реабілітації визначає розвиток у людини здатності до самостійної життєдіяльності, боротьби з труднощами, протистояння негативному впливу навколишнього середовища. Разом із тим, комплексний підхід до реабілітаційного процесу вимагає залучення міждисциплінарної команди для подолання (пом'якшення) таких бар'єрів: інформаційних, освітніх, соціально-трудова, соціокультурних, просторово-середовищних. У цьому контексті виокремлюється соціокультурна реабілітація як ще один із різновидів соціальної реабілітації, що забезпечує участь у соціальній взаємодії та задоволення культурно-дозвілєвих потреб (спорт, заняття в різних студіях, творчих колективах та ін.) [134].

Н. Гусак, за соціалізаційним підходом, соціальну реабілітацію розглядає як частину соціалізації дитини з особливими потребами. Змістом соціальної реабілітації стає соціальна інтеграція людей з інвалідністю і допомога усвідомити й реалізувати власні людські права. Соціальна реабілітація різних груп клієнтів соціальної роботи має різну сутність, але обов'язковим для всіх залишається відповідність соціальним нормам і соціальний контроль з боку суспільства. У цьому процесі важлива готовність

соціальних інститутів та суспільства в цілому визнати людину найвищою цінністю, а соціум має створити умови, у яких індивідуальні особливості кожної людини можуть максимально проявитися і розвиватися.

Сучасна українська дослідниця О. Дікова-Фаворська соціальну реабілітацію розглядає як систему заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення людини з особливими потребами до активної участі в житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування, задоволення потреби в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації. Метою соціальної реабілітації є розширення рольової поведінки, зміна ідентифікації, зміна способу та якості життя. Для відновлення здатності та можливостей необхідні бажання індивіда та підтримка соціального оточення. Отже, проблеми соціальної реабілітації є проблемами індивіда й соціуму. Для переходу індивіда чи соціальної групи з маргінального стану до адекватного ідентифікованого статусу необхідний певний соціальний час. Звідси – реабілітацію потрібно розглядати на різних рівнях: на макрорівні – як інституційну реабілітацію, що передбачає соціальний захист, соціальну допомогу, соціальну підтримку з боку держави; на мікрорівні – як реабілітацію індивідуальну, що ґрунтується на власній активності в реалізації своєї життєвої стратегії [170].

Для відновлення особистісних ресурсів індивіда або їх компенсації, на думку Ю. Петренко та Ю. Барабаш, необхідно розробити особливу інтегративну технологію – соціальну реабілітацію, яка як психосоціального впливу покликана підвищити рівень соціального функціонування хворого або інваліда. Соціальну реабілітацію (адаптацію) можна визначити як комплекс заходів, спрямованих на відновлення зруйнованих або втрачених індивідом суспільних зв'язків та відносин унаслідок порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму (інвалідність), зміни соціального статусу (літні громадяни, біженці і вимушені переселенці, безробітні тощо),

девіантної поведінки особистості (неповнолітні особи, які хворіють на алкоголізм, наркоманію та токсикоманію, які звільнилися з місць ув'язнення і т. ін.). Реабілітація осіб з обмеженими можливостями – це віддзеркалення ставлення держави до людини з інвалідністю, лакмусовий папірець її взаємин із родиною та суспільством. Недоліки у вихованні, освіті, культурі та проблеми з фізичним станом потребують особливих умов для проведення соціальної реабілітації. Метою соціальної реабілітації можна визначити поліпшення якості життя та соціального функціонування осіб з обмеженими можливостями через подолання ними соціальної відчуженості, а також підвищення активної життєвої та соціальної позиції [128].

Отже, реабілітація – процес, спрямований на зниження виразності і значущості для людини порушень, що спричинили для неї складну життєву обставину, а також на надання допомоги людині в реалізації її намірів і життєвих цілей, тобто спрямований на відновлення її здібностей реалізації як особистості. Власне, соціальна реабілітація зорієнтована на відновлення соціальної значущості людини в суспільстві, сімейному оточенні, а особливо на особистісному рівні. Цьому сприяють активні соціальні зв'язки, соціальна комунікація, можливість активного пізнання довкілля, соціальна інтеграція як альтернатива позбавлення відчуття соціальної ізоляції.

Визначальним у розгляді проблеми дослідження є з'ясування *видів соціально-психологічної реабілітації*:

- елементарна реабілітація включає заходи, спрямовані на відновлення найбільш простих, елементарних навичок самообслуговування і пересування;
- побутова реабілітація – заходи, спрямовані переважно на відновлення навичок виконання повсякденних побутових дій;
- педагогічна /соціально-педагогічна реабілітація поєднує заходи корекційного навчання і виховання, спрямовані на засвоєння особою певної системи знань, норм і цінностей, що дозволяють їй успішно функціонувати як повноцінний член суспільства;

- освітня реабілітація – складний комплекс, який включає в себе процеси отримання інвалідами необхідної загальної освіти, при необхідності – різних рівнів і видів спеціальної освіти, професійної перепідготовки для отримання нової професії. Освітню реабілітацію часто називають педагогічною, проте зміст цього поняття ширший. У сучасних умовах доступ до якісної освіти є одним із важливих соціальних ресурсів, що забезпечують належний соціальний старт, розвиток і повноцінне існування, у перспективі – соціальний розвиток, матеріальне самозабезпечення, гідна кар'єра, високий соціальний статус;

- сімейна реабілітація передбачає заходи різного типу (соціального, педагогічного, психологічного тощо), спрямовані на відновлення звичайних, нормальних рольових функцій індивіда в сім'ї, а також підготовку його до самостійного і незалежного життя в родині;

- рекреаційна (дозвіллева) реабілітація дозволяє реалізувати духовні та творчі інтереси індивіда, задовольнити його потреби у фізичному розвитку і самовдосконаленні. Важливими складовими рекреаційної реабілітації є соціокультурна реабілітація, фізкультурно-оздоровчі заходи і спорт;

- соціально-психологічна реабілітація пронизує, по суті, всі аспекти роботи, спрямовані на відновлення індивідуально-особистісного статусу людини, на відновлення, розвиток і формування здібностей і якостей, що дозволяють їй успішно виконувати різні соціальні ролі (сімейні, подружні, батьківські, громадські, політичні тощо), мати можливість бути реально включеною у різні сфери соціальних відносин [198].

Соціальну реабілітацію доцільно розглядати як ґрунтовний результат реабілітаційної діяльності, який може досягатися лише завдяки комплексу дій у рамках усіх вище названих напрямів реабілітації, оскільки лише під час їх спільної реалізації можливе істинне і повноцінне відновлення здібностей інваліда до соціального функціонування.

Отже, соціальна реабілітація є ширшим поняттям, що включає в себе соціально-психологічну реабілітацію, яка є її окремим видом.

Л. Виготський сформулював закон двоетапного формування вищих психічних функцій так: «...Усяка функція в культурному розвитку дитини виходить на сцену двічі, у двох аспектах: спочатку – у соціальному, потім – у психологічному, спочатку між людьми, як категорія інтерпсихічна, потім всередині дитини, як категорія інтрапсихічна» [184]. Згідно з ним соціально-психологічна реабілітація передбачає адаптацію людини з особливими потребами до соціального оточення, підвищення самосвідомості шляхом формування адекватного ставлення до свого захворювання або фізичного дефекту, підвищення здатності до вирішення психологічних проблем, налагодження взаємин з оточуючими. Багато захворювань провокують психічні порушення, що може призвести до розвитку психічних розладів, які погіршують стан хворого та спричиняють прогресування недуги. Отже, соціально-психологічна реабілітація акцентує на соціальній адаптації клієнта незалежно від характеру його проблем і в цьому сенсі є близькою власне до соціальної реабілітації [198]. Саме соціально-психологічна реабілітація має безмежно широкий вибір шляхів, методів, технологій, що полегшують життя людини з інвалідністю і дозволяють їй бути якомога довше активною.

Заслуговує на увагу визначення О. Колишкіна поняття «соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я»: як процес, як кінцевий результат і як діяльність. Соціальна реабілітація як процес є динамічною системою, під час якої послідовно реалізуються тактичні завдання, які постійно виникають у взаємодії з дитиною на шляху до досягнення стратегічної мети – відновлення її соціального статусу. Соціальна реабілітація як кінцевий результат – це досягнення кінцевої мети, коли людина з обмеженими можливостями здоров'я після проходження комплексної реабілітації у відповідних реабілітаційних установах вливається в соціально-економічне життя суспільства й не відчуває своєї неповноцінності. Соціальна реабілітація як діяльність однаково стосується фахівця, який є її організатором, та особистості, включеної в соціально-реабілітаційний процес, яка є суб'єктом діяльності та спілкування [52].

Для нашого підручника важливим є поняття «інклюзивна соціально-реабілітаційна практика», яку розглядають як надання соціально-реабілітаційної допомоги дитині з інвалідністю в освітньому процесі з метою відновлення соціально-психологічних, ціннісних, та поведінкових складових особистості, задоволення потреб соціалізації [181].

Важливим підходом у здійсненні соціальної реабілітації є те, що вона не має бути спрямована на формування утриманця, якого задовольняє статус отримувача соціальної допомоги. Увесь комплекс заходів соціальної реабілітації має бути спрямований на відновлення і розвиток активного соціального суб'єкта, особистості, здатної до вольових зусиль, трудової мотивації, саморозвитку. Водночас неефективним буде процес соціальної реабілітації без формування справедливого ставлення суспільства до людей з інвалідністю. Формування адекватної державної соціальної політики – це мета процесу соціальної реабілітації, політики визнання людської гідності й прав людей з інвалідністю.

Під час реабілітації на різних рівнях долучаються соціальні структури. На мікрорівні соціальної реабілітації таку людину розглядають у взаємодії із соціальним оточенням, насамперед із сім'єю. Основною функцією цього рівня є розвиток комунікативних навиків і допомога в усвідомленні своєї суб'єктивності. На мезорівні метою реабілітації є спеціальне навчання і професійне фізичне оздоровлення. Її здійснюють інститути освіти, соціальної роботи і медичні заклади. Мета на макрорівні – соціальна адаптація й ефективна інтеграція в суспільство. Усі ці три рівні взаємопов'язані, проте мезорівень є пріоритетним.

Для максимального ефекту соціальної реабілітації необхідні ранній початок реабілітаційних заходів, безперервність і поетапність проведення, системність і комплексність, індивідуальний підхід.

У процесі соціально-психологічної реабілітації, спрямованої на вироблення у дитини впевненості у власних можливостях, створення установки на активне самостійне життя, важливою також є *психологічна*

складова.

Психологічна реабілітація має такі складові:

- діагностика, що передбачає вивчення актуальних можливостей і потреб людини з інвалідністю, специфіку її поведінки і взаємодії з навколишніми для розробки стратегії соціально-психологічної реабілітації;

- психологічне консультування, що орієнтоване на вирішення завдань особистісного зростання і підвищення рівня соціально-психологічної компетентності, а також проблем у сфері соціальних відносин, соціальної адаптації, соціалізації та інтеграції;

- психологічна корекція, під час якої виправляють деструктивні психологічні особливості, установки і неадаптивні стратегії поведінки клієнта, що перешкоджають успішному вирішенню завдань комплексної реабілітації;

- консультація батьків, педагогічного персоналу та найближчого оточення дитини з інвалідністю з питань оптимізації психічного здоров'я, конструктивної взаємодії з навколишнім світом;

- психологічна профілактика, орієнтована на попередження виникнення деструктивних психічних утворень, зумовлених обмеженнями життєдіяльності та соціальною дезадаптацією [24].

Процес соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді, у тому числі з інвалідністю, в умовах закладу освіти має відповідати вимогам *Закону України «Про освіту»*, зокрема статті 76 «Психологічна служба та соціально-педагогічний патронаж у системі освіти». Психологічне забезпечення освітнього процесу в навчальних закладах здійснюють практичні психологи, а соціально-педагогічний патронаж – соціальні педагоги. Через це заслуговує на увагу питання формування цими фахівцями психологічної готовності учасників навчально-виховного процесу (учнів, батьків, педагогів, адміністрації) до взаємодії з дітьми з особливими освітніми потребами через проведення заходів, зміст яких спрямований на подолання упередженого

ставлення до дітей з особливими потребами, руйнування міфів і стереотипів, дискримінації [146].

Отже, соціально-психологічна реабілітація є своєрідним початковим етапом, власне періодом підготовки до більш складного за змістом, метою, завданням, процесу інтеграції і його невід'ємною складовою.

Без реабілітаційних заходів неможлива *соціальна адаптація* – процес пристосування індивіда до умов соціального середовища, формування адекватної системи стосунків із соціальними об'єктами, інтеграція особистості в соціальні групи, освоєння стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища [28]. За висновками вчених, соціальна адаптація потрібна і здоровим, і хворим. Проте реабілітацію більше проходять особи, яким характерні посттравматичний синдром чи соціальна ізоляція, спричинена станом здоров'я. Вони потребують не тільки соціальної допомоги, а й психотерапії, психокорекції. Без зняття емоційної напруги (реабілітації) неможлива соціальна адаптація. У цьому випадку важливе не тільки відновлення соціальних функцій, а й нормалізація психічних станів [19].

Ефективна соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді з ООП можлива за умови подолання соціальної ізоляції, розширення сфери життєдіяльності не лише в домашніх умовах, а й забезпечення доступності освітніх послуг та інших суспільних благ, що й передбачає створення доступного середовища.

Доступне середовище – основна умова інтеграції дітей з інвалідністю в суспільство. Необхідність створення безбар'єрного середовища закріплюється міжнародними стандартами й законодавчими базами різних країн, а забезпечення доступності середовища залишається одним із найбільш болючих питань у сфері реалізації прав людини.

У цьому сенсі доступність середовища робить можливим соціальне функціонування індивіда, є необхідною умовою для його соціальної діяльності. Розуміння ефективності навколишнього середовища не

обмежується лише архітектурними зручностями, а стосується широкого спектру умов: освітньої, кадрової, культурно-дозвілєвої доступності, комунікацій, соціальних мереж, стосунків тощо. Покращення цих умов із одночасно максимальною орієнтацією всіх спеціалістів, зайнятих у реабілітаційному процесі, на особистість та індивідуальні можливості клієнта, повинно бути метою соціальної реабілітації людини з обмеженими можливостями.

Наразі виокремлено такі групи бар'єрів (інформаційні, освітні, просторово-середовищні, емоційні, бар'єри, зумовлені особистісним характером людини), які обмежують доступ людей з інвалідністю до користування правами людини та основоположними свободами й перешкоджають їх участі в громадському, політичному, соціальному та культурному житті.

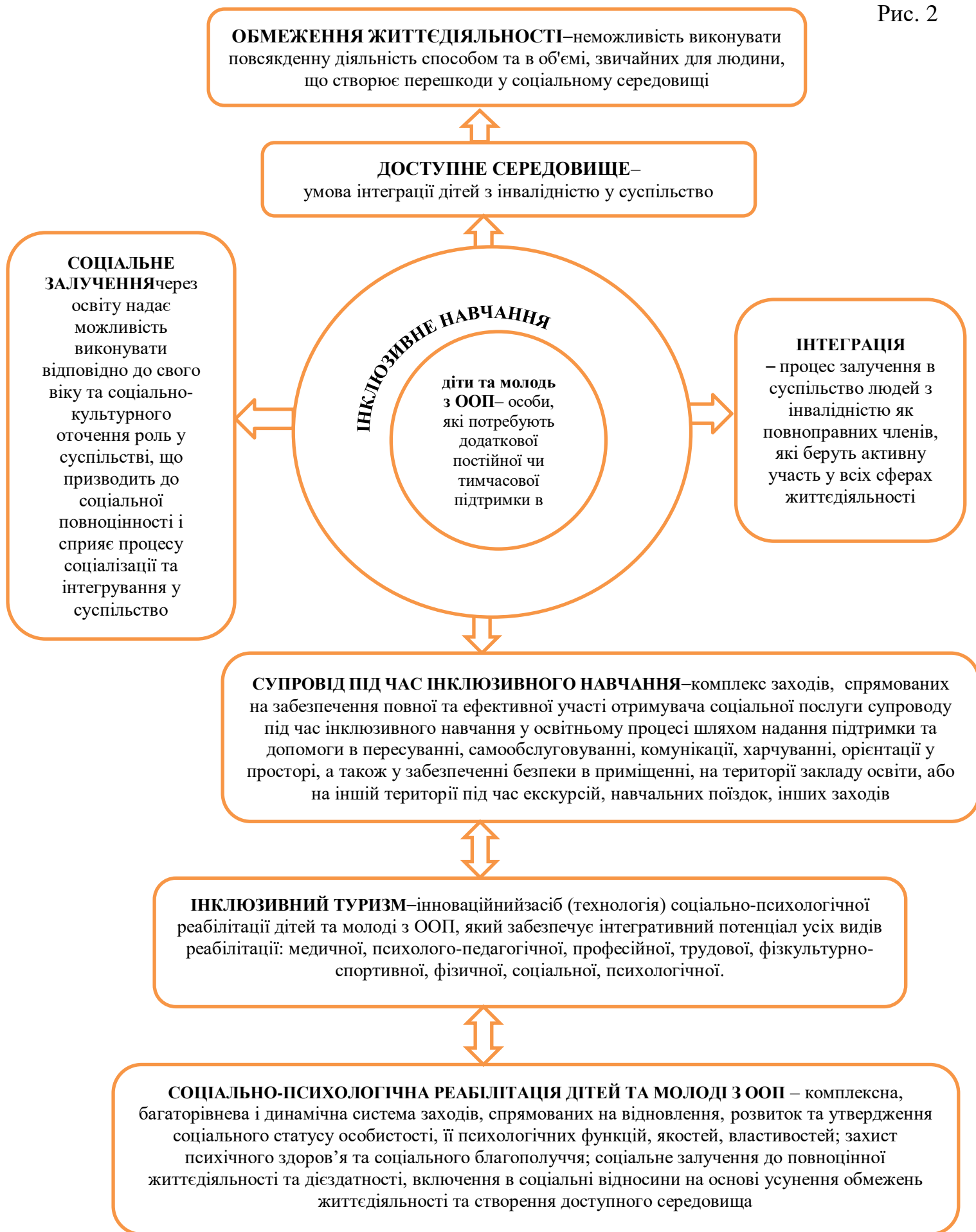
Інформаційні бар'єри зумовлені труднощами в отриманні інформації про свої функційні порушення, права, мережу підтримки. *Освітні бар'єри* формують труднощі в отриманні загальної, спеціальної або додаткової освіти, професійної перепідготовки як одним із найефективніших шляхів виходу людини зі стану ізоляваності від суспільства. Причиною *просторово-середовищних бар'єрів* є непристосованість архітектурного середовища, транспорту, нестача обладнання і пристосувань для побутових процесів, самообслуговування й вільного пересування. Відповідно соціально-середовищна реабілітація проходить у двох самостійних напрямках: 1) пристосування навколишнього середовища до особливих потреб окремих категорій населення (забезпечення засобами пересування, протезно-ортопедичною допомогою, тифлотехнікою, сурдотехнікою, іншими технічними засобами для праці, побуту, навчання, дозвілля, фізкультури і спорту, духовного розвитку); 2) пристосування індивідів до навколишнього середовища, розвиток умінь та навичок, що забезпечують здатність до самообслуговування. *Емоційні бар'єри* формуються як непродуктивними емоційними реакціями тих, хто поряд (цікавість, глузування, ніяковість,

почуття вини, гіперопіка, страх і т.ін.), так і фруструючими емоціями самої людини (жалість до себе, недобррозичливість до оточуючих, очікування опіки, прагнення звинуватити когось у своїх проблемах, прагнення до ізоляції і т.ін.). *Бар'єри, можуть бути зумовлені особистісним характером людини, адже часто буває, що людина з інвалідністю не готова змінювати звичне середовище життєдіяльності [134].*

Доступне середовище для дітей та молоді з ООП дозволяє їм реалізувати свої права і основні свободи, сприяє їх повноцінній участі в житті суспільства.

Отже, соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді з ООП – це комплексна, багаторівнева і динамічна система заходів, спрямованих на відновлення, розвиток та утвердження соціального статусу особистості, її психологічних функцій, якостей, властивостей; захист психічного здоров'я та соціального благополуччя; соціальне залучення до повноцінної життєдіяльності та дієздатності, включення в соціальні відносини на основі усунення обмежень життєдіяльності та створення доступного середовища.

Рис. 2



РОЗДІЛ 2.

ІНКЛЮЗИВНИЙ ТУРИЗМ У КОНТЕКСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

2.1. Міждисциплінарний підхід у дослідженні соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму

Довгий час існувала єдина модель надання допомоги людям з інвалідністю – медична, що передбачала розв’язання їхніх соціальних проблем виключно шляхом медичного втручання. Така модель полягає в тому, що людину з інвалідністю розглядають як пацієнта, її труднощі співвідносяться лише з особливостями обмеження життєдіяльності. За такого підходу вона є пасивною під час лікування і догляду.

Соціальна модель виникла і сформувалася як виклик медичній, тому її метою стала підтримка й активізація позитивного потенціалу людей з інвалідністю на шляху до максимальної самостійності та інтегрованості в соціум. Саме вона сприяла використанню міждисциплінарного підходу в розв’язанні цієї складної проблеми.

Суперечності між медичною й соціальною моделями в розумінні проблем людей з інвалідністю потребують особливої уваги у виробленні концепції міждисциплінарної допомоги, інтегрованої підтримки, ефективної співпраці медичних і соціальних працівників, педагогів, психологів та інших фахівців.

Чимало дослідників зараз використовують мультиметодні (багатометодні, змішані) підходи або так звані інтегровані дослідницькі дизайни, обираючи ті, які найкраще відповідають їхнім цілям, комбінують кількісні (статистичні) та якісні (нестатистичні) методи [157].

Аналіз останніх досліджень явищ міждисциплінарності дає змогу вичерпно й комплексно охарактеризувати цей феномен. У цьому контексті заслуговують на увагу узагальнення О. Гордійчука, який визначає що 1) міждисциплінарність – це взаємопроникнення, взаємозбагачення підходів і методів різних наук (дисциплін); 2) міждисциплінарність – це можливість виявити, розпізнати, сприйняти те, що було прихованим у надрах окремо взятої науки за умови використання методів та інструментарію інших наук; 3) міждисциплінарність – це запозичення взаємопов'язаними науками методів, інструментарію, результатів дослідження, використання їхніх теоретичних схем, моделей, категорій, понять; 4) міждисциплінарність – це не лише запозичення методів, інструментарію різних наук, а й інтеграція останніх для конструювання міждисциплінарних об'єктів, предметів, опрацювання яких дозволяє отримати нові наукові знання; 5) міждисциплінарність – це науково-педагогічна новація, що породжує здатність побачити, розпізнати, сприйняти те, що недоступне в межах окремо взятої науки з її специфічним, вузькоорієнтованим об'єктом, предметом і методами дослідження; 6) міждисциплінарність – у широкому, функційному її розумінні – це синергія різних наук, що передбачає розвиток інтеграційних процесів, взаємодію методів, інструментарію для отримання нового наукового знання [23].

Зарубіжний учений Е. Мирський виокремив три види проблем, які можна розв'язати під час міждисциплінарних досліджень: методологічні (формування об'єкта дослідження в різних предметних проєкціях); організаційні (створення мережі комунікації представників різних наукових дисциплін); інформаційні (впровадження прикладних результатів міждисциплінарного дослідження в практику прийняття рішень та їх технологічного втілення, а також використання власне наукових результатів експертизи в системі дисциплінарного знання) [105].

Важливою характеристикою міждисциплінарного дослідження є його орієнтування на проблему, що дає змогу виявити принципово нові знання на

перетині окремих дисциплін. Водночас самі дисципліни після такого інтегрування не припиняють свого існування, а лише збагачуються новими принципами дослідження. Наразі існує безліч наукової інформації; вона, як правило, диференційована на ізольовані частини, навіть у межах однієї дисципліни. З огляду на це, потрібен орієнтир для її синтезу чи інтеграції, який може надати лише міждисциплінарний підхід, що водночас засвідчує його актуальність. Очевидно, міждисциплінарний підхід є одним із методологічних взірців адекватності, конструктивності й семантичної визначеності наукового пошуку і його результатів [105].

На практиці міждисциплінарний підхід можна реалізовувати через два основні формати (сценарії, або підходи). За першим форматом, найбільш поширеним, міждисциплінарність, образно кажучи, будує мости між різними науками, неформально об'єднує їх, не порушуючи їх індивідуальності, унікальності, своєрідності. За другим форматом, міждисциплінарність постає як реальний інструмент об'єднання наук, появи інтегрованих продуктів, проєктів, міждисциплінарних об'єктів дослідження [23].

Заслужують на увагу результати наукових досліджень Інституту майбутнього, що знаходиться в Пало-Альто (Каліфорнія). Інститут майбутнього – це незалежна, некомерційна стратегічна дослідницька група з більш ніж 40-річним досвідом прогнозування. Основою її роботи є виявлення тенденцій розвитку глобального суспільства та світового ринку, а також трансформаційні тенденції від охорони здоров'я до технологій, від ринку праці до особистості людини. Фахівці інституту виокремили десять груп навичок, які визначатимуть подальший суспільний поступ у найближчі десятиріччя. Серед цих десяти навичок виокремлено групу *трансдисциплінарності* – грамотність та вміння розуміти поняття в різних дисциплінах. Науковці Інституту майбутнього передбачили, що багато сучасних глобальних проблем є надто складними, і їх не можна вирішити однією спеціалізованою дисципліною. Такі багатогранні проблеми потребують трансдисциплінарних рішень [193].

Український учений М. Коренев зауважує, що інвалідність змінює соціальний стан людини і спричиняє для неї нові проблеми (пристосування до дефекту, зміна професії та ін), що зумовлюють певні труднощі. Саме сприяння в подоланні цих труднощів є одним із головних завдань соціально-психологічної реабілітації, що потребує активної участі медиків, психологів, педагогів, соціальних працівників та інших фахівців. Реабілітація за своєю суттю має носити інтегративний потенціал, об'єднуючи зусилля фахівців, опиратися на багатий досвід науковців [63].

У цьому контексті розглядаємо *систему соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами засобами інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму* як міждисциплінарний предмет дослідження, що передбачає синтез окремих наукових дисциплін: інклюзії, туризму, соціальної роботи, педагогіки, соціальної педагогіки, психології, краєзнавства, реабілітаційної географії, медичної реабілітації тощо. Вивчення комплексу цих дисциплін, що фокусуються на предметі дослідження з позицій предметної проєкції, дає змогу отримати цілісне знання про феномен інклюзивного туризму.

Таке інтегрування знань, коли окремі дисципліни зберігають свою самостійність і специфічність, але їх теоретичні концепції і фактичні дані об'єднуються навколо методів дослідження проблем інклюзії та соціально-психологічної реабілітації дітей і молоді з особливими освітніми потребами, сприяє підвищенню їх практичної ефективності.

Евристичні ресурси міждисциплінарного підходу не тільки дають змогу осмислити інклюзивні освітньо-виховні процеси в межах конкретної наукової дисципліни, а й розширюють дослідницький їх потенціал завдяки методології й методам пізнання як гуманітарних, так і природничих наук. Міждисциплінарність у постановці проблем і підходах до їх розв'язання проявляється в аналізі інноваційних теорій різних наукових галузей, виявленні змістових, логічних, функційних зв'язків між ними, синтезі поглядів на інноваційні процеси й формуванні нових теорій та концепцій

інклюзії в освіті. У контексті інноваційних змін когнітивні практики тяжіють до міждисциплінарного синтезу, тому що міждисциплінарність пов'язана зі здатністю всебічно аналізувати завдання і дає можливість вивчати те, що неможливо побачити, сприйняти в межах однієї наукової дисципліни з її специфічними об'єктом, предметом і методами дослідження [7].

Застосування міждисциплінарного підходу в обґрунтуванні системи соціально-психологічної реабілітації пов'язане з потребою синтезу й взаємозбагачення відомих концепцій інклюзивного освітньо-виховного процесу. Взаємопроникнення категорій, екстраполяції підходів проявляється як в узагальненні часткових, так і в конкретизації загальних підходів, проникненні їх з однієї наукової галузі в іншу. Це сприяє створенню інтегративної системи знань про інклюзивні освітньо-виховні процеси для пошуку інноваційних та ефективних засобів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю. Така система цілісно й логічно відображає сукупність наукових уявлень про всі їх складові й фактори. Рівень міждисциплінарного дослідження соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму називаємо методологічним, адже він дозволяє виявити дослідницький потенціал декількох галузей наукового знання чи наукових дисциплін, а також визначити їхній внесок у теоретичне обґрунтування проблеми дослідження (табл. 2).

У контексті досліджень процесів інклюзії у сфері освіти основоположним підходом є усвідомлення, що не особистість має прилаштовуватися до суспільних, соціальних, економічних умов, а навпаки – суспільство має створити умови для задоволення особливих потреб кожної особистості. Суспільно-соціальна концепція інклюзії стала базовою в сучасній моделі здобуття освіти дітьми з особливостями психофізичного розвитку – інклюзивній освіті. *Інклюзивна освіта* (інклюзія – inclusion (англ.) – залучення) передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини незалежно від особливостей її

психофізичного розвитку. Інклюзивна освіта базується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання. Інклюзивну освіту як систему освітніх послуг має забезпечувати інклюзивна школа – заклад освіти, що адаптує навчальні програми та плани, фізичне середовище, методи та форми навчання, використовує наявні в громаді ресурси, залучає батьків, фахівців для надання спеціальних послуг відповідно до потреб кожної дитини, забезпечує сприятливий клімат в освітньому середовищі [6].

Інноваційною послугою інклюзивного закладу освіти стає інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм, що потребує наукового обґрунтування принципів упровадження такої послуги в інклюзивному освітньому середовищі.

Умотивовано доцільним є виявлення наукового потенціалу туризму, роль якого в соціальному житті суспільства зростає. У міжнародних деклараціях із туризму (Гаазькій, Манільській, Осакській, Сеульській) акцентовано, що туризм має важливе значення в житті людей, безпосередньо впливає на соціальну, культурну, освітню, політичну, економічну сфери, міжнародні зв'язки держав, забезпечує мир і міжнародне взаєморозуміння [68].

Саме туризмознавство дозволяє вивчити цілісну концепцію туризму, а особливо з'ясувати його функції – культурологічні, світоглядні, виховні, реабілітаційні, що й потребує подальшого вивчення у межах предмета дослідження. До того ж доцільно доповнити типологію туризму за ознаками спрямованості на потреби туристичної подорожі – інклюзивний реабілітаційно-соціальний, спортивний, лікувальний, релігійний, пізнавальний та ін.туризм.

Інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм є інноваційною соціальною послугою для людей з інвалідністю, що актуалізує наукові рефлексії в галузі соціальної роботи. Соціальними послугами в Законі України «Про соціальні послуги» визначено комплекс заходів із надання

допомоги особам, окремим соціальним групам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самотійно їх подолати, з метою розв'язання їхніх життєвих проблем [68]. Складними життєвими обставинами вважають обставини, спричинені інвалідністю, віком, станом здоров'я, соціальним становищем, життєвими звичками і способом життя, унаслідок яких особа частково або повністю не має (не набула або втратила) здатності чи можливості самотійно піклуватися про особисте (сімейне) життя та брати участь у суспільному житті [68].

За законодавством України, основними формами надання соціальних послуг (здійснення соціального захисту населення) є матеріальна допомога (тобто соціальне забезпечення) та соціальне обслуговування. Соціальну послугу інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму відносимо до соціального обслуговування, спрямованого на підвищення рівня соціального функціонування індивідів і сприяння задоволенню потреб, послаблення соціальних ризиків та складних життєвих обставин через надання соціальних послуг.

У цьому контексті потребують наукового обґрунтування організаційні й змістові засади надання такої соціальної послуги та висвітлення форм, методів і підходів до проблеми надання професійної допомоги людям з інвалідністю різних нозологій.

Нові концептуальні засади суспільного облаштування, визнання різноманітності та рівноправності людської спільноти, поступ світової науки в напрямі гуманізації та освітньої демократизації актуалізують дослідження в галузі освіти/педагогіки.

Освіта – складний процес становлення особистості, який включає процеси виховання і навчання та передбачає соціалізацію й індивідуалізацію особистості, її фізичний, інтелектуальний, моральний розвиток. Освіченою є не просто людина, яка закінчила той чи той заклад освіти, а людина готова до самотійної й відповідальної діяльності на основі свідомого професійного

самовизначення, здатна компетентно приймати рішення в нових для себе умовах та долати складні життєві обставини.

Предметом педагогіки як науки про виховання, навчання й освіти людини є обґрунтування найбільш ефективних шляхів соціалізації молодих поколінь. Його конкретизують у завданнях, серед яких розробка і впровадження теоретичних основ навчання і виховання; визначення змісту навчання і виховання; розробка ефективних методів і форм навчально-виховного процесу, однією з яких є інклюзивний туризм, що зумовлює потребу його теоретико-методичної розробки та практичного впровадження.

Соціалізація – це адаптація особистості до соціуму, процес засвоєння людиною готових форм і способів соціального життя, способів взаємодії із матеріальною та духовною культурою й одночасно вироблення власного соціального досвіду, свого стилю життя. Окремою галуззю наукового знання, що вивчає процес соціалізації особистості, є соціальна педагогіка, головними завданнями якої є вивчення ефективних умов соціалізації особистості в сучасному суспільстві; вивчення дії об'єктивних і суб'єктивних факторів соціального середовища, характеру їх впливу на формування особистості; дослідження закономірностей і перспектив соціально-педагогічної взаємодії особистості та середовища; розробка механізмів регулювання й корекції відносин особистості та суспільства [54].

Провідною функцією соціальної педагогіки є інтегративна. Отже, сферу соціально-педагогічних досліджень становить науково-практичний аналіз виховного потенціалу суспільства, напрями його актуалізації, визначення різних форм інтеграції суспільно-виховних зусиль, спрямованих на соціалізацію особистості.

Такою формою може стати інклюзивний туризм, який дозволяє залучити дитину з особливими освітніми потребами до соціальних відносин, створити умови, які допомагають їй пізнати соціальну дійсність і засвоїти позицію суб'єкта соціального життя. Необхідні наукові студії з

обґрунтування соціально-педагогічних умов успішної соціалізації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму.

Суміжною галуззю науки, яка досліджує виникнення, функціонування й розвиток психіки як форми активного відображення навколишньої дійсності, є психологія. Очевидною є роль психологічної практики як діагностично-корекційної та профілактичної роботи з людьми з інвалідністю для збереження їхнього психічного здоров'я та запобігання небажаних явищ у поведінці й розвитку, що досягається за допомогою специфічних психологічних методів, методик і технологій. Така практика вимагає від наукової психології не тільки наукових концепцій, теорій і більш глибокого розуміння свого предмета, а й дієвих методів, методик і технологій діагностичної, корекційної, профілактичної та інших видів роботи, методів впливу на об'єкт практикування [29].

Результатом наукових досліджень у психології є психологічні закони, закономірності, підходи, наукові факти, методи і принципи. Результат професійної діяльності в галузі психологічної практики – психологічно здорова, соціально адаптована й гармонійна особистість. У зв'язку з цим актуальним є теоретичне обґрунтування та впровадження методик, прийомів і технологій надання психологічної допомоги дітям та молоді з інвалідністю з урахуванням їхніх індивідуальних, вікових і соціальних особливостей, розуміння індивідуальності крізь призму їхніх специфічних життєвих обставин, життєвого шляху, проблем і перспектив.

З метою сприяння соціальному, духовному, моральному благополуччю, усебічному здоровому розвитку дитини заклади освіти забезпечують їй доступ до національних історико-культурних місць. Освітньо-виховна діяльність повинна базуватися на найкращих здобутках людства у сфері культури, на засадах моралі та добра, національних духовних традиціях, що актуалізує краєзнавчу діяльність. Укладачі сучасної «Енциклопедії освіти» (Київ, 2008) «шкільне (учнівське) краєзнавство» трактують як організовану й керовану педагогами діяльність учнів, складену з освітньо-пізнавальних,

пошуково-дослідних, практично-творчих компонентів і спрямовану на систематичне вивчення, збереження і відтворення культурної спадщини рідного краю [54].

Мету краєзнавчої діяльності конкретизують завдання, пріоритетними серед яких є інтелектуальний розвиток, формування особистісних якостей, збереження та зміцнення фізичного, психічного та соціального здоров'я особистості; створення сприятливих умов для самопізнання, самовизначення, розвитку здібностей та реалізації особистості [127].

Заслуговує на увагу наукове вивчення виховного впливу шкільного краєзнавства на вольову, емоційну й інтелектуальну сфери дітей та молоді, у тому числі з інвалідністю, а також обґрунтування функцій краєзнавства, зокрема освітньо-пізнавальної, виховно-розвивальної, соціалізаційної, культурно-дозвіллевої й оздоровчої.

Реабілітаційна географія – це напрям географічної науки, який передбачає інтеграцію основних реабілітаційних складових природного та антропогенного характеру для відновлення емоційного, фізичного, психологічного стану людини. Необхідний комплексний підхід до розв'язання питань інклюзивної реабілітації у вигляді соціально-психологічної, медичної, фізіологічної (оздоровчо-лікувальної) та рекреаційної допомоги різними видами інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму.

Реабілітаційна географія включає медичну географію – галузь медицини, що вивчає закономірності поширення хвороб людини в різних географічних зонах земної кулі; соціальну географію, до складу якої входить географія праці, загальносоціальну географію та географію споживання, проблеми сучасного способу життя людей; економічну географію, яка охоплює географію промисловості, сільського господарства, торгівлі, транспорту та загальноекономічні аспекти розвитку соціуму; географію населення, яка вивчає і досліджує розселення населення в містах і сільських

поселеннях, особливості трудових ресурсів і загальні суспільно-економічні закономірності [161].

Перспективними напрямами подальших наукових досліджень у галузі географії є оцінка реальної картини потенційного використання населенням реабілітаційних послуг з урахуванням наявного потенціалу, а також вивчення закономірностей формування та функціонування територіальних рекреаційних систем, що складаються з природних і культурних комплексів, інженерних споруд, які використовують для рекреації.

У сучасній науковій думці щодо соціального захисту людей з інвалідністю усталився *реабілітаційний напрям*, який передбачає комплексне, поетапне, відновне лікування патологічних станів та різноманітних захворювань. Процес реабілітації спрямований на всебічну допомогу особам з інвалідністю для досягнення ними максимально можливої за певної нозології фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності. Мета реабілітації – найбільш повне відновлення втрачених можливостей організму, а в разі неможливості – часткове відновлення або компенсація втрачених функцій і сповільнення прогресування захворювання.

Медична реабілітація є фундаментом реабілітаційного процесу, від її ефективності залежить застосування наступних видів реабілітації, їхня тривалість і обсяг. Завдання медичної реабілітації – відновлення здоров'я; запобігання ускладненням; відновлення або часткова чи повна компенсація втрачених функцій тощо.

Складовою частиною медичної реабілітації є фізична реабілітація, яка мобілізує сили організму, активізує його захисні й пристосувальні механізми, запобігає ускладненням, прискорює відновлення функцій органів та систем, адаптує до фізичних навантажень, відновлює працездатність [162].

На часі – отримання нових наукових даних, удосконалення методів профілактики та відновлювального лікування захворювань і травм, що сприятиме збереженню здоров'я, покращанню якості життя, скороченню

термінів тимчасової непрацездатності, зменшенню ускладнень та інвалідизації населення.

Таблиця 2

Методологічний рівень міждисциплінарного дослідження соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму

<i>Назва наукової дисципліни</i>	<i>Сфера наукового пізнання</i>	<i>Дослідницький потенціал щодо предмета дослідження</i>
<i>Інклюзивна освіта</i>	Вивчає особливості створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку	Інноваційною послугою інклюзивного закладу освіти є інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм, що потребує наукового обґрунтування впровадження в інклюзивне освітнє середовище
<i>Туризм/ туризмознавство</i>	Має важливе значення в житті людей, безпосередньо впливає на соціальну, культурну, освітню, політичну, економічну сфери, міжнародні зв'язки держав, забезпечує мир і міжнародне взаєморозуміння, відповідно розробляє теоретико-методологічні основи цілісної концепції туризму	Туризмознавство дає змогу з'ясувати функції туризму – культурологічні, світоглядні, виховні, реабілітаційні, що й потребує подальшого вивчення в межах предмета дослідження. Доцільно доповнити типологію туризму за ознаками спрямованості на потреби туристичної подорожі – інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм, спортивний, лікувальний, релігійний, пізнавальний та ін.
<i>Соціальна робота</i>	Досліджує вплив соціальних явищ, процесів і відносин на соціальне функціонування	Потребують наукового обґрунтування організаційні та змістові засади надання соціальної послуги інклюзивного туризму, а також висвітлення форм, методів і

	спільнот, груп чи окремих індивідів	підходів до проблеми надання професійної допомоги людям з інвалідністю різних нозологій
<i>Педагогіка</i>	Предметом педагогіки як науки про виховання, навчання й освіти людини є обґрунтування найбільш ефективних шляхів соціалізації молодих поколінь. Предмет конкретизують такі завдання: розробка й упровадження теоретичних основ процесу навчання і виховання; визначення змісту навчання і виховання; розробка ефективних форм і методів навчально-виховного процесу.	Актуалізується потреба в теоретичній розробці та практичному впровадженні інклюзивного туризму як форми організації виховного процесу.
<i>Соціальна педагогіка</i>	Вивчає соціалізацію особистості	Дієвою формою інтеграції суспільно-виховних зусиль, спрямованих на соціалізацію особистості, може стати інклюзивний туризм, який дає змогу залучити дитину з особливими освітніми потребами до соціальних відносин, створити умови, які допомагають їй пізнати соціальну дійсність і засвоїти позицію суб'єкта соціального життя. З цього виникає потреба подальших наукових студій з обґрунтування соціально-педагогічних умов успішної соціалізації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму.
<i>Психологія</i>	Галузь науки, яка	Актуалізуються питання

	досліджує виникнення, функціонування й розвиток психіки як форми активного відображення навколишньої дійсності.	теоретичного обґрунтування та впровадження методик, прийомів і технологій надання психологічної допомоги дітям та молоді з інвалідністю з урахуванням їхніх індивідуальних, вікових і соціальних особливостей, розуміння індивідуальності кожного крізь призму специфічних життєвих обставин, шляху, проблем і перспектив.
<i>Краєзнавство</i>		Існує потреба в науковому вивченні виховного впливу шкільного краєзнавства на волюву, емоційну й інтелектуальну сфери дітей та молоді, у тому числі з інвалідністю, та обґрунтування функцій, які виконує краєзнавство, зокрема освітньо-пізнавальної, виховно-розвивальної, соціалізаційної, культурно-дозвілєвої й оздоровчої.
<i>Реабілітаційна географія</i>	Напрямок географічної науки, який передбачає інтеграцію основних природних та антропогенних ресурсів та реабілітаційних складових для відновлення емоційного, фізичного, психологічного стану людини. Потрібен комплексний підхід до розв'язання питань інклюзивної реабілітації у вигляді соціально-психологічної, медичної, фізіологічної (оздоровчо-лікувальної) та	Перспективними напрямками подальших наукових досліджень із географії є оцінка реальної картини потенційного використання серед населення реабілітаційних послуг з урахуванням наявного потенціалу, вивчення закономірностей формування та функціонування територіальних рекреаційних систем, що складаються з природних і культурних комплексів, інженерних споруд, які використовують для рекреації

	рекреаційної допомоги різними видами інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму.	
<i>Реабілітаційний напрям</i>	Передбачає вивчення процесів комплексного, поетапного, відновлювального лікування патологічних станів та різноманітних захворювань.	Отримання нових наукових даних, удосконалення методів профілактики та відновлювального лікування захворювань і травм, що сприятиме збереженню здоров'я, покращанню якості життя, скороченню термінів тимчасової непрацездатності, зменшенню ускладнень та інвалідизації населення.

У дослідженнях теоретичних засад соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму міждисциплінарний підхід дозволяє синтезувати теорії інноваційних процесів із різних наукових сфер для моделювання інноваційних інклюзивних процесів і розробки технологій соціальної інтеграції та соціалізації людей з інвалідністю.

Такі міждисциплінарні дослідження спрямовані на пошук шляхів застосування теоретичних концепцій, розв'язання практичних проблем інклюзивної освіти, її соціально-психологічного компонента, отримання конкретних результатів у практиці інноваційної діяльності закладів освіти. У міждисциплінарному ракурсі соціально-психологічні аспекти інклюзії безпосередньо пов'язані із прикладними потребами освітньої галузі й охоплюють усі підструктури інноваційної діяльності: цілі, принципи, зміст, методи, засоби й форми.

Технологічний рівень інтеграції практико-орієнтованих знань спрямований на виявлення ефективних механізмів проектування, упровадження та застосування інклюзивного туризму як засобу соціально-психологічної реабілітації, розробку його методики, оптимальних форм діяльності та моніторингу їх ефективності.

Технологічний рівень проблеми дитячої інвалідності з позицій міждисциплінарності доцільно реалізовувати з урахуванням її медичного, соціального, морального та економічного значення.

Вивчення сучасного стану системи реабілітації засвідчує розмитість дій і відсутність координації в роботі як медичних організацій, так і різних установ з питань освіти, виховання, психологічного супроводу, соціальної підтримки дітей з інвалідністю та питань допомоги сім'ям, у яких виховуються такі діти, що в цілому негативно позначається на успішності їхньої соціальної адаптації та інтеграції.

Діти з інвалідністю часто мають проблеми, пов'язані із фізичною мобільністю та спілкуванням. Низький рівень психічного розвитку та ступеня їхньої самостійності, особливості їхньої поведінки призводять до того, що батьки свідомо маніпулюють послугами фахівців. Не маючи можливості виходити з дому, діти не отримують досвіду спілкування з іншими дітьми, із дорослими, а досвід переживання страждань від дорослих при відвідуванні закладів охорони здоров'я примушує бути осторонь від чужих людей. Ці фактори вмотивовують гостру необхідність постійного патронажного супроводу багатьох спеціалістів, а також пошуку ефективних технологій соціально-психологічної реабілітації.

Саме інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм є ефективною технологією комплексної реабілітації, що передбачає створення мультидисциплінарної реабілітаційної команди, яка складається із професіоналів з різних сфер: педагогів, психологів, соціальних педагогів і соціальних працівників, медиків, реабілітологів, інструкторів із туризму, краєзнавців тощо. Така практика має відбуватися в тісній співпраці із батьками дітей з інвалідністю, що найбільш реальним є в умовах інклюзивного туризму (*табл. 2*).

Для цього МОЗ України вводить нові посади «лікар фізичної і медичної реабілітації», «фізичний терапевт», «ерготерапевт», «асистент фізичного терапевта» та «асистент ерготерапевта». Відповідні зміни до наказу від

28 жовтня 2002 року № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад, посад молодших спеціалістів із фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я та посад фахівців у галузі охорони здоров'я у закладах охорони здоров'я» зареєстровано в Міністерстві юстиції України. За інформацією МОЗ, це дасть змогу сформувати мультидисциплінарні реабілітаційні команди та продовжити впровадження в Україні доказової реабілітації. Медична реабілітація входить до програми медичних гарантій згідно із законом України про «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Робота нових фахівців спрямована передусім не на саме захворювання чи травму пацієнта, а на роботу з усунення обмеження діяльності внаслідок цих захворювань чи травми. Вони за допомогою комплексу фізичних вправ та інших доказових методів забезпечать активну фізичну реабілітацію для поліпшення діяльності опорно-рухового апарату та організму в цілому, рівноваги, координації, збільшення сили, витривалості м'язів і вдосконалення вправності рухів, відновлення або компенсації порушених чи відсутніх функцій [121]. Уважаємо, що такі фахівці мають бути учасниками міждисциплінарної команди з упровадження інклюзивного туризму.

У мультидисциплінарних реабілітаційних командах повинна існувати ієрархічна філософія, філософія співпраці між фахівцями. Відносини між ними будуються на основі рівноправ'я. Робота команди ґрунтується на обміні знаннями між фахівцями з різним досвідом та прагненні співпрацювати над досягненням спільної мети. При цьому основними характеристиками ефективної співпраці є бажання працювати і відповідати за кінцеві результати та цінувати внесок кожного. Ефективною є співпраця, побудована на довірі та залученні всіх учасників цього процесу до розв'язання проблем. Інші характеристики ефективної співпраці містять чітке та погоджене всіма членами команди бачення майбутнього для дитини; відданість ідеї спільної

роботи, адже різні перспективи і здібності збільшують ефективність команди; взаємозалежність, що передбачає визначення спільних цілей [35].

Про значущість у реабілітації роботи міждисциплінарної команди йдеться в концептуальному міжнародному документі «Реабілітація 2030: заклик до дії», у розробці якого взяли участь представники більше 200 країн і в рамках якої були представлені Рекомендації ВООЗ до реабілітації в системах охорони здоров'я. Згідно з ними міждисциплінарні команди включають членів із різним професійним досвідом та над досягненням спільних цілей, використовуючи загальні стратегії. Робота в багатопрофільній команді і розуміння ролі колег є набагато ефективнішим, ніж залучення різних медичних фахівців. Важливими принципами успішної командної роботи є: відповідний набір знань і навичок для погодженого завдання; взаємна довіра і повага; готовність ділитися знаннями і досвідом; відкритість у спілкуванні [147].

Ефективність роботи такої міждисциплінарної команди визначають за допомогою комплексу методів, основними з яких є спостереження, аналіз конкретної ситуації, аналіз результатів діяльності, анкетування, тестування, метод незалежних характеристик, метод експертних оцінок, порівняльний аналіз, класифікація, систематизація, типологізація, шкалування, моделювання тощо.

У застосуванні цих методів є ряд особливостей, які необхідно враховувати під час соціально-психологічної реабілітації: на точність оцінки впливає рівень компетентності фахівців, рівень їх поінформованості; можливість допуску певної суб'єктивності в оцінці та висновках; аналіз отриманих результатів має ґрунтуватися не лише на формалізований результат обробки отриманих оцінок, але й на інтерпретацію цих результатів експертами. Для оцінки індивідуального розвитку дітей з ООП необхідно використовувати якісні показники, визначені міждисциплінарною командою.

А. Шевцов та Г. Хворова вважають, що міждисциплінарна взаємодія фахівців закладу, повинна бути відображена в наскрізному, єдиному

плануванні роботи усіх фахівців із регулярним плановим проведенням консилиумів – на противагу до чинної практики річного планування роботи кожного фахівця окремо (логопеда, психолога, корекційного педагога, фахівця з фізичної реабілітації тощо) [188].

Отже, міждисциплінарний підхід до практики соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю передбачає професійну співпрацю фахівців різних сфер, кожен з яких володіє відповідними професійними знаннями і набором специфічних компетенцій.

Рис. 3



Існує ще один рівень міждисциплінарного підходу до проблеми соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму – *організаційний*. Державна політика у сфері ювенології зорієнтована на забезпечення прав дітей та молодих людей з інвалідністю на повноцінну участь у громадському житті, отримання якісної освіти всіх рівнів, кваліфікованої медичної допомоги, на охорону здоров'я та реабілітацію, соціалізацію, юридичну допомогу, соціальний захист, доступне середовище тощо.

Значною проблемою функціонування системи реабілітації є розпорошеність останньої між кількома міністерствами, що через відсутність координації призводить до відсутності цілісності реабілітаційного процесу [126]. За інформацією оціночної місії ВООЗ, недостатня координація між окремими міністерствами, що реалізують політику у сфері реабілітації, та відповідно між різними реабілітаційними послугами призводить до недостатньої результативності [143].

У Рекомендаціях парламентських слухань на тему «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення» [143] (2015) звернуто увагу на нагальну потребу розроблення порядку супроводу дітей з особливими освітніми потребами від народження до повноліття та порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, освіти та соціального захисту населення під час супроводу таких дітей.

У травні 2020 р. Указом Президента України (№ 195/2020) схвалено *Національну стратегію розбудови безпечного і здорового освітнього середовища в новій українській школі*. Серед численних проблем функціонування закладів освіти – недостатнє використання ресурсів взаємодії та партнерства учасників освітнього процесу, закладів освіти і закладів охорони здоров'я, закладів культури, соціальних служб, правоохоронних органів, інших державних органів, органів місцевого самоврядування, громадських організацій, а також ресурсів волонтерської

допомоги за відповідними напрямками. Стратегічними цілями є міжсекторальна взаємодія та залучення соціальних інституцій – закладів охорони здоров'я, органів та установ у сферах молодіжної політики, спорту, соціального захисту, культури, правоохоронних органів, які співпрацюють для створення та забезпечення функціонування здорового, безпечного, розвивального, інклюзивного освітнього середовища. У закладі освіти на основі міждисциплінарної взаємодії та комплексного підходу за участю всіх учасників освітнього процесу формують та підтримують освітнє середовище, що відповідає потребам у розвитку, збереженні здоров'я та безпеці [117].

М. Коренєв вважає, що неперервність і етапність реабілітаційного процесу можуть бути забезпечені лише тоді, коли функціонує єдина система «заклад освіти – заклад охорони здоров'я – реабілітаційний центр» із залученням місцевих органів соціального захисту і медичних установ, громадських організацій [63].

Отже, забезпечення належної координації на трьох рівнях медичної допомоги, системи освіти, системи реабілітації та соціальних послуг, зокрема через рівні «грумада» – «область» – «інституції національного рівня», дозволяє задовольнити потреби вразливих громадян із залученням відповідних ресурсів.

В інклюзивному реабілітаційно-соціальному туризмі задіяні сфери, серед яких – організації охорони здоров'я, соціального обслуговування, заклади освіти, недержавні організації (Ст. 4 Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», Конвенції про права осіб з інвалідністю).

Охарактеризуємо кожну зі сфер, що дасть змогу визначити не лише внесок закладів медицини, соціального захисту, освіти та громадськості в реабілітацію людей з інвалідністю, а й сприятиме виявленню «точок дотику» у співпраці різних за профілем установ та організацій, забезпечить перспективне бачення єдиної спрямованості цих сфер та обґрунтування механізму цілісної системи комплексної реабілітації.

Державна політика у сфері охорони здоров'я зорієнтована на надання якісного медичного обслуговування, у тому числі людям з інвалідністю. МОЗ реалізує політику у сфері медичної реабілітації, зокрема забезпечення засобами медичного призначення. Інвалідність як ступінь втрати здоров'я визначають шляхом експертного обстеження в органах *медико-соціальної експертизи* (МСЕК) центрального органу виконавчої влади, а неповнолітніх – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів.

МСЕК має повноваження приймати експертне рішення про групу інвалідності кожного громадянина, якого визнано інвалідом; у Центрі медико-соціальної експертизи складають індивідуальну програму реабілітації (ІПР).

ІПР – це комплекс оптимальних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення, компенсацію порушених чи втрачених функцій організму. В ІПР зазначено конкретні заходи по реабілітації інваліда, передбачено їх послідовність, обсяги та терміни виконання. Спеціалісти МСЕ розробляють ІПР на основі плану реабілітаційних заходів, складених лікарем лікувально-профілактичного закладу, що лікує громадянина і направляє його для проходження медико-соціальної експертизи.

Індивідуальна програма реабілітації є обов'язковою для виконання державними органами, підприємствами (об'єднаннями), установами й організаціями. ІПР носить рекомендаційний характер для інваліда, який має право відмовитися від будь-якого виду, форми та обсягу реабілітаційних заходів, передбачених його індивідуальною програмою реабілітації.

Саме з ІПР необхідно звернутися до закладів соціальної сфери стосовно заходів психолого-педагогічної реабілітації за місцем проживання. Водночас Мінсоцполітики, реалізуючи повноваження щодо соціального захисту осіб з інвалідністю, координує діяльність, пов'язану з отриманням окремих реабілітаційних послуг, забезпеченням технічними та іншими засобами реабілітації. Міністерство, затверджуючи типові нормативні

документи, координує діяльність стаціонарних закладів соціального захисту (інтернатні заклади), які, окрім догляду, повинні надавати й реабілітаційні послуги [16]. Соціальний захист осіб з інвалідністю є складовою діяльності держави щодо забезпечення прав і можливостей осіб з інвалідністю нарівні з іншими громадянами. Він полягає в наданні соціальних послуг у формі соціального обслуговування та соціального забезпечення.

Через це інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм стає інноваційною соціальною послугою для особи з інвалідністю – потужним засобом активної реабілітації і складається із психологічних, педагогічних, фізичних, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових та медичних заходів.

Отже, за висновком МСЕК, інклюзивний туризм може бути рекомендований до ІПР, а заклади соціальної сфери, зокрема Управління праці та соціального захисту, до спектру соціальних послуг можуть включати таку соціальну послугу, створювати відповідні структурні підрозділи чи відділи [39].

Доцільно розглядати законодавчо-нормативні та організаційні основи інклюзії у сфері дитячого оздоровлення та відпочинку. Основну увагу варто приділяти осмисленню досвіду впровадження інклюзивного відпочинку та оздоровлення дітей у Державному підприємстві «Український дитячий центр «Молода гвардія» (у підпорядкуванні Міністерства соціальної політики України) і можливостей його використання для інклюзивного оздоровлення та відпочинку в Україні.

Актуальними є забезпечення доступності до об'єктів фізичного оточення шляхом придбання спеціалізованого транспорту для перевезень осіб з інвалідністю, які рухаються на візках, та інших маломобільних груп населення, а також розробка та впровадження туристичних маршрутів із урахуванням особливостей психологічного стану та потреб відвідувачів.

Послугу інклюзивного туризму вмотивовано доцільно впроваджувати в умовах *закладів освіти* всіх рівнів. Нормативно-правові акти України

декларують, що навчальні заклади надають освітні послуги особам з інвалідністю нарівні з іншими громадянами шляхом створення належного кадрового, матеріально-технічного забезпечення, розумного пристосування, що враховує індивідуальні потреби осіб з інвалідністю.

В останні десятиріччя активно формуються організаційні та змістові засади інклюзивного навчання – системи освітніх послуг, гарантованих державою, що базуються на принципах недискримінації, урахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників [128].

Для оптимізації процесів інклюзії у сфері освіти органи державної влади та органи місцевого самоврядування *утворюють інклюзивно-ресурсні центри* з метою забезпечення реалізації права на освіту та психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами. Згідно постанови КМУ від 21 липня 2021 р. внесено зміни до деяких постанов щодо організації навчання осіб з особливими освітніми потребами. Відповідно Інклюзивно-ресурсний центр є установою, що утворюється з метою забезпечення права осіб з ООП на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти, в тому числі у закладах професійної, фахової перед вищої та інших закладах освіти, які забезпечують здобуття освіти, шляхом проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку особи та забезпечення їх системного кваліфікованого супроводу [136]. Серед основних завдань інклюзивно-ресурсного центру визначено: надання рекомендацій закладам освіти щодо розроблення індивідуальної програми розвитку особи; надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових та інших послуг дітям з ООП тощо. На нашу думку, до переліку цих послуг вмотивовано доцільно віднести послугу інклюзивного туризму, яка має комплексний характер і сприяє соціалізації та соціальній інтеграції, з урахуванням індивідуальної програми реабілітації.

Важливим суб'єктом у наданні допомоги здобувачам освіти з особливими освітніми потребами є *психологічна служба*. У 2017 році

відбулося реформування психологічної служби системи освіти. На початку року наказом МОН України було затверджено нову структуру державної наукової установи «Інститут модернізації змісту освіти», до складу якої увійшов новий структурний підрозділ – відділ психологічного супроводу та соціально-педагогічної роботи. Відповідно до чинних нормативних документів у сфері освіти, психологічне забезпечення освітнього процесу в закладах освіти здійснюють практичні психологи, а соціально-педагогічний патронаж – соціальні педагоги.

Український державний центр національно-патріотичного виховання, краєзнавства і туризму учнівської молоді координує туристсько-краєзнавчу роботу та національно-патріотичне виховання в закладах освіти системи МОН. Серед завдань діяльності Центру – реалізація державної політики в галузі освіти засобами краєзнавства і туризму; координація освітньої діяльності закладів туристсько-краєзнавчого напрямку позашкільної освіти.

З огляду на інноваційність та комплексність інклюзивний туризм варто включити до спектру психолого-педагогічних послуг як комплексної системи заходів з організації освітнього процесу та розвитку особи з особливими освітніми потребами, передбачені індивідуальною програмою розвитку і які надають педагогічні працівники закладів освіти, реабілітаційних установ системи охорони здоров'я, соціального захисту, фахівці інклюзивно-ресурсного центру.

Діяльність держави щодо осіб з інвалідністю спрямована на створення правових, економічних, політичних, соціальних, психологічних та інших умов для забезпечення їхніх прав і можливостей нарівні з іншими громадянами для участі в суспільному житті.

Відповідно до ЗУ «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю» з метою забезпечення рівних прав і можливостей осіб з інвалідністю та їх соціального захисту, виявлення, усунення перепон і бар'єрів, що перешкоджають забезпеченню прав і задоволенню потреб таких осіб, у тому числі стосовно доступу їх нарівні з іншими громадянами до

об'єктів фізичного оточення, транспорту, інформації та зв'язку, а також з урахуванням індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів – до освіти, праці, культури, фізичної культури і спорту, надання соціальних послуг, залучення осіб з інвалідністю до суспільної діяльності, громадського контролю за дотриманням прав осіб з інвалідністю, представництва їхніх інтересів та усунення будь-яких проявів дискримінації осіб з інвалідністю, що мають право користуватися пільгами і преференціями, передбаченими законодавством, створюються громадські організації осіб з інвалідністю та їх спілки [15].

Особливість сучасних підходів у сфері соціального захисту полягає в об'єднанні зусиль громадськості, органів державної влади та державних наукових, освітніх установ щодо створення умов для задоволення та захисту конституційних прав людей з інвалідністю, їхніх законних, соціальних, економічних, творчих, національно-культурних та інших спільних інтересів; у пошукові, розробці та впровадженні інноваційних практик соціально-психологічної реабілітації людей з інвалідністю, що є важливою передумовою їх інтеграції як повноцінних і повноправних учасників суспільства. Саме співпраця між громадськими організаціями та державою має значний потенціал для розвитку соціально-гуманітарної сфери, підвищення якості соціальних послуг.

Упровадження соціальної послуги для дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму – взірець такої співпраці і реалізації сучасних вимог реформування системи соціального захисту в країні водночас.

Громадські організації не лише безпосередньо адресно надають соціальні послуги на рівні місцевої громади, а й вивчають потреби й очікування своїх членів, збирають і акумулюють інформацію про попит на такі послуги та зміни соціальної ситуації в місцевих громадах. Під час упровадження соціальної послуги інклюзивного туризму вони здійснюють профілактику негативних явищ, пов'язаних з інвалідністю, та сприяють їх

подоланню;допомагають сім'ям, які виховують дитину з інвалідністю, сприяють захисту соціально-психологічного здоров'я таких людей тощо. Громадські організації беруть участь у формуванні місцевих соціальних програм та плануванні розвитку системи соціальних послуг на місцевому рівні, здійснюють громадський контроль за якістю надання соціальної послуги та ефективністю місцевих соціальних програм.

Для посилення участі громадських організацій у наданні соціальних послуг потрібно шукати інноваційні форми роботи, працювати на випередження, моніторити потреби людей з інвалідністю, упроваджувати ефективні механізми соціальної підтримки в єдності державної влади, недержавного сектору, орієнтуватися на виявлення потенційних можливостей людей з інвалідністю для успішної соціальної інтеграції та соціалізації.

Така організаційна єдність і співпраця установ (Центрів медико-соціальної експертизи Міністерства охорони здоров'я України; Управління праці та соціального захисту населення, УДУ «Молода Гвардія» Міністерства соціальної політики України; закладів освіти всіх рівнів, інклюзивно-ресурсних центрів, психологічної служби, Українського державного центру національно-патріотичного виховання, краєзнавства і туризму учнівської молоді Міністерства освіти і науки України; громадських організацій інвалідів та їхніх спілок)щодо соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю сприяє підвищенню якості реабілітаційної допомоги шляхом надання людині з обмеженими можливостями ефективної, своєчасної, достатньої соціальної послуги інклюзивного туризму, спрямованої на конкретну особу, на її повноцінну інтеграцію в суспільство (рис. 4).



Отже, міждисциплінарний підхід спроможний забезпечити комплексне обґрунтування і розробку функціонування системи соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму на методологічному, технологічно-практичному й організаційному рівнях.

Мета методологічного рівня полягає в інтеграції закономірностей і принципів, взаємодоповненні різних концепцій і методів наукового пізнання сутності та джерел зародження, становлення й утвердження інклюзії в освіті, упровадження інноваційних практик і технологій соціально-психологічної реабілітації. У процесі міждисциплінарного синтезу потребують розв'язання питання дифузії в освітню інклюзію понять, концепцій, моделей, принципів, методів, онтологічних уявлень з інших наукових галузей (інклюзія, туризм, соціальна робота, педагогіка, соціальна педагогіка, психологія, краєзнавство,

реабілітаційна географія, медична реабілітація тощо), доцільності й правомірності їх застосування для розробки інноваційних теорій і технологій соціально-психологічної реабілітації.

Технологічний рівень інтеграції є практичним утіленням концепцій, теорій, систем у форматі міждисциплінарної команди, до складу якої входять педагоги, психологи, соціальні педагоги і соціальні працівники, медики, реабілітологи, інструктори з туризму, краєзнавці та батьки.

Організаційний рівень передбачає вироблення єдиної мети роботи для різнопрофільних установ та закладів (Центри медико-соціальної експертизи Міністерства охорони здоров'я України; Управління праці та соціального захисту населення, Державне підприємство «УДЦ Молода гвардія» Міністерства соціальної політики України; заклади освіти всіх рівнів, інклюзивно-ресурсні центри, психологічна служба, Український державний центр національно-патріотичного виховання, краєзнавства і туризму учнівської молоді Міністерства освіти і науки України; громадські організації інвалідів та їхні спілки) у наданні комплексної реабілітаційної допомоги для людей з інвалідністю.

Отже, загальнотеоретичне осмислення ключових питань соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму можливе лише за умови використання міждисциплінарного підходу, який забезпечує фундаментальний аналіз, інтерпретацію та інтеграцію знань, використання різних методів пізнання, чим забезпечує перехід до нового етапу її розвитку, адекватного сучасній динаміці соціальних відносин.

2.2. Нормативно-правові засади впровадження інклюзивного туризму як засобу реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами

Конвенція ООН про права дитини (1989) стаття 23 визначає, що неповноцінна в розумовому або фізичному відношенні дитина може вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють формуванню почуття впевненості в собі і активній участі в житті суспільства. Допомога такій дитині передбачає забезпечення ефективного доступу до послуг у галузі освіти, професійної підготовки, медичного обслуговування, відновлення здоров'я, підготовки до трудової діяльності та доступу до засобів відпочинку так, щоб найбільш повно, за можливості, залучити дитину до соціального життя і сприяти її культурному та духовному розвитку. Отже, кожна дитина має право на рівень життя, необхідний для її фізичного, розумового, духовного, морального і соціального розвитку.

Важливим ресурсом досягнення такого завдання є освіта, яка повинна бути спрямована на розвиток особистості, талантів, розумових і фізичних здібностей дитини; виховання поваги до батьків дитини, її культурної самобутності, мови і національних цінностей країни, у якій дитина проживає, країни її походження та до цивілізацій, відмінних від її власної; виховання поваги до навколишньої природи тощо.

Дитина має право на відпочинок і дозвілля, участь у культурному і творчому житті шляхом сприяння наданню їй відповідних і рівних можливостей для культурної і творчої діяльності, дозвілля і відпочинку.

У *«Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю»* (1993) підкреслено, що одним із головних завдань соціально-економічного розвитку є забезпечення всім особам з інвалідністю доступу до всіх сфер життя суспільства.

Поглиблене розуміння цієї проблеми є частиною освітніх та реабілітаційних програм і заходів для дітей з особливими освітніми потребами.

Під терміном «реабілітація» розуміємо допомогу людям з інвалідністю у досягненні оптимального фізичного, інтелектуального, психічного та соціального рівня діяльності і підтримки шляхом надання ресурсів для зміни життя і розширення меж їхньої незалежності. Держава має надати людям з інвалідністю послуги з реабілітації, щоб вони могли досягнути оптимальний рівень самостійності і життєдіяльності й підтримувати його. В основі таких послуг повинні лежати фактичні потреби людей з інвалідністю і принципи всебічної участі в житті суспільства, зокрема, шляхом здобуття освіти на всіх рівнях, а також залучення до участі в культурному житті та відпочинку на рівних можливостях.

У *«Конвенції про права осіб з інвалідністю»* (2006) визначено, що особами з інвалідністю є особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які через певні бар'єри не можуть повно та ефективно брати участь у житті суспільства нарівні з іншими.

У Конвенції вказано, повноцінна участь осіб з інвалідністю в суспільному житті – це цінний нинішній і потенційний внесок у загальний добробут, що дасть можливість досягти значних успіхів у людському, соціальному та економічному розвитку суспільства.

Щоб надати особам з інвалідністю можливість досягнути та зберегти максимальну незалежність, розвинути фізичні, розумові, соціальні та професійні здібності, вповні включитися в усі аспекти життя, необхідно забезпечити їм не тільки здобуття освіти, а й систему ефективних і належних реабілітаційних заходів, особливо у сфері охорони здоров'я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування.

З огляду на важливість забезпечення доступності фізичного, соціального, економічного та культурного оточення, охорони здоров'я та

освіти, необхідно забезпечити посильну участь у культурному житті, проведенні дозвілля й відпочинку. Особи з інвалідністю мають право на доступ до творів культури в доступних форматах; доступ до таких місць культурних заходів чи послуг, як театри, музеї, кінотеатри, бібліотеки й туристичні послуги, доступ до пам'ятників і об'єктів, що мають національну культурну значущість; можливість розвивати й використовувати свій творчий, художній та інтелектуальний потенціал не тільки для себе, а й для збагачення всього суспільства.

Держава має забезпечувати доступ до рекреаційних і туристичних об'єктів; до участі в іграх, проведенні дозвілля та відпочинку, спортивних заходах, зокрема заходах у рамках шкільної системи.

Окрім того, у рекомендаціях ЮНІСЕФ 2013 року «The State of the World's Children – Children with Disabilities» наголошено на необхідності проведення рішучих дій з метою боротьби зі стигматизацією; ліквідації практики направлення дітей з обмеженнями життєдіяльності в спеціалізовані стаціонарні заклади; спеціальної підтримки сімей дітей з обмеженнями життєдіяльності; покращення якості й доступності реабілітаційних послуг; формування інклюзивного середовища [61].

У 2021 р. Уряд затвердив *Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю на період до 2025 року*, який допоможе скоординувати роботу центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій щодо подальшої імплементації та реалізації Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю та підвищити ефективність дій щодо захисту і забезпечення повного та рівного користування особами з інвалідністю всіма правами людини та основоположними свободами. Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю на період до 2025 року ґрунтується на рекомендаціях, викладених у Стратегії Ради Європи про права осіб з інвалідністю на 2017–2023 роки, щорічній доповіді Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, звіті громадських об'єднань людей з

інвалідністю «Включення і рівність», підготовленому громадською спілкою «Всеукраїнське об'єднання Національна асамблея людей з інвалідністю України» за підтримки Посольства Великої Британії в Україні [119].

Відповідно до *Цілей сталого розвитку на 2016–2030 рр.* визначальною є четверта ціль «Забезпечення всеохоплюючої і справедливої якісної освіти та заохочення можливості навчання впродовж усього життя для всіх», яка передбачає, що до 2030 року кожна країна-учасниця повинна ліквідувати гендерну нерівність у сфері освіти і забезпечити рівний доступ до освіти та професійно-технічної підготовки всіх рівнів для уразливих груп населення, у тому числі інвалідів, представників корінних народів і дітей, які перебувають в уразливому становищі. Кожен заклад освіти повинен враховувати особливі потреби інвалідів і гендерні аспекти та забезпечувати безпечне, вільне від насильства і соціальних бар'єрів та ефективне середовище навчання для всіх.

Здобуття незалежності держави ознаменувалося прийняттям основного Закону – *Конституції України*, де стверджується рівність прав усіх людей, незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, від мовних та інших ознак. У Конституції визначено та закріплено основні права людини, серед яких – право на освіту (стаття 53), право на соціальний захист (стаття 46) та ін. [60].

Завданням законодавства про охорону дитинства є розширення соціально-правових гарантій дітей, забезпечення фізичного, інтелектуального, культурного розвитку молодого покоління, створення соціально-економічних і правових інститутів з метою захисту прав та законних інтересів дитини в Україні.

Відповідно до Закону України «*Про охорону дитинства*» (2001) на рівні держава повинна забезпечити належні умови для гарантування безпеки, охорони здоров'я, навчання, виховання, фізичного, психічного, соціального, духовного та інтелектуального розвитку дітей, їх соціально-психологічної адаптації та активної життєдіяльності, зростання в сімейному оточенні в атмосфері миру, гідності, взаємоповаги, свободи та рівності.

Ключовими поняттями Закону є дитина з інвалідністю – дитина зі стійким розладом функцій організму, спричиненим захворюванням, травмою або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що зумовлюють обмеження її нормальної життєдіяльності та необхідність додаткової соціальної допомоги і захисту.

Разом з тим, причина інвалідності є підставою віднесення такої категорії дітей до таких, яка перебувають у складних життєвих обставинах - умовах, що негативно впливають на її життя, стан здоров'я та розвиток і зумовлюють необхідність соціального захисту.

Серед визначених гарантій та основних прав дітей стаття 20 цього Закону передбачає залучення дитини до національної та світової культури з метою сприяння соціальному, духовному, моральному благополуччю, всебічному здоровому розвитку дитини, сприяння розвитку індивідуальної та колективної творчості дітей.

Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (1991) гарантує людям з інвалідністю рівні з усіма іншими громадянами можливості для участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства, створення необхідних умов, що дають змогу особам з інвалідністю ефективно реалізувати права та свободи людини і громадянина та вести повноцінний спосіб життя згідно з індивідуальними можливостями, здібностями та інтересами.

Закон декларує, що особа з інвалідністю є особою зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності. Держава зобов'язана створити для неї умови реалізації прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити їй соціальний захист. Діяльність держави щодо осіб з інвалідністю виявляється у створенні правових, економічних, політичних, соціальних, психологічних та інших умов для забезпечення їхніх прав і можливостей нарівні з іншими громадянами для участі в суспільному житті та полягає у виявленні, усуненні перепон і бар'єрів, що перешкоджають забезпеченню прав і задоволенню потреб, у тому числі

стосовно доступу до об'єктів громадського та цивільного призначення, благоустрою, транспортної інфраструктури, дорожнього сервісу (далі – об'єкти фізичного оточення), транспорту, інформації та зв'язку, а також з урахуванням індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів – до освіти, праці, культури, фізичної культури і спорту тощо.

Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (2006) відповідно до Конституції України визначає основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації наслідків, спричинених стійким порушенням здоров'я, функціонування системи підтримання особами з інвалідністю фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності.

Реабілітація осіб з інвалідністю - це система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення.

Для реалізації цієї системи існують реабілітаційні послуги (послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство) та реабілітаційні заходи (комплекс заходів, спрямованих на реабілітацію осіб з інвалідністю).

Серед реабілітаційних заходів виокремлено психологічні, мета яких – психокорекція якостей і функцій особи з інвалідністю, її мотивація до життєдіяльності та праці, профілактика негативних психічних станів, навчання прийомів і методів психологічної саморегуляції; соціальні, які передбачають соціально-побутову адаптацію і соціально-середовищну орієнтацію, забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення; психолого-педагогічні, які передбачають психологічну і педагогічну

корекцію розвитку; фізкультурно-спортивні, що передбачають фізкультурно-спортивну підготовку та адаптацію, організацію і проведення фізкультурно-оздоровчих і спортивних занять; та ін.

Основними формами реабілітаційних заходів є надання реабілітаційних послуг; забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення; матеріальне забезпечення.

У грудні 2020 року прийнято *Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»* [40], який визначає правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я. Законом запроваджено функціонування сучасної системи «реабілітації у сфері охорони здоров'я» (health-related rehabilitation), тобто надання якісної реабілітаційної допомоги безпосередньо в закладах охорони здоров'я на початку захворювання або травми. Цей Закон у сфері охорони здоров'я регулює реабілітацію осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, проте його необхідно враховувати в провадженні інклюзивного туризму для забезпечення безперервності реабілітаційного процесу.

Визначає механізм надання особам з інвалідністю послуг із комплексної реабілітації *Постанова КМУ від 31 січня 2007 р. № 80 «Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації)»*.

Указом Президента України від 2 червня 2021 р. № 225/2021 затверджено *«Стратегію людського розвитку»*, яка визначає цілі та основні завдання, що стоять перед державою у сфері людського розвитку як на пряму забезпечення національної безпеки України, а також індикатори досягнення цілей, що забезпечує можливість проведення моніторингу, ефективного планування, належного оцінювання соціальних інвестицій у людський потенціал. Мета Стратегії – створення умов для всебічного розвитку людини протягом життя, розширення можливостей реалізації потенціалу і свободи особистості, її громадянської активності заради

формування згуртованої спільноти громадян, здатних до активної творчої співучасті в гармонійному, збалансованому та сталому розвитку держави [172].

Досягнення цієї мети передбачає покращення таких основних показників людського розвитку, як тривалість життя, доступ до високоякісних фізкультурно-спортивних послуг, доступ до якісної освіти протягом життя, гідний рівень життя, оптимізація зв'язку між економічним зростанням і людським розвитком, зокрема шляхом збільшення інвестицій у якісне оновлення інфраструктури ключових сфер людського розвитку, розбудови соціальної сфери та справедливого розподілу економічних ресурсів. Для нашого дослідження важливою є Стратегічна ціль 2. «Розбудова освіченого, добродісного, інклюзивного та інноваційного суспільства, у якому кожен громадянин має рівні можливості для навчання та розвитку, а наука є складовою економічного розвитку» та Стратегічна ціль 4 «Підвищення рівня життя, активізація зайнятості та забезпечення соціальної підтримки населення», складовою якого є оперативна ціль 4.7 «Забезпечення інтеграції осіб з інвалідністю у суспільство», серед завдань якої – «удосконалення системи надання особам з інвалідністю та дітям з інвалідністю реабілітаційних послуг» [172].

Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» (2001) визначає організаційні і правові засади соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю. Сфери соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю є – громадська; економічна; освітня; виховна; культурна; оздоровча.

Основними соціальними послугами, що надаються сім'ям, дітям та молоді, є соціальна профілактика, соціальна реабілітація, соціальний супровід, консультування. Відповідно соціальна реабілітація передбачає проведення заходів, спрямованих на оптимізацію й коригування ставлення сімей, дітей та молоді до відповідального батьківства, формування в них навичок самообслуговування, самостійного проживання та інтеграції в суспільство. Серед

основних напрямів державної політики у сфері соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю є інтеграція в суспільство дітей та молоді з інвалідністю.

ЗУ «Про основні засади молодіжної політики» (2021 р.) визначає мету, завдання, основні засади, напрями та механізми реалізації молодіжної політики в Україні, гарантії участі у її формуванні та реалізації, особливості організаційних і правових засад утворення та діяльності молодіжних та дитячих громадянських об'єднань. Метою молодіжної політики є створення умов для самореалізації та розвитку потенціалу молоді в Україні, підвищення рівня її самостійності та конкурентоспроможності, забезпечення активної участі молоді в суспільному житті. Держава у визначеному законом порядку сприяє створенню умов для забезпечення соціальних гарантій, створення механізмів соціалізації та інтеграції молоді в суспільні процеси, соціального захисту та підтримки молодих осіб. Завданнями молодіжної роботи є розвиток волонтерства, вуличних культур, неформальних молодіжних об'єднань, програм національних та міжнародних обмінів, молодіжного туризму; упровадження інклюзивного підходу та забезпечення рівного доступу кожної молодої особи до якісних послуг та можливостей молодіжної роботи [37].

Постановою КМУ № 579 від 2.06.2021 р. затверджено *Державну цільову соціальну програму «Молодь України» на 2021–2025 рр.*, мета якої – створення можливостей для самореалізації та розвитку потенціалу молоді в Україні, її участі та інтеграції в суспільне життя. Серед завдань і передбачених заходів, виокремленні й такі, що забезпечують упровадження інклюзивного підходу та забезпечення рівних прав, а також доступу до послуг і можливостей, інформації для різних категорій молоді, насамперед для молоді з інвалідністю. Очікувані результати від Програми є досить широкими. Виконання Програми забезпечить також підвищення рівня поінформованості суспільства про потреби молоді з числа осіб з інвалідністю та підвищення ступеня її інтеграції; збільшення відсотка молоді з інвалідністю, яка бере участь у діяльності інститутів громадянського суспільства та молодіжних центрів, має досвід волонтерської діяльності, користується формами безпосередньої участі [136].

У ЗУ «Про соціальні послуги» (2003) реабілітацію включено до переліку соціальних послуг і визначено як «систему медичних, професійних, соціальних заходів, спрямованих на надання особам, які перебувають у складних життєвих обставинах, допомоги у відновленні ними порушених функцій організму, компенсації обмежень життєдіяльності та підтриманні оптимального фізичного, інтелектуального, психічного, соціального рівнів і якості для досягнення соціальної і матеріальної незалежності, соціально-професійної адаптації та інтеграції в суспільство». У 2012 році до ЗУ «Про соціальні послуги» було внесено зміни, зокрема вилючено визначення терміну «реабілітація», натомість у «Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати» з'явився термін «соціальна реабілітація»: «навчання, формування, розвиток та підтримка соціально-побутових навичок (самообслуговування, комунікації, позитивної поведінки, приготування їжі, користування грошима, орієнтування тощо); допомога в забезпеченні технічними засобами реабілітації, навчання навичкам користування ними; психологічна підтримка; організація дозвілля, спортивно-оздоровчої, технічної та художньої діяльності, працетерапія; арт-терапія; надання інформації з питань соціального захисту населення» [41].

З 1 січня 2020 р. вступив у дію новий Закон України «Про соціальні послуги» (2019), який визначив складні життєві обставини як обставини, що негативно впливають на життя, стан здоров'я та розвиток особи, функціонування сім'ї, які особа/сім'я не може подолати самостійно. До чинників, що зумовлюють складні життєві обставини, віднесено інвалідність. Відповідно соціальні послуги – дії, спрямовані на профілактику складних життєвих обставин, подолання таких обставин або мінімізацію їх негативних наслідків для осіб/сімей, які в них перебувають. Соціальні послуги спрямовані на реалізації триєдиної мети: профілактику складних життєвих обставин; подолання складних життєвих обставин; мінімізацію негативних наслідків складних життєвих обставин. Реабілітації серед базових соціальних

послуг не визначено, а що стосується соціального захисту людей з інвалідністю, то передбачені такі: фізичний супровід осіб з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарата та пересуваються на кріслах колісних, порушення зору; переклад жестовою мовою; супровід під час інклюзивного навчання тощо [41].

Відповідно до частини п'ятої статті 16 Закону України «Про соціальні послуги» наказом Міністерства соціальної політики України від 23 червня 2020 р. за № 643/34926 затверджено *Класифікатор соціальних послуг* [139].

Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 рр. передбачає, що органи місцевого самоврядування забезпечують розвиток соціальних, медичних, освітніх, реабілітаційних послуг для дітей та сімей з дітьми, можуть виділяти необхідні для цього фінансові та кадрові ресурси [116].

У *Рекомендаціях парламентських слухань на тему «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення»* (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2015, № 10, ст.67) передбачено забезпечення розроблення порядку супроводу дітей з особливими освітніми потребами від народження до повноліття, а також порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, освіти та соціального захисту населення під час супроводу таких дітей.

У жовтні 2010 року Міністерство освіти і науки України затвердило *«Концепцію розвитку інклюзивної освіти»*, яка передбачає необхідне навчально-методичне забезпечення освітнього процесу в умовах інклюзивного навчання та здійснення відповідних інституційних змін.

На виконання поставлених завдань у серпні 2011 року Кабінет Міністрів України затвердив *«Порядок організації інклюзивного навчання в загальноосвітніх навчальних закладах»*.

Так, у Законі України *«Про освіту»* (2017) визначено, що інклюзивне навчання – це система освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах недискримінації, урахування багатоманітності людини,

ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників.

Задля підтримки інклюзивної освіти у 2018 р. в державі створено Інклюзивно-ресурсні центри щодо застосування сучасних методик проведення комплексної оцінки, надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг, адаптації освітніх програм до потреб дітей з особливими освітніми потребами, розробки індивідуальної програми розвитку й з інших питань у межах своєї компетенції та ін. (*Положення про ресурсний центр підтримки інклюзивної освіти, постанова КМУ від 22 серпня 2018 р. № 617*).

Безпосередня організація інклюзивного навчання в закладах освіти здійснення командою психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами закладу освіти. *Примірне положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми в закладі загальної середньої та дошкільної освіти затвердженого наказом МОН від 8.06.2018 № 609*.

15 вересня 2021 р. постановою КМУ № 957 затверджено новий *Порядок організації інклюзивного навчання в закладах загальної середньої освіти*. Відповідна постанова набуде чинності з 1 січня 2022 року. Цей Порядок визначає організаційні засади інклюзивного навчання учнів з особливими освітніми потребами за інституційною (очною (денною) формою здобуття освіти у закладах загальної середньої освіти. Відповідно керівник закладу освіти на підставі заяви одного з батьків (інших законних представників) учня та висновку про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини, що надається інклюзивно-ресурсним центром, утворює інклюзивний клас та організовує інклюзивне навчання з урахуванням рівня підтримки, рекомендованого інклюзивно-ресурсним центром. Для учнів, які потребують підтримки в освітньому процесі, керівник закладу освіти формує команду психолого-педагогічного супроводу та забезпечує її роботу в закладі освіти. Учням відповідно до рівня підтримки та індивідуальної програми розвитку надаються психолого-педагогічні та

корекційно-розвиткові послуги (допомога) у вигляді занять. Психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові заняття можуть проводитися в індивідуальній чи груповій формі [142].

Порядком передбачено, що за наявності в закладі освіти кількох класів із здобувачами освіти одного року навчання учні розподіляються пропорційно між такими класами з урахуванням обсягу тимчасової або постійної підтримки учнів з ООП (усі рівні підтримки): не більше одного учня, який потребує четвертого чи п'ятого рівня підтримки; не більше двох учнів, які потребують третього рівня підтримки; не більше трьох учнів, які потребують другого рівня підтримки [120].

Якщо в учнів виникають незначні, поодинокі труднощі, які можна подолати зусиллями закладу освіти, їм може надаватися підтримка першого рівня. Якщо зусиль закладу освіти буде недостатньо, батькам буде рекомендовано звернутися до інклюзивно-ресурсного центру для проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку особи з метою визначення її особливих освітніх потреб. Вже тоді визначатиметься, який рівень підтримки під час освітнього процесу може надаватися такому учню. Зокрема, другий рівень надається учням, які мають труднощі II ступеня прояву (труднощі легкого ступеня прояву). Третій – надається учням, які мають труднощі III ступеня прояву (труднощі помірного ступеня прояву). Відповідно, четвертий – особам з ООП, які мають труднощі важкого ступеня прояву. Учням із найважчими ступенями прояву надається п'ятий рівень [120].

Закон України «Про вищу освіту» (2014) декларує, що особа з особливими освітніми потребами – це особа з інвалідністю, яка потребує додаткової підтримки для забезпечення здобуття вищої освіти; зокрема тому навчальні заклади зобов'язані створити та забезпечити рівні умови доступу до вищої освіти, зокрема забезпечити осіб з особливими освітніми потребами спеціальним навчально-реабілітаційним супроводом та створити для них вільний доступ до

інфраструктури ЗВО з урахуванням обмежень життєдіяльності, зумовлених станом здоров'я.

Інклюзивне навчання в закладах вищої освіти організують згідно з постановою КМУ від 10.07.2019 р. № 635 *«Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання осіб з особливими освітніми потребами у закладах вищої освіти»*.

Відповідно до чинного законодавства необхідними умовами якісного інклюзивного навчання є визначення особливих освітніх потреб дитини; підвищення кваліфікації педагогічних працівників; створення інклюзивного освітнього середовища; надання освітніх, психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг; забезпечення учнів спеціальними засобами корекції психофізичного розвитку; здійснення психолого-педагогічного супроводу дитини протягом усього періоду навчання із обов'язковим залученням батьків до освітнього процесу.

У 2020 р. прийнято Закон України *«Про повну загальну середню освіту»*, який вирізняється новими підходами до організації освітнього процесу.

Серед основних з'явився термін «доступність повної загальної середньої освіти», якою позначають як сукупність умов, що сприяють задоволенню освітніх потреб осіб та забезпечують кожній особі можливість здобуття повної загальної середньої освіти відповідно до державних стандартів, у тому числі наявність достатньої кількості закладів освіти, що забезпечують безоплатне здобуття повної загальної середньої освіти, відсутність дискримінації за будь-якою ознакою чи обставиною, надання учням підтримки в освітньому процесі.

Для організаційно-змістового провадження цього процесу заявлений II Розділ Закону, до якого входять такі статті: Стаття 6. Право на здобуття повної загальної середньої освіти. Стаття 7. Заборона дискримінації у сфері загальної середньої освіти. Стаття 8. Забезпечення територіальної

доступності. Стаття 9. Забезпечення рівного доступу до здобуття повної загальної середньої освіти.

Без перебільшення цей Закон відповідає вимогам сьогодення щодо створення умов для здобуття освіти осіб з ООП.

У травні 2020 р. схвалено Указом Президента України (№ 195\2020) *Національну стратегію розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі*. Розроблення Національної стратегії зумовлене необхідністю побудови безпечного та здорового освітнього середовища в новій українській школі для забезпечення прав дітей на освіту, охорону здоров'я, створення умов для надання учням якісних освітніх та медичних послуг. Формування безпечного та здорового освітнього середовища сприятиме кращій реалізації інтелектуального, фізичного, соціального та емоційного розвитку учнів, їх потенціалу, а також матиме позитивний вплив на стан громадського здоров'я, економіки та демографії в цілому в Україні.

Метою Національної стратегії є формування безпечних, комфортних та здорових умов навчання в закладах освіти, освітнього середовища, яке забезпечує набуття учнями компетентностей, необхідних для життя, формування культури безпечної та здорової поведінки. Стратегічними цілями є ефективне психологічне забезпечення освітнього процесу – створення в закладі освіти умов, що сприяють охороні психічного здоров'я учнів та педагогів, надання їм психологічної та соціально-педагогічної підтримки; безпечність, доступність та інклюзивність освітнього середовища – у закладі освіти створені умови, що забезпечують належні та безпечні умови навчання, виховання, розвитку учнів, формування в них гігієнічних навичок та засад здорового способу життя, створені умови фізичної та психологічної безпеки учнів, з урахуванням їх потреб та можливостей, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх дітей, у тому числі з особливими освітніми потребами. Для реалізації стратегічних цілей Національної стратегії необхідно створити сучасне, розвивальне, безпечне, комфортне та

інклюзивне освітнє середовище, яке сприяє збереженню та зміцненню здоров'я, захисту від небезпек, підвищенню рухової активності дітей [117].

У 2021 р. затверджено *Національну стратегію у сфері прав людини* для вдосконалення діяльності держави щодо утвердження та забезпечення прав і свобод людини, створення дієвих механізмів їх реалізації та захисту, розв'язання системних проблем у зазначеній сфері. Стратегія спрямована на об'єднання суспільства з питань щодо розуміння цінностей прав і свобод людини, що забезпечуються та захищаються на основі принципів рівності та недискримінації. Метою Стратегії є забезпечення пріоритетності прав і свобод людини як визначального чинника під час формування та реалізації державної політики, здійснення повноважень органів державної влади та органів місцевого самоврядування, ведення господарської діяльності [118].

Серед стратегічних напрямів заслуговує на увагу восьмий напрям «Запобігання та протидія дискримінації». Стратегічна ціль у межах цього напрямку – функціонування ефективною системи запобігання та протидії дискримінації в Україні. Завданнями, спрямованими на досягнення цієї цілі, є запровадження відповідних та своєчасних позитивних дій на державному, регіональному та місцевому рівнях у сфері запобігання та протидії дискримінації; забезпечення дотримання і впровадження органами державної влади та органами місцевого самоврядування принципу недискримінації в усіх сферах життя суспільства, культури поваги до різноманітності; забезпечення безперешкодного доступу осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення до об'єктів фізичного оточення, транспорту, інформації та зв'язку, а також з урахуванням індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів – до освіти, праці, культури, фізичної культури і спорту [118].

Сімнадцятий напрям «Забезпечення права на освіту» визначає стратегічну ціль: кожен має рівний доступ до якісної освіти, що здобувається в умовах безпечного освітнього середовища та зміст якої включає, серед іншого, формування в учасників освітнього процесу поваги до прав людини,

її гідності, засад демократії, ненасильницької культури та культури доброчесності. Для досягнення цілі необхідно реалізувати такі завдання: забезпечити імплементацію принципів ненасильницької поведінки та недискримінації в освітній процес у закладах освіти, дитячих закладах оздоровлення та відпочинку, формування в усіх учасників процесу цінностей та навичок толерантної поведінки, спілкування та взаємодії, удосконалення діяльності шкільної психологічної служби; запровадити систему освітніх послуг та відповідного інклюзивного освітнього середовища у закладах освіти для можливості реалізації особами з особливими освітніми потребами права на якісну та доступну освіту [118].

Розробка освітніх та реабілітаційних програм має враховувати ключові засади *Програми діяльності Кабінету Міністрів України на 2020-2025 рр.*, серед яких ключовою засадою є якість освіти та культурний рівень, оскільки вони забезпечують належний розвиток людського капіталу, що є передумовою економічного розвитку держави.

Аналіз існуючої ситуації у сфері освіти дозволив констатувати, що потребує оновлення зміст освіти, підходи до організації освітньої діяльності, методики навчання, культури оцінювання та освітній простір, які є застарілими та не дають можливості здобувати ключові компетентності для освіти впродовж життя, а також наскрізні вміння для успішного життя (критичне та творче мислення, уміння розв'язувати складні проблеми, співпраця з іншими, емоційний інтелект та інші) учнів та учениць, у т.ч. з особливими освітніми потребами.

Ціллю 1.2. визначено: «Випускники школи є самодостатніми, творчими та креативними особистостями, які мають ґрунтовні знання та володіють компетентностями, необхідними в сучасному світі».

Підцілі:

1. Оновлений зміст освіти і методики навчання відповідають потребам формування ключових компетентностей для життя

2. Кваліфіковані педагогічні працівники є вмотивованими до педагогічної діяльності та професійного розвитку, володіють сучасними методиками навчання. Соціальний статус педагога є привабливим.

3. Мережа шкіл спроможна надавати якісну освіту всім дітям, незалежно від місця їхнього проживання.

4. Здобувачі освіти навчаються в безпечному, сучасному, комфортному, *інклюзивному* та мотивувальному освітньому середовищі.

5. Випускниці та випускники свідомо й зважено обирають професію, розуміючи перспективи, які дає завершення того чи того рівня освіти.

Отже, пропонований курс політики до 2025 р. передбачає, що здобувачі освіти будуть навчатися в безпечному, сучасному, комфортному, *інклюзивному* та мотивувальному освітньому середовищі. У рамках забезпечення доступності мережі закладів освіти для здобуття дітьми з ООП повної загальної середньої освіти до 2024 р. передбачено вдосконалення діяльності інклюзивно-ресурсних центрів щодо надання послуг дітям з ООП, їх психолого-педагогічної оцінки та супроводу; до 2022 р. – розроблення моделі взаємодії між закладами освіти, що забезпечують здобуття учнями з ООП повної загальної середньої освіти; до 2024 – забезпечення умов для навчання учнів з ООП в закладах загальної середньої освіти, а також надання психолого-педагогічної підтримки учасникам освітнього процесу [118].

По лінії Міністерства соціальної політики України відповідно на реалізацію Цілі 3.1. «Людина з інвалідністю, яка може та хоче працювати, має для цього всі можливості, а людина, яка не може працювати за станом здоров'я, отримує гідний рівень утримання та догляду». Наявність інвалідності не повинна бути причиною бідності та ізоляції від суспільства – передбачено забезпечення реабілітаційними заходами 100% осіб, які їх потребують. Формування культури прийняття осіб з інвалідністю через широку систему просвітницьких заходів та залучення до таких заходів усіх суспільних інституцій для досягнення максимальної інклюзивності.

Отже, протягом найближчих п'яти років зусилля держави та громад мають бути спрямовані на інноваційний розвиток освіти –інклюзивної. Здобуваючи освіту, діти та молодь з ООП мають бути охоплені реабілітаційними послугами та соціально-психологічним супроводом. Актуальними стають пошук та розробка інноваційних послуг та заходів комплексної реабілітації.

Серед перспективних заходів Програми уряду до 2025 р., що належить виконати Міністерству культури, молоді та спорту України, виокремлено Ціль 4.6. «Люди активно подорожують Україною в цілях туризму».

Проаналізуємо вітчизняне та зарубіжне законодавство щодо туризму, який розглядаємо як ефективний засіб соціальної реабілітації, спрямованої на розширення життєвого простору людей з інвалідністю.

Міжнародними правовими актами з регулювання туристської діяльності передбачено основні засади розвитку національного та міжнародного туризму.

«Хартія туризму» (1985 р.) регламентує право кожної людини на відпочинок та дозвілля. Реалізація цього права є показником соціальної рівноваги та всезагальної свідомості.

У 1991 р. Генеральна Асамблея ЮНВТО прийняла резолюцію під назвою «*Створення можливостей для туризму для людей з обмеженими можливостями у дев'яності роки*», текст якої був пізніше оновлений у 2005 р. в Дакарі (Сенегал), а сама резолюція названа «*Туризм, доступний для всіх*» (резолюція A/RES/492 (XVI)/10). У Декларації щодо полегшення туристичних подорожей, прийнятої на 18 сесії Генеральної асамблеї в Астані (Казахстан) у 2009 р., ЮНВТО закликає країни-члени удоступнити туристичні об'єкти і заклади для людей з обмеженими фізичними можливостями, публікувати чітку і детальну інформацію про наявну службу прийому людей і проблеми, які можуть виникнути під час подорожей [152].

Швидкий ріст туристичної діяльності з рекреаційними, культурними, оздоровчими цілями, а також її потужний позитивний вплив для

саморозвитку людини зумовлює держави сприяти розвитку відповідального і доступного туризму в рамках реалізації основних прав і свобод громадян, у тому числі з інвалідністю. Соціальну спрямованість туризму вперше визнано «Глобальним етичним кодексом туризму» (1999) тощо.

Закон України про «Туризм» (1995) визначає загальні правові, організаційні та соціально-економічні засади реалізації державної політики України в галузі туризму та спрямований на забезпечення закріплених Конституцією України прав громадян на відпочинок, свободу пересування, охорону здоров'я, на безпечне для життя і здоров'я довкілля, задоволення духовних потреб та інших прав під час туристичних подорожей.

Залежно від категорій осіб, які подорожують (поїздки, відвідування), їх цілей, об'єктів, які використовують або відвідують, чи інших ознак існують такі види туризму: дитячий; молодіжний; сімейний; для осіб похилого віку; для осіб з інвалідністю; культурно-пізнавальний; лікувально-оздоровчий; спортивний; релігійний; екологічний (зелений); сільський; підводний; гірський; пригодницький; мисливський; автомобільний; самодіяльний тощо.

Основними цілями державного регулювання в галузі туризму є забезпечення закріплених Конституцією України прав громадян на відпочинок, свободу пересування, відновлення і зміцнення здоров'я, на безпечне для життя і здоров'я довкілля, задоволення духовних потреб та інших прав. Пріоритетними напрямками державної політики в галузі туризму є забезпечення доступності туризму та екскурсійних відвідувань для дітей, молоді, людей похилого віку, осіб з інвалідністю та малозабезпечених громадян шляхом запровадження пільг стосовно цих категорій осіб.

У Законі України «Про основні засади молодіжної політики» (2021 р.) у Статті 18. визначено особливості реалізації прав молоді у сферах культури, туризму, оздоровлення та відпочинку, фізичної культури і спорту: «Органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування сприяють організації змістовного дозвілля молоді шляхом популяризації здорового способу життя, культури здоров'я, активного відпочинку, оздоровчої рухової активності;

організації безпечних пішохідних, велотуристичних, екскурсійних маршрутів, сприяння облаштуванню місць для занять руховою активністю; створення умов для змістовного дозвілля, естетичного та національно-патріотичного виховання, фізкультурно-оздоровчої роботи в закладах оздоровлення й відпочинку та ін. Органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування можуть установлювати для молодіжних та дитячих туристичних груп пільги з користування транспортними, готельними, культурними та іншими послугами [37].

Розпорядження КМУ від 16 березня 2017 р. № 168-р *«Про схвалення Стратегії розвитку туризму та курортів на період до 2026 року»* врегулює забезпечення доступності об'єктів туристичної інфраструктури для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення.

Отже, право на відпочинок та доступний туризм є конституційним правом громадян, у тому числі осіб з інвалідністю.

Серед вимог сьогодення – створення програм для людей з інвалідністю, реалізація яких дає для них можливість відчувати себе повноцінними та повноправними учасниками суспільного життя. Такі програми раціонально запроваджувати як раніше від дня народження. На освіту покладають ключові завдання, вона має бути інклюзивною як за змістом, так і за суттю. Поряд з освітніми програмами повинні бути реалізовані технології соціально-психологічної підтримки та реабілітації, які б сприяли психологічному відновленню та соціальній інтеграції дитини.

Серед сфер діяльності для дітей та молоді найбільш цікавою і сприйнятливою є сфера дозвілля та відпочинку. Її доцільно використовувати на підставі рівних можливостей як потужний ресурс для пізнавальної та творчої роботи. Можливість пізнання культурної спадщини людства, подорожей та екскурсійних маршрутів є важливим реабілітаційним потенціалом.

Упровадження таких програм має всі законодавчі підстави, про що свідчать нормативні документи у сфері освіти, соціальної роботи, туризму.

Аналіз змісту законодавчої бази із захисту прав людей з інвалідністю засвідчує, що їхня ефективна соціальна реабілітація є передумовою досягнення успіхів у людському, соціальному та економічному розвитку суспільства. Очевидно, що інклюзивний туризм має потужний реабілітаційних ресурс та інтегрує в собі пізнавальні, культурно-дозвіллеві, соціально-виховні, фізкультурно-оздоровчі, оздоровчі заходи, що стає перспективним напрямом подальших наукових розвідок.

Важливим кроком для впровадження інклюзивного туризму став Указ Президента України від 3 грудня 2020 р. щодо розробки *Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні*, спрямованої на поширення практик інклюзії, недискримінації, упровадження принципів доступності та універсального дизайну для забезпечення рівних можливостей для всіх суспільних груп населення, зокрема осіб з інвалідністю, літніх людей, молоді, жінок, а також батьків малолітніх дітей та дітей з інвалідністю [137].

2.3. Інклюзивний туризм як інклюзивна освітня практика та інноваційна соціальна послуга

У світі нараховується близько 10 % людей з інвалідністю, які мають фізичні, розумові та сенсорні обмеження життєдіяльності. Довгий час ставлення суспільства виштовхувало їх із культурного життя та створювало ситуацію соціальної ізоляції.

Численні наукові дослідження в галузі корекційної освіти, медицини та психології свідчать про те, що серед основних причин, які впливають на формування визначеної проблеми є не тільки клінічні (зумовлені важкістю органічного ураження мозку, гормональними змінами та ін.), а й психолого-педагогічні та соціальні (копіювання поведінки тих, хто поряд, страх, агресія тощо), які яскраво проявляються вже в молодшому шкільному віці [8].

Зараз науковці розробляють та практично вирішують питання включення людей з інвалідністю в усі сфери життєдіяльності. Яскравим прикладом є інклюзивне навчання дітей та молоді – складний багаторівневий процес, що потребує пошуку дієвих технологій для здобуття освіти з урахуванням індивідуальних потреб, можливостей, здібностей та інтересів, задля успішної соціалізації та самореалізації.

Очевидно, головною проблемою дитини з ООП є порушення її зв'язку зі світом, обмеження мобільності, обмеженість контактів із однолітками та дорослими, обмеженість спілкування з природою, доступу до культурних цінностей.

Інклюзивне навчання реалізують через інклюзивні освітні практики, що охоплюють спектр технологій, методик, методів і прийомів. Умотивовано доцільним є включення в практику інклюзивного навчання інклюзивного туризму, який має високий реабілітаційний потенціал і є інноваційною інклюзивною освітньою практикою.

Сьогодні існують різні трактування цього поняття: «туризм для всіх», «адаптивний туризм», «доступний туризм», «універсальний туризм», «інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм», «безбар'єрний туризм» тощо. Розглянемо зміст цих понять.

Один із основоположників інклюзивного туризму Скот Райн характеризує його як туризм, доступний для всіх, незалежно від постійних чи тимчасових обмежень можливостей, насамперед це соціальна інтеграція [158].

Дослідник О. Щербак розглядає «адаптивний туризм» як туризм для людей з відхиленнями стану здоров'я – достатньо новий вид адаптивної рухової реакції, фізичної реабілітації, оздоровлення й соціальної інтеграції такої категорії населення [190].

Терміном «соціальний (інклюзивний) туризм» І. Макєєва позначає цілеспрямовану, багатопланову, освітньо-комунікативну, інтелектуально насичену за змістом і емоційно привабливу за формою діяльність, пов'язану з

набуттям нових соціальних компетенцій, розвитком комунікативних зв'язків, підвищенням знань і рівня культури, удосконаленням духовного потенціалу, ціннісних орієнтацій, що відкриває можливості для самоствердження і самовдосконалення особистості [96].

Є. Сигида розглядає «інклюзивний туризм» як процес розвитку туризму, який передбачає доступність туризму для всіх у плані пристосування інфраструктури туристичних центрів і об'єктів туристичного спрямування до різних потреб усіх людей, в тому числі інвалідів, людей похилого віку, їх опікунів і членів сім'ї, людей з тимчасовими обмеженнями, сімей із маленькими дітьми. Основною метою є відновлення втраченого контакту людини з навколишнім світом, створення необхідних умов для поєднання зі світом, участі в громадській діяльності, психічного і фізичного вдосконалення, що сприяє соціальній інтеграції, фізичній реабілітації і збереженню здоров'я. Туристична активність є дієвим засобом профілактики і відновлення нормальної життєдіяльності людини, причому йдеться не просто про відновлення функцій організму, а й про відновлення соціальної активності [158].

Дослідниця Л. Межова запропонувала визначення інклюзивного туризму як процесу розвитку туризму, що передбачає доступність туризму для всіх у пристосуванні інфраструктури туристичних центрів і об'єктів до потреб усіх людей, у тому числі з інвалідністю, похилого віку, їх опікунів і членів їхніх сімей, людей із тимчасовими обмеженими можливостями, сімей із маленькими дітьми [102].

У монографічному дослідженні «Інклюзивний туризм: технологія і організація турпродукту» Є. Конанова характеризує інклюзивний туризм як вид туристичних заходів, що включають доступність активного відпочинку не лише для звичайних людей, а й для тих, чиї фізичні можливості обмежені вродженими чи набутими недугами [56]. Саме цей напрям має економічну перспективу щодо включення осіб з ООП у професійне середовище, створення умов для реалізації інтелектуальних, творчих здібностей,

виведення із «соціальної резервації» активною особистісною позицією. Найбільш ефективним засобом є індустрія дозвілля і відпочинку, що сприяє ліквідації «психологічних бар'єрів», реабілітації в міжкультурній комунікації, об'єднання зусиль держави, бізнесу й громадськості.

З економічної точки зору визначення інклюзивного туризму пропонують Л. Матвійчук та Л. Чепурда – це специфічний (безпечний) вид туризму, основною метою якого є безбар'єрний доступ до всіх туристичних ресурсів, позитивний психологічний клімат, рівність можливостей усіх туристів, повномасштабне інформування людей з особливими потребами про можливості того чи того туристичного об'єкта, а також передбачає швидку здатність суб'єктів туризму перелаштовуватись відповідно до запитів людей з особливими потребами [101].

Науковці Відкритого міжнародного університету «Україна» Н. Барна та В. Коротеєва визначають інклюзивний туризм як форму туризму, яка включає в себе процес співпраці між різними учасниками у сфері туризму та передбачає надання людям з інвалідністю доступності, включаючи мобільну, візуальну, слухову і когнітивну складові доступності, надає право функціонувати незалежно, на рівних умовах з почуттям власної гідності через надання універсальних туристичних продуктів, послуг і середовища [9].

Із соціально-економічної позиції С. Хлебик визначає соціально-реабілітаційний туризм як сучасний вид туризму, подорожі, що субсидуються із джерел позабюджетного фінансування та за рахунок коштів, що виділяються з державного бюджету на соціальні потреби, який дозволяє включити у туристичну діяльність будь-яку людину, незалежно від її фізичних та фінансових можливостей, з урахуванням особливостей її фізично-психологічного стану і забезпеченням доступності до об'єктів туристичної інфраструктури. культурно-спортивні та соціально-побутові заходи [177].

Українська дослідниця А. Люта на основі здійсненого аналізу нормативних документів стверджує, що соціальний туризм, на відміну від комерційного, спрямовується на задоволення потреб соціально незахищених категорій населення, таких як: багатодітні сім'ї, діти-сироти, учнівська та працююча молодь, пенсіонери, люди з особливими потребами, з інвалідністю та малозабезпечені громадяни. Спираючись на нормативні документи та на результати наукових досліджень, під соціальним туризмом розуміє особливий вид туристичної діяльності, що спрямований на задоволення рекреаційних, культурних, пізнавальних, лікувально-оздоровчих та ін. потреб різних соціальних категорій населення (соціально незахищених верств населення, що, у тому числі фінансуються з коштів, виділених на соціальні потреби з боку держави, недержавних фондів, спонсорів, туристичних підприємств та фізичних осіб) [94].

Одні з основоположників інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму в Україні В. Лепський та С. Макаренко визначають його як систему заходів, спрямованих на надання особам з інвалідністю можливості відновлення та розвитку їх фізичного, соціального, духовного, творчого та інтелектуального рівня з метою сприяння подальшої інтеграції в суспільство. Інклюзивний туризм структурно включає в себе різні види реабілітації, а саме: медичну, психологічну, психолого-педагогічну, професійну, трудову, фізкультурно-спортивну, фізичну, соціальну та інші соціально-побутові заходи. Інклюзивний туризм являє собою дієву мікромодель інтегрованого суспільства (люди з інвалідністю та їх рідні; фахівці; здорові люди), що опинилися в реальних умовах, завдяки чому створюються оптимальні умови для проведення ефективної соціалізації дезадаптивних людей та інтеграції їх у суспільство [95].

Аналіз категорій та результатів проведених досліджень закордоном та в Україні дав змогу встановити, що інклюзивний туризм має специфічні особливості [102; 190]:

- туризм забезпечує рухливу активність, обмеження якої знижує життєві можливості, слугує причиною суму, стресу, відчаю, невпевненості. Через організацію рухливої активності туризм здійснює терапію і профілактику психосоматичних захворювань і підтримує фізичне здоров'я;

- дозволяє реалізувати повноцінний відпочинок дітей та людей різного віку та стану здоров'я, відновити психічні та фізичні резерви здоров'я в умовах природного середовища задля відновлення сил для виконання виробничих процесів і побутових обов'язків;

- туризм створює повноцінне середовище спілкування, встановлює незалежні та різнобічні соціальні контакти, формуючи різні соціальні ролі. Туризм знищує почуття неповноцінності, інтегруючи людей з інвалідністю в суспільство, допомагає сформувати впевнену й ефективну життєву позицію;

- сприяє підвищенню життєвого потенціалу, набуттю нового життєвого досвіду, засвоєнню нових знань, умінь та життєвих компетентностей, створює оптимальні умови соціалізації дитини, розширенню кола спілкування, підвищенню якості життя, а також зміни соціальної ситуації розвитку;

- має активний характер, включаючи різні забави, які дозволяють відволіктися від монотонності побуту, змінити обстановку, коло спілкування, соціальні ролі;

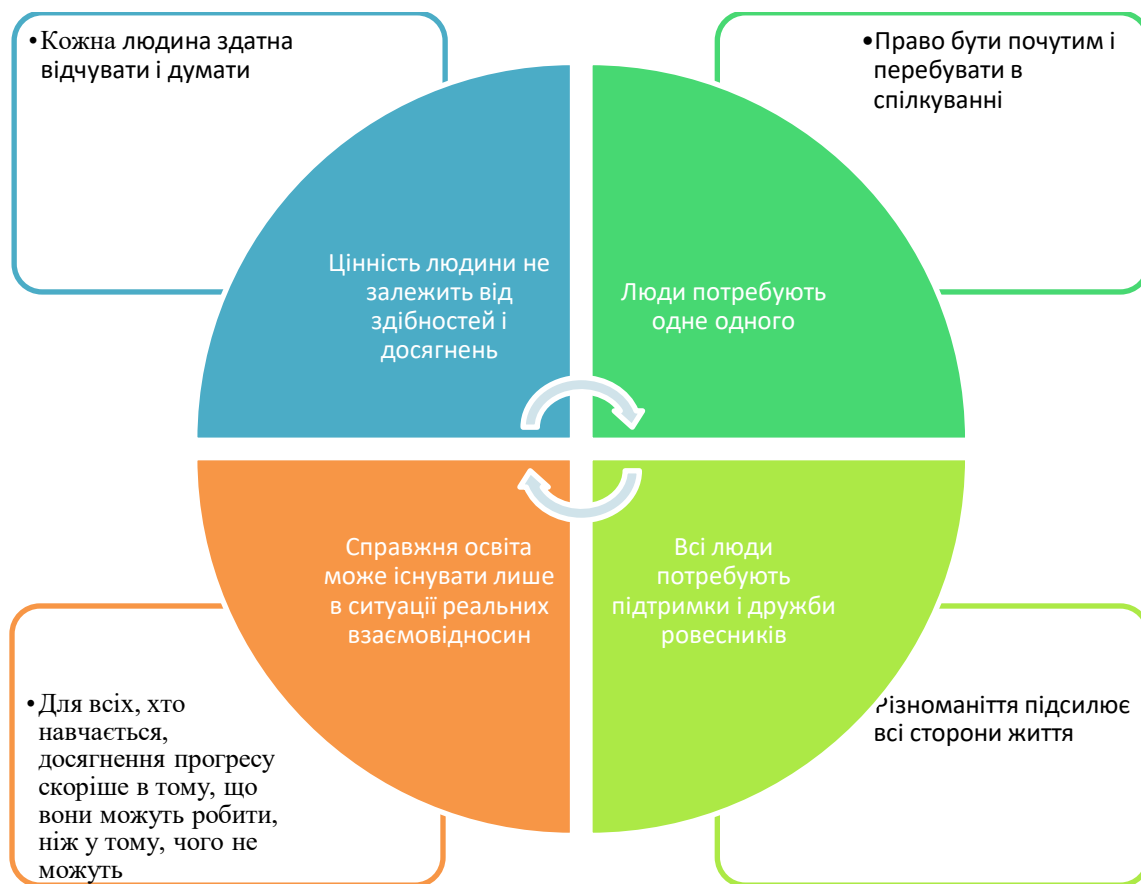
- туризм підвищує науково-пізнавальні активності дитини, допомагає пізнати навколишній світ з його різними проявами і звичаями (відповідний клімат, природа, близькість водних ресурсів, наявність природних пам'яток, пам'яток матеріальної культури), дізнатися про невідомі раніше природні явища, засвоїти нові природні умови, набути навички ароматерапії та спілкування з тваринами;

- забезпечує зміну ступеня негативного впливу захворювання чи дефекту на рівень життєвих можливостей, а також привертає увагу громадськості до проблем людей з інвалідністю.

Основні функції інклюзивного туризму: *соціальна відновлювана*, спрямована на відновлення сил, активне пізнання явищ природи, традицій, встановлення нових соціальних контактів, дружніх і ділових зв'язків; *психологічна* забезпечує зміну середовища, звичного способу життя, активну форму відпочинку, що сприяє фізичному оздоровленню і психологічному розслабленню; *комунікативна* сприяє встановленню нових соціальних контактів; *розвивальна* реалізується через збагачення світогляду, активне пізнання явищ природи, фізичний, емоційний та моральний розвиток особистості; *освітньо-пізнавальна* сприяє пізнанню навколишнього соціального, культурного (мистецтво, побут, традиції), історичного (історія, історичні місця, видатні постаті краю) і природного (географічні особливості місцевості: рельєфу, клімату, рослинного і тваринного світу) середовища регіону, країни та інших країн; *особистісно-орієнтована* позитивно впливає на розвиток особистості, володіє відновлювальною функцією і має змістовний гуманітарний потенціал; *компенсаторна* забезпечує спеціальні потреби людей з інвалідністю, сприяє реалізації особистісного потенціалу, що незатребуваний у повсякденному, громадському, трудовому і сімейному житті; *гедоністична* сприяє формуванню позитивного психоемоційного стану, підвищенню психологічної захищеності; *реабілітаційна* дає змогу відновити ресурси людини, сприяє профілактиці психосоматичних захворювань, підтримці фізичної форми і здоров'я; *адаптаційна* ґрунтується на тому, що туризм є комплексним засобом адаптації за рахунок подолання соціальної непотрібності, активізації особистісного потенціалу й підтримки позитивного ставлення до життя; *оздоровча* має високий потенціал для підтримання здоров'я і життєдіяльності в активній формі; *соціалізаційна* під час подорожей діти та молодь отримують більші можливості пізнати світ і себе, акумулювати ці знання і зробити певні узагальнення для особистісного зростання [103].

Для визначення принципів інклюзивного туризму доцільно взяти до уваги головні принципи інклюзії, характерні для туризму та освіти (рис.5) [158].

Рис.5. Принципи інклюзії



Інклюзивний ефект від туристичних маршрутів буде суттєвим, якщо діяльність ґрунтуватиметься на таких принципах: *незалежності* (забезпечення умов незалежної самостійності у виборі та діях, одночасно з повною відповідальністю); *залучення* (активне залучення дітей та молоді з ООП до участі в усіх заходах інклюзивного туризму); *інформативності* (забезпечення доступу до інформації під час реалізації маршрутів); *комплексності* (комплексний характер реабілітаційних заходів з урахуванням їхніх медичних, педагогічних, психологічних, соціально-побутових, технічних аспектів); *індивідуального підходу* (до визначення характеру та

спрямованості реабілітаційних заходів); *можливості для реалізації внутрішнього потенціалу* (застосування форм соціокультурної роботи з диференціацією згідно з потребами дітей та молоді з ООП); *стимулювання саморозвитку* (передбачає формування мотивів саморозвитку і самоосвіти шляхом навчання способам самопізнання, рефлексії, планування життєвих подій); *необхідної підтримки* (забезпечення необхідним доглядом та турботою, підтримка оптимального рівня фізичного, психічного та емоційного благополуччя, забезпечення професійного супроводу); *гідності* (забезпечення гідних, безпечних умов перебування, виключення дискримінаційних проявів); *рівності* (забезпечення рівних прав і можливостей, необхідність ставлення до особи з інвалідністю як до рівної, як до партнера, що опинився в скрутному становищі та потребує допомоги, і разом з тим, до неї також можна і треба звертатися за допомогою); *суб'єктності* (ставлення до особи з ООП як до самостійної особистості, здатної будувати своє життя і планувати своє майбутнє, а в разі, коли вона не готова до цього, надавати їй допомогу, щоб активізувати ресурси і життєві сили підопічного [96]).

Серед визначених принципів варто виокремити *принцип особливого підходу*, який потребує врахування особливих потреб людини з інвалідністю та їх задоволення задля компенсації обмежених можливостей, що виникли. При цьому має зберігатися формула: «робимо для людини, а не – за людину». Разом із тим варто пам'ятати, що надмірна опіка людини з інвалідністю іще більше її інвалідизує. Внаслідок гіперопіки в людини може розвинутися симптом «вивченої безпорадності», який проявлятиметься в тому, що суб'єкт гіперопіки переходить у позицію «об'єкта» і втрачає навички та здібності, котрі мав і використовував. Саме інклюзивний туризм дозволяє створити для людини з інвалідністю такі умови, які максимально компенсують її обмеження і дозволять стати активним учасником соціуму.

Отже, принцип особливого підходу означає, що особливі потреби для соціальної інклюзії мають бути задоволені суспільством і державою з участю

осіб із особливими потребами. Людина з інвалідністю завдяки цьому стає здатною діяти в суспільстві нарівні з іншими його членами. Отже, принцип особливого підходу пов'язаний із принципом надання влади (принцип наснаження). Принцип надання влади в сучасній соціальній роботі позначають терміном «імпаурмент» (наснаження, активізація). Цей термін виник у соціальній роботі у 80-х р. ХХ ст., коли почали обговорювати суперечності між залежністю та незалежністю, автономією та захистом людини, правами громадян та владою. Саме тоді було встановлено, що призначення соціальної роботи полягає в тому, щоб допомогти людям допомогти собі, тобто соціальний працівник має перевести клієнта соціальної роботи з об'єкта допомоги на суб'єкт самопомоги [93].

На основі відомих розвідок [102] з проблеми дослідження розроблено таку класифікацію *видів* інклюзивного туризму:

- за ціллю – оздоровчий, пізнавальний, спортивний;
- за основним видом заняття – похід, подорож на транспорті;
- за способом пересування – пішохідний, водний, лижний, за допомогою тварин, залізничний, автобусний;
- за сезонністю – літній, зимовий, міжсезонний;
- за складом туристів – дитячий, молодіжний, студентський, сімейний;
- за ступенем навантажень – пасивний, активний.

Формами організації інклюзивного туризму для дітей та молоді з ООП є: походи вихідного дня, виїзди на природу, екскурсії до визначних місць, багатоденні походи, екскурсії, подорожі, фестивалі, оздоровчі табори, злети, туристські змагання-конкурси, походи фізкультурно-оздоровчого характеру, краєзнавчі експедиції та ін.

Напрями інклюзивного туризму виступають:

- природотерапія – саме природа є гармонійним середовищем для людини, де вона знаходить душевний спокій, можливість виразити емоції;
- релігійні маршрути – під час яких віра стає додатковою підтримкою;
- етнографічний туризм – під час якого відбувається самоідентифікація,

вивчення своїх етнічних коренів, щоб відчути себе особливим, наділеним давньою історією і власними культурними традиціями;

культурно-пізнавальний туризм: відвідування музеїв щодо задоволення основної потреби людини – потреби пізнання;

віртуальний туризм – дозволяє компенсувати дефіцит спілкування в умовах соціальної ізоляції.

Виходячи із соціально-вікової ознаки, Д. Люта розподіляє соціальний туризм на: 1) дитячо-юнацький туризм/шкільний (спрямований на сприяння вихованню та освіті підростаючого покоління засобами туристсько-краєзнавчої діяльності, формуванню всебічно розвиненої особистості; має дуже важливу функцію - медико-біологічну, яка полягає в оздоровленні молоді); 2) молодіжний (студентський) туризм – спрямований на задоволення туристичних (пізнавальних, дозвіллевих, оздоровчих та ін.) потреб населення до 35 років з метою сприяння розвитку особистості; 3) туризм людей похилого (пенсійного, третього) віку (або туризм сеньйорів) [94].

Багатоманітність форм туризму дає можливість вільного вибору часу, місця, транспорту і виду подорожі.

Інклюзивний туризм можна реалізувати через різні форми: безпосередньо відвідуючи туристичні об'єкти та *дистанційно*. Саме для людей з обмеженням життєдіяльності найбільш актуальним є віртуальний туризм, який завдяки новітнім інформаційним технологіям дає можливість відвідати визначні місця не лише свого регіону, країни, а й зарубіжні. Проте під час дистанційних турів фактично не відбувається «живого» спілкування зі світом, немає можливості тактильних, візуальних відчуттів. Віртуальна імітація не дає тієї гами почуттів і вражень, особистісного й емоційного насичення, які людина фізично отримує, знаходячись у безпосередній близькості до неповторних, унікальних, відновлювальних природних, історико-культурних і рекреаційних ресурсів [56].

Наповнюваність організованої групи дітей безпосередньо впливає на технології, передбачені до впровадження, визначає вимоги до одночасної

пропускної спроможності туристичних об'єктів, умістимості транспорту тощо:

- малі групи – 6–15 осіб (дітей з ООП 3–7 осіб);
- середні групи – 16–25 осіб (дітей з ООП 8–12 осіб);
- великі групи – 26 і більше осіб (дітей з ООП 13 і більше).

Відповідно до досліджень соціальної психології, конфліктології, лідерства та ін. наук, у кількісному співвідношенні мають переважати діти з типовим розвитком. У дітей з ООП має бути орієнтація на здорових дітей та прагнення наслідувати соціальну активність, намагання брати приклад та досягати більших вершин в особистісному зростанні.

За сезонністю виокремлюють види, пов'язані з освітнім процесом: туризм у канікулярний період та позаканікулярний час (найчастіше у вихідні дні) [190].

Головною вимогою інклюзивної туристичної діяльності є врахування медико-валеологічних показань та протипоказань до застосування того чи того виду та форми.

Сучасні дослідники інклюзивного туризму визначили такі умови його впровадження:

- вид туризму обирається залежно від порушених функцій і відповідно до індивідуальної програми реабілітації;
- безпечність для туристів і оточення;
- наявність деякої фізичної підготовки, зусиль із подолання труднощів психологічного характеру і природних умов;
- фізичні навантаження й умови мають бути адекватні стану здоров'я [56].

Особливістю інклюзивного туризму є його можливість інтегрувати такі *види соціально-психологічної реабілітації*: елементарну, побутову, соціально-педагогічну, освітню, сімейну, рекреаційну, психологічну.

Можливість змінити звичне місце проживання, переїзд транспортом, пересування по території туристичного об'єкта, перебування в масових

громадських місцях посилює формування та укріплення найбільш простих, елементарних навичок самообслуговування і пересування, що сприяє реалізації *елементарної реабілітації*.

Водночас туризм дозволяє здійснювати контрастну зміну монотонного сімейного побутового життя. Під час туристичної діяльності підвищується адаптаційний потенціал організму; розширюється географічна карта світу, підвищується можливість особистісного соціального досвіду, активізується емоційне сприйняття природного і соціального середовища. В інклюзивній туристичній діяльності основою реабілітації є оздоровчий вплив природного середовища, підвищення психофізичної активності на свіжому повітрі; зміна соціальної ролі дітей, оскільки вони стають активними суб'єктами взаємодії; набувають новий життєвий досвід, нові знання та вміння, розширюють сферу проживання [103]. Відтак розширюються можливості *побутової реабілітації*, спрямованої на самозабезпечення, догляд за собою й організацію побуту не лише в межах території свого звичного домашнього проживання, а й в умовах туристичного маршруту.

Туризм має потужний гуманітарний потенціал, позитивно впливає на розвиток особистості, сприяє реалізації соціально-виховних заходів, спрямованих на формування особистості людини, допомогу в засвоєнні й прийнятті моральних стосунків, які склались у сім'ї й суспільстві, прийнятті правових, економічних, громадянських і побутових відносин, посилює особистісні фактори становлення соціального досвіду і саморегуляції поведінки, створює умови для надання конструктивної допомоги в ключових і критичних ситуаціях соціалізації і самореалізації особистості людини (рольовій, сімейно-побутовій, професійно-трудовай, дозвіллевотворчій, громадянській, фізичній, психічній, морально-естетичній, емоційній та ін.), що і є завданням *соціально-педагогічної реабілітації*.

Поряд з цим забезпечується *освітня реабілітація*, адже туризм надає можливість для розвитку особистості, оволодіння новими знаннями, вміннями та навичками, реалізації освітнього потенціалу, соціалізації.

Пізнання історії, культури, життя інших народів має великий гуманітарний потенціал, збагачує людину, розширює світогляд. Гуманітарне значення туризму не лише в його пізнавальності, а й в інтелектуально-виховному впливі на особистість. Водночас, інклюзивний туризм забезпечує естетичне виховання, засвоєння духовної і матеріальної культури людства: естетики природи, архітектури, пам'ятників матеріальної культури.

Участь у туристичному маршруті спільно з членами родини забезпечує реабілітаційний ресурс для всієї сім'ї: спільне проведення часу, активний відпочинок, спілкування з іншими родинами, можливість відпочити батькам від рутинних справ, демонстрація дитини як суб'єкта суспільного життя – все це є складовою *сімейної реабілітації*.

Поряд із іншими видами реабілітації інклюзивний туризм розширює творчі можливості в соціокультурному середовищі, формує усвідомлення духовних цінностей, культури відносин, що й забезпечує *рекреаційну (дозвілєву) реабілітацію*. Доцільними є заходи з формування навиків проведення відпочинку та дозвілля, зі створення умов можливості повноцінної участі людей з інвалідністю в соціокультурних подіях, що задовольняють духовні запити, розширюють загальний і культурний світогляд, сферу спілкування (відвідування театрів, виставок, екскурсії, зустрічі з діячами культури і мистецтва, сприяння розвитку літературних та інших творчих здібностей людей з інвалідністю, застосування різних технік арт-терапії).

Відносно недавно з'явився новий напрям у психології – «рекреаційна психологія дитинства», завданням якої вивчення особливостей розвитку особистості дітей і підлітків у період відновлення і зміцнення фізичного і психічного здоров'я [178].

Розробка спеціальних дозвілєвих програм, спрямованих на формування психічного здоров'я, розвиток творчої ініціативи та самостійності, є важливою складовою рекреаційної реабілітації. Ці заходи включають також забезпечення доступу до театрів, музеїв, кінотеатрів,

бібліотек, що є перспективним напрямом діяльності для громад та сфери державного управління.

Інклюзивний туризм – це вид *психологічної реабілітації*, спрямованої на подолання негативних наслідків інвалідності, вироблення позитивного настрою, психологічної впевненості у власних силах, адекватну адаптацію та інтеграцію в суспільстві. Згідно з чинним законодавством, психологічна допомога в реабілітації – діяльність, спрямована на відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формах психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги [40].

В умовах інклюзивного туризму названі перспективи реалізують через розширення сфери життєдіяльності; оздоровчий вплив природи; посилення життєвого потенціалу; зміну соціальної сфери розвитку; підвищення ступеня соціалізації; підвищення науково-пізнавальної активності; активізацію фізичної активності; природотерапію та спілкування з тваринами; взаємодію в групі; підвищення рівня життєвих можливостей та відновних функцій організму; зміну кола спілкування та соціальної ролі; споглядання за успіхами інших дітей з ООП; трансформацію світогляду [102].

Відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів» інклюзивний туризм за змістом водночас є реабілітаційною послугою, спрямованою на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння інтеграції її в суспільство [39]. Разом із соціально-психологічною реабілітацією інклюзивний туризм сприяє медичній, професійній, трудовій, фізкультурно-спортивній, фізичній реабілітації.

У контексті *медичної реабілітації* інклюзивний туризм має високий потенціал для підтримки здоров'я і життєдіяльності в активній формі, а саме: надає можливість відновлення втрачених або ослаблених функційних можливостей хворого, розвиток компенсаторних механізмів

медикаментозного і курортного лікування, праце- й фізіотерапії, надає умови для повернення особи до нормальної життєдіяльності, профілактики ускладнень та рецидивів захворювання, оптимальної реалізації фізичного потенціалу.

У грудні 2020 року прийнято Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [40], який визначає правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я. Законом запроваджено функціонування сучасної системи «реабілітації у сфері охорони здоров'я» (health-related rehabilitation), тобто надання якісної реабілітаційної допомоги безпосередньо в закладах охорони здоров'я із самого початку захворювання або травми. Хоча цей Закон регулює реабілітацію у сфері охорони здоров'я осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, але має враховуватися у провадженні інклюзивного туризму задля забезпечення безперервності реабілітаційного процесу.

Професійна та трудова реабілітація дає можливість застосувати нові види професійних та трудових навиків інваліда для здобуття спеціальностей і працевлаштування з урахуванням розвитку сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, які зможуть розширити можливості впровадження цих видів реабілітації, для створення додаткових робочих місць, у тому числі й домашньої праці, що рекомендовані в індивідуальних програмах реабілітації інвалідів.

Професійна реабілітація повинна бути спрямована на відновлення або компенсацію порушених чи втрачених професійних навичок, знань і вмінь людей з інвалідністю та їх адаптацію до вимог відповідної професійної діяльності.

Найбільш сприятливим інклюзивний туризм є для *фізкультурно-спортивної реабілітації* – системи заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і

спортом функційних можливостей її організму для покращення фізичного і психічного стану, а також сприяє реалізації концепції здорового способу життя для всіх інклюзивних категорій завдяки різним формам і методам туристичної діяльності.

Фізкультурно-оздоровче середовище спрямоване не лише на підтримку соматичного здоров'я людей з інвалідністю, на зміцнення і розвиток кістково-м'язової системи. Це середовище суттєво впливає на соціально-психологічний статус такої категорії людей, сприяє розвитку і становленню емоційної сфери, розширює комунікативні функції і вдосконалює соціальний досвід.

Інклюзивний туризм передбачає систему заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах реабілітації, що забезпечують функційне відновлення особи, виявляють і розвивають резервні і компенсаторні можливості організму через вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, що є складовою *фізичної реабілітації*.

Таблиця 3

Структурна модель комплексної реабілітації засобами інклюзивного туризму

Структурні компоненти комплексної реабілітації	Мета реабілітаційного впливу	Зміст реабілітаційних заходів	Суб'єкти комплексної реабілітації
Соціально-психологічна реабілітація	<i>Елементарна реабілітація</i> дозволяє змінити звичне місце проживання, переїзду транспортом, пересування по території туристичного об'єкта, перебування в масових громадських місцях.	Навчальні вправи на формування та укріплення найбільш простих, елементарних навичок самообслуговування і пересування.	Батьки, реабілітолог, соціальний педагог
Види соціально-психологічної реабілітації		<i>Побутова реабілітація</i> спрямована на самозабезпечення, догляд за собою і організацію побуту не лише в межах території свого звичного	Підвищення психофізичної активності на свіжому повітрі; зміна соціальної ролі дітей, оскільки вони стають активними

	домашнього проживання, а в умовах туристичного маршруту.	суб'єктами взаємодії; набувають новий життєвий досвід, нові знання та вміння, розширюють сферу проживання.	
	<i>Соціально-педагогічна реабілітація</i> спрямована на формування особистості, допомогу в засвоєнні й прийнятті моральних стосунків, які склались у сім'ї й суспільстві, прийнятті правових, економічних, громадянських і побутових відносин, посилює особистісні фактори становлення соціального досвіду і саморегуляції поведінки, створює умови для надання конструктивної допомоги в ключових і критичних ситуаціях соціалізації й самореалізації особистості людини.	Соціально-педагогічна діагностика, консультування, розвиток соціально-гігієнічних, соціально-побутових, соціокультурних знань, умінь та навичок, індивідуальні та групові заняття.	Соціальний педагог
	<i>Освітня реабілітація.</i> Туризм дає можливість для розвитку особистості, оволодіння новими знаннями, вміннями та навичками, реалізації освітнього потенціалу, соціалізації. Пізнання історії, культури, життя інших народів має великий гуманітарний потенціал, збагачує людину, розширює світогляд.	Формування компетентності, забезпечення розвитку, рівних можливостей для подальшого навчання, засвоєння духовної і матеріальної культури людства.	Педагоги, асистенти вчителя, соціальний педагог, екскурсоводи
	<i>Сімейна реабілітація</i> дає змогу брати участь у туристичному маршруті спільно з членами родини; забезпечує реабілітаційний ресурс для всієї сім'ї.	Спільне проведення часу, активний відпочинок, спілкування з іншими родинами, можливість відпочити батькам від рутинних справ, демонстрація дитини	Батьки, педагог, психолог, соціальний педагог

		як суб'єкта суспільного життя.	
	<i>Рекреаційна (дозвіллева) реабілітація</i> розширює творчі можливості в соціокультурному середовищі.	Заходи з формування навиків організації відпочинку та дозвілля, зі створення умов повноцінної участі людей з інвалідністю в соціокультурних подіях, що задовольняють духовні запити, розширюють загальний і культурний світогляд, сферу спілкування.	Педагог, екскурсоводи, соціальний педагог
	<i>Психологічна реабілітація</i> спрямована на подолання негативних наслідків інвалідності, вироблення позитивного настрою, психологічної впевненості у власних силах, адекватну адаптацію та інтеграцію в суспільстві.	Зміна соціальної сфери розвитку; активізація фізичної активності; природотерапія та спілкування з тваринами; організація взаємодії в групі; зміна кола спілкування та соціальної ролі; споглядання за успіхами інших дітей з ООП; діагностика, консультування, корекція, тренінги, індивідуальні та групові завдання.	Психолог
Медична реабілітація	Надає можливість відновлення втрачених або ослаблених функційних можливостей хворого, розвиток компенсаторних механізмів медикаментозного і курортного лікування, праце- й фізіотерапії, створює умови для повернення особи до нормальної життєдіяльності, профілактики	Медична діагностика, консультування, лікувально-оздоровчі заходи, профілактика	Медичний працівник, психолог

	ускладнень та рецидивів захворювання, оптимальної реалізації фізичного потенціалу.		
Професійна та трудова реабілітація	Надає можливість застосувати нові види професійних та трудових навиків інваліда для здобуття спеціальностей, які зможуть розширити можливості впровадження цих видів реабілітації, для створення додаткових робочих місць, у тому числі і надомної праці, що рекомендовані в індивідуальних програмах реабілітації інвалідів.	Профконсультування, працевлаштування з урахуванням розвитку сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, створення додаткових робочих місць, у тому числі і надомної праці	Психолог
Фізкультурно-спортивна реабілітація	Покращення фізичного і психологічного стану, а також сприяння реалізації концепції здорового способу життя для всіх інклюзивних категорій завдяки різним формам і методам туристичної діяльності.	Розвиток фізичних можливостей; проведення індивідуальних і групових занять із ЛФК, адаптивної фізкультури, іпотерапії, акватерапії; формування здорового способу життя.	Реабілітолог, фізичний інструктор

Зміст таблиці засвідчує, що інклюзивний туризм має комплексний характер реабілітації. Багаточисленні дослідження підтверджують, що комплексний вплив на дитину (медичний, психологічний, педагогічний, культурно-дозвіллеві та ін.), набагато масштабніший, ніж у результаті послідовних корекційних дій. Українською небезпечною є ситуація, коли всі зусилля спрямовані на певний вид діяльності, наприклад, медичну реабілітацію, освітній супровід тощо. Ігнорування цілеспрямованої комплексної реабілітації призводить до істотних втрат у досягненні можливого рівня розвитку дитини.

Інклюзивний туризм є також потужним засобом *оздоровлення*, що виявляється у відновленні і розширенні адаптаційних можливостей організму, підвищенні стійкості до впливу різноманітних факторів. Особливо актуальним цей напрям став в умовах пандемії щодо нейтралізації її наслідків. Сьогодні потрібно створювати туристичні оздоровчі пакети, що стосуються зміцнення імунітету чи пов'язані з реабілітацією після перенесеного захворювання, зокрема на коронавірус, для проведення комплексної перевірки та діагностики організму.

Оздоровчий вплив інклюзивного туризму полягає в профілактиці захворювань, установленні раціонального режиму, закріпленні навиків здорового способу життя, занятті спортом на свіжому повітрі. Оздоровчі заходи не ліквідують симптоми хвороби, проте підвищують стійкість організму до різних факторів середовища, тренують процеси адаптації, зміцнюючи здоров'я та впливаючи на процес реабілітації [8]. Під час інклюзивного туризму діти та молодь, у тому числі з ООП, мають можливість осмислити здоров'я як інтегративне поняття, що включає в себе стан фізичного, психічного, духовного та соціального благополуччя людини.

Для дітей з ООП загалом властивий занижений життєвий тонус, тенденція самообмеження соціальних контактів, демонстрація відстороженності та замкнутості. Як правило, дитина має постійний внутрішній конфлікт, сповнена страхом, має низьку самооцінку, недовірливо ставиться до навколишнього середовища. У дитини не формується вміння самостійно вирішувати проблеми, часто спостерігаються агресивні настрої стосовно тих, хто поряд.

Мінімізувати такі прояви в розвитку дітей дозволяє інклюзивний туризм, який розширює візуальний простір, дає змогу активно оволодіти руховими навичками, розвивати тактильні відчуття. Спілкування з природою чи споглядання творів мистецтва, відвідування унікальних місць свого регіону поліпшує емоційно-психічний фон, підвищує активні життєві позиції та пізнавальну активність.

Інклюзивний туризм має пізнавальний вплив на учасників та сприяє гармонійному розвитку особистості: ознайомлення із національною та локальною історією, краєзнавчі студії, вивчення творчості видатних культурних та громадських діячів, пізнання культурної спадщини і природних ресурсів регіону, країни та світу. Інклюзивний туризм сприяє формуванню мотивації до пізнання і творчості. Він є формою *освітньо-виховної діяльності* завдяки реалізації базових загальнопедагогічних принципів: наочності, культуровідповідності, природовідповідності, співпраці, активності тощо.

Очевидним є вплив інклюзивного туризму на вольову, емоційну й інтелектуальну сфери. Дітей та молодь з ООП залучають до пошуково-дослідної роботи, виконання робіт науково-дослідного характеру (повідомлень, рефератів, доповідей, лекцій, звітів), що сприяє формуванню в них здатності до творчої діяльності, розвитку творчого мислення, допитливості тощо. Саме в походах, екскурсіях, експедиціях, під час змагань та інших видів діяльності формуються такі важливі морально-вольові якості, як наполегливість у досягненні поставленої мети, чесність, рішучість, організованість, відповідальність, самостійність, працьовитість, спортивний азарт, гуманізм, доброзичливість, повага, самоповага та інші. В умовах інклюзивного маршруту учасники надають різноманітну допомогу один одному в подоланні архітектурних та інформаційних бар'єрів. Виконуючи певні доручення, кожен учасник несе за нього відповідальність перед своїми товаришами. У походах, експедиціях, під час підготовки й проведення інших видів туристсько-краєзнавчої діяльності школярі вчаться планувати свою роботу, бути дисциплінованими, підпорядковувати свої інтереси іншим [124].

Отже, інклюзивний туризм передбачає подолання ізоляції: завдяки йому дитина взаємодіє із зовнішнім середовищем, у тому числі з природними, соціокультурними, соціоекономічними факторами, сім'єю, ровесниками, педагогічним колективом, екскурсоводами тощо. Він сприяє орієнтації дітей з ООП на здорових дітей, оздоровленню емоційної сфери дітей та молоді з

ООП, наданню можливості спілкування і співпраці разом зі здоровими однолітками, формуванню в здорових дітей почуття відповідальності за товаришів, які потребують допомоги, емпатії, співчуття.

Інклюзивний туризм сприяє формуванню соціальної толерантності, коли всі учасники, незалежно від фізичних, психічних, інтелектуальних, культурно-естетичних та інших особливостей, подорожують разом зі своїми однолітками, враховують особливі потреби та надають необхідну підтримку.

Отже, реабілітаційний та освітньо-пізнавальний процеси є взаємопов'язані та неперервні.

Комплексний характер інклюзивного туризму полягає в тому, що його розглядаємо також як окрему інноваційну форму надання соціальних послуг.

Згідно із Законом України «Про соціальні послуги» (2019) система надання соціальних послуг – це правова основа, принципи, способи і форми надання соціальних послуг, сукупність суб'єктів, що взаємодіють на всіх етапах організації надання соціальних послуг [41].

Відповідно до класифікації, представлені в статті 16 цього Закону, соціальні послуги поділяють на послуги, спрямовані на:

- 1) соціальну профілактику – запобігання виникненню складних життєвих обставин та/або потраплянню особи/сім'ї в такі обставини;
- 2) соціальну підтримку – сприяння подоланню особою/сім'єю складних життєвих обставин;
- 3) соціальне обслуговування – мінімізація для особи/сім'ї негативних наслідків складних життєвих обставин, підтримку їх життєдіяльності, соціального статусу та включення в громаду.

Інклюзивний туризм можна віднести до кожної з груп (таб.4). По-перше, участь у реалізації маршрутів інклюзивного туризму сприяє формуванню в дітей та молоді соціально спрямованих ціннісних орієнтацій, толерантності, емпатії, що сприяє не лише попередженню виникненню, поширенню чи загостренню негативних соціальних явищ, а й створює умови для повноцінного функціонування суспільства та життєдіяльності окремих

осіб. Під час інклюзивного туризму можна впроваджувати тематичні програми, застосовувати методи соціальної реклами, проводити тематичні дискусії, диспути, конкурси, змагання, розвивальні й рольові ігри, профілактичні тренінги тощо.

У межах другої складової класифікації соціальних послуг інклюзивний туризм спрямований на мінімізацію наслідків інвалідності, позиціонування людини як активного суб'єкта суспільного життя, забезпечення фізичного оздоровлення та позитивного психоемоційного стану.

Інклюзивний туризм включає систему психолого-педагогічних, соціально-виховних, освітньо-пізнавальних, корекційних, фізкультурно-оздоровчих заходів для дітей та молоді з ООП в умовах туризму, спрямованих на їх комплексну реабілітацію, оздоровлення та соціальну інтеграцію з метою відновлення основних соціальних функцій особистості, психічного, фізичного і морального здоров'я, соціального статусу.

Таблиця 4

Комплексний характер інклюзивного туризму як інноваційної форми надання соціальних послуг

Соціальні послуги	Класифікація соціальних послуг (згідно із ЗУ «Про соціальні послуги»)	Інклюзивний туризм як інноваційна форма надання соціальних послуг
	Соціальна профілактика	Формування в дітей та молоді соціально спрямованих ціннісних орієнтацій, толерантності, емпатії, що сприяє не лише попередженню виникнення, поширення чи загострення негативних соціальних явищ, а й створює умови для повноцінного функціонування суспільства та життєдіяльності окремих осіб.
	Соціальна підтримка	Мінімізація наслідків інвалідності, позиціонування людини як активного суб'єкта суспільного життя, забезпечення

		фізичного оздоровлення та позитивного психоемоційного стану.
	Соціальне обслуговування	Система психолого-педагогічних, соціально-виховних, освітньо-пізнавальних, корекційних, фізкультурно-оздоровчих заходів для дітей та молоді з ООП в умовах туризму, спрямованих на їхню комплексну реабілітацію, оздоровлення та соціальну інтеграцію з метою відновлення основних соціальних функцій особистості, психічного, фізичного і морального здоров'я, соціального статусу.

За типами соціальні послуги поділяють на прості та комплексні. Інклюзивний туризм належить до комплексних, що передбачають узгоджені дії фахівців із надання постійної або систематичної комплексної допомоги (догляд, виховання, спільне проживання, соціальний супровід, кризове втручання, підтримане проживання, соціальна адаптація, соціальна інтеграція та реінтеграція тощо).

Залежно від місця надання соціальні послуги поділяють на послуги, що надаються за місцем проживання/перебування отримувача соціальних послуг (вдома); у приміщенні надавача соціальних послуг; за місцем перебування отримувача соціальних послуг поза межами місця проживання та приміщення надавача соціальних послуг. Очевидно, що послуга інклюзивного туризму відповідає останній групі.

Зауважимо, що послугою інклюзивного туризму може скористатися не лише людина з тією чи тією формою інвалідності. Цільова аудиторія цієї послуги набагато ширша: люди похилого віку, сім'ї з маленькими дітьми, учасники АТО/ООС та їхні сім'ї, вагітні жінки, люди з тимчасовими проблемами здоров'я, ВПО, представники етнічних груп – усі, хто потребує доступного відпочинку.

Соціальні послуги, що надаються відповідно до цього Закону, визначені класифікатором соціальних послуг, який затверджений центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері соціального захисту населення. Наказом Міністерства соціальної політики України від 23 червня 2020 р. за № 643/34926 затверджений новий Класифікатор соціальних послуг. Вважаємо, що інклюзивний туризм є інноваційною формою надання таких базових соціальних послуг [139]:

- соціальна профілактика – організація навчання та просвіти (лекції, бесіди, вистави, акції, створення та розповсюдження рекламно-інформаційних та просвітницьких матеріалів тощо); організація простору безпеки та розвитку; консультування; представництво інтересів; посередництво; інформування з питань соціальних послуг та про здоровий спосіб життя, профілактику суспільно небезпечних хвороб, протиправної поведінки, інституалізації дітей та дорослих з інвалідністю, дітей із групи ризику та громадян похилого віку, дискримінації, а також з питань толерантного ставлення до вразливих груп населення;

- соціальна адаптація – навчання, формування та розвиток соціальних навичок, умінь, соціальної компетенції; представництво інтересів; корекція психологічного стану та поведінки в повсякденному житті; надання психологічної підтримки; посередництво та консультування; допомога в оформленні документів; сприяння працевлаштуванню; допомога в зміцненні/відновленні родинних та суспільно корисних зв'язків; організація клубів за інтересами, клубів активного довголіття, університетів третього віку; допомога в організації денної зайнятості та дозвілля; сприяння організації та діяльності груп самопомоги;

- соціальна реабілітації осіб з інтелектуальними та психічними порушеннями – навчання, формування, розвиток та підтримка соціально-побутових навичок (самообслуговування, комунікації, позитивної поведінки, приготування їжі, користування грошима, орієнтування тощо); допомога в

забезпеченні технічними засобами реабілітації, навчання навичкам користування ними; психологічна підтримка; організація дозвілля, спортивно-оздоровчої, технічної та художньої діяльності, трудової адаптації, працетерапії; арт-терапія;

- соціально-психологічна реабілітація – короткотермінове проживання, проведення психологічного консультування та психолого-педагогічної корекції; сприяння в отриманні освітніх послуг; трудова адаптація; інформування та/або консультування; представництво інтересів; розвиток, формування та підтримка соціальних навичок; надання допомоги в отриманні медичних послуг; повернення дитини до біологічної родини;

- тимчасовий відпочинок для батьків або осіб, які їх замінюють, що доглядають за дітьми з інвалідністю – забезпечення тимчасового догляду та виховання дитини з інвалідністю за місцем її проживання або перебування в сім'ї патронатного вихователя, у закладі на період відсутності батьків або осіб, які їх замінюють, що доглядають за дітьми з інвалідністю;

- супровід під час інклюзивного навчання – надання допомоги в пересуванні, самообслуговуванні, комунікації, харчуванні, орієнтації в просторі, а також забезпечення безпеки дітям під час перебування в закладах дошкільної та загальної середньої освіти.

Відповідно до Постанови КМУ від 4 серпня 2021 р. № 817 з 1 вересня 2021 р. по 1 вересня 2023 р. триватиме експериментальний проект з організації в територіальних громадах соціальної роботи із сім'ями та дітьми, які належать до вразливих груп населення та/або перебувають у складних життєвих обставинах. Метою реалізації експериментального проекту є підвищення ефективності роботи з виявлення сімей та дітей, які належать до вразливих груп населення та/або перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм комплексу соціальних послуг, спрямованих на подолання складних життєвих обставин, мінімізацію їх наслідків, запобігання потраплянню дітей в заклади інституційного догляду та виховання дітей. Згідно Порядку апробації інтегрованої моделі надання

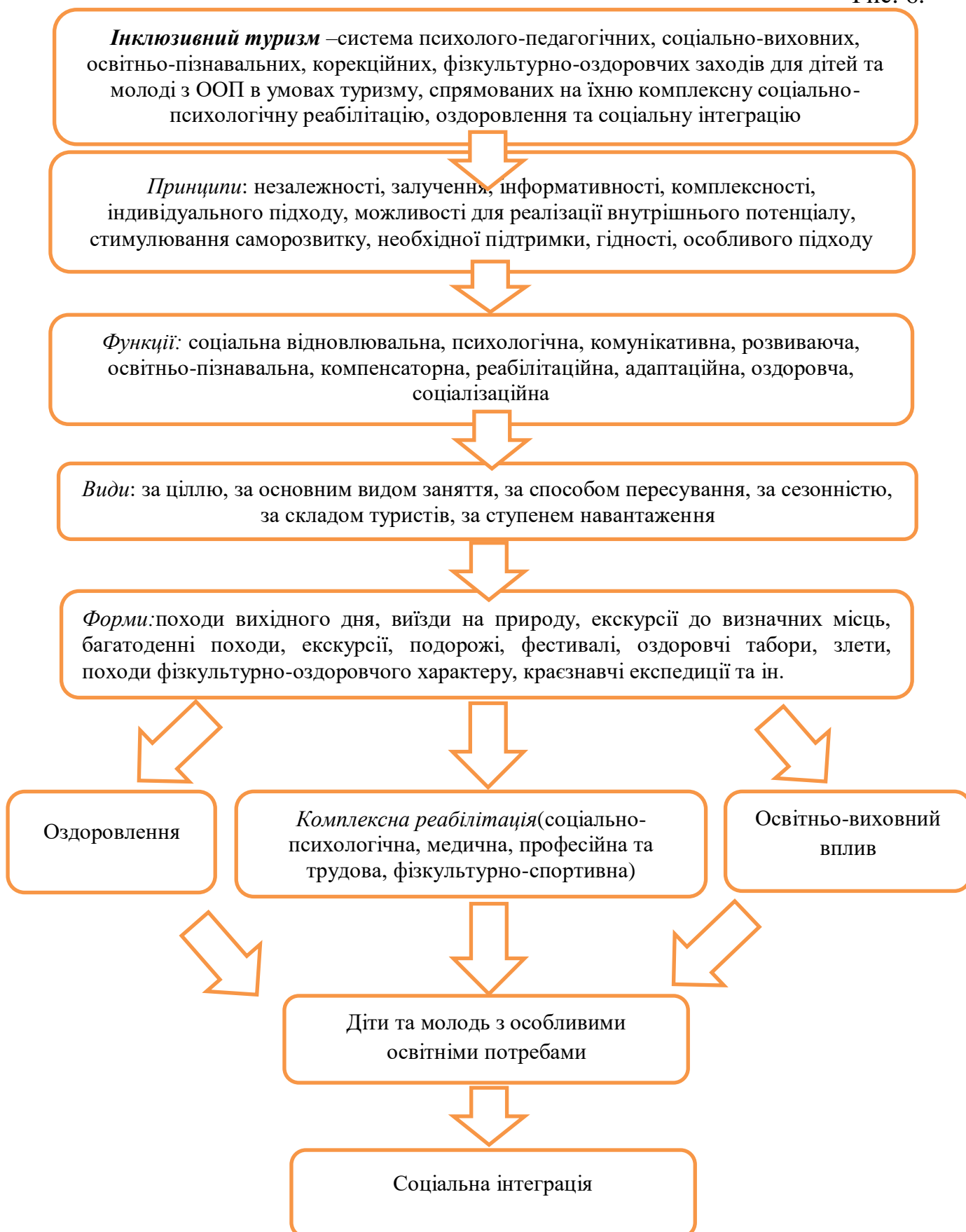
соціальних послуг і деяких видів державної соціальної допомоги, які відповідно до законодавства надаються залежно від сукупного доходу сім'ї, фахівець із соціальної роботи має визначити із комплексу наданих соціальних послуг ті, які найбільше вплинули на мінімізацію складних життєвих обставин. Вважаємо, що такою соціальною послугою може виступати інклюзивний туризм.

Інклюзивний туризм як інклюзивна освітня практика включає систему психолого-педагогічних, соціально-виховних, освітньо-пізнавальних, корекційних, фізкультурно-оздоровчих заходів для дітей та молоді з ООП в умовах туризму, спрямованих на їхню комплексну реабілітацію, оздоровлення та соціальну інтеграцію з метою відновлення основних соціальних функцій особистості, психічного, фізичного і морального здоров'я, соціального статусу.

Водночас інклюзивний туризм є інноваційною соціальною послугою (також складовою базових соціальних послуг), спрямованою на залучення людини з інвалідністю до туристичної діяльності як активного суб'єкта суспільного, соціального і культурного життя.

Отже, інклюзивний туризм є чинником ефективної профілактики та (або) подолання складних життєвих обставин людини, пов'язаних з обмеженням життєдіяльності, адже соціально активна особистість з інвалідністю більше задоволена життям та досягає вищого рівня життя на відміну від осіб, які не мають змоги вести активний спосіб життя, що найчастіше призводить до безробіття, як наслідок – до бідності, низького рівня життя, дезадаптації в суспільстві.

Рис. 6.



РОЗДІЛ 3.

ТЕХНОЛОГІЇ ІНКЛЮЗИВНОГО ТУРИЗМУ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ

3.1. Система соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного туризму

Інтеграція дітей та молоді з ООП у суспільство є вкрай актуальною і надзвичайно важливою. Предметом нашого спостереження є функціонування підростаючого покоління у своїй життєдіяльності, у сім'ї, за її межами, навчанні, відпочинку, в тому чи тому соціальному оточенні.

Система соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму являє собою комплекс взаємопов'язаних компонентів, орієнтованих на реалізацію визначених реабілітаційних цілей і виокремлення яких закладено в понятті «соціально-психологічна реабілітація» та змісті й спрямованості технології «інклюзивного туризму»: аналіз діагностичної інформації про дитину й оцінку її реабілітаційного потенціалу; прогнозування і розробка індивідуальних програм реабілітації; якісний характер реалізації корекційно-розвивальних і реабілітаційних програм, що вимагають участі в їх реалізації сім'ї, фахівців міждисциплінарної команди; урахування оздоровчого впливу природи, естетичний та культурний розвиток; моніторинг якості наданих впливів і оцінку ефективності реабілітації.

Кожен із окремих компонентів системи не дасть бажаного результату, його ефективність може підвищитися лише за умови взаємозв'язку і погоджених дій усіх учасників реабілітаційного процесу, зокрема сім'ї.

На думку українських дослідників Ю. Петренко та Ю. Барабаш, формування системи реабілітації осіб з обмеженими можливостями – це достатньо складний процес, який потребує науково обґрунтованих систем, форм, методів та засобів впливу на людину, яка має інвалідність, з метою її

самовизначення на основі врахування власних можливостей, надання психологічної підтримки та дальшої інтеграції в суспільство [128].

У цьому контексті соціально-психологічна реабілітація є динамічною системою взаємопов'язаних психологічних і соціальних компонентів, спрямованою не лише на відновлення і збереження здоров'я, але й на, можливо, більш повне відновлення (збереження) особистості й соціального статусу дитини з ООП. Така система повинна забезпечити комплекс заходів – від установаження інвалідності до прогнозування перебігу хвороби, визначення методів реабілітації тощо.

Водночас для розробки системи необхідно враховувати таке:

- досягнутий рівень розвитку вітчизняної системи соціальної роботи з дітьми та молоддю, а також психологічної науки;
- міжнародні дослідження та напрацювання у цій сфері;
- варіативність у рамках інноваційної моделі форм і змісту допомоги дітям та їх батькам, зумовлену індивідуальними особливостями та потребами;
- відмова від патерналізму, що формує споживацьку роль уразливих категорій населення;
- перехід на рівень соціальної мобільності за рахунок цілеспрямованого формування навичок життєвої компетентності;
- створення спеціальних умов (програмно-методичних, кадрових, організаційних, матеріально-технічних тощо);
- оптимальне співвідношення освітнього та реабілітаційного процесів;
- комплексний підхід до соціально-психологічної реабілітації у єдності медичної, соціокультурної, спортивно-оздоровчої, сімейної реабілітації та ін.;
- міждисциплінарний підхід та міжвідомча співпраця в упровадженні та реалізації системи.

За В. Ягуповим, основними складовими системи вважаємо цільовий, стимулювально-мотиваційний, змістовий, процесуальний, контроль-регулювальний, оцінково-результативний, суб'єкт-суб'єктний компоненти.

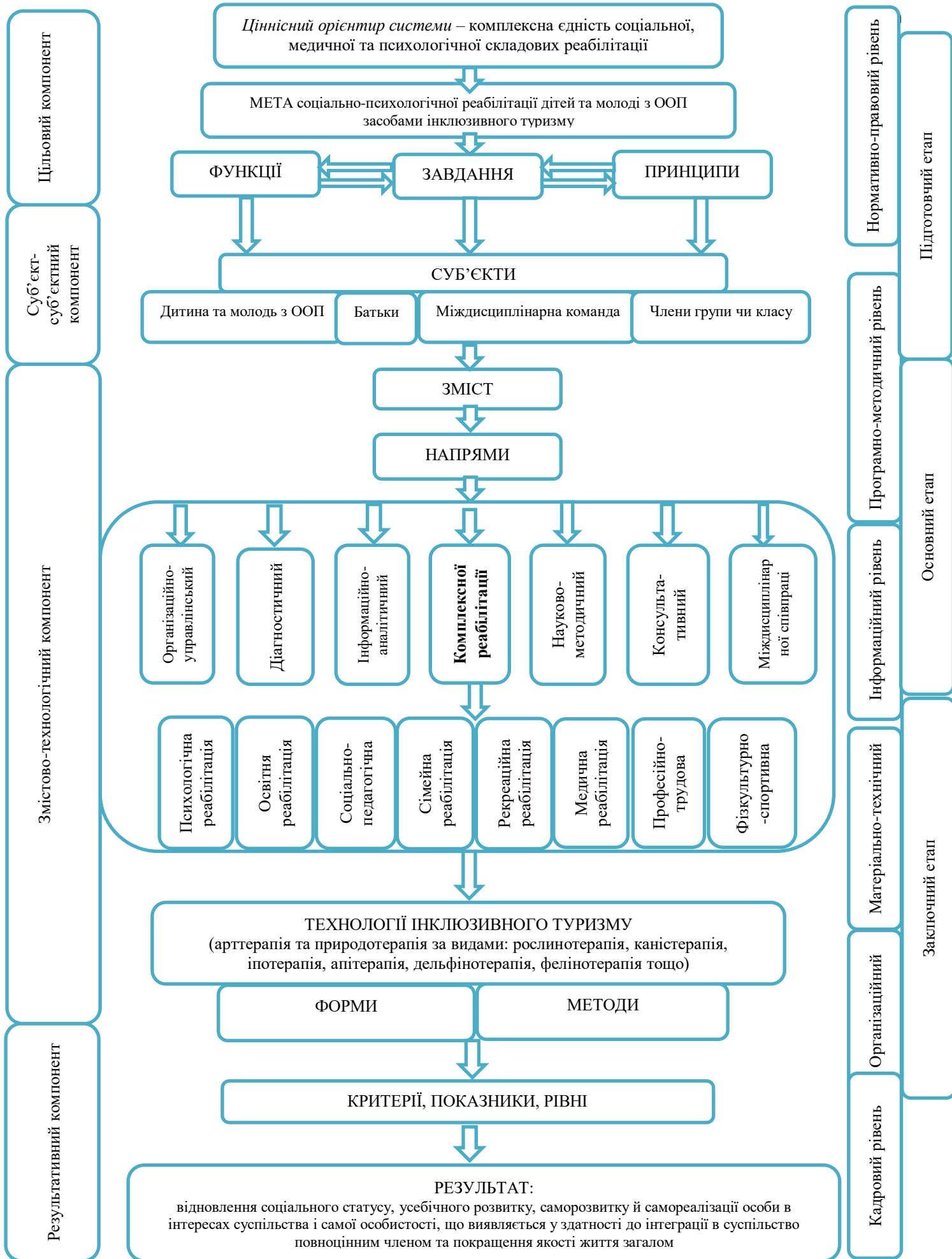
Згідно з таким підходом та специфікою соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП, визначаємо *цільовий*(ціннісний орієнтир системи, мета, завдання, принципи), *суб'єкт-суб'єктний* (4 суб'єкти соціально-психологічної реабілітації засобами інклюзивного туризму: дитина та молоді з ООП, батьки; міждисциплінарна команда фахівців, члени групи чи класу дитини), *змістово-технологічний*(зміст, напрями, етапи реабілітаційного процесу, рівні, технології реабілітації – арт-терапія та природотерапія за видами), *результативний* (результат реабілітаційного процесу та критерії і показники щодо його оцінки) компоненти системи соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму.

Застосування системно-структурного аналізу до тематики нашого дослідження дозволяє обґрунтувати систему СПР дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму.

Вивчення феномену соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму з точки зору структурно-системного підходу передбачає розкриття *цільового компонента* цього процесу (рис. 7).

Підтримуємо позицію Л. Богмата, М. Коренева, В. Мартинюка, Е. Михайлової, С. Толмачової, на основі якої виокремлюємо ціннісний орієнтир системи через обґрунтування *комплексної єдності медичного, психологічного і соціального складових під час реабілітації дітей та молоді з ООП*.

Оскільки психофізіологічні порушення призводять до соціальної дезадаптації, основне завдання соціально-психологічної реабілітації – забезпечити людині з інвалідністю психофізіологічне і соціальне благополуччя. Реабілітаційні заходи, спрямовані на компенсацію порушених функцій, являють собою складний комплекс медичних (фізіологічних), психологічних і соціальних впливів.



Проблема інвалідності має комплексний характер; до вирішення проблем, із нею пов'язаних, залучають лікарів, педагогів, соціальних педагогів, психологів, соціальних працівників. Важливо об'єднувати зусилля цих фахівців і обґрунтовувати інтегровані технології підтримки такої категорії, які мають кращий ефект, ніж це можна досягти в межах однієї сфери чи галузі. Основна мета цих технологій – сприяти попередженню соціальної дезадаптації дітей та молоді з інвалідністю. Відповідно неперервність і етапність реабілітаційного процесу можуть бути забезпечені лише при функціонуванні єдиної системи «заклад освіти – інклюзивно-ресурсний центр – заклад охорони здоров'я – реабілітаційний центр» із залученням місцевих органів соціального захисту, медичних установ та громадських організацій.

Відзначимо, що інвалідність у дітей є більш тяжким явищем, ніж у дорослих, оскільки в дітей вона накладається на розвиток психіки, набуття навиків, засвоєння знань. Саме соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді з інвалідністю має кінцевою метою інтеграцію їх у соціум, формування їх як повноцінних та повноправних учасників суспільного життя.

Закономірний наслідок складного лікування хронічних хвороб і тяжких травм – виникнення виражених порушень стану здоров'я індивіда, які зумовлюють обмеження життєдіяльності і соціальних функцій відповідного віку[63].

Реабілітація дітей з ООП порівняно з реабілітацією дорослих має низку особливостей:

- тісно пов'язана з впливом на дитину соціальних і педагогічних факторів, за своєю суттю, є соціально-психологічною і психолого-педагогічною реабілітацією;

- є довготривалим, динамічним процесом, що враховує закономірності психічного розвитку дитини;

- комплекс реабілітаційних заходів переважно залежить від психічного,

у тому числі особистісного, розвитку дитини з інвалідністю.

Поняття реабілітації дітей ґрунтується на вирішенні проблем, пов'язаних із проведенням відновного лікування, яке в дитячому віці є основним, первинним у єдиному реабілітаційному процесі, однак вимагає цілеспрямованих дій не лише з позицій класифікації хвороб, а й з точки зору трьохвимірної концепції оцінки їх наслідків. Саме комплексний підхід дозволяє визначити профілактичні заходи і заходи відновлення чи покращення порушених функцій, що в результаті попереджає інвалідизацію дітей. Комплексність полягає в системному взаємозв'язку медичних, психологічних і соціальних компонентів (у вигляді тих чи тих впливів), спрямованих не лише на відновлення (збереження) особистості, а й соціального статусу дитини та молодої людини з ООП.

Єдність медичних, психологічних і соціальних компонентів побудована на таких засадах: 1) єдність біологічних і психосоціальних впливів (при побудові системи відновлення, компенсації); облік клініко-біологічних і психологічних факторів; 2) різнобічність («різноплановість») зусиль для організації реабілітаційної програми – облік різних сторін життєдіяльності особистості, вплив на її різні аспекти (сенсорний розвиток, інтелектуальний, емоційний, фізичний та ін.); 3) апеляція до особистості людини з інвалідністю, принцип «партнерства»: людину з інвалідністю включають у лікувально-відновлювальний процес, домагаючись активної її участі у відновленні порушених функцій організму і соціальних зв'язків; 4) наступність [51].

У цьому контексті система надання допомоги повинна стати складною багаторівневою системою, яка враховує вид порушення, структурно-функційну модель дефекту, характер взаємозв'язків, індивідуальні особливості дитини, особливості навколишнього середовища, що включає оптимально взаємопов'язані форми, методи і технології психолого-педагогічного і реабілітаційного впливу.

Отже, комплексний підхід, заснований на поєднанні досягнень

соціальної, медичної та психологічної наук, лікувально-відновлювальних заходів із корекційно-педагогічним та соціально-психологічним вихованням і навчанням. Цей підхід спрямований на реабілітацію та реінтеграцію дітей, які мають або обмеження здоров'я, або психоемоційні поведінкові девіації.

Відповідно до цього необхідно передбачати реабілітаційні заходи в рамках названих змістових напрямків.

Під час розробки цільового компонента ми виходили з розуміння мети як ідеального, свідомо планованого результату соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму. Стратегія формування *мети* соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму полягає у створенні умов для відновлення психоемоційного стану та соціального статусу разом із саморозвитком, самореалізацією і самовихованням. Кінцевою метою цього процесу має бути трансформація дітей та молоді з ООП у суб'єктів як повноправних та активних учасників суспільного життя, які з категорії соціально вразливих трансформуються у суб'єктів виробничих відносин.

З урахуванням означених аспектів та задля досягнення поставленої мети визначено *завдання*, на розв'язання яких спрямована система соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму:

1) забезпечення найменшого рівня обмеження життєдіяльності та розвитку дитини, що сприяє оволодінню нею комплексом соціальних ролей та норм;

2) створення експериментального майданчика з апробації інноваційної моделі, що оптимізує освітні, реабілітаційні та рекреаційні заходи інклюзивного туризму;

3) надання відповідно до особливих потреб якісних соціальних послуг: соціально-педагогічних, соціально-психологічних, соціально-медичних, соціально-правових, соціально-побутових, рекреаційних тощо;

4) формування навиків життєвої компетентності: культурно-гігієнічних

навиків, навиків самообслуговування, соціально-побутової орієнтації, навиків просторово-часової орієнтації, комунікативної діяльності, свідомої регуляції власної поведінки, свідомого формування адекватних взаємовідносин з довкіллям, якостей особистісної самодіяльності;

5) забезпечення всебічної допомоги дитині, у тому числі під час навчання і виховання, відпочинку, оздоровлення, профілактики вторинних деструкцій і деформацій розвитку, комплексної реабілітації тощо;

б) надання батькам дітей комплексної допомоги, що передбачає інформування про результати розвитку дитини і реалізації його індивідуальної програми реабілітації, просвіти й консультування з питань особливостей розвитку, виховання, навчання, реабілітації;

7) організація інтегрованого відпочинку, культурно дозвілєвої діяльності й оздоровлення дітей, зокрема спільного відпочинку батьків і дітей, одночасно зі сприянням інтеграції і включення в соціум дитини і батьків.

Ураховуючи мету й завдання системи, процес соціально-психологічної реабілітації засобами інклюзивного туризму покликаний забезпечувати такі *функції*:

- освітня – формування інтересу до знань, мотивації до навчальної діяльності, самоосвіти й саморозвитку;

- доступності – участь у створенні безбар'єрного середовища, його підтримка та вдосконалення для забезпечення незалежного життя;

- екологічна – залучення до благоустрою й озеленення, проведення різноманітних акцій екологічного спрямування щодо збереження природних багатств та формування екологічної культури;

- профорієнтаційна – формування активної позиції як члена суспільства та суб'єкта виробничих відносин; формування системи професійних цінностей особистості, розвиток підтримки зайнятості, соціального підприємництва;

- соціокультурна – залучення до вивчення і пізнання вітчизняної та

світової культури; упровадження форм і технологій соціокультурної роботи із залученням до культурного життя, знайомство з основами усіх видів мистецтва (музичного, театрального, художнього, літературного та ін.); участь в охороні об'єктів культурно-історичної спадщини.

Принципи – основоположні ідеї, які визначають шляхи реалізації системи та організують її зміст, напрями та форми. Принцип як специфічний умовивід характеризує предмет, метод та основні теоретичні засади, на яких будується та чи та теорія. Він установлює межі та основні підходи до верифікації досліджуваних явищ. Адекватне розуміння суті процесу соціально-психологічної реабілітації засобами інклюзивного туризму багато в чому зумовлене обґрунтованою системою принципів. Насамперед зазначимо, що принципи мають складати систему, а не бути простим набором, у якому один принцип зумовлюється (верифікується) іншим. Така вимога зумовлена системністю природи соціально-психологічної реабілітації та практичними потребами в ній.

Принципами системи соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму є:

принцип гуманізації, який проголошує ідею самоцінності людини і передбачає прийняття дитини такою, якою вона є, приймання її рівною в правах і можливостях;

принцип індивідуальності реабілітаційних заходів як урахування індивідуальних особливостей дитини з ООП, її віку та стану психічного розвитку й соціальної інтегрованості;

принцип диференційованого підходу при визначенні видів соціально-психологічної реабілітації та форм інклюзивного туризму відповідно до нозологій;

принцип комплексності – можливість здійснення одночасно освітніх, реабілітаційних та рекреаційних заходів в умовах інклюзивного туризму, а також комплексний характер реабілітаційних заходів з урахуванням їхніх медичних, педагогічних, психологічних, професійних, соціально-побутових,

технічних аспектів;

принцип доступності і рівних можливостей для реалізації внутрішнього потенціалу як умова доступу до можливостей суспільства у сфері освіти, культури, духовного життя і відпочинку тощо;

принцип єдності соціальних, медичних та психологічних заходів;

принцип міждисциплінарного підходу, що ґрунтується на координації роботи спеціалістів різного профілю (психологів, соціальних працівників, педагогів, лікарів, реабілітологів, краєзнавців, батьків та ін.);

принцип залучення батьків до реабілітаційної діяльності;

принцип новизни та різноманітності у виборі й застосуванні форм інклюзивного туризму;

принцип конфіденційності отриманої інформації про дитину з ООП та її сім'ю;

принцип оптимізації фізичного, психічного та соціального благополуччя дитини та молоді з ООП.

Ще одним компонентом системи соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП є *суб'єкт-суб'єктний*.

Системо утворювальним чинником запропонованої системи є особистість дитини та молоді з ООП, що зумовлено проголошенням принципово нової мети організації повсякденного життя й діяльності підростаючого покоління— створення комфорту, повага до особистості на всіх рівнях, визнання пріоритету особистості перед колективом, індивідуальної цінності кожної людини.

Підтримуючи погляди В. Ягупова, уточнимо, що для успішної соціально-психологічної реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я важливу особистісну спрямованість її системі надають гуманізація, гуманітаризація і демократизація всіх її компонентів, а щодо системоутворювального компонента – формування суб'єкт-суб'єктних взаємин між фахівцем і клієнтом, при чому останній може і повинен бути суб'єктом реабілітаційного процесу [191, с. 257].

Вивчення сучасного стану системи реабілітації в Україні дозволяє відзначити розмитість дій і відсутність координації в роботі медичних організацій та різних установ із питань освіти, виховання, психологічного супроводу, соціальної підтримки дітей з інвалідністю, допомоги сім'ям, у яких виховуються такі діти, що в цілому негативно позначається на успішності їхньої соціальної адаптації та інтеграції.

Саме інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм є ефективною технологією комплексної реабілітації, що передбачає створення мультидисциплінарної команди, до складу якої мають входити професіонали різних сфер: педагоги, психологи, соціальні педагоги й соціальні працівники, медики, реабілітологи, інструктори з туризму, краєзнавці, представники громадських організацій тощо. Така практика має відбуватися в тісній співпраці із батьками дітей з інвалідністю, що найбільш реально в умовах інклюзивного туризму.

Отже, міждисциплінарний підхід до практики соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю передбачає професійну співпрацю фахівців різних сфер, кожен із яких має відповідні професійні знання і набір специфічних компетенцій.

На державному рівні така співпраця врегульована Наказом МОНУ № 609 від 08.06.2018 р. «Про затвердження Примірного положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти». Це Положення визначає основні принципи, завдання та функції, а також порядок організації діяльності команди психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами, які здобувають освіту в умовах інклюзивного навчання в закладах освіти. До складу команди супроводу входять педагогічний колектив, практичний психолог, соціальний педагог, дефектолог, реабілітолог, батьки або законні представники дитини (постійні учасники) та лікарі, асистенти, соціальні працівники, фахівці служби в справах дітей тощо (залучені фахівці).

Команда супроводу виконує такі завдання: збір інформації про особливості розвитку дитини, її інтереси, труднощі, освітні потреби на етапах створення, реалізації та моніторингу виконання ІПР; визначення напрямів соціально-психологічних та корекційних послуг, що можуть бути надані в межах закладу освіти на підставі висновку ІРЦ, та забезпечення надання цих послуг; розроблення ІНП для кожної дитини з ООП та моніторинг його виконання з метою коригування та визначення динаміки розвитку дитини з ООП; надання методичної підтримки педагогічним працівникам закладу освіти з організації інклюзивного навчання; створення належних умов для інтеграції дітей в освітнє середовище; проведення консультативної роботи з батьками дітей з ООП щодо особливостей їх адаптації, навчання та участі в позааудиторній діяльності; проведення інформаційно-просвітницької роботи в закладі освіти серед педагогічних працівників та дітей з метою недопущення дискримінації та порушення прав дитини, формування дружнього та неупередженого ставлення до дітей з ООП.

Повноцінний комплекс реабілітаційних заходів можна проводити лише при активному включення дитини з ООП у реабілітаційний процес та членів групи чи класу. Їх розглядаємо як активних суб'єктів соціально-психологічної реабілітації.

Отже, обґрунтовано *вибір 4-х суб'єктів соціально-психологічної реабілітації засобами інклюзивного туризму*: дитина та молодь з ООП (діагностичні, реабілітаційні, освітні, рекреаційні, професійно-трудова форми допомоги), батьки (реабілітаційні, освітні, консультаційні, рекреаційні, професійно-трудова форми); міждисциплінарна команда фахівців (педагоги, психологи, соціальні педагоги і соціальні працівники, медики, реабілітологи, інструктори з туризму, краєзнавці, представники громадських організацій), члени групи чи класу дитини.

Змістово-технологічний компонент системи складається зі змісту, напрямів, етапів реабілітаційного процесу, рівнів та технологій реабілітації.

Обґрунтовуючи змістово-технологічний компонент, уточнимо, що соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді з ООП – це комплексна, багаторівнева і динамічна система заходів, спрямованих на відновлення, розвиток та утвердження соціального статусу особистості, її психологічних функцій, якостей, властивостей; захист психічного здоров'я та соціального благополуччя; соціальне залучення до повноцінної життєдіяльності та дієздатності, включення в соціальні відносини на основі усунення обмежень життєдіяльності та створення доступного середовища.

Інноваційним засобом (технологією) соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП є інклюзивний туризм, який забезпечує інтегративний потенціал усіх видів реабілітації: медичної, психолого-педагогічної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, фізичної, соціальної, психологічної (відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів»), реалізацію міждисциплінарного підходу з виявлення та об'єднання потенціалу окремих дисципліни з різних галузей наукового знання; упровадження соціальної послуги супроводу під час інклюзивного навчання як її складова.

Зміст системи соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму включає:

- об'єднання реабілітаційного, освітнього і рекреаційного просторів, оптимізація реабілітаційних та освітніх заходів;
- відкритість системи і максимальне розширення меж реабілітаційного, освітнього та рекреаційного просторів;
- реалізація принципу соціального партнерства і включення в систему міждисциплінарної команди, у тому числі громадського сектору, що значно знижує економічні затрати функціонування системи;
- максимальне використання потенціалу сім'ї як партнера в реабілітації засобами інклюзивного туризму;
- здійснення комплексної допомоги, у тому числі, соціально-психологічної, медичної, професійно-трудової, фізкультурно-спортивної

реабілітації та оздоровлення, що дасть змогу компенсувати структурно-функційні порушення розвитку, формувати навички життєвої компетентності.

Для реалізації мети та завдань система соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму передбачає такі *напрями*:

1. Організаційно-управлінський – створення умов для ефективної реалізації інноваційної системи соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму.

Завдання: розробка нормативно-правової бази діяльності на основі вітчизняного законодавства; розробка реабілітаційних послуг, що надаються дітям в умовах інклюзивного туризму; адаптація чинних програм, методик, технологій роботи з дітьми цієї категорії в умовах подорожі та відпочинку; розробка єдиної концепції соціально-психологічної реабілітації; розробка індивідуальних програм реабілітації на основі МКХ – ДП; забезпечення інформаційних умов реалізації системи, а також механізму соціального партнерства; забезпечення необхідних матеріально-технічних і фінансових умов реалізації системи; укладення реєстру туристичних об'єктів та домовленості про дозвіл моніторингу стосовно доступності; забезпечення необхідних кадрових умов; розробка програми мотивації співробітників на підвищення якості надання реабілітаційних послуг.

2. Діагностичний напрям – комплексна діагностика особливостей психофізичного стану дитини з інвалідністю.

Завдання: забезпечення комплексної діагностики і моніторинг особливостей психофізичного розвитку; розробка індивідуальних рекомендацій спеціальної допомоги і підтримки в умовах відпочинку та оздоровлення; координація діяльності закладів освіти, соціальних служб та закладів відпочинку чи туристичних об'єктів; моніторинг результатів реалізації індивідуальної програми реабілітації.

3. Інформаційно-аналітичний напрям – створення умов для якісного

аналізу та переробки інформації, необхідної для реалізації програми.

Завдання: облік та соціальне паспортування дітей, які отримують послугу інклюзивного туризму; створення банку даних туристичних об'єктів та закладів відпочинку, програм реабілітації, методичних рекомендацій для інклюзивного туризму за нозологіями.

4. *Науково-методичний напрям* – узагальнення досвіду і наукові дослідження в рамках реалізації системи.

Завдання: виявлення проблем, суперечностей, загроз реалізації процесу; розробка і внесення коректив; аналіз, оцінка й узагальнення результатів реалізації; організація й проведення конференцій, семінарів, круглих столів; публікація наукових видань; прогнозування і моделювання форм, методів і технологій.

5. *Консультативний напрям* – координація дій фахівців із розробки рекомендацій дитині, батькам та фахівцям.

Завдання: координація дій фахівців міждисциплінарної команди з реалізації індивідуальних програм реабілітації на основі МКХ – ДП; розробка рекомендацій батькам.

6. *Напрямок комплексної реабілітації за видами:*

6.1. Психологічна реабілітація – надання кваліфікованої психологічної та педагогічної допомоги дітям.

Завдання: забезпечення діагностики розвитку найвищих психічних функцій (пам'яті, мислення, уваги, мови, сприйняття), особливостей емоційно-вольового й особистісного розвитку дитини, його поведінки, психологічного мікроклімату в середовищі;

6.2. Освітня реабілітація – надання кваліфікованої психологічної та педагогічної допомоги дітям.

Завдання: розробка індивідуальної програми психолого-педагогічного аспекту реабілітації; консультування дітей та фахівців з питань розвитку, навчання, виховання; корекція порушень емоційно-вольової та особистісної сфер дитини; профілактика вторинних відхилень, деструкцій та деформацій у

розвитку дитини і сімейних взаємовідносин; просвітницька і консультаційна діяльність.

6.3. Соціально-педагогічна реабілітація – створення умов для ефективної соціальної реабілітації дітей з інвалідністю як фактору їх успішної соціальної адаптації.

Завдання: розробка індивідуальної програми соціальної реабілітації дитини; моніторинг реалізації програми; формування в дитини навичок життєвої компетентності, у тому числі – культурно-гігієнічної, самообслуговування і соціально-побутової орієнтації, просторово-часової орієнтації, комунікаційної діяльності і свідомої регуляції власної поведінки, свідомого формування адекватних взаємовідносин зі світом як основи соціальної активності і соціальної мобільності; сприяння інтеграції і включення в соціум;

6.4. Сімейна реабілітація – соціально-психологічна допомога батькам у вихованні дітей шляхом спільної пізнавальної, культурної, рекреаційної, оздоровчої діяльності.

Завдання: формування і розвиток у дітей і їх батьків навичок адекватних міжособистісних відносин.

6.5. Рекреаційна реабілітація – створення умов для розвитку творчих здібностей дитини, реалізації можливості їх творчого самовираження в умовах дозвілля та відпочинку.

Завдання: розробка індивідуальної програми творчої реабілітації дитини; моніторинг результатів реалізації індивідуальної програми; організація творчої реабілітації через ізотепарію, музикотерапію, хореографію і танцетерапію, ігротерапію, глинотерапію, а також під час занять у гуртках, творчих лабораторіях і колективах тощо; розробка програми загально організаційної творчої роботи, включаючи тематичні свята, народні й сімейні свята, фестивалі тощо; організація рекреаційних заходів в умовах відпочинку й оздоровлення; організація відвідування закладів культури, проведення колективних свят.

6.6. Медична реабілітація – надання кваліфікованої медико-соціальної допомоги дітям та їх батькам.

Завдання: вивчення стану здоров'я; розробка індивідуальної програми медичного аспекту реабілітації; надання якісних соціально-медичних послуг, відповідно до індивідуальної програми реабілітації; проведення здоров'язберігаючих заходів, що сприяють укріпленню здоров'я; використання традиційних та інноваційних методик реабілітації й оздоровлення, відповідно до індивідуальних показань; забезпечення соціально-медичного патронажу дитини і його батьків; моніторинг стану здоров'я дитини під час маршрутів.

6.7. Професійна та трудова реабілітація – створення умов для проведення соціально-трудової та професійної реабілітації.

Завдання: проведення профконсультування, навчання доступним професійним навичкам, у тому числі самообслуговування і соціальної поведінки; сприяння в організації праці на дому; сприяння у створенні робочих місць на дому.

6.8. Фізкультурно-спортивна реабілітація – створення умов для проведення соціальної реабілітації засобами фізичної культури і спорту.

Завдання: взаємодія з медичними працівниками з питань фізичного стану здоров'я, медичних протипоказань до того чи того виду спорту; формування й закріплення в дітей культурно-гігієнічних навичок, проведення занять лікувальної гімнастики, оздоровчого бігу та ходьби.

7. Напрямок співпраці міждисциплінарної команди – забезпечення умов комплексної допомоги дітям та їх батькам.

Завдання: визначення суб'єктів і структур, які надають допомогу; розробка необхідного нормативно-правового забезпечення міжвідомчої взаємодії.

Етапи впровадження системи: перший – підготовчий (розробка концептуальних положень системи; моделювання системи з урахуванням освітнього, реабілітаційного та оздоровчого процесів; прогнозування

результатів реалізації системи; вибір туристичних об'єктів для реалізації цієї системи); другий – *основний* (апробація окремих елементів системи; створення усього спектру умов для реалізації системи; розробка системи показників ефективності реалізації системи); третій – *заключний* (аналіз результатів реалізації; внесення необхідних коректив і вдосконалення системи; систематизація і теоретичне обґрунтування отриманих результатів, їх опис).

Рівні впровадження системи:

1. *Нормативно-правовий*: дотримання норм вітчизняного законодавства у сфері освіти, соціальної роботи, медицини та туризму; заключення договорів із туристичними об'єктами; розробка положень та програм соціально-психологічної реабілітації засобами туризму;

2. *Програмно-методичний*: відбір і розробка необхідних для організації освітнього, реабілітаційного і рекреаційного процесів програм, методик, технологій роботи; методичне навчання фахівців, залучених до системи;

3. *Інформаційний*: розробка системи інформування дитини та батьків про вимоги для участі в інклюзивному туризмі; розробка форми звіту про реалізацію проекту;

4. *Матеріально-технічний*: забезпечення інформаційної та архітектурної доступності туристичних об'єктів; пошук фінансування для реалізації поїздок за розробленими маршрутами;

5. *Організаційний*: розробка плану заходів з реалізації системи;

6. *Кадровий*: підготовка та підвищення кваліфікації; розробка системи мотивації фахівців на підвищення якості й ефективності організації інклюзивного туризму.

Основними *технологіями інклюзивного туризму як засобу соціально-психологічної реабілітації розглядаємо арт-терапію та природотерапію за видами: рослинотерапію, каністерапію, іпотерапію, апітерапію, дельфінотерапію, фелінотерапію.*

Основою розробки та впровадження технологій системи соціально-

психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму: пріоритет інтересів дітей з інвалідністю, їх основних потреб; оптимальне співвідношення та неперервність освітнього, соціально-виховного та реабілітаційного процесів у наданні допомоги дитині з інвалідністю; визнання багатоманітності і варіативності технологій організації соціально-психологічної реабілітації; визнання важливості ролі батьків у реалізації реабілітаційного потенціалу дитини, необхідність підвищення їх педагогічної та реабілітаційної культури; координація взаємодії різних структур державного та недержавного сектору.

Технології інклюзивного туризму ставлять у центр усієї системи особистість дитини чи молоді людини з ООП, реалізацію їх природних потенцій для самозбереження. Під час розробки технології ми також урахували ряд критеріїв, а саме:

- *системність*, що передбачає логічність процесу, взаємозв'язок усіх його частин та цілісність;

- *керованість* – можливість діагностичного цілепокладання, планування, проектування соціально-психологічної реабілітації засобами інклюзивного туризму, його діагностику, варіювання засобами й методами з метою корекції результатів;

- *ефективність* - технологія соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму в різних умовах їх життєдіяльності повинна бути ефективною за затратами часу, людських ресурсів і гарантувати досягнення певного результату;

- *відтворюваність* – можливість застосування технології соціально-психологічної реабілітації засобами інклюзивного туризму в закладах освіти від дошкілля і до вищої школи, у реабілітаційних центрах та інших закладах.

Розробка і впровадження технології має враховувати такі аспекти:

- розробка індивідуальної соціально-психологічної корекційної програми, погодженої з освітнім процесом, психологічною структурою розвитку дитини;

- оцінка освітнього та соціального мікросередовища для організації маршрутів інклюзивного туризму задля оптимальних умов розвитку дитини;
- формування і реалізація індивідуальної корекційної та оздоровчої програми під час інклюзивного туризму, вбудованої в цілісний процес медико-психолого-педагогічної корекції розвитку дитини з ООП;
- надання допомоги фахівцям в організації адекватних умов навчання та маршрутів інклюзивного туризму, розробка рекомендацій щодо організації маршрутів з урахуванням індивідуальних особливостей дитини, підбір і розподіл дітей у групі;
- забезпечення психологічної підтримки батьків, консультування батьків, спрямоване на формування адекватного виховного підходу до дитини, покращення емоційного контакту та оздоровлення з ними;
- забезпечення соціально-психологічних передумов ефективної інтеграції дітей з ООП в освітнє соціально-культурне середовище для різних вікових етапів;
- формування у фахівців, батьків і дітей потреби в психологічних знаннях з професійною метою та в інтересах особистісного становлення, виховання любові до природи, створення умов для повноцінного особистісного розвитку.

Управління процесом соціально-психологічної реабілітації засобами інклюзивного туризму потребує від міждисциплінарної команди фахівців чіткої реалізації функцій:

- планування заходів щодо соціально-психологічної реабілітації засобами інклюзивного туризму;
- розподіл обов'язків та повноважень міждисциплінарної команди фахівців;
- мотивація суб'єктів соціально-психологічної реабілітації активної участі у відновних та оздоровчих заходах;
- контроль за проведенням заходів щодо соціально-психологічної реабілітації та їх результативністю.

На нашу думку, серед реальних можливостей управління процесом соціально-психологічної реабілітації засобами інклюзивного туризму є сприяння в підвищенні якості життя дітей та молоді з ООП і забезпечення адекватного рівня соціального функціонування.

Проаналізувавши управлінські функції щодо соціально-психологічної реабілітації, ми виявили варіанти оптимальних рішень для кожної функції управління:

а) Функція планування:

Якою є мета соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП?

Яку стратегію та тактику варто обирати для досягнення мети?

Коли і кого потрібно залучати до організації та проведення заходів інклюзивного туризму задля соціально-психологічної реабілітації?

б) Функція організації діяльності:

Як треба структурувати роботу фахівців міждисциплінарної команди, які беруть участь у заходах інклюзивного туризму?

Як скоординувати роботу педагогів, психологів, соціальних педагогів, соціальних працівників, інструкторів із туризму, медиків, а також батьків тощо?

Як доцільно організувати групу дітей для маршрутів інклюзивного туризму, як урахувати особливі потреби під час екскурсії?

в) Функція мотивації:

Чого потребують діти та молодь з ООП?

Як ці потреби можна задовольнити?

Наскільки доступні туристичні об'єкти і чи готові приймати дітей з інвалідністю з різними нозологіями?

Що можна зробити для того, щоб підвищити рівень задоволеності професійною діяльністю та продуктивністю праці фахівців?

Як забезпечити психоемоційне розвантаження батьків під час інклюзивного туризму?

г) Функція контролю:

Як треба визначати в умовах інклюзивного туризму рівень психічного здоров'я дітей та молоді з ООП?

Як часто ватро оцінювати результатів роботи з цього приводу?

Наскільки міждисциплінарна команда фахівців досягла успіхів у соціально-психологічній реабілітації дітей та молоді з ООП?

Якщо є недоліки в цій роботі, то чому це трапилося і які корективи потрібно внести?

Українські науковці А. Колупаєва, О. Таранченко на сучасному етапі розгортання інклюзивного навчання в Україні на основі переважно сервісної концепції прогнозують у найближчому майбутньому більш узагальнене переосмислення інклюзії. Вони зауважують, що інклюзивний освітній простір не зводиться лише до автоматичного навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку з їхніми нормо-типовими ровесниками. Його специфіка полягає в залученні різноманітних видів нетиповості в освітнє середовище, що має бути організоване так, щоб педагогічні технології, техніки, прийоми були дієвими в поліморфному середовищі учнів як у навчальному, так і в соціальному контекстах [55].

Інноваційна технологія інклюзивного туризму як засобу соціально-психологічної реабілітації складається із сукупності методів та форм.

Форми: лекції, групові та індивідуальні бесіди, психологічне консультування (індивідуальне, групове, сімейне), корекційні соціально-психологічні заходи, ігри, моніторинг (опитування, анкетування, психодіагностичне дослідження), тренінги, технології природотерапії (рослиннотерапія, каністерапія, феліотерапія, апітерапія, іпотерапія, дельфінотерапія тощо).

Методи: просвіта, консультування, психологічний супровід, психодіагностика, профілактика, корекція, спостереження, експертна оцінка, самовиховання, формування свідомості, допомога в адаптації, контролю і самоконтролю, зворотнього зв'язку.

Принципова характеристика, що визначає інноваційну технологію: інновації не конкурують і не замінюють реабілітаційні чи освітні заклади, а займають той освітньо-реабілітаційний простір, який потребують діти та молодь з інвалідністю, але не забезпечені ним.

Визначення результату реабілітаційного процесу та критеріїв і показників його оцінки відбувається в межах *результативного компонента*.

Відзначимо, що цей компонент складається з критеріїв, показників соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму, що описують результат цього процесу.

Обґрунтовуючи його результат через створення індивідуальних програм реабілітації спиратимемося на методологічний підхід до структуривання змісту, запропонований О. Рассказовою щодо розвитку соціальності особистості як здатності до соціальної взаємодії. За цим підходом поступ особистості відбувається лише в певній соціальній ситуації, яка залежить як від конкретних умов, що складаються в суспільстві (соціального аспекту розвитку людини), так і від певних задатків і якостей, з якими народилася людина, можливостей та особливостей її морфологічного й функційного вдосконалення протягом усього життя: розвитку її організму, збагачення зв'язків із навколишнім світом (психо-біологічного та соціально-педагогічного аспектів розвитку людини).

На нашу думку, *результат* реабілітаційного процесу характеризують внутрішні та зовнішні ознаки, які формуються в соціальній ситуації розвитку. Серед внутрішніх ознак – ті, що тісніше пов'язані з фізіологічним збереженням психічного здоров'я; розвиток механізму самокерування соціалізацією; формування системи цінностей особистості; засвоєння суб'єктної позиції в соціокультурному середовищі). Зовнішні – ті, що демонструють зв'язок особистісного зростання та соціокультурних обставин (оволодіння новим розвитком дітей та молоді з ООП, структурою їх особистості (розширення сфери соціальних знань, умінь та навичок; засвоєння навиків різними видами діяльності, підвищення соціального

статусу, набутий соціальний досвід особистості тощо), що в єдності є показником інтегральної характеристики фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування дитини та молоді з ООП, соціального благополуччя та соціальної адаптації.

Після впровадження технології інклюзивного туризму оцінюють результати соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП за такими критеріями:

- зміна поведінки учасника;
- покращення фізичного й емоційного стану;
- сформованість нових цінностей і поглядів на життя;
- здатність до самостійного спілкування та праці;
- поява умінь і навичок самостійного вирішення соціальних, побутових, особистісних та міжособистісних конфліктів;
- вміння протистояти негативному натиску соціального середовища;
- сформованість позитивних інтересів, вміння організувати дозвілєву діяльність.

Ефективність соціально-психологічної реабілітації засобами інклюзивного туризму оцінюється у всіх проблемних сферах життєдіяльності дитини та молоді з ООП:

- стан загального здоров'я;
- покращення міжособистісних відносин;
- покращення психологічного самопочуття;
- показники соціальної адаптації та соціальної включеності в повсякденне життя.

Після впровадження технології необхідно вирішити питання надання подальшої соціально-психологічної підтримки.

Загалом ефективність системи оцінюють за результатами відновлення соціального статусу, усебічного розвитку, саморозвитку й самореалізації особи в інтересах суспільства і самої особистості, що виявляється в здатності до інтеграції в суспільство повноцінним членом та покращення якості життя

загалом.

Отже, сутність соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з ООП засобами інклюзивного туризму визначено як систему, що має певні ознаки та структуру, а її функціонування за умови доречного технологічного забезпечення гарантує досягнення мети, що полягає у створенні умов для відновлення психоемоційного стану та соціального статусу в поєднанні із саморозвитком, самореалізацією і самовихованням.

Водночас система соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму є складною відкритою само розвивальною системою, структурні елементи якої взаємопов'язані і взаємозумовлені різними типами детермінованих зв'язків.

Отже, ідея системи є основоположною для соціальної сфери, зокрема в плані соціально-психологічної реабілітації людей з інвалідністю, де розглядаємо дитину та молоду людину з інвалідністю, соціально-психологічну реабілітацію, її засоби, інклюзивний туризм як складні відкриті системи, що підпорядковуються загальним для всіх систем принципам, спрямовані на створення сприятливих умов соціалізації, усебічного розвитку особистості, задоволення соціокультурних потреб, відновлення соціально схвалених способів життєдіяльності людини.

3.2. Освітньо-виховний та соціалізаційний потенціал інклюзивного туризму. Методика проведення екскурсії.

Освіта в Україні стрімко набула інклюзивного характеру – створюють інклюзивні класи, функціонують інклюзивно-ресурсні центри, упроваджують інноваційний міжнародний досвід, розробляють новітні технології навчання. В основі цих заходів лежить принцип недискримінації, урахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників [35].

Особливу увагу надають дітям з інвалідністю: включення в учнівський колектив, запровадження посад асистента вчителя та асистента учня, долучення батьків для досягнення освітніх цілей, застосування відповідних форм та методів навчання; освітнє середовище формують з урахуванням їхніх потреб та можливостей.

Поряд із досягненням навчальних цілей в умовах закладу освіти актуальним залишається питання формування гармонійно розвиненої особистості, формування в неї м'яких навичок «softskills», урахування впливу факторів соціалізації, збереження психічного здоров'я, підготовка до забезпечення соціального добробуту.

Серед різних форм досягнення таких соціальних активностей у закладі освіти виокремлюємо інклюзивний туризм, який набуває поширення та дає змогу вирішувати ряд освітніх завдань, що й спробуємо обґрунтувати.

В умовах туристичної діяльності з огляду на підвищення фізичного та емоційного навантаження в дітей та молоді з інвалідністю відбувається активізація всіх сфер життєдіяльності, а необхідність постійної взаємодії потребує постійного вдосконалення навиків спілкування. Разом з тим, розвиваються адаптаційні можливості організму, розширюється географічна картина світу, підвищується особистісний соціальний досвід, розвиваються відновні можливості людини в соціумі. Основою реабілітації в умовах інклюзивного туризму є оздоровчий вплив природи, підвищення психофізичної активності на свіжому повітрі, зміна соціальної ролі з пасивного на активного суб'єкта взаємодії, набуття нового досвіду та розширення середовища життєдіяльності [103].

Поряд з оздоровчим, реабілітаційним, соціальним та культурним ефектом інклюзивний туризм має освітньо-виховний та соціалізаційний потенціал. Стереотипно компенсація інвалідності вважається предметом професійної діяльності медиків, хоча сфері освіти належить вагома складова, від якої залежить розвиток та соціалізація дітей і молоді. З огляду на це, актуальними стають розроблення та впровадження дієвих освітніх

технологій, які б сприяли реабілітаційним процесам дітей та молоді з інвалідністю на всіх етапах життєдіяльності, допомагали в інтелектуальному, фізичному, психологічному та емоційному розвитку, розкриттю внутрішнього потенціалу.

Освітня складова впровадження інклюзивного туризму передбачає засвоєння та закріплення знань із шкільних предметів: історії, географії, біології, природознавства тощо; розширення світогляду та культурологічних знань, розвиток пізнавальної активності та комунікативних навичок.

Виховна складова сприяє формуванню патріотизму, моральних та естетичних якостей підростаючого покоління.

Соціалізаційна роль полягає у засвоєнні набутого досвіду соціальної взаємодії з оточуючими, місцевої культури та соціокультурної діяльності.

Поєднання цих складових сприяє формуванню гармонійно розвинутої особистості, тому детально охарактеризуємо кожен з них.

За висновком Т. Дудки, злиття освіти й туризму в єдиний цілісний педагогічний феномен сприяє реалізації таких дидактичних принципів, як: спрямованості навчання на реалізацію мети освіти, зв'язку теорії з практикою, свідомості й активності, доступності, наочності, систематичності і послідовності. За функційністю освітній туризм є важливою формою організації освітнього процесу за межами основного навчального закладу [27].

Сьогодні науковці О. Бейдик, М. Біржаков, І.Кіфяк, І. Курліщук, Т. Сокол, В. Федорченко освітній туризм ширше розуміють як екскурсійні поїздки, під час яких поєднується відпочинок і навчання, у вузькому розумінні як вид діяльності, що сприяє формуванню соціальної мобільності, професійної універсальності, навичок самоосвіти, стимулює інтелектуальний розвиток особистості [88]. В умовах освітнього туризму на перший план виходить освітня складова, а потім вже відпочинок.

Туристична діяльність сприяє розширенню *пізнавальної сфери* учнів, що мотивує до поглибленого вивчення шкільних предметів, науково-

пошукової роботи, проєктної діяльності й вивчення історії та культури рідного краю тощо.

Розвиток освітнього туризму є стрімким, і його спрямованість досить широка, адже виокремилися різні його напрямки: лінгвістичний, екологічний, культурологічний, національно-патріотичний, спортивний, історичний, географічний, біологічний та ін.

Освітній туризм класифікують так: навчальні подорожі, що передбачають поглиблене вивчення окремих тем шкільних предметів; «мовні тури», що передбачають вивчення іноземної мови у відповідному мовному середовищі; спортивно-навчальні тури – надання можливості навчитись обраному виду спорту; майстер-класи, під час яких упроваджуються різні форми пізнавальної діяльності; спеціалізовані екскурсійно-ознайомлювальні мандрівки за різними маршрутами, пов'язаними з відвіданням центрів культури, пам'яток історії й етнографічного мистецтва; тощо[88]. За формами освітній туризм учнівської молоді може передбачати виїзні табори; туристські поїздки; комплексні проєкти; дослідницькі проєкти; заняття в музеях; багатоденні екскурсії; заочні екскурсії; тривалі або короткострокові мовні курси [88]. У сучасній українській школі широко використовують такі інструменти освітнього туризму, як екскурсії, походи, тури, екологічні стежки, волонтерські маршрути та ін.

У 2020 р. стартувала реформа зі створення здорової та безпечної школи відповідно до Указу Президента України (№ 195/2020) «Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі». Метою Національної стратегії є формування безпечних, комфортних та здорових умов навчання в закладах освіти, освітнього середовища, яке забезпечує оволодіння учнями компетентностями, необхідними для життя, формування культури безпечної та здорової поведінки [117]. Інклюзивний туризм має *оздоровчий потенціал* – це рухова активність (особливо в тих випадках, коли в закладі освіти немає басейну, спеціалізований гімнастичних, спортивних і тренажерних залів). Туризм як

засіб оздоровлення характеризує загальнодоступність, він рекомендований практично кожній дитині за відсутності в неї серйозних патологій. Універсальність туризму ще й у тому, що він всесезонний. Систематичне проведення туристичних прогулянок дозволяє регулювати працездатність дітей і уникати психічного стомлення, яке накопичується за тиждень, місяць, сезон. Туризм є прекрасним засобом активного відпочинку. Він формує в дітей уміння змістовно організувати своє дозвілля. Цікаво продумана рухова діяльність дітей у природних умовах формує у них інтерес до заняття туризмом і фізичною культурою, підвищує мотивацію до збереження здоров'я і ведення здорового способу життя. Основна мета туризму в закладі освіти – оздоровлення дітей, запобігання гіподинамії, оптимізація рухового режиму, удосконалення рухових навичок у природних умовах та розвиток фізичних якостей і фізичної витривалості [179].

Важливий оздоровчий потенціал має туризм для учнівської молоді з порушенням психофізичного розвитку, яка має труднощі в подоланні бар'єрів різного характеру, знижену рухову активність, проблеми в комунікації з однолітками, підвищену втомлюваність, недостатню орієнтацію в соціумі, низьку соціальну активність, низьку самооцінку та ін. Саме з метою компенсації таких обмежень, подолання деструктивних проявів у загальному розвитку особистості, відновлення соціальних зв'язків закладами освіти необхідний пошук дієвих методик у роботі. На нашу думку, інклюзивний туризм як інструмент в організації освітнього процесу є ефективним, але потребує врахування нозологій кожного учня.

Український учений А. Голод зазначає, що одним із перспективних напрямів розвитку дитячого адаптивного туризму в Україні є освітній туризм в умовах інклюзивного навчання. Основною перевагою цього виду туризму є те, що діти з обмеженими можливостями не піддаються сегрегації. Вони подорожують у групі свого класу, тобто разом зі здоровими дітьми до інших шкіл, де навчаються діти як з вадами, так і без. На його думку, видатки на харчування та проживання в освітньому туризмі для дітей з обмеженими

можливостями мають лягати на школи та фонди, які займаються розвитком інклюзивної освіти в Україні та світі, а перевезення можуть здійснюватися за рахунок батьків. Водночас екскурсії для неповноправних дітей мають організувати безкоштовно органи місцевого самоврядування або ж громадські організації міста, що приймає туристів, оскільки в інклюзивному класі перебуває невелика кількість таких дітей [22].

Фактично освітній туризм можна використовувати як форму позашкільної роботи і неформальної освіти і як дієву технологію для вироблення *м'яких навичок «soft skills»* тощо. У межах останньої формуються основні сфери розвитку: взаєморозуміння учасників екскурсії; подолання міжособистісних бар'єрів; цілеспрямований розподіл ролей; стресостійкість; підвищення фізичної активності учасників; вирішення внутрішніх конфліктів; підвищена мотивація.

В учнів значно підвищується рівень умінь у сфері позитивного, безконфліктного спілкування, з'являється впевненість у власних силах і довіра до оточуючих. Екскурсії допомагають дітям отримати в простій і доступній формі додаткову психологічну підтримку і допомогу: зниження рівня тривожності; труднощі в спілкуванні з однолітками; непевненість у собі; агресії тощо.

Заходи сприяють розвитку в підлітків умінь будувати різні типи відносин, навиків спілкування і розуміння один одного. У підсумку учасники мотивовані на позитивну діяльність; навчалися асертивній поведінці; можуть протистояти деструктивному впливу; впевнено планують майбутнє; мають менше проблем у спілкуванні з однолітками.

Результати реалізації заходів сприяють підвищенню якості життя, збереженню позитивного ставлення до життя і соціальної активності, міжособистісного спілкування, розширення культурно-пізнавального світогляду, розвитку інтересу до рідного краю

Організація інклюзивного туризму сприяє *педагогічній реабілітації* – можливості повернути дитину з уразливої категорії до умов нормального

соціального життя, відновити соціальний статус, соціальну активність. Сутність педагогічної реабілітації розглядаємо як процес, що включає навчання, виховання, моральний та особистісний розвиток, а також соціальне становлення. Реабілітаційний аспект полягає у відновленні можливостей дитини з особливими потребами в учнівському колективі: основна увага не на ваду дитини, а на її розвиток, якісну зміну та усвідомлення себе в колективі як повноцінного учасника освітнього процесу.

Н. Султанова у дискурсі відновлення втрачених функцій дитини, сприяння її успішній соціалізації та соціальній інтеграції внаслідок інвалідності визначає, що педагогічна реабілітація - це процес, мета якого – надання можливості досягнути оптимального інтелектуального, психічного рівня діяльності та підтримка його в рамках соціальної незалежності [166].

Ю. Сілявіна метою педагогічної реабілітації визначає розвиток і саморозвиток вихованців з особливими освітніми потребами як суб'єктів пізнання. Завданнями педагогічної реабілітації є оптимізація навчально-реабілітаційного маршруту дитини, включення її в єдиний освітній простір; відновлення активності учня як суб'єкта своєї життєдіяльності; відновлення та розвиток загальнонавчальних умінь і навичок, здатності до вольової саморегуляції; вироблення механізмів розвитку та саморозвитку самоосвітньої й інформаційної компетентностей особистості; організація системи освітньо-реабілітаційних заходів, різноманітних за видом, інтенсивністю та тривалістю; моделювання індивідуальних навчальних програм синтезованого характеру [160].

На нашу думку, інклюзивний туризм є ефективним для педагогічної реабілітації, здатний відтворювати особистісно важливі якості учня, які сприяють розвитку активної життєвої позиції і включенню його у взаємодію з членами суспільства, створює умови для розвитку навиків самообслуговування, оволодіння соціальними ролями, нормами і правилами поведінки в соціумі, а також мотивації до отримання необхідного рівня знань.

В умовах інклюзивного туризму здійснюється *соціалізаційний вплив* на учнівську молодь, зокрема простежується його двобічний процес, який, з одного боку, це засвоєння індивідом соціального досвіду через входження в соціальне середовище, систему соціальних зв'язків, з іншого – активне відтворення індивідом системи соціальних зв'язків за рахунок його діяльності, входження в соціальне середовище [28].

Як зазначає С. Александрова, саме інклюзивний туризм стає важливим засобом соціалізації особистості, оскільки він може забезпечити рухову активність, що сприяє збереженню та поліпшенню психосоматичного та фізичного здоров'я; переключення мислення на оздоровче; створення повноцінного середовища спілкування; інтеграцію в суспільство; формування впевненої особистості з активною життєвою позицією; рекреаційну складову, адже туризм сприяє відновленню фізичних та психічних ресурсів людини, дає змогу відволіктися від звичайних занять та способу життя, дізнатися більше про оточуючий світ, рідну та інші культури; всебічний розвиток особистості, розширення світогляду тощо [4].

За висновками Ю. Феленчук та Л. Шевчук, прогресивна соціалізація в сфері туризму – це навички, знання, норми, цінності, інформація про традиції, вірування, культуру, дані про здоровий спосіб життя тощо, отримані в процесі здійснення туристичної діяльності під час передачі їх споживачам туристичних послуг гідями, екскурсоводами, філософами, етнографами та іншими високодуховними та високоосвіченими людьми [175].

На думку А.Аніщенко, туристична подорож як фактор соціалізації має багато ознак: географічна місцевість; кількість подорожувальників; загальна законодавча база; члени громади об'єднані різними інтересами, правами, відповідальністю, формами взаємодії, наявністю спроможності до колективних дій. Важливим постає сприйняття фахівцями туристичної галузі поняття того, що подорож повинна мати виховний вплив на особистість, яка подорожує, сприяти її позитивній соціалізації, формувати ціннісні орієнтації, продукувати соціальні якості, створювати умови для прояву соціальної

поведінки. Сутність подорожування полягає в тому, що це форма самореалізації людини, гармонізація та задоволення різноманіття потреб особистості, що має сприяти підвищенню ефективності її соціалізації [6].

Соціалізаційний вплив інклюзивного туризму яскраво прослідковується через результати соціально-педагогічної діяльності. Водночас інклюзивний туризм сприяє *соціально-педагогічній реабілітації*, особливо дітей з інвалідністю, щодо повернення дитини до активної життєдіяльності в соціумі, подолання недоліків фізичного, психічного і соціального розвитку в загальній системі виховання дитини.

На думку А. Шевцова, соціально-педагогічна (включає освітню) реабілітація, передбачає навчання, виховання та всебічний розвиток насамперед осіб із розумовими обмеженнями, створення умов для розвитку їх потенційних можливостей. Її складовими є різні форми підготовки особистості дитини з особливостями розвитку до активного життя в суспільстві та сім'ї, окремі напрями її професійної орієнтації та навчання певних видів трудової діяльності [187].

Результативність соціально-педагогічної реабілітації дитини з особливостями розвитку, за узагальненнями Т. Єжової, залежить від багатьох факторів, зокрема від реабілітаційного потенціалу дитини (комплексу біологічних, психофізіологічних і соціально-психологічних характеристик, а також факторів соціального середовища, що дозволяють реалізувати особі її потенційні можливості) та ступеня обмеження життєдіяльності (величини відхилення від норми життєдіяльності, яка буває у вигляді: помірно вираженого обмеження життєдіяльності; вираженого обмеження життєдіяльності та значного обмеження життєдіяльності індивіда) [30].

Соціально-педагогічна реабілітація дітей та молоді з особливими потребами передбачена Указом Президента України «Про Національну програму «Діти України»» від 18 січня 1996 р. № 63/96. Зміст соціальної реабілітації полягає в реконструкції соціокультурного довкілля, допомозі в комунікації та навчанні, цілеспрямованій соціально-психологічній роботі з

близькими та родичами; допомозі у професійному самовизначенні, сприянні працевлаштуванню; організації дозвілля та спілкування; виявленні творчих здібностей; охороні прав молоді; медичному, педагогічному, психологічному патронажі; створенні позитивної громадської думки про проблеми молоді з інвалідністю [189].

Отже, інклюзивний туризм дозволяє стати учасником повноцінного соціокультурного життя разом з однолітками, змінити соціальне оточення, мотивує до комунікації та нових знайомств, сприяє адаптації до учнівського колективу, дозволяє долучити рідних до спільних подорожей, завдяки екскурсіям на промисловість чи виробництво є можливість пізнати різновиди професій та визначати їх спрямованість, долучатися до культурно-дозвіллевої діяльності, мотивувати до соціальних активностей та залучати до освітнього середовища.

Завдяки спільній участі учнівської молоді в подорожах та екскурсіях формується толерантне ставлення до інакшості, чому сприяє використання *недискримінаційного підходу* в організації освітнього процесу. В умовах інклюзивного туризму долаються стереотипи щодо людей з інвалідністю, гостріше усвідомлюється потреба створення безбар'єрного простору, формується повага до прав іншої людини та навички турботи про людину, яка перебуває в складній життєвій ситуації, забезпечується рівний доступ до освіти і неупереджене ставлення до всіх дітей.

Отже, інклюзивний туризм має освітній, виховний та соціалізаційний потенціал, що проявляється в розширенні пізнавальної сфери, оздоровленні осіб з ООП, сприянні формуванню м'яких навичок «softskills», зростанні можливостей педагогічної та соціально-педагогічної реабілітації.

Для практичного впровадження інклюзивних маршрутів доцільно розробити методику та етапи її реалізації, обґрунтувати форми роботи з дітьми та молоддю тощо.

У межах *підготовчого етапу* варто розпочати роботу з визначення місця та мети екскурсії на основі розробленої класифікації заходів

інклюзивного туризму (див. вище).

Для поінформованості про учасників екскурсії з метою визначення рівня розвитку групи та наявності ООП (табл. 5) варто оформити соціальний паспорт групи за окремою формою. Залежно від рівня захворюваності дітей виокремлюють такі групи [103]: I група – діти, що слабо контролюють свої дії, не мають навиків роботи в колективі; II група – діти, не готові до організації самостійної діяльності; III група – діти, які мають навички співпраці в групі та з керівником; IV група – діти, які гарно виконують дії під керівництвом викладачів; V група – діти, здатні до інтелектуальної і творчої діяльності. Для кожної групи необхідно розробити окрему програму інклюзивного туризму.

Таблиця 5

Соціальний паспорт групи

№ п/п	ПІБ дитини	ПІБ та контакти батьків	Наявність ООП (при наявності інвалідності вказати нозологію)	Вказати потребу в супроводженні чи в забезпеченні додаткових умов

З урахуванням відомостей соціального паспортування доцільно вивчити і підібрати матеріал, який буде використаний під час екскурсії; методичні прийоми; розробити оптимальний маршрут; підготувати індивідуальні та колективні завдання для дітей із різним рівнем розвитку; визначити проблемні ситуації, завдання і питання, відповіді на які діти можуть дати під час екскурсії [87].

Усі учасники групи мають пройти анкетування щодо очікувань від екскурсії та з метою діагностики психоемоційного стану й визначення рівня соціальної інтеграції. Також важливо з'ясувати рівень розвитку відповідно до віку; найближче оточення; місця, які уже відвідувала дитина; інтереси і бажання дитини; компенсаторні й корекційні можливості дитини, її реабілітаційний потенціал; соціальний запит родини та її очікування.

У підготовці до екскурсії потрібно враховувати такі умови:

- для кожної групи доцільно попередньо вивчити і врахувати індивідуальні програми та відомості психолого-педагогічного паспорта;
- вибір форм інклюзивного туризму повинен враховувати стан здоров'я дітей з ООП;
- фізичні навантаження мають відповідати стану здоров'я дітей з ООП;
- при підготовці до інклюзивних туристичних маршрутів необхідно провести підготовчі тренінги та анкетування;
- обов'язково має бути забезпечений медичний супровід та приділено увагу безпеці таких дітей.

Необхідно враховувати, що діти з ООП швидко втомлюються фізично та емоційно. У зв'язку з цим у маршруті доцільно передбачити місця короткочасного відпочинку, та розрахувати, щоб середня тривалість екскурсії була 1,5 год., оскільки саме це час оптимального сприйняття інформації для будь-якої людини.

При плануванні турів важливо враховувати особисті особливості туристів. Більшість дітей з ООП схильні до депресій, підвищеної емоційної збудливості, образливості, втоми та перевтоми, забування, користування своїм становищем тощо. Для профілактики перевтоми варто поступово збільшувати навантаження. Під час екскурсій можуть виникати конфлікти, які розшаровуватимуть групу зсередини, тому необхідно планувати заходи на підтримку позитивного емоційного клімату. В організації довготривалих інклюзивних поїздок доцільно враховувати, що в туристів може виникнути туга за домівкою і бажання як можна швидше завершити поїздку. Серед основних ризиків таких турів є незнання ООП іншими учасниками маршруту, тому для кращої організації взаєморозуміння варто завчасно розповісти про це. Доцільно проводити організаційні зустрічі або тренінги для ознайомлення з маршрутом і його учасниками та вироблення правил спільної подорожі [159].

Діагностичний етап передбачає проведення анкетування та методик, розроблених на основі Міжнародної класифікації функціонування,

обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ – ДП)
(табл. 6).

Таблиця 6

ІНДИВІДУАЛЬНА ТРАЄКТОРІЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ				
ПІБ дитини Рік народження дитини ПІБ батьків або опікунів Роки навчання в закладі освіти				
Цілі реабілітації відповідно МКХ – ДП	Оцінка реабілітації (за 5-ти бальною шкалою)		Фахівець	Примітки
	До початку реабілітації	Після реабілітації		
АКТИВНІСТЬ ТА УЧАСТЬ				
<i>Розділ 1. Навчання та застосування знань</i>				
<i>Цілеспрямоване використання органів чуттів (d110-d129)</i>				
d110 Використання зору				
d115 Використання слуху				
d120 Цілеспрямоване використання інших органів чуттів				
d129 Цілеспрямоване використання органів чуттів, інші уточнені та не уточнені				
d130 - d159 Базові навички в навчанні				
d160-d179 Застосування знань				
Розділ 2. Загальні завдання та вимоги				
d210 Виконання окремого завдання				
d220 Виконання багатопланових завдань				
d230 Виконання повсякденного розпорядку				
d240 Подолання стресу та інших психологічних навантажень				
d250 Управління власною поведінкою				
d299 Загальні завдання та вимоги, не уточнені				
Розділ 3. Комунікація				
d310 - d329 Передача повідомлень – отримання повідомлень				

d330 - d349 Спілкування – продукування повідомлень				
d350- d369 Розмова з використанням засобів зв'язку і технік спілкування				
Розділ 4. Мобільність				
d410-d429 Зміна та підтримання положення тіла				
d430-d449 Перенесення, переміщення та маніпулювання об'єктами				
d450-d469 Ходьба та пересування				
d470-d489 Переміщення за допомогою транспорту				
Розділ 5. Самообслуговування				
D510-d599 Самообслуговування				
Розділ 6. Побутове життя				
d610-d629 Придбання необхідних предметів				
d630-d649 Побутові завдання				
d650-d669 Догляд за побутовими предметами та надання допомоги іншим				
Розділ 7. Міжособистісні взаємодії та відносини				
d710 - d729 Загальні міжособистісні взаємодії				
d730-d779 Особливі міжособистісні відносини				
Розділ 9. Життя в спільноті, соціальне та громадське життя				
d910 Життя в спільноті				
d920 Розваги та дозвілля				
d930 Релігія і духовна практика				
d940 Права людини				
d950 Політичне життя та громадянство				
d998 Життя в спільноті, соціальне та громадське життя,				

інше уточнене				
d999 Життя в спільноті, соціальне та громадське життя, не уточнене				
ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА				
Розділ. Підтримка і взаємовідносини				
e310 Найближчі родичі				
e315 Далекі родичі				
e320 Друзі				
e325 Знайомі, однолітки, колеги, сусіди та члени спільноти				
e330 Люди, наділені владою та авторитетом				
e340 Персонал, що доглядає і допомагає				
e345 Сторонні особи				
e350 Домашні тварини				
e355 Професійні медичні працівники				
e360 Працівники інших професійних сфер				
Взаємовідносини індивіда в суспільстві				
e410 Індивідуальні взаємовідносини найближчих родичів у суспільстві				
e415 Індивідуальні взаємовідносини далеких родичів у суспільстві				
e420 Індивідуальні взаємовідносини друзів у суспільстві				
e425 Індивідуальні взаємовідносини знайомих, однолітків, колег, сусідів та членів спільноти в суспільстві				
e430 Індивідуальні взаємовідносини осіб, наділених владою, у суспільстві				
e440 Індивідуальні взаємовідносини персоналу, який доглядає і допомагає, у суспільстві				
e450 Індивідуальні взаємовідносин професійних медичних працівників у суспільстві				
e460 Соціальні взаємовідносини індивіда в суспільстві				

У межах цього етапу доцільно ретельно вивчити питання про наявність та доступність екскурсійних маршрутів. Доступність (безбар'єрність) – це властивість приміщення, місця чи території обслуговування, яка дозволяє безперешкодно реалізувати мету інклюзивного екскурсійного маршруту для всіх його учасників. Безбар'єрним середовищем вважається таке, що забезпечує отримання послуги у сфері інклюзивного туризму всім маломобільним категоріям, передбачає облаштування загальних універсальних шляхів пересування і пристосування спеціальних місць обслуговування для осіб із порушенням здоров'я.

Необхідно не тільки враховувати мінімальніпросто-середовищні та інформаційні бар'єри, а й пам'ятати про емоційні: враховувати специфічні особливості отримувачів послуг інклюзивного туризму, знати особливості комунікації та соціальної взаємодії, відповідно враховувати їх у розробці завдань для індивідуальної та колективної роботи під час екскурсії.

Під час *організаційного етапу* за результатами діагностики корегують програму екскурсії, обирають індивідуальні та колективні завдання відповідно до змісту та спрямованості заходів соціально-психологічної реабілітації, визначають додатковий допоміжний персонал, а також адаптують маршрут згідно з визначеними потребами учасників та рівнем доступності туристичних об'єктів. Важливою є організація взаємодії команди міждисциплінарного супроводу (залежно від нозологій необхідне залучення фахівців із сурдоперекладу, із взаємодії зі сліпими, реабілітологів тощо) та організація самого маршруту (транспорт, соціальне обслуговування, екскурсійні послуги, послуги інших фахівців).

Має бути організована робота фахівців над реалізацією програми реабілітації дитини за умови створення ситуації взаємодії: *фахівець – дитина – найближче оточення дитини*. Доцільно залучати сім'ю до реалізації маршрутів інклюзивного туризму з метою забезпечення терапевтичної та реабілітаційної функції сім'ї. Сама програма реабілітації може бути складена

за безпосередньої участі членів родини і команди фахівців.

На *інформаційно-пізнавальному етапі* необхідно донести до учасників маршруту коротку історичну довідку про місце екскурсії (можна провести напередодні екскурсії чи під час; доцільно орієнтувати на попереднє ознайомлення із сайтами туристичних об'єктів), провести індивідуальні та колективні пізнавальні завдання під час екскурсії, спілкування, отримання пізнавальної інформації від екскурсовода.

Під час екскурсії можна організувати інтелектуально-пізнавальні конкурси:

- на визначення найоригінальніших та найестетичніших ділянок екскурсійного маршруту;
- домашнього завдання, що стосується знань історії, природного ландшафту, рослинного світу екскурсійного маршруту (письмово чи усно);
- вікторину «10 цікавих фактів» про місце, до якого планується екскурсія;
- укладання фотоальбомів, тематичних колажів, мультимедійних презентацій за результатами екскурсій;
- на кращу фотографію серед учасників екскурсії у відповідних номінаціях.

Елементами новації може стати поєднання туристичного маршруту з іншими видами соціокультурної та проєктної діяльності у взаємозв'язку із соціально-психологічними технологіями реабілітації. Перспективними є екскурсії з урахуванням організації проєктно-дослідницької діяльності. До конкурсів та завдань варто включити роботу з інформаційно-комунікативними технологіями.

Етап упровадження технології соціально-психологічної реабілітації передбачає формування і проведення туру для дітей з ООП з метою їх комплексної реабілітації, адже унікальність інклюзивного туризму полягає в можливості зустріти цікавих людей, завести нові знайомства, отримати позитивні враження та емоції, набути певного соціокультурного досвіду.

Туризм класично передбачає вклад у свій духовний, освітній і художній розвиток та є показником якості життя конкретної людини. Кожен, хто повертається додому після подорожі, відчуває почуття радості й знаходить у собі нові сили творити, відчуває потребу жити і розвиватися.

Принципи побудови реабілітаційної програми в межах інклюзивного туризму: *індивідуальний підхід* – розробка індивідуального маршруту надання послуг з урахуванням усіх аспектів розвитку дитини: ступінь обмежень життєдіяльності, вік, стать, а також рекомендації фахівців: психологів, соціальних педагогів, логопедів, медичних працівників та ін.; *комплексність реабілітаційних задач*: при плануванні заходів передбачається комплекс завдань, як-то: проведення оздоровчих заходів, соціально-психологічних тренінгів, пізнавальної діяльності тощо; *системність і протяжність*: протягом навчального семестру передбачати не менше одного маршруту інклюзивного туризму; *дотримання оптимального балансу навантажень*: характер навантажень фахівець має обирати, враховуючи індивідуальні можливості; *дидактичні детермінанти*: засвоєння знань і вмінь під час екскурсійного маршруту.

Під час інклюзивного туризму створені умови для застосування сучасних освітніх технологій: технологія соціалізації та інтеграції, ігрова технологія, здоров'язберігаючі технології, технології природотерапії.

У межах таких технологій доцільно застосовувати комплекс методик, методів, форм роботи, які сприяють активізації рухової активності і підтримці фізичної форми; допомагають створити середовище спілкування та встановити різноманітні соціальні зв'язки; сприяють інтеграції в суспільство, формують активну життєву позицію; дозволяють пізнавати довкілля, оптимізують психоемоційний стан. На цьому етапі важливо застосовувати індивідуальний і комплексний підхід в організації екскурсії, визначати види, об'єми, форми з урахуванням стану здоров'я і вимог індивідуальної програми реабілітації.

Основним методом етапу впровадження технології соціально-

психологічної реабілітації є тренінги, які можна проводити в туристичних умовах. Це зумовлено тим, що інклюзивний туризм добре відволікає увагу дітей з ООП від внутрішніх переживань, єднає їх із навколишнім середовищем, ураховує тяжкість і ступінь захворювання та індивідуальні особливості дитини. Потрібно контролювати і діагностувати соматичні й психічні зміни дитини, тобто її можливості сприймати довкілля.

Реалізувати це можна або під час окремого етапу проведення екскурсії, або протягом усього маршруту. Окремими напрямками цього етапу є психологічне консультування (індивідуальне, групове, сімейне), психокорекція (індивідуальна і групова), психологічний тренінг.

Загалом етап спрямований на подолання соціально-психологічних бар'єрів: обмеження руху, що деструктивно впливає на здоров'я та психіку, проблеми фізичного і психічного здоров'я, соціальна ізоляція (активна форма відпочинку, вплив природи, рухова активність на свіжому повітрі, аромотерапія, природотерапія сприяють фізичному оздоровленню, психоемоційному розвантаженню, підвищенню фізичної та психоемоційної стійкості); психосоматичні захворювання чи проблеми (емоційно-естетичні заходи сприяють позитивному психоемоційному настрою, переключенню мислення на саногенне, профілактиці, терапії); недостатньо розвинутий світогляд, дефіцит психолого-культурних видів діяльності (інтелектуально-виховні заходи допомагають пізнавати навколишній світ у його різноманітті явищ природи і культури, дають можливість розвивати сприйняття естетики природи і пам'яток культури) [98].

Інклюзивний туризм не тільки сприяє подоланню бар'єрів, а й дає змогу розширити коло спілкування, підвищує рівень соціально-психологічної адаптивності дитини до негативних тенденцій і впливу суспільства; підготувати дитину до інтеграції в заклади освіти та колективи однолітків; формувати сприйняття хвороби чи фізіологічної вади, як певного життєвого стилю і поведінки.

Для впровадження заходів соціально-психологічної реабілітації варто

враховувати, що завдання і види діяльності повинні бути особистісно орієнтованими, відповідати віку, статі дитини, культурним стандартам; відображати характеристику нормальної життєдіяльності. Крім того, необхідно враховувати сили, особливі потреби дитини та вимоги до туристської діяльності; градувати завдання з поступовим підвищенням його рівня.

Під час планування та реалізації заходів цього етапу необхідно також враховувати інтереси дітей щодо подорожей та естетичних уподобань; активність участі дитини в подібних заходах; ресурси і підтримку для забезпечення участі таких дітей; рівень успішності та задоволеності такої діяльності.

У контексті соціально-психологічної та оздоровчої реабілітації важливим аспектом упровадження інклюзивного туризму є наявність системи комплексного психолого-медико-педагогічного супроводу, що включає систематичний нагляд, моніторинг індивідуальних програм реабілітації тощо.

Особливо важливо враховувати стан здоров'я осіб з ООП щодо впровадження інклюзивного туризму, від чого залежатиме реабілітаційний потенціал заходів. Для кожної нозології необхідно розробити свою програму реабілітації.

Для дітей із порушенням слуху характерний особливий психічний розвиток, що зумовлює специфічні умови взаємодії з навколишнім світом. Первинне порушення слуху впливає на затримку розвитку мовлення, а також розвиток пам'яті, мислення, інших пізнавальних та емоційних психічних процесів. Це гальмує розвиток дітей із порушенням слуху. Об'єм зовнішніх впливів звужений, взаємодія із середовищем мінімізована. Відповідно психічна діяльність такої дитини є менш складною і різнобічною. Хоча при адекватних умовах навчання та виховання на різних вікових етапах відбувається прискорення в розвитку, тому з раннього віку доцільно звертати увагу на розвиток мовлення, рухової активності, словесної пам'яті,

абстрактно-понятійного мислення, уяви. Інклюзивний туризм сприяє розширенню візуального середовища, оволодінню руховими навичками, розвитку тактильних відчуттів. Спілкування з природою розширює емоційно-психічний фон, підвищує активні життєві позиції і пізнавальну активність [103].

У дітей з порушенням зору розвиток тісно пов'язаний із відхиленням у всіх видах пізнавальної діяльності, що позначається на формуванні особистісної та емоційно-вольової сфери. Уява та пам'ять обмежені, виникають проблеми в орієнтації і мобільності (порушується точність руху, їх інтенсивність, стає специфічною хода). Наявність зорового дефекту викликає стан тривожності, невпевненості у своїх силах і можливостях. Процес соціалізації таких дітей залежний від дорослих і товаришів, страху нових умов і змін. Саме під час маршрутів інклюзивного туризму відбувається емоційне сприйняття акустичного фону природного середовища. Емоційний фон сприйняття довкілля змінюється через підвищення рухової активності, розширюється соціалізація дитини, зменшується тривожність і невпевненість у власних силах. Для таких осіб маршрути повинні бути адаптовані відповідними засобами, щоб попередити нещасні випадки [103].

Найбільш складною категорією серед осіб з ООП є діти і молодь із затримкою психічного розвитку. За ступенем відставання в розвитку та індивідуальних проявах вони різні. Загальним є відставання у всіх сферах психічної діяльності, що виражається в низькій швидкості прийому і переробки сенсорної інформації, недостатньою сформованістю розумових операцій і дій, низькою пізнавальною активністю і слабкістю пізнавальних інтересів та уяви про навколишню дійсність. Для таких дітей характерні емоційна нестійкість, збудженість, відсутність регуляції поведінки, прояв гіперактивності тощо. [103].

Індивідуального підходу потребують діти з ДЦП, які мають порушення рухового апарату, що супроводжується порушенням м'язевого тону,

наявністю посильних рухів, несформованості актів рівноваги і координації, недоліками дрібної моторики. Це захворювання має різний ступінь тяжкості. Разом із дефектами руху можуть проявлятися недоліки інтелектуального розвитку. Це обумовлено як ураженням головного мозку, так і руховою і соціальною депривацією, що виникає внаслідок обмеження рухової активності й соціальних контактів. Практично в усіх дітей проявляються астеничні наслідки: знижена працездатність, виснаження всіх психічних процесів, затримка сприйняття, труднощі переключення уваги, малий об'єм пам'яті. Як правило, рухові відхилення поєднуються з відхиленнями мовлення. Для таких дітей характерні занижений фон настрою, тенденція до обмеження контактів, занижена самооцінка, заглиблення у хворобу, зниження пізнавальної активності. Це пов'язано з раннім усвідомленням фізичного дефекту, переживанням своєї неповноцінності, а також з неправильним вихованням - гіперопікою, обмеженням активності й самостійності. Програма реабілітації засобами інклюзивного туризму повинна складатися з декількох етапів. Спочатку – підвищення пізнавальної активності за рахунок спілкування з природою. Потім – підвищення самооцінки за рахунок набуття відповідних навичок поведінки в навколишній дійсності. Наступний етап – розширення соціальних контактів. Саме інклюзивний туризм розширює фізичні можливості активності й самостійності дитини в навколишньому середовищі [103].

Заключним є *підсумково-оціночний етап*, під час якого оцінюють досягнення поставленої мети; з'ясовують ефективність заходів соціально-психологічної реабілітації за результатами анкетування та на основі методики оцінки якості надання послуг інклюзивного туризму дітям з ООП, простежують динаміку соціально-психологічної реабілітації з урахуванням МКФ – ДП; визначають проблемні питання, які виникали під час екскурсії.

Види завдань для дітей з ООП під час екскурсій [102]

Діти з ООП		Ознаки особливих потреб	Корекційні соціально-психологічні заходи	Індивідуальні завдання	Колективні завдання	Залучені фахівці
Діти з інвалідністю	Нозологія	Недорозвинута пам'ять, мислення, мова, емоційні процеси. Затримка психічного розвитку, порушення рухових функцій. Нижча соціальна зрілість, почуття ізоляції та відособлення. Як правило, дитина відчуває незадоволення, тривожність, безсилля, стурбованість; більш залежна в групі.	Особлива увага розвитку уваги, самосвідомості, творчості. Окремим напрямом є впровадження заходів на подолання труднощів спілкування з тими, хто поряд, та комунікації загалом.	1. Скласти твір про екскурсію. 2. На основі вивчення сайту туристичного об'єкта (за наявності) розробити маршрут екскурсії або запропонувати об'єкти для обов'язкового відвідування під час екскурсії. 3. Зібрати гербарій. 4. Зобразити за допомогою арттерапії враження про екскурсію. 5. Провести невеликі змагання на подолання труднощів.	1. Організація квесту з адаптацією завдань для такої категорії дітей та візуалізацією завдань. 2. Коротко тривалі тренінгові завдання на комунікацію через невербальні форми комунікації. 3. Підготовка фотоколажу за результатами екскурсії.	Сурдоперекладач
	Діти з порушенням зору	Відхилення в усіх видах пізнавальної діяльності, обмежені можливості орієнтації в просторі, схильність до травмування. Соціально незрілі. Відособлені. Залежні. Не сприймають невербальну комунікацію й	Розвинуті навички спілкування, мовлення. Залежність формування понять від тактильного досвіду. Заохочення до позитивної самооцінки Як і всім учням, дітям із порушеннями зору важливо розвивати й підтримувати добрі стосунки.	Ділянка має бути рівною. Учні з порушеннями зору максимальний обсяг інформації отримують на слух, тому важливо сформувані в них гарні навички слухання. Дорогою дитина має	Заохочення ініціювати бесіду або гру. Часто така дитина спокійно сидить і довго чекає, коли її хтось запросить гратися. Дитина з порушеннями зору	Сигнальні картки треба зробити зі шрифтом Брайля або великим шрифтом. Якщо є можливість скористатися послугами

		не використують її. Помітні проблеми з використанням просторової інформації. Функційні проблеми з візуальною пам'яттю й уявою.		відчутти запах навколишнього середовища, спів птахів тощо. Доцільно хвалити дитину та робити зауваження, підкріплюючи слова жестами (наприклад, класти руку на плече). Відчуття просторових відношень, плину часу, положення тіла – це приклади фундаментальних понять про навколишній світ, що мають сформуватися в дитини. Для цього необхідне злагоджене використання слухових, тактильних, кінестетичних відчуттів, а також залишкового зору.	часто потребує тактильного вивчення навколишніх предметів і збору інформації для формування чітких уявлень про об'єкти.	поводиря «техніка зорового супроводу» – це найкращий варіант.
Діти із затримкою психічного розвитку	Відхилення в усіх формах психічної діяльності, несформовані розумові операції, низька пізнавальна активність, слабка навчальна	Підвищення пізнавальної активності, інтересу, пониження нервового збудження, розвиток пам'яті, мислення. Доцільно звертати увагу на невербальні підказки (наприклад, жести, емоційні прояви). Бажано створити	Організація дослідницької діяльності, рольові ігри, вивчення естетики ландшафтів. Створення ситуацій, у яких діти могли б вивчати себе, людей і	Створювати для учнів «гру», у якій необхідні соціальні навички демонструють під час щоденної життєдіяльності.	Асистент дитини	

	мотивація. Поручена увага, обмежені навички організації/впорядкування, часто неприйнятна поведінка, завжди потребують указівок для роботи в різних навчальних сферах. Обмежена соціальна та міжособистісна компетенції.	оточення, що сприяє досягненню успіху. Підкріплювати надію на самого себе. Навчати стратегій самоуправління. Заохочувати до взаємодії з учнями, задовольняти потреби учнів. Створити середовище, що сприяє розвитку і стимулює до мовленнєвої комунікації.	предмети; училися співвідносити.	Планувати групові заняття так, щоб учні дізнавалися більше одного і ділилися цією інформацією.	
Діти з порушенням опорно-рухового апарату	Обмеження рухових функцій, ушкодження головного мозку, відставання у формуванні мисленого апарату, малий об'єм пам'яті. Нестійка рівновага, уповільнений темп ходьби, неспроможність самостійно спускатися і підніматися сходами та ін.	Посилення соціальних контактів, створення безбар'єрного середовища, підвищення пізнавальної активності й психоемоційної сфери.	Організація автобусних маршрутів та на колясках, конях, поні, невеликих водних маршрутів на човнах, завдання з вивчення та догляду за рослинним та тваринним світом.	Заняття в колі у формі ігор чи тренінгів	Волонтери з числа старшокласників чи студентів, які б допомагали в переміщенні
Діти-аутисти та діти з РАС	1. Соціальні (не проявляють цікавості до ігор інших дітей). 2. Комунікативні і (часто не помічають навколишні обставини; важко	Соціалізація дитини, навички самообслуговування, адаптація до нових елементів у навколишньому середовищі. Існує велика кількість терапевтичних і корекційних технологій, методів,	Заняття з корекційними педагогами на розвиток мовлення, уваги, мислення, дрібної моторики, музичні заняття.	Залучення дитини до колективних занять, прогулянок, екскурсій, відвідування культурно-масових	Корекційні педагоги (логопед-дефектолог, психолог), дитячий невролог, дитячий

	<p>встановлюють візуальний контакт; якщо дитина щось потребує, вона часто використовує «ведення руки», тобто кладе або направляє руку батьків на потрібний їй предмет).</p> <p>3. Обмежена повторювана стереотипна поведінка: (махання руками, похитування себе зі сторони в сторону, вишиковують предмети в ряд, можуть не цікавитись іграшками в цілому, але можуть зосередити увагу на окремій деталі, наприклад, крутити колесо в машині).</p> <p>4. Моторика рухова (проблеми тонкої моторики; погана координація, ходіння на носочках).</p> <p>5. Сенсорні перезавантаження (дитина може бути дуже чутлива до різних звуків, шумів, а</p>	<p>засобів психолого-педагогічного впливу на розвиток дітей з аутизмом. Деякі з них опрацьовано спеціально для дітей аутистів (АВА, ТЕАССН, холдінг-терапія, Програма активності (M.&Ch.Knill), Метод «Доброго старту», «Терапія повсякденним життям» (Daily Life Therapy, K. Kitahara, S. Greenspan), «Метод вибору» (Option Therapy, B.&S. Kaufman); деякі – однаково успішно застосовують для дітей з різними розладами розвитку, (методи альтернативної комунікації, метод розвивального руху В. Шерборн, нейропсихологічні корекційні методи, музико-, ігрова-, арт, кінезо-іпотерапії тощо). Найбільшу продуктивність для аутичних дітей мають заняття в мікрогрупах. Для кожної дитини розробляють найоптимальнішу індивідуальну програму розвитку з урахуванням особливостей сформованості її психічної сфери.</p>		<p>заходів, участь дитини в проведенні дитячих свят.</p>	<p>психіатр, дитячий психоневролог, дитячий гастроентеролог, фізіотерапевт, реабілітолог, асистент вчителя для дитини в навчальних закладах, місцеві групи психологічної підтримки батьків.</p>
--	---	--	--	--	---

		<p>також до нових вражень та нових обставин. Чим більше сенсорних впливів, тим більша вірогідність того, що дитина буде себе погано поводити).</p> <p>6. Сенсорні (не любить нових вражень, наприклад, свята, кульки, свічки важко переносить музику, може прикидатись глухим, не реагуючи на голосні звуки, при цьому в інших випадках слух здається нормальним, не люблять переодягатися, взимку неохоче одягає теплий одяг, а влітку вимагає одягнути на них теплі речі).</p> <p>7. Самопошкодження (аутоагресія) (завдає собі болю, не проявляючи ознак болю).</p> <p>8. Безпека (відсутні усвідомлення небезпеки, страх висоти та ін.).</p> <p>9. Мелтдаун</p>			
--	--	---	--	--	--

		(істерика, стан неврологічного хаосу, гостра реакція людини на сенсорні та емоційні подразники).				
Діти із синдромом Дауна	Тяжкість проблем у кожної дитини відрізняється. Деякі діти із синдромом Дауна народжуються здоровими й мають лише кілька специфічних характеристик. Такі діти навчаються повільніше за однолітків. Для синдрому Дауна характерні порушення слуху й зору.	Діти із синдромом Дауна успішно інтегруються до звичайних класів. Вони можуть бути безініціативні й інколи безпорадні в навчанні, менш соціально підготовлені. Їм складно зосереджувати увагу, ініціювати розмову чи спільну діяльність, інколи вони незрілі й стримані в стосунках. Особливі труднощі спостерігаються в підлітковому віці.	Допомога учневі розвивати самостійність; так у нього зростатиме самоповага й покращиться соціальна взаємодія.	Заохочення таких дітей до взаємодії та спілкування з іншими ровесниками через гру та спільну діяльність.	Асистент дитини.	

3.3. Природотерапія в умовах соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами

Питання соціальної підтримки людей з інвалідністю завжди було актуальним, а особливо гостро постало тепер в умовах пандемії, пов'язаної із COVID-2019. Серед широкого спектру підтримки (соціальні послуги, соціальне забезпечення, інклюзивне навчання та ін.) найбільш ефективним шляхом вирішення проблем інвалідності є реабілітація, яка знижує витрати держави на охорону здоров'я і соціальне забезпечення за рахунок зменшення термінів навчання і зменшення розмірів і кількості допомог. Американці вважають, що кожний долар, витрачений на реабілітацію, повертається в десятикратному розмірі. Звичайно, показник може уточнюватися, однак не

підлягає сумніву висока економічна ефективність реабілітації інвалідів, особливо соціальна ефективність реабілітації, зумовлена поверненням повноцінної людини в сім'ю і суспільство [63].

Український учений М. Коренева вважає, що інвалідність змінює соціальний стан людини і спричиняє нові для неї проблеми (пристосування до дефекту, зміна професії та ін.), які зумовлюють труднощі. Саме сприяння в подоланні цих труднощів є одним із головних завдань реабілітації. Їх реалізація вимагає активної участі медиків, психологів, педагогів, соціальних працівників та інших фахівців. Реабілітація повинна інтегрувати зусилля фахівців, спираючись на їхній багатий досвід [63].

Теоретичні узагальнення дають змогу констатувати, що інтегративний потенціал має інклюзивний туризм, що включає систему психолого-педагогічних, соціально-виховних, освітньо-пізнавальних, корекційних, фізкультурно-оздоровчих заходів для людей з інвалідністю в умовах туризму, спрямованих на їхню комплексну реабілітацію, оздоровлення та соціальну інтеграцію з метою відновлення основних соціальних функцій особистості, психічного, фізичного і морального здоров'я, соціального статусу.

Інклюзивний туризм передбачає синтез окремих наукових дисциплін: інклюзії, туризму, соціальної роботи, педагогіки, соціальної педагогіки, психології, краєзнавства, реабілітаційної географії, медичної реабілітації тощо. В умовах інклюзивного туризму є можливість використовувати різні види реабілітації, сучасні психолого-педагогічні технології та методи роботи з людьми з інвалідністю, що сприяє підвищенню мотивації до одужання і прагнення до активного життя. З урахуванням цього в умовах інклюзивного туризму складається багаторівнева і цільова комплексна система соціально-психологічної реабілітації.

Серед усієї багатоманітності форм, методів, технологій, які застосовують в інклюзивному туризмі, на особливу увагу заслуговує природотерапія, яка має відновлювальний, оздоровчий та пізнавальний ефект

завдяки багатим природним ресурсам, адаптаційний потенціал, доступна й малозатратна фінансово та технічно.

Одним із перших, хто обґрунтував важливість гармонійної єдності людського буття з природою як стійкість до суспільно-політичних, релігійних, економічних викликів, був Ж.-Ж. Руссо. Він започаткував течію «руссоїзму» у XVII ст., що відображає напрям французької думки епохи Просвітництва, виникла як реакція супротиву панівному культу розуму і проголосила право почуттів, побудоване на принципі сентименталізму в поєднанні з двома іншими принципами: індивідуалізму й натуралізму, які проповідували культ почуттів, людської особистості і природи (твори «Юлія, або Нова Елоїза», «Сповідь», «Еміль, або Про виховання») [84].

Пріоритетним принципом педагогічної концепції Ж.-Ж. Руссо став принцип природо відповідності. Мислитель наголошував на необхідності врахування вікових та індивідуальних особливостей дитини в освітньому процесі, а також критикував модні тенденції, які порушували гармонію і цілісність дитини та природи. Людина від народження, на думку Ж.-Ж. Руссо, вільна, проте внаслідок суспільно-політичних і соціальних умов установленого ладу вона завжди перебуває в «ланцюгах» [152, с. 79]. Лише в єднанні з природою, відмовляючись від меркантильних бажань, людина живе здоровим, красивим натуральним життям. Прекрасне – все природне, що не виходить за межі натурального і стихійного, простого, чистого почуття буття. Необхідно відкинути цивілізацію міст і знайти щастя в поверненні до первісного.

Послідовником ідей Ж.-Ж. Руссо був український учений і педагог П. Куліш – автор «хутірської філософії», у якій він обґрунтував принцип гармонії, єдності людини та природи, відверто заявляючи про руйнівні тенденції цивілізації у сфері духовній і морально-етичній. Водночас П. Куліш надав національного тлумачення цьому принципу, ототожнюючи «первісну природу» з образами рідної землі, мови, звичаїв тощо. Про фальшивість міської цивілізації, необхідність тісного взаємозв'язку із простонародним

життям він зауважував: «У містах і особливо у великих містах, де люди сперечаються один з одним за кожен крок і на декількох квадратних сажнях будують тисячні плани, відмовившись від простої природи, витіснивши її повністю задушною цивілізацією, людина ніколи не здобуде цього почуття через тяжкість різних і різних відчуттів, які турбують її серце. А тому необхідно повертатися інколи до первісної дикості і суворості душі...» [129, с. 32].

У вітчизняній психології О. Лазурським уперше розглянув ставлення людини до тих чи тих об'єктів середовища: до речей, до окремих людей, до соціальної групи, до протилежної статі, до сім'ї, до держави, праці та ін. Серед цих груп відносин особливе місце займало, так зване, ставлення до природи і тварин, адже існування людини у світі логічно передбачає існування природи. Увібравши в себе все природне, людина, нерозривно пов'язана з нею, живе природою, оскільки сама є частиною природи та перебуває в постійному природному розвитку. Факт існування людини в природі є цілком очевидним. Людина є насамперед тіло, об'єкт, а потім уже думка і дія. І, будучи простором буття людини, природа є також матеріалом, знаряддям її життєдіяльності [103].

Український учений В. Вернадський доводив, що щоразу, вступаючи в стосунки з природою, людина здобуває певні життєві (діяльні) сили, які існують в ній у вигляді тих чи тих схильностей і здібностей. Людина з'являється і розвивається в біосфері, і поза її межами існувати не може. Головне в біосфері – жива речовина (живе життя), починаючи з найпростіших і закінчуючи найвищими субстанціями, включаючи людину. Біологічні властивості належать живим істотам, а отже, існування людини і є функція біосфери. В. Вернадський стверджував існування взаємозв'язку й взаємозалежності всіх живих організмів на нашій планеті, акцентуючи увагу, що жоден живий організм у вільному стані на Землі не знаходиться. Усі ці організми нерозривно й безупинно пов'язані насамперед харчуванням і диханням із їх навколишнім, матеріально-енергетичним середовищем. Поза

природними умовами вони існувати не здатні. На думку вченого, людство, як жива речовина, нерозривно пов'язане з матеріально-енергетичними процесами певної геологічної оболонки Землі – з її біосферою [103].

В. А. Левін і С. Д. Дерябо [25] виокремлюють такі типи суб'єктивного ставлення особистості до природи:

- об'єктивно-прагматичне ставлення (природа сприймається як джерело матеріальної користі, постачальник ресурсів, як засіб, як об'єкт, позбавлений самоцінності);

- суб'єктивно-прагматичне ставлення (природні об'єкти можуть суб'єктивно сприйматися як суб'єкти, партнерська взаємодія, але основна мотивація взаємодії з ними носить переважно прагматичний характер);

- об'єктивно-естетичне ставлення (характеризується підвищеним чуттєво-естетичним сприйняттям особистості, при цьому природа залишається в образі світу особистості як об'єкт, який, незважаючи на його привабливість, лишається досить далеким від суб'єкт-суб'єктної взаємодії);

- суб'єктивно-естетичне ставлення (естетично хвилюючий природний об'єкт сприймається як суб'єкт. Маючи таке ставлення, людина може емоційно відгукуватися на його прояви, відчуваючи до нього емпатію, симпатію, бажання взаємодіяти з ним як із партнером, визнавати його самоцінність і готовність поважати її в ньому);

- об'єктивно-пізнавальне ставлення (природа сприймається як об'єкт вивчення, нерідко піддаючись при цьому жорсткому деструктивному впливу; право на самоцінність у природного об'єкта не визнається);

- суб'єктивно-пізнавальне ставлення (вивчення природи при усвідомленні самоцінності і неповторності кожного природного об'єкта, визнання за ним беззастережного права на існування, можливості рівноправної взаємодії);

- об'єктивно-практичне ставлення (об'єкт природи засобом задоволення потреби особистості в технологічній і психологічній озброєності, не будучи сам по собі «метою» контактів із ним);

- суб'єктивно-практичне ставлення (характеризується спрямованістю на природний об'єкт, ставлення до нього як до мети, природний об'єкт сприймається як повноправний партнер, чії прояви суб'єктивно інтерпретуються як відповіді на власну активність і в результаті рефлексії коректують її з урахуванням «інтересів» природного об'єкта);

- об'єктивно-охоронне ставлення (природа сприймається як власність всього людства, у тому числі і майбутніх поколінь, в інтересах яких і потрібна охорона природних об'єктів);

- суб'єктивно-етичне ставлення (природа не сприймається як об'єкт одностороннього впливу людини, за нею психологічно визнаються якості і властивості суб'єкта з усіма його наслідками: контакти між природою і людиною сприймаються як взаємодія, природа, як і будь-який інший суб'єкт, має право на існування, незалежно від її корисних властивостей для людини, з «ресурсів» вона перетворюється в партнера людини, а та із «царя природи» стає її рівноправним партнером) [46].

Такий підхід, що лежить в основі екологічного виховання, водночас стане дієвішим, коли учасники освітнього процесу, в тому числі діти з ООП, знатимуть відомості та на практиці пізнають оздоровчий і відновлювальний вплив природи. Відомо, що споглядання природи і безпосередній контакт із тваринами позитивно впливає на людину: заспокоює, «лікує її душу й тіло». Більшість людей охоче взаємодіють із представниками тваринного світу як у їх природному середовищі існування (ліс, гори, водойми), так і в неволі (зоопарки, сільськогосподарські підприємства, домашнє утримання) тощо.

Серед українських учених, хто не лише теоретично обґрунтував принцип природовідповідності в освіті, а й практично апробував та експериментально довів його ефективність, педагог-гуманіст В. Сухомлинський. Його наукові праці пронизані переконливими фактами про важливість зв'язку освітнього середовища з природою.

Педагог рекомендував якнайбільше перебувати з дітьми на свіжому повітрі. З його ініціативи була створена «зелена школа» й обґрунтовані

форми й методи роботи в ній. Особливу увагу він приділяв естетичному впливу природи на самопочуття дитини: «Так нехай перед нею відкривається чудовий світ у живих фарбах, яскравих і трепетних звуках, у казці та грі, в особистій творчості, у красі, що надихає її серце, у прагненні робити добро людям. Через казку, фантазію, гру, через неповторну дитячу творчість — вірний шлях до серця дитини. Я буду так уводити малюків у навколишній світ, щоб вони кожного дня відкривали в ньому щось нове, щоб кожний наш крок був мандрівкою до джерела мислення й мови – до чудової краси природи»[103]. Природа є унікальним середовищем для розвитку розумової діяльності. Педагог зауважував: «Ось чому треба розвивати мислення дітей, зміцнювати розумові сили дитини серед природи – це вимога природних закономірностей розвитку дитячого організму. Ось чому кожна подорож у природу є уроком мислення, уроком розвитку розуму» [167].

Н. Безлюдна, досліджуючи ідеї розвивального навчання молодших школярів у творчій спадщині В. О. Сухомлинського, зазначила, що така школа покликана створити педагогічне середовище, сприятливе для емоційного й фізичного благополуччя дітей, для зростання творчого й енергетичного потенціалу молодших школярів, для розкриття сукупності здібностей та задатків у процесі здорового способу життєдіяльності [11].

З'ясуємо сутність природотерапії, її різновиди та обґрунтуємо її пізнавальний, оздоровчий та реабілітаційний потенціал.

І. Малишевська, досліджуючи природотерапію як технологію корекції здоров'я учнів початкової школи, розглядає її як позитивний вплив природної інформації на учня з метою формування активної операційно-діяльнісної життєвої позиції та збереження його особистого здоров'я [97].

Вчені А. Таєнкова та І. Таєнкова тлумачать природотерапію як новий метод у реабілітації й соціальній адаптації людей з обмеженими можливостями здоров'я за допомогою спілкування з природою [169]. Вони називають природотерапію екотерапією.

А. Копитін розглядає екотерапію як науково-практичну дисципліну, пов'язану з лікуванням і профілактикою психічних і соматичних захворювань на основі зміцнення зв'язків людини з природою [62].

Заслуговує на увагу дослідження А. Титаренко, у якому висвітлено технологію опосередкованого впливу на особистість шляхом організації екологічного середовища життєдіяльності. У західній психології один із різновидів такої реабілітації має назву «природної» (nature-based rehabilitation). Саме природну реабілітацію розглядають як засіб втручання, що має великий потенціал для відновлення втрачених функцій організму. Такий вид реабілітації сприяє інтимній взаємодії людини з природним середовищем, забезпечує активацію поведінки людини, її десенсибілізацію, зниження тривожності, посилення контролю над іншими симптомами [171].

Це підтверджують результати дослідження, проведеного в Копенгагенському університеті. Психологи вивчали вплив терапії природними умовами на ветеранів, що поверталися з війни і мали посттравматичні розлади. Солдатам, які побували в зонах бойових дій від 1 до 4 разів, пропонували протягом 10 тижнів дозовано відвідувати університетський дендрарій і терапевтичний сад у лісопарку. Ветерани відпочивали на природі, садили дерева, допомагали садівникові щеплювати рослини, виконували дихальні, релаксаційні вправи разом із психологом. Індивідуальні психотерапевтичні сесії також проводили на свіжому повітрі. Ветерани сприймали природу як вільне від вимог місце, де вони могли почуватися в безпеці, що сприяло конструктивним змінам у їхній життєдіяльності. Важливо, що навіть через рік після дослідження його учасники й далі використовували природу для самовідновлення. Особи, які мають багато контактів з природою, менше страждають від кризових переживань, ніж ті, у кого мало такого досвіду. Взаємодія з природою, за емпіричними даними, більш потужно впливає на реабілітаційний потенціал людей, які дуже постраждали від кризи, порівняно з тими, хто переживає кризу середнього чи низького рівня. Існує припущення, що реабілітаційний

ефект природи пов'язаний з її здатністю бути збагачувальним середовищем для людини, що дає тій нове бачення світу, сприяє появі нових способів усвідомлювати себе і свої ресурси [171].

На основі відомих класифікацій видів природотерапії, розроблених українськими (Л. Колток[53], І. Малишевська [97]) та зарубіжними вченими пропонуємо такі групи видів природотерапії:

Нюхова природна інформація:

- ароматична терапія – метод впливу на організм людини за допомогою запахів;

- таласотеапія – лікування морем, лікування морською водою, морським повітрям, водоростями, сонячними променями;

- аеротерапія – застосування з профілактичною та лікувальною метою чистого повітря;

- альготерапія – лікування водоростями. Водорості, багаті мінеральними й органічними речовинами, активно впливають на обмін речовин в організмі.

Звукова природна інформація:

- музикотерапія – лікування музикою. Музика – це ліки, які потрібно слухати. Піфагор і Аристотель відзначали лікувальну дію музики для душі й тіла. Авіцена називав музику найсильнішим засобом профілактики нервово-психічних розладів. Спів птахів, шелест листя, шум дощу – це природне звукове середовище, яке дитина закарбувала з моменту свого народження, воно закріплене в її генетичній пам'яті й супроводжує її протягом усього життя. Сучасне звукове середовище насичене техногенними шумами (транспортними, виробничими, побутовими), а природні звуки практично відсутні. Тому особливо сьогодні дитина відчуває дефіцит природних звуків, що негативно впливає на її психіку та призводить до різних захворювань.

Візуальна природна інформація:

- анімалотерапія – лікування і відновлення здоров'я людини через спілкування з тваринами;

- рослинотерапія – терапевтичний вплив на здоров'я людини естетичними візуальними властивостями рослин. Існують такі види рослинотерапії як деревотерапія, терапія кімнатними рослинами та квіткотерапія;

- хромотерапія або кольоротерапія (від грецьк. *chroma* – колір, фарба + терапія) – лікування кольоровими гамами природи. Кожен кольоровий фон викликає в організмі визначені фізіологічні реакції та емоційний стан. У кожної людини є своє ставлення до певного кольору. Вважають, що в багатьох людей є особиста кольорова шкала і її можна розглядати як вираз неповторної індивідуальності, яка з віком змінюється. За характером впливу кольори поділять на такі, що активізують (червоний, жовтий, оранжевий), заспокійливі (фіолетовий, синій, голубий) і нейтральні (зелений, сірий). Опис властивостей кольорової гама можна використовувати з реабілітаційною метою. Сприйняття естетичного образу, прагнення до прекрасного супроводжується в усіх випадках почуттям задоволення, спокою, радості, насолоди і відчуттям щастя. Цей метод заспокоює, урівноважує людину з ООП, відволікає від смутних думок і подій, активізує психіку, удосконалює особистість, ріднить її з природою.

- ландшафтотерапія – терапія засобами і силами самої природи, її рослинності, пейзажу – гірського, морського, лісного – активізує й стимулює процеси відпочинку, відновлення сил та одужання. Парки, бульвари, набережні, сквери, що створюють неповторні за своєю красою краєвиди, нікого не залишають байдужими. Емпіричні дослідження показали, що людина, яка перебуває в складних життєвих обставинах, у стані переживань і проблем, звертає увагу на природну естетику, яка створює на довгий час позитивний емоційний ефект. Велич природи завжди продукує спокій, почуття радості, а разом із цим і те, що надзвичайно потрібно дітям та молоді з ООП – людську гідність і сили для відновлення здоров'я. Цей метод особливо необхідний для людей, які мають обмеження опорно-рухового апарату і живуть у закритих приміщеннях, відірвані від природи.

Смакова природна інформація»:

- фітотерапія – давній спосіб лікування травами;

До групи *«тактильно-кінестетична природна інформація»* входять такі види природо терапії:

- гідротерапія (від грецьк. hydor – вода + терапія) – водолікування – використання води в будь-якому стані (лід, холодна, гаряча, свіжа, мінеральна, пара) з профілактичною і лікувальною метою;

- кліматотерапія (від грецьк. klima – нахил (земної поверхні до сонячних променів) + терапія) – помітний тісний взаємозв'язок метеорологічних чинників зі станом здоров'я людини;

- літотерапія (від грецьк. lithos – камінь + терапія) – лікування каменями.

Учені стверджують, що нежива природа навколо нас насправді живе, розвивається, змінюється за певними законами. Неможна нехтувати оздоровчим впливом мінералів на людину. Наші предки вважали, що камені незвичайних форм, кольору і краси є носіями вищих сил природи. Доведено, що майже всі мінерали більше чи менше володіють біологічно активними діями: теплопровідністю, електропровідністю, фосфорними і магнітними властивостями, тобто цілком можуть бути засобами фізіотерапевтичної дії;

- анімалотерапія – лікування і відновлення здоров'я людини шляхом спілкування з тваринами (спілкування з домашніми улюбленцями, тактильні зоопарки тощо).

Ураховуючи теоретичні погляди зарубіжних і вітчизняних учених, а також практичний досвід упровадження принципу природовідповідності в роботі з учнівською молоддю, вважаємо вмотивовано доцільним пошук інноваційних технологій долучення дітей до технологій природотерапії. Саме такою технологією є інклюзивний туризм, в умовах якого найдоступніший позитивний вплив природи на здоров'я дітей та їхній психоемоційний стан, насамперед дітей з ООП. Природне середовище має великий фізіо-психоемоційний потенціал. У природньому середовищі діти з ООП можуть отримати психофізіологічну терапію, естетичне й етичне сприйняття. Крім

того, у них покращується здоров'я за рахунок фізичної активності, ароматерапії і спілкування з тваринами. Під час туристично-екскурсійної діяльності формуються особистісні якості дітей з ООП щодо сприйняття естетичної цінності природи, розвивається мотивація її вивчення, виробляються вміння групової роботи, пізнаються об'єкти живої і неживої природи, стає відомою різноманітність рослинного і тваринного світу [103].

Інклюзивний туризм має потужний ефект відновлення здоров'я через спілкування з природою в умовах подорожей (екскурсій, прогулянок, турів, пікніків та ін.), що полягає не тільки в значному поліпшенні фізичного та психічного стану, а й у підвищенні пізнавальних здібностей дітей та молоді з ООП.

Пізнавальний аспект залучення дітей та молоді до природотерапії передбачає концентрацію уваги; поліпшення навичок спілкування, розвиток різних видів пам'яті; формування цілісної картини світу; розвиток творчих здібностей; сприяння активізації мислення; відчуття радості та задоволення від такої пізнавальної діяльності.

Природотерапія сприяє актуалізації екологічних знань та компетентностей. Вважаємо, що доцільно звернутися до терапевтичної моделі, яку запропонував зарубіжний учений Л. Бузель. Він під час занять, як правило, пропонує своїм клієнтам виконати три таких ініціативи: 1) зробити щось, навіть незначне, щоб захистити природне середовище, з яким вони контактують, наприклад, потурбуватися про рослини і тварин; 2) спробувати створити нові стосунки з іншими людьми, починаючи з близького оточення, з урахуванням екологічних факторів, наприклад, більше часу проводити спільно на свіжому повітрі чи працюючи на землі; 3) стати більш відкритим для сприйняття життя в новому значенні, звертаючи увагу не лише на особисте благополуччя, а й на благополуччя природного середовища [62].

Отже, пізнавальний складник долучення дітей та молоді до технологій природотерапії є ефективним інструментом, за допомогою якого вони пізнають світ, оволодівають екологічними знаннями і вміннями та

активізують серію пізнавальних психічних процесів: відчуття, сприймання, уваги, пам'яті, уяви, мислення і мовлення.

Технології природотерапії сприяють оздоровленню людського організму. Людина є частиною природи, тому перебування на природі, спілкування з її мешканцями є органічним ресурсом для людського організму. В умовах стрімкої урбанізації та розвитку цифрових технологій діти та молодь мало часу проводять на свіжому повітрі.

Урбанізація негативно впливає на психіку, а значить, і на фізичний стан як окремої людини, так і соціуму загалом. Заорганізованість і формалізація простору, одноманітність навколишнього ландшафту, велике скупчення людей на обмеженому просторі, негативний екологічний стан середовища проживання, розшарування міського населення та інші проблеми визначають стан людей, які живуть на урбанізованих територіях.

Все це є чинники, що порушують гармонійний зв'язок між людиною і природою, що вкрай негативно позначається на здоров'ї підростаючого покоління.

Особливо це гостро відчувається під час карантинних обмежень, коли всі жителі планети вимушені перебувати в соціальній ізоляції. Для дітей і молоді це проявляється в дистанційному навчанні, яке потребує довготривалого перебування за комп'ютерами та гаджетами. Це нівелює валеологічну складову освітнього процесу, тому вкрай необхідно шукати ефективні технології збереження і відновлення здоров'я дітей і молоді, у тому числі з ООП. На нашу думку, такою технологією є природотерапія.

Учені довели, що людський організм тримається не тільки на кістковому скелеті, він укладений ще в енергетичний каркас. Між клітинами організму йде постійний обмін інформацією за допомогою хвильових сигналів. Ці ж клітини вловлюють й інформацію, яка надходить ззовні, у тому числі і від дерев (шелест листя, колірні гамма, енергетичні сигнали, аромати і т. д.). Отже, людина і рослини обмінюються між собою біоенергетичною інформацією [83].

В освітній діяльності щодо реалізації змісту навчання вчені виокремлюють декілька етапів. Один із цих етапів пов'язаний із розвитком енергопотенціалу особистості, який варто розвивати під час проведення форм освітньої і виховної роботи в природі. Енергопотенціал – це заряд і процес, умова і здатність до дії. Залежно від мотивації енергопотенціал матеріалізується у вигляді стереотипів, предметів споживання або продуктів творчості, які є сенсом (значенням, почуттям і задумом) для тієї чи тієї особистості. Цей етап у науковій думці названий сенсильним, тому що його досягають за допомогою відчуттів [11].

Перебування на свіжому повітрі, споглядання рослинного світу, спілкування з тваринами є ресурсним потенціалом для здоров'я людини, її енергетичної стійкості. Природа важлива для людини: вона є джерелом її ресурсів, разом з тим, вона задовольняє її естетичні потреби – викликає почуття трепету і пікові переживання. Є твердження, що схильність помічати і цінувати красу природи пов'язана з почуттями вдячності, вдовolenності життям і високою самооцінкою; що люди краще себе почувають і функціонують поблизу природи. Саме спорідненість з усіма істотами і неживою природою, їхній естетичний вплив підтримують душевне здоров'я (емоційне, психічне і соціальне благополуччя), сприяють осмисленню змісту життя [183].

Природа – багате середовище для розвитку сенсорних систем (слуху, зору, нюху, дотику, смаку). Могутній ефект від природотерапії полягає не лише в значному покращенні фізичного здоров'я, а й у відновленні душевної рівноваги і навіть підвищення самооцінки. Природотерапія може бути частиною процесу лікування людей, які повинні усвідомити, що вони нерозривно пов'язані з природою і в цьому запорука їхнього здоров'я.

На нашу думку, саме природотерапія має унікальний ресурс для оздоровлення учасників освітнього процесу і високий рівень забезпечення інклюзії, адже вона доступна для кожного, незалежно від віку, стану здоров'я, етнічної приналежності, релігійних уподобань тощо.

Реабілітаційний ефект природотерапії полягає в тому, що вона має великий ресурс для дітей та молоді з ООП у контексті відновлення відносин з собою, з іншими людьми й навколишнім світом, в активному усвідомленому спілкуванні з природою; є унікальним засобом зміцнення і відновлення здоров'я, володіє чудовим відновлювальним ефектом, покращує настрій, знімає дразливість, допомагає в подоланні стресових станів. Перебування на природі необхідне для розширення життєвого простору, розвитку, отримання екологічних знань, оздоровлення. Природа є середовищем для розвитку сенсорних систем (слуху, зору, нюху, дотику, смаку).

Основою реабілітації є такі фактори: оздоровчий вплив природного середовища через аттрактивність природних ландшафтів; психофізична активність на свіжому повітрі; зміна соціальної ситуації розвитку: кардинальна зміна оточення, зміна й розширення сфери спілкування; зміна ролі людини (перехід з об'єкта впливу в активний суб'єкт взаємодії); зміна рівня негативного впливу захворювання чи дефекту на рівень життєвих можливостей; підвищення життєвого потенціалу: набуття нового життєвого досвіду, засвоєння нових знань і вмінь; розширення сфери проживання (засвоєння нових природних умов і нових видів життєдіяльності) [32].

На основі аналізу зарубіжних і українських досліджень спробуємо охарактеризувати та узагальнити основні методи реабілітації засобами природотерапії, які можуть бути застосовані в умовах інклюзивного туризму.

Терапія занурення в природне середовище (wilderness therapy/wilderness experience) почалося з виникненням руху за розвиток людського потенціалу в 1960-ті рр. у США. Тоді вчені стали практикувати занурення в природне середовище як спосіб розкриття внутрішнього потенціалу особистості. Як правило, відповідно до цього методу група перебуває в «дикій» місцевості. Фахівець, який супроводжує групу, має спеціальну психологічну підготовку й навички виживання, різносторонній досвід подорожей і перебування в різних природних середовищах.

Садова терапія або гарденотерапія (horticulturaltherapy) поряд із дикою природою використовує більш доступні природні території для висаджування рослин і догляду за ними – парки, газони, ботанічні сади. Прогулянки, що поєднуються з доглядом за рослинами, завжди мають соціальну дію, а отже, позитивно впливають на людину: «Сад – це безпечне місце з доброзичливою атмосферою, куди кожен може прийти. Рослини викликають відчуття миру і спокою. Для рослин немає значення, якого кольору шкіра людини, ходить вона в дитячий садок чи коледж, бідна вона чи багата, здорова чи хвора. Рослини будуть розквітати, коли про них піклуються. Отже, у саду кожен може знайти впевненість у собі» (Lewis, 1996) [83].

Український дослідник Ю. Мосаєв виокремлює *аеротерапію*, що базується на агротерапевтичних ефектах від вирощування та догляду за сільськогосподарськими рослинами. Локаціями для агротерапії можуть служити тепличні комплекси, поля зі спеціалізацією до вирощування зерна, городини та інших аграрних культур, присадибні ділянки тощо. Агротерапію можна використовувати в роботі з людьми похилого віку, які живуть у великих містах, але виховані в умовах селищ та маленьких містечок. Проживаючи у великих містах, ці люди страждають від вікової депресії та відсутності спілкування. Спільна робота зі своїми однолітками під керівництвом терапевта або соціального працівника може суттєво допомогти людям похилого віку в їх соціальній та фізичній реабілітації. Крім цієї групи клієнтів, агротерапію можна застосовувати і в роботі з дітьми з інвалідністю, з психічними розладами; з учасниками АТО тощо. Агротерапія має певні переваги перед іншими екологічними методиками соціальної роботи. Наприклад, застосування аеротерапії не вимагає додаткових спеціалізованих локацій, а для проведення занять можна використовувати будь-яку присадибну ділянку чи теплицю, тобто більшість локацій для агротерапії мають подвійне призначення [112].

Терапевтичний метод відновлення середовища передбачає взаємодію з природою в межах реалізації екологічних програм, спрямованих на підтримку природних багатств й екологічної рівноваги середовища.

Сенсорний сад – природний об’єкт, створений людиною, у якому взаємодоповнюються і взаєморозвиваються шість сенсорних складових (нюх, смак, слух, зір, земне тяжіння, дотик) в одному сенсорному просторі. Кожен сенсорний сегмент передбачає певні типи спілкування.

Такого типу об’єктів у світі чимало. Наприклад, «Сад п’яти почуттів» у Нанті (Франція), сад «Blindengarten» у Бремені (Німеччина), Чиказький ботанічний сад, Сад Денвера і Місурі, Уїкхем Парке, Бук Крік (США) та ін.

В Ірландії існує сад Delta Sensory Gardens. Це величезна територія, поділена на декілька частин: сад інтерактивних ігор, роз, Середземномор’я, сенсорний та ін. Кожна назва відповідає своєму змісту. Сенсорна зона представлена ароматними і приємними на дотик рослинами. У Великобританії у відомих «Загублених садах Хелігана» використовують сенсорні стежки. Ідея полягає в донесенні відвідувачам історії загубленої бджоли, яка знайшла дорогу завдяки сенсорним маркерам. Ця методика була використана для взаємодії людини із лісом через почуття (кожен маркер орієнтує на конкретні дії – понюхати, потрогати, спробувати на смак, а стрілки ведуть за маршрутом без карт).

У Челсі в сенсорних садах заслуговує на увагу експозиція «Око розуму», створена для сліпих та таких, які погано бачать, людей. Дотик, звук і нюх – складові чуттєвого сприйняття. Проєкт розподілений на чотири зони. Центральний елемент – скляний куб, наповнений водою. Вода стікає його стінками. Водопад створює перешкоду для зору, шум води – для слуху. Автори проєкту вважають, що спотворення сприйняття властиво всім і створювати образи здатні і люди з інвалідністю. Інша експозиція – «Сад дитячий», який надає практичну й емоційну підтримку хворим дітям [69].

Ландшафтна арт-терапія з використанням ресурсів ботанічного саду або дендрологічного парку. Ботанічні сади та дендрологічні парки мають

відповідні умови для реалізації різноманітних комплексних науково-дослідницьких, освітніх і соціальних проєктів, у тому числі й у сфері ландшафтної і садової терапії. На теоретичному рівні вирішують такі завдання: вивчення системних закономірностей впливу ландшафту, ландшафтної арт-терапії на людину й суспільство; уточнення психологічних механізмів особистісної адаптації та інтеграції сім'ї з дитиною з ООП у соціум в умовах ландшафтної арт-терапії; розробка методики проведення ландшафтної арт-терапії із сім'ями «особливих» дітей; вивчення умов ефективності супроводу, підтримки, розвитку, моделювання і запровадження ландшафтної арт-терапії в структуру життєдіяльності сім'ї [114].

Анімалотерапія – терапія та реабілітація людини під час спілкування та контакту з різними видами тварин. Різновидами анімалотерапії є: *іпотерапія* – лікування, реабілітація, виховання, адаптація та інтеграція людини за допомогою спілкування з конем, верхової їзди на коні і в упряжках; *каністерапія* – система психологічних, педагогічних, реабілітаційних заходів за допомогою взаємодії з собакою; *фелінотерапія* – методи профілактики та лікування різноманітних захворювань за допомогою контактування з кішками; *дельфінотерапія* – практика психологічної релаксації та реабілітації для дорослих та дітей: заняття з дельфінами мають медичний та психологічний вплив, що є можливим лише завдяки біологічній унікальності, комунікабельності та доброті цих прекрасних тварин.

Креативні експресивні екотерапії включають арт-терапію, музичну терапію, драматерапію, танцювальну терапію і вирізняються використанням природних факторів і середовища під час занять творчою діяльністю.

Спілкування з природою і тваринами, перебування на свіжому повітрі сприяють відновленню психоемоційної рівноваги, стимулюють пізнавальну діяльність і мають оздоровчий ефект. Це можуть бути рецептивні види активності, пов'язані з естетично насиченим спогляданням вибраних природних краєвидів, унікальних пейзажів і ландшафтів. Також можуть бути активні форми, пов'язані із висадженням саджанців дерев чи квітів,

плануванням і реалізацією ландшафтних проєктів тощо. Крім того, можна застосовувати експресивні види діяльності зі створення середовищної творчої продукції (фотографії, скульптури, малюнки, аплікації та ін.) [62].

Отже, серед усієї багатоманітності форм, методів, технологій, які застосовуються в інклюзивному туризмі, на особливу увагу заслуговує природотерапія, яка має відновлювальний, оздоровчий та пізнавальний ефект завдяки багатим природнім ресурсам, характеризується адаптаційним потенціалом, доступністю та фінансово та технічно малозатратністю. Крім того, покращення здоров'я в дітей відбувається завдяки фізичній активності, ароматерапії і спілкування з тваринами.

Спілкування з живою і неживою природою дозволяє досягнути таких цілей у соціально-психологічній реабілітації дітей та молоді з ООП в умовах інклюзивного туризму: розширення пізнавальних можливостей на основі комплексного, у тому числі сенсорного, світосприйняття; інтеграція біологічних, психічних і соціальних факторів для набуття цілісності, відновлення позитивної комунікації з навколишнім світом і формування почуття безпеки; посилення здатності до збереження природного середовища і відповідальності, наповнення життя змістом; покращення роботи сенсорних систем, їх здатності до інтенсивної концентрації, розвиток чуттєвості до сигналів свого тіла, попередження і профілактика можливих хвороб, чуттєвості до своїх і чужих емоцій, розширення сприйняття і бачення естетичної картини природи; розкриття творчого потенціалу і розвиток емоційного інтелекту; соціальна інтеграція особистості; виховання терпимості; розвиток індивідуальної мови самовираження і конструктивного спілкування з природою.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Адаптація – пристосування дитини до існуючих в суспільстві вимог і критерій оцінки за рахунок присвоєння норм і цінностей даного суспільства.

Аутизм – важкий психічний розлад, крайня форма самоізоляції, занурення в себе.

Безбар'єрне середовище – середовище, яке пристосоване для вільного пересування людей з функціональними обмеженнями через медичні, вікові, інші причини.

Вміння – готовність людини ефективно виконувати дії(або діяльність)відповідно до мети і умов, за яких необхідно діяти; основою вмінь є знання; розрізняють розумові, практичні, часкові, загальні та узагальнені вміння.

Гіперактивність – стан, при якому активність і збудливість людини перевищує норму. У випадку, якщо подібна поведінка є проблемою для інших, гіперактивність трактується як психічний розлад. Гіперактивність частіше зустрічається у дітей і підлітків.

Гіперактивність, або гіперкінетичний синдром – нейропсихіатричний розлад, «вбудований» у темперамент дитини. Його причина - в особливостях будови та функціонування кори головного мозку. Ці розлади дають про себе знати у перші п'ять років життя. Основні симптоми – недостатня наполегливість у навчанні, схильність швидко переходити від одного заняття до іншого, погана організованість, нерегульована надмірна активність.

Гіперактивні діти – це діти, поведінка яких характеризується неухважністю, надмірною активністю та імпульсивністю, що проявляються в різних ситуаціях і зумовлюють стійку соціальну чи шкільну дезадаптацію.

Групи ризику – це категорії дітей, чий соціальний стан за тими або іншими ознаками не має стабільності, які практично не можуть поодиноці перебороти труднощі, що виникли в їхньому житті; все це в результаті може

призвести до втрати ними соціальної значущості, духовності, морального образу, біологічної загибелі.

Дефектолог – спеціаліст з повною вищою освітою за спеціальністю дефектологія – за напрямками: олігофренопедагогіка, тифлопедагогіка, сурдопедагогіка, логопедія.

Діти з особливими потребами – поняття, яке широко охоплює всіх учнів, чий освітні проблеми виходять за межі загальноприйнятої норми:

- діти з особливостями психофізичного розвитку,
- обдаровані діти,
- діти із соціально вразливих груп (з дитячих будинків тощо).

Діти з особливостями (порушеннями) психофізичного розвитку – діти, які мають відхилення від нормального фізичного чи психічного розвитку, зумовлені вродженими чи набутими розладами.

Дитячий церебральний параліч – є узагальнюючим терміном для групи захворювань, які проявляються в першу чергу порушеннями рухів, рівноваги та положення тіла. Причинами виникнення церебрального паралічу є порушення розвитку мозку або пошкодженням однієї чи декількох його частин, які контролюють м'язовий тонус та моторну активність (рухи). Перші прояви ураження нервової системи можуть бути видимими відразу після народження, а ознаки формування ДЦП можуть виявлятися ще в грудному віці. Для всіх людей з церебральними паралічами є однаково важкими складнощі контролю над власними рухами та координування роботи м'язів. Через це навіть простий рух є складним для виконання при ДЦП.

Емпатія (співпереживання) – збагнення емоційних станів іншої людини, здатність емоційно відгукуватися на переживання інших людей.

Загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ) – різні мовленнєві розлади, при яких у дітей порушене формування всіх компонентів системи мовлення, що відносяться до звукової і змістовної сторони.

Затримка психічного розвитку – це порушення нормального темпу психічного розвитку, в результаті чого дитина шкільного віку залишається в колі дошкільних ігрових інтересів.

Затримка психічного розвитку – це поняття, яке говорить про сповільнення темпу психічного розвитку, яке частіше виявляється під час вступу до школи і виражається в недостатності загального запасу знань, обмеженості уявлень, незрілості мислення, малій інтелектуальній цілеспрямованості, переважанні ігрових інтересів, швидкою перенасичення в інтелектуальній діяльності.

Здібності – індивідуально-психологічні особливості як суб'єктивна умова успішного виконання визначеного типу діяльності. Здібності не зводяться до знань, умінь та навичок індивіда, їх проявами є швидкість, глибина, легкість і міцність оволодіння засобами та прийомами діяльності, формуються на основі задатків.

Знання – це відображення дійсності, сукупність відомостей про неї, форма духовного оволодіння дійсністю, інформація.

Інвалід – особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими розладами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження життєдіяльності.

Інвалідність – передбачає втрату або дефіцит фізичної чи розумової спроможності.

Індивідуальний навчальний план (ІНП) – письмовий план, який розробляється командою педагогів і містить короткотермінові та довготермінові цілі, що відображають і враховують попередньо оцінені потреби і здібності дитини.

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.

Інклюзія – це політика й процес, який передбачає отримання більших можливостей в навчанні та соціальному житті для всіх дітей(з особливими потребами та інших дітей).

Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами, зокрема дитини з особливостями психофізичного розвитку, в умовах загальноосвітнього закладу.

Інклюзивна школа – модель закладу освіти, який забезпечує інклюзивну освіту як систему освітніх послуг, зокрема: адаптує навчальні програми та плани, фізичне середовище, методи та форми навчання, використовує існуючі в громаді ресурси, залучає батьків, співпрацює з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних освітніх потреб дітей, створює позитивний клімату шкільному середовищі.

Інклюзивний підхід – створення таких умов, за яких усі учні мають однаковий доступ до освіти, у тому числі діти з особливими освітніми потребами, які навчаються у загальноосвітніх школах; водночас, усі учні мають можливість отримати досвід, знання, які сприяють подоланню упереджень й дискримінації та сприяють формуванню позитивного ставлення до тих, хто «відрізняється».

Інклюзивний туризм – вид рекреаційного туризму, розрахованого на людей з інвалідністю.

Інтеграція – зусилля, спрямовані на введення дітей з особливими освітніми потребами у регулярний освітній простір. Ми пристосовуємо учня до вимог школи.

Кабінет психологічного розвантаження – вдосконалений варіант кімнати відпочинку, в якій створені оптимальні умови для швидкого і

ефективного зняття емоційного перенапруження, відновлення працездатності, проведення психотерапевтичних та психогігієнічних заходів.

Компенсація – відновлення недорозвинутих чи порушених психофізичних функцій шляхом використання збережених чи перебудови частково порушених функцій.

Логопед – спеціаліст, який має повну вищу освіту за спеціальністю «Логопедія». Здійснює навчально-корекційну, компенсаторну, реабілітаційну роботу з дітьми, які мають мовленнєві порушення.

Мейнстрімінг – розглядається як стратегія, за якої учні з особливими потребами, спілкуються з однолітками на святах, у рамках різних програм дозвілля але при цьому можуть навіть навчатися в різних школах.

Методи навчання – спосіб досягнення навчальної мети, зокрема, послідовних взаємопов'язаних дій вчителя й учнів, які забезпечують засвоєння змісту освіти, формується світогляд учня, розвиваються його здібності. Класифікація методів:

- за джерелами здобуття знань: словесні, наочні, практичні;
- за характером пізнавальної діяльності: репродуктивні, частково-пошукові, дослідницькі, проблемного викладу.

Мотивація - система мотивів або стимулів, яка спонукає людину до конкретних форм діяльності або поведінки. Мотивами можуть виступати уявлення й ідеї, почуття й переживання, що виражають матеріальні й духовні потреби людини. Одна й та сама діяльність може здійснюватись за різних мотивів.

Мультидисциплінарна команда – співпраця фахівців різних спеціальностей з метою обміну інформацією і досвідом для створення нових і вдосконалених методів вирішення проблем та планування навчальної діяльності учнів з особливими потребами.

Навчальний результат – це загальне твердження, яке визначає, що учень зможе виконувати (видима діяльність або поведінка) наприкінці

навчання. Формування навчального результату називають « компетенціями » і « навичками ».

Навчання – процес здобуття знань, навичок і установок для певного виду діяльності організованим способом.

Навички – дії, складові частини яких у процесі багаторазового повторення стають автоматичними. Навички характеризуються високим ступенем засвоєння і відсутністю по елементної свідомої регуляції та контролю.

Обдарована дитина – дитина, яка володіє комплексом задатків і здібностей, які, за сприятливих умов, дозволяють потенційно досягти значних успіхів у певному виді діяльності.

Психологопедагогічний супровід – системна діяльність практичного психолога та спеціального педагога, спрямованого на створення комплексної системи клініко-психологічних, психологічно-педагогічних і психотерапевтичних умов, що сприяють засвоєнню знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, особистісному становленню особи, нормалізації сімейних стосунків, її інтеграції в соціум.

Реабілітація – система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму, усуненні обмежень їх життєдіяльності для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство.

Реабілітаційні послуги – послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство.

Реабілітаційна установа – заклад чи відділення, структурні підрозділи, незалежно від форм власності, що здійснюють реабілітацію інвалідів і дітей – інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації.

Розумово відсталі діти - це діти, у яких в результаті органічних уражень головного мозку спостерігається порушення нормального розвитку психічних, особливо вищих пізнавальних, процесів, труднощів формування інтересів. У багатьох розумово відсталих дітей спостерігаються порушення у фізичному розвитку: дисплазії, деформації форми черепа і розмірів кінцівок, порушення загальної, дрібної і артикуляційної моторики, труднощі формування рухових автоматизмів.

Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (скорочено СДУГ) – неврологічно-поведінковий розлад розвитку, що починається в дитячому віці. Проявляється такими симптомами, як труднощі концентрації уваги, гіперактивність і погано керована імпульсивність.

Соціалізація - процес становлення особистості, поступове засвоєння нею вимог суспільства, придбання соціально значимих характеристик свідомості і поведінки, які регулюють її взаємини із суспільством.

Спеціальна освіта – дошкільна, загальна, середня, професійно-технічна та вища освіта, для отримання якої особам з особливими психофізичними розвитку створюють спеціальні умови.

Спеціальні умови для отримання освіти – умови навчання, в тому числі спеціальні програми та методи освіти, індивідуальні технічні навчальні засоби, підручники, навчальні посібники, а також педагогічні, медичні, соціальні та інші послуги, без яких неможливо або ускладнено засвоєння загальноосвітніх та професійних навчальних програм особам з особливостями психофізичного розвитку.

Спеціальні навчальний заклад – навчальний заклад, створений для навчання осіб з особливостями психофізичного розвитку (школа, школа-інтернат, спеціальний навчально-виховний комплекс, об'єднання, навчально-реабілітаційний центр).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Академія дитячої інвалідності тепер і в Україні. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/3%28124%29/pages-6-9/akademiya-dityachoyi-invalidnosti-teper-i-v-ukrayini#gsc.tab=0>
2. Албул І. В., Балдинюк О. Д., Бойко О. М. та ін. Актуальні проблеми соціальної роботи: теорія і практика: колективна монографія / за ред. Н. М. Коляди. Умань: Візаві, 2020. 234 с.
3. Албул І. В., Коляда Н. М. та ін. Психологічний супровід і соціально-педагогічна робота в закладі освіти: теорія та практика: колективна монографія / за ред. О. Д. Сафіна. Умань : Візаві, 2020. 395 с.
4. Александрова С. А. Інклюзивний туризм в Україні як напрямок соціалізації бізнесу. *Економіка. Управління. Інновації. Серія : Економічні науки*. 2018. Вип. 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eui_2018_2_3
5. Алексєнко Т. Ф. та ін. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг. ред. І. Д. Зверєвої. М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Ін-т проблем виховання НАПН України та ін. Київ. Сімферополь: Універсум, 2012. 535 с.
6. Аніщенко А. П. Організація туристичної подорожі як важливої умови забезпечення ефективного процесу соціалізації молоді. URL: <http://socsvit.org/node/55>
7. Арсененко І., Топалова О. Інвалідний туризм: поняття, класифікація. *Проблеми та перспективи розвитку науки на початку третього тисячоліття у країнах Європи та Азії* : матеріали IV Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції. Переяслав-Хмельницький, 2014. С. 9–11.
8. Аршава І. Ф. Соціально-психологічна реабілітація дітей з психофізичними порушеннями засобами арт-терапії. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2015. Вип. 30. С. 211-218. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2015_30_37

9. Барна Н.В., Коротєєва А.В. інклюзивно-реабілітаційний туризм. URL: https://www.sgpinfo.org.ua/sites/default/files/pdf/inklyuzyvnyy_turyzm_.pdf
10. Безкоровайна Л.В. Теоретичні і методичні засади професійної підготовки майбутніх фахівців з туризмознавства у вищих навчальних закладах: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра. пед. наук: 13.00.04. Запоріжжя 2018. 43 с.
11. Безлюдна Н.В. Ідеї розвивального навчання молодших школярів у творчій спадщині В.О. Сухомлинського. дис....канд. пед.. н. 1998. 212 с.
12. Бейдик Олександр, Топалова Олеся Впровадження інклюзивних програм з туризму в загальноосвітніх та позашкільних закладах України. *Часопис соціально-економічної географії випуск. 18(1). С. 176–183.*
13. Белая книга по физической и реабилитационной медицине в Европе. Введения, краткий обзор и методология. Альянс европейских организаций по физической и реабилитационной медицине. URL: <https://journals.eco-vector.com › article › download>
14. Белова А.Н., Шейко Г.Е., Шаклунова Н.В., Израелян Ю.А. Медицинская реабилитация при детском церебральном параличе: применение международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья детей и подростков. *Вестник Восстановительной Медицины. № 1 (89). 2019. С. 2-9*
15. Белоусова Н. Теоретичні аспекти походження та використання поняття «реабілітаційна географія». *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Географічні науки». 2018. Вип. 8. С. 229-233.*
16. Богдан Мойса. Пропозиції до політики щодо реабілітації до політики щодо реабілітації осіб з порушеннями здоров'я, 2017. URL: https://parlament.org.ua/wp-content/uploads/2017/09/Propozicii_Politiki_reabilitacii_zdoroviya-1.pdf
17. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація як сфера професійної діяльності майбутніх фахівців соціальної сфери. *Оновлення змісту, форм та методів навчання і*

- виховання в закладах освіти. 2017. Вип. 17. С. 106-110. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ozfm_2017_17_31
18. Власенко І. В. Інклюзивний туризм: досвід Європи, проблеми та перспективи України. *Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери торгівлі та послуг*. 2018. Вип. 2. С. 220-230.
19. Вовк Л. Соціально-психологічна реабілітація дітей вимушених переселенців. *Проблеми гуманітарних наук. Психологія*. 2016. Вип. 39. С. 26–34. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pgn_ps_2016_39_5
20. Волкова О. В. Социальная реабилитация как направление социальной работы. *Психолого-педагогический журнал Гаудеамус*, № 2 (10), 2006. С. 171.
21. Глоба О. П. Концепція створення в Україні національної системи корекційно-реабілітаційних послуг. Випуск №5. 2015. URL: <http://aqce.com.ua/vipusk-n5-2014/globala-op-koncepcija-stvorennja-v-ukraini-nacionalnoi-sistemi-korekcijno-reabilitacijnih-poslug.htm>
22. Голод А. Безпека регіональних туристичних систем: теорія, методологія та проблеми гарантування : монографія. Львів : ЛДУФК, 2017. 340 с.
23. Гордійчук О.Є. Міждисциплінарний підхід як невід’ємна умова інклюзивної діяльності. *Наука та освіта – новий вимір. Педагогіка та психологія*. Т. III (31), № 61, 2015. С. 25-28
24. Гринина Е.С. Социально-психологическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья: направления и методы ГАУ со «цари». *Саратовский Национальный Исследовательский Государственный Университет Имени Н.Г. Чернышевского*. №14. С. 165–676.
25. Дерябо С.Д., Ясвин В.А. Экологическая педагогика и психология. Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. 480 с.
26. Діти з особливими потребами в освітньому просторі України. URL: <https://zounb.zp.ua/node/5808>
27. Дудка Т. Педагогічний потенціал освітнього туризму. *Вісник Інституту розвитку дитини*. Сер. : Філософія, педагогіка, психологія. 2014. Вип. 33. С. 81-87. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vird_2014_33_14

28. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / За заг. ред. проф. І. Д. Звереві. Київ, Сімферополь: Універсум, 2012. 536 с.
29. Енциклопедія освіти. Акад. пед. наук України / гол. ред. В. Г. Кремень. Київ. Юрінком Інтер. 2008. 1040 с.
30. Єжова Т. Є. Зміст і завдання соціальної реабілітації. Соціальна педагогіка : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / за ред. О. В.Безпалько. Київ : Академвидав, 2013. С. 101–110.
31. Жирак Л. Психологічна реабілітація дітей із вадами слуху засобами рекреаційно-туристичної діяльності. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. Луцьк, 2012. № 2. С. 229–232.
32. Жуков П. В. Социальные функции экологического туризма. *Ленинградская область – территория экологического туризма: состояние и перспективы развития*. Санкт-Петербург, 2018. С. 45-51.
33. Закон України «Про охорону дитинства». 2001. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text>
34. Закон України «Про вищу освіту». 2014. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
35. Закон України «Про освіту». 2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>
36. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (1991). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12>
37. Закон України «Про основні засади молодіжної політики». 2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-20#Text>
38. Закон України «Про повну загальну освіту». 2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1197-07#Text>
39. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (2006). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>
40. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». 2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

41. Закон України «Про соціальні послуги». 2019.
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19>
42. Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю». 2001..
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2558-14>
43. Закон України «Про туризм». 1995. URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/324/95-вр>
44. Звіт про фундаментальне дослідження на тему: «Соціальне відторгнення та соціальне залучення молоді в сучасній Україні» / гол. ред. Рябенко В. О. 2015. 200 с.
45. Иванов В.Д., Талызов С.Н., Рафикова В.Д. Инклюзивный туризм: проблемы и перспективы его развития. *Colloquium-journal*. 2018. № 6-4 (17). С. 16-19.
46. Ионов Игорь Игоревич. Представление о лошади как объекте привязанности у участников иппотерапии : дисс....к. псих.. наук : 19.00.01. Москва, 2008. 336 с.
47. Інклюзивне навчання. URL: <https://mon.gov.ua/ua/tag/inklyuzivne-navchannya>.
48. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. 1985. Москва. 376 с.
49. Казарян Г. Г. Інституційне регулювання соціально-економічного забезпечення осіб з інвалідністю: теорія, методологія, практика. дис. ...д-ра екон. наук : 08.00.03. Чернігів, 2019. 436 с.
50. Казьмин А. М, Перминова Г. А., Чугунова И. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы). *Клиническая и специальная психология*. №2 2014. URL: http://psyjournals.ru/files/71840/psyclin_2014_n2_Kazmin_i_dr..pdf
51. Когаловская А.С. Особенности реабилитации детей-инвалидов с использованием канистерапии. *Вестник Ивановского государственного университета. Серия: Естественные, общественные науки*. 2013. № 1. С. 41-46.
52. Колишкін О. В. Соціальна реабілітація як важлива галузь соціалізації осіб з обмеженими можливостями. *Актуальні питання корекційної освіти*

- (педагогічні науки) : зб. наук. праць / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори. 2015. Вип. 6, Т. 2. С. 116–127.
53. Колток Л., Чапля М. Технології природотерапії як засоби корекції здоров'я молодших школярів. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 11, 2015. С. 266-271.
54. Колупаєва А. А. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі: навчально-методичний посібник. Харків : Вид-во «Ранок», 2019. 304 с.
55. Колупаєва А.А., Таранченко О.М. Інклюзивна освіта: від основ до практики монографія. Київ ТОВ «АТОПОЛ», 2016. 152 с.
56. Конанова Евгения. Інклюзивний туризм: технологія и організація турпродукта. URL: <https://znanium.com/catalog/document?id=357406>
57. Конвенція ООН про права дитини (1989). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021
58. Конвенція про права осіб з інвалідністю (2006). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71
59. Коновальчук І. І. Міждисциплінарний підхід у дослідженні проблем педагогічної інноватики. *Interdyscyplinarnosc pedagogiki i jej subdyscypliny / Pod redakcja Zofii Szaroy, Franciszka Szloska / V польсько-український форум*. 2013. С. 261-269.
60. Конституція України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
61. Концепція соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності). Реабілітація і паліативна медицина. 2015. № 1. С. 188.
62. Копытин А. И. Экопсихология, Экотерапия, Эко-Арт-Терапия: Теория и практика. *Зеленый журнал. Бюллетень ботанического сада Тверского государственного университета*. 2018. № 4. С. 60–70.
63. Коренев Н.М., Богмат Л.Ф., Михайлова Э.А., Толмачева С.Р. Инвалидность детей с хронической соматической патологией. Харьков : Основа, 2002. 212 с.

64. Коляда Н. М., Кравченко О. О., Дячук П. В., Перфільєва Л. П. Трояндоотерапія в умовах закладу освіти : навч.-метод. довідник. 2-ге вид., випр. і допов. Київ : ФОП Ямчинський О.В.,2021. 289 с.
65. Коляда Н. М. , Кравченко О. О. , Албул І. В. та ін. Булінг та кібербулінг як соціальна проблема в Україні: навч.посібн. Умань: Візаві, 2020. 202 с.
66. Коляда Н. М. , Кравченко О. О. , Перфільєва Л. П. та ін. Рослинотерапія в умовах закладу освіти : навч.-метод. довід. Умань : Візаві, 2020.438 с.
67. Кравченко О.О. Міждисциплінарний підхід у дослідженні соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму. *Актуальні питання корекційної освіти: збірник наукових праць*. Кам'янець-Подільський:Ковальчук О. В., 2020. Вип. 16.Т. 1. С. 142–153.
68. Кравченко О. О. Нормативно-правові засади впровадження інклюзивного туризму як засобу реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: педагогічні науки*. 2020. № 1. С. 128–147.
69. Кравченко О. О. Природотерапія як інноваційна технологія реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного туризму. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*.2020. Вип. 2 (47).С. 73–77.
70. Кравченко О. О. , Міщенко М. С. , Левченко Н. В. та ін. Супроводжувач осіб з інвалідністю : навч.-метод. посіб. Умань : Візаві, 2020. 110 с.
71. Кравченко О. О. , Міщенко М. С. , Молоченко І. А. та ін. Ігри для дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного туризму : навч.-метод. довідник. Київ : ФОП Ямчинський О.В., 2021. 157 с.
72. Кравченко О. О. , Міщенко М. С. , Резніченко І. Г. та ін. Соціальна інклюзія дистанційного освітнього процесу : навч.-метод. довід. Київ : Компринт, 2021. 173 с.
73. Кравченко О. О., Коляда Н. М, Каштан С. М. Молоченко І. А. Громадські

організації та спілки осіб з інвалідністю як суб'єкти надання соціальних та реабілітаційних послуг засобами інклюзивного туризму в громаді : монографія. Умань : Візаві, 2020. 202 с.;

74. Кравченко О. О., Коляда Н. М., Салата Н. Т. Соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді з особливими освітніми потребами в Україні. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2020. № 2. С. 13–26.
75. Кравченко О. О., Кривоколинська Н. М., Стрельченко Н. А., Каштан С. М. Каністерапія як інноваційний напрям соціально-психологічної реабілітації дітей з особливими освітніми потребами: монографія. Умань : Сочінський М. М., 2020. 224 с.
76. Кравченко О. О., Міщенко М. С., Резніченко І. Г., Чупіна К. О. та ін. Доступність об'єктів соціокультурної інфраструктури для дітей та молоді з особливими освітніми потребами : навч.-метод. довід. Умань : Візаві, 2020. 153 с.
77. Кравченко О. О., Міщенко М. С., Резніченко І. Г., Чупіна К. О. та ін. Історико-культурні, природно-заповідні та лікувально-оздоровчі об'єкти Черкащини крізь призму інклюзивного туризму : довідник. Умань: Візаві. 227 с.
78. Кравченко О., Кучер Г., Молоченко І. Мистецтво змінює життя: досвід роботи міжнародного художнього симпозіуму – пленеру осіб з інвалідністю «Мистецтво без обмежень». *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2020. № 2. С. 66–66.
79. Кравченко О.О. Каністерапія як інноваційний напрям соціально-психологічної реабілітації. *Інноватика у вихованні*. Том 1 № 13 (2021). С. 28-38.
80. Кравченко О.О., Міщенко М. С. До проблеми фізичного супроводу осіб з інвалідністю. *Наука і освіта*. 2021. №1. С.56–61.
81. Кравченко О.О., Міщенко М.С. Соціально-психологічна підтримка учасників освітнього процесу в умовах дистанційного навчання. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2021. № 8. С.37–41.

82. Кравченко О.О., Песоцька Ю.Ю. З досвіду впровадження інклюзивного туризму серед студентської молоді. *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету*. Вип. 2, 2021. С. 44-50.
83. Кравченко О. О., Міщенко М. С., Левченко Н. В. та ін. Соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді з особливими освітніми потребами: інноваційні технології природотерапії : монографія. МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини. Умань : Візаві, 2020. 144 с.
84. Кравченко О.О. Виховання особистості : погляд крізь творчу спадщину Ж.-Ж. Руссо та П. Куліша. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. *Виховання особистості : погляд крізь духовність*. Київ, 2010. С. 45–50.
85. Кравченко О. О., Коляда Н. М., Поліщук О. Р. Від різноманітності – до рівності : довідник професій крізь призму профорієнтації та професійної реабілітації людей з інвалідністю. Умань : Візаві, 2020. 281 с.
86. Кучер Г. М., Кравченко О. О. Інклюзивний соціально-реабілітаційний туризм як складова соціальної роботи у громаді (на прикладі м. Умань). *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота*. 2019. Вип. 2. С. 109–114.
87. Кудрявцева Е.А. Особенности разработки и предоставления туристских услуг для людей с ограниченными возможностями *Актуальные проблемы и современные тенденции развития социально-экономических наук в XXI веке: взгляд молодых ученых*. М.: Мир науки, 2019. URL: <https://izd-mn.com/PDF/05MNNPK20.pdf>
88. Курліщук І. І. Особливості використання педагогічного потенціалу освітнього туризму в сучасному українському шкільному середовищі. URL:dspace.luguniv.edu.ua
89. Левченко Н. В., Кравченко О. О., Вдовиченко Н. В. та ін. «Державотворець»: програма особистісного та професійного розвитку : (регіональний рівень, м. Умань, 2020) : метод. зб. Київ : Компринт, 2021. 115 с.
90. Лепський В. В., Безлюдний О. І., Коляда Н. М., Кравченко О. О. та ін.

Енциклопедія інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму : енциклопедія. Умань : Візаві, 2019. 562 с.

91. Лепський В. В., Науменко Л. Ю., Борисова І. С., Березовський В. М., Макаренко С. В. Інклюзивний туризм як вид реабілітації: наукове обґрунтування та перші кроки на шляху втілення у життя. *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2016. № 4. С. 47-52.
92. Лук'янов О. Джерела та шляхи вирішення проблем людей з інвалідністю. URL: <https://www.gurt.org.ua/blogs/1711/>
93. Львовчикіна А.М. Принципи побудови екологічного життя людей з інвалідністю. *Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології* : матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (13 – 14 березня 2020 року, Київ) / за ред. Ю.М. Швалба. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2020. 128с.
94. Люта Дарина Анатоліївна. Формування готовності майбутніх фахівців з туризму до професійної діяльності у сфері соціального туризму: автореф. дис....канд. пед.наук.: 13.00.04. Запоріжжя, 2021. 24 с.
95. Макаренко С.В. Інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм – новий вид реабілітації інвалідів в Україні. Матеріали I Міжнародного симпозіуму інклюзивного туризму. 27–29 жовтня 2016 р. С.23-25.
96. Макеева Ирина Александровна. Социальный туризм как направление социокультурной реабилитации. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=39284785>
97. Малишевська І. А. *Методика використання природотерапії як технології корекції здоров'я учнів початкової школи* : монографія. Умань: ВПЦ «Візаві», 2013. 162 с.
98. Марахова Е.Ю., Заурдина С.Я., Краснощеченко И.П. Трудоустройство и занятость людей с ограниченными возможностями здоровья в соответствии со статьей 27 Конвенции о правах инвалидов ООН: Опыт России, Германии, Беларуси и других стран. *Сборник материалов международной научно-практической конференции* / Под редакцией И.П. Краснощеченко. 2017. С. 298-305.

99. Мартинчук О.В., Скрипник Т.В. Потреба у концептуалізації понять інклюзивної освіти в Україні як виклик сьогодення. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : збірник наукових праць: вип. 16. Том. 1 \ за ред. М.К. Шеремет. Кам'янець-Подільський: Видавець Ковальчук О.В., 2020. С.186-197.
100. Мартинюк В.Ю. Основні концепції реабілітаційної допомоги дітям з обмеженням життєдіяльності. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/1%28102%29/pages-16-23/osnovni-konceptsiyi-reabilitaciyanoi-dopomogi-dityam-z-obmezhennyam-zhittiediyalnosti-#gsc.tab=0>
101. Матвійчук Л. Ю, Чепурда Л. М., Формування доступного середовища інклюзивного туризму. URL: http://e-forum.lntu.edu.ua/index.php/ekonomichnyu_forum/article/view/113
102. Межова Л. А., Летина А. Л., Луговская Л. А. Теория и практика организации инклюзивного туризма в России и зарубежом. URL: [/teoriya-i-praktika-organizatsii-inklyuzivnogo-turizma-v-rossii-i-zarubezhom.pdf](#)
103. Межова Л. А., Луговская Л. А. Методический анализ адаптационных и реабилитационных свойств инклюзивного туризма для детей с особыми возможностями здоровья. *Вестник Бохтарского государственного университета имени Носира Хусрава*. Серия гуманитарных и экономических наук. 2017. № 1-4 (49). С. 244–251.
104. Методичні рекомендації щодо навчання осіб з особливими освітніми потребами. URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/metodichni-rekomendaciyi-shodo-organizaciyi-navchannya-osib-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami-list-mon>
105. Мирский Э. М. Междисциплинарные исследования и дисциплинарная организация науки. Москва : Наука, 1980. 304 с.
106. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я: діти та підлітки. URL: <https://moz.gov.ua/mkf>
107. Міністерство культури України. Участь осіб з інвалідністю в культурному житті, проведенні дозвілля й відпочинку: Національна доповідь. Київ. 2015.

108. Міщенко М. С. Психологія життєвої кризи особистості : навч.-метод. посіб. Умань : Візаві, 2020. 154 с.
109. Міщенко М. С. Теоретичні засади проблеми психологічного супроводу в умовах інклюзивного навчання. *Габітус*. 2020. №18. С. 89–93.
110. Молоченко І. А. Соціальне обслуговування людей з інвалідністю за кордоном: кращий досвід і можливості його впровадження в Україні. *Науковий журнал «Інноваційна педагогіка»*. 2020. Вип. 20. Т. 1. С. 145–148.
111. Монастирський В. Організація туризму для осіб з обмеженими можливостями у Львівській області. *Вісник Львівського університету. Серія : Міжнародні відносини*. 2012. Вип. 29(2). С. 164–170.
112. Мосаєв Ю. В. Агротерапія як різновид екологічних технологій соціальної роботи. *Актуальні дослідження в соціальній сфері* : матеріали шістнадцятої міжнародної науково-практичної конференції / гол. ред. В. В. Корнещук. Одеса: ФОП Бондаренко М. О., 2020. 176 с.
113. Науменко Л. Ю., Лепський В. В., Макаренко С. В., Борисова І. С., Семененко О. В. Інклюзивний туризм як вид реабілітації: сучасні потреби інвалідів. *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2015. № 2. С. 23–26.
114. Наумцев Ю. В., Шарафиева Л. Р. Ландшафтная арт-терапия как инновационное направление программы психосоциальной реабилитации. *Вестник ТвГУ. Серия: Педагогика и психология (4)*. С. 68–82.
115. Національна стратегію із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text>
116. Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/526-2017-p>
117. Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі 2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/195/2020#Text>

118. Національна стратегія у сфері прав людини 2021. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/1192021-37537>
119. Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю на період до 2025 року. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/uryad-zatverdiv-nacionalnij-plan-dij-z-realizaciyi-konvenciyi-pro-prava-osib-z-invalidnistyu-na-period-do-2025-roku>
120. Новий порядок організації інклюзивного навчання в закладах загальної середньої освіти. 2021. URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/uryad-zatverdiv-novij-poryadok-organizaciyi-inklyuzivnogo-navchannya-v-zakladah-zagalnoyi-serednoyi-osviti>
121. Нові посади і мультидисциплінарна команда: МОЗ України продовжує впроваджувати підхід доказової реабілітації. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/novi-posadi-i-multidisciplinarna-komanda-moz-ukraini-prodovzhue-vprovadzhuвати-pidhid-dokazovoi-reabilitacii>
122. Носенко Е. Л., Опихайло О. Б. Почуття гумору як ознака доброчинності особистості та емоційна сила її характеру: моногр К.: Вид-во «Освіта України», 2016. 189 с.
123. Олійник Г. М. Основні види та напрямки роботи щодо здійснення соціально-психологічної реабілітації дітей з особливими потребами. 2020. URL: <dspace.tnpu.edu.ua>
124. Оришко С.П. Виховні можливості туристсько-краєзнавчої діяльності. *Науковий вісник Ужгородського національного університету Серія «Педагогіка, соціальна робота»*. Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла». 2011. Вип. 20. С. 96–99.
125. Основи складання індивідуальної програми реабілітації. Український вісник медико-соціальної експертизи, 2013. URL: irbis-nbuv.gov.uahttps://program.kmu.gov.ua/meta/vipusniki-skoli-e-samodostatnimi
126. Оцінка системи реабілітації в Україні. Оціночна місія ВООЗ. Грудень 2015. URL:

[hMp://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf](http://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf)

127. Панок В.Г. Прикладна психологія. Теоретичні проблеми : монографія. Київ. Ніка-Центр, 2017. 188 с.
128. Петренко Ю., Барабаш Ю. Характеристика змісту та напрямів соціальної реабілітації (адаптації) осіб зі стійкими фізичними, інтелектуальними та психічними порушеннями в інтернатних установах системи соціального захисту населення. *Україна: аспекти праці* №3, 2017. URL: http://uap.in.ua/download/all/Vy-pusky-_2017_roku/UAP3_17_2.pdf
129. Петров В. Пантелеймон Куліш у п'ятдесяті роки : Життя, Ідеологія. Творчість К. : Зб. АН УРСР Історично-філологічний відділ. № 88. Т. 2. 1929. 572 с.
130. Полищук Е. А. Трудовая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья в условиях реабилитационных центров: дис. ...канд. соц. наук: 13.00.05. М. 2016. 211 с.
131. Поліщук Н.С. Біо-психо-соціальна модель допомоги: основні принципи діагностики та лікування. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2013/6-2/article-1241/biopsihosocialna-model-dopomogi-osnovni-principi-diagnostiki-ta-likuvannya#gsc.tab=0>
132. Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю. 2007. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2007-%D0%BF#Text>
133. Положення про навчально-реабілітаційний центр, затверджене Наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України 16 серпня 2012 року № 920.
134. Попович Анна Михайлівна. Соціальні бар'єри та соціальна реабілітація. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «педагогіка. соціальна робота»*. 2017. Випуск 1 (40).
135. Порошенко Марина. Інклюзивна освіта. 2019. 300 с. URL: <http://poroshenko.com/data/group/21/site2->

bff4eba3e5.pdf?fbclid=IwAR3A0jR3EQI9iclLCGKGDw9oVjZdbC_K5Gp1qa2D
K2tVQkAv1D3aLYbPg58

136. Постанова КМУ від 21 липня 2021 р. № 765. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо організації навчання осіб з особливими освітніми потребами. *Урядовий кур'єр*. 2021. 28 липня 2021 р., середа, № 144. С. 11-12.
137. Про забезпечення створення безбар'єрного простору в Україні. 2021. URL: https://www.president.gov.ua/documents/5332020-35809?fbclid=IwAR3Zu3eVulDKt6bW-tTtywlKoj0Heyn3QFjSqi6vHygDIfrMNFhzuYs_Rg
138. Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності МОЗ України; Наказ, Інструкція від 07. 04. 2004. № 183. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/REG9115.html
139. Про затвердження Класифікатора соціальних послуг. 2020. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE34926.html?fbclid=IwAR1UBXrknsppklIUPjDjV8SDP1nHb29b2c76AxMj5QJ4G6nltrAqDDq0dwr4
140. Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1008-2017-p>
141. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції створення та розвитку системи раннього втручання на період до 2026 року. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-planu-zahodiv-shchodo-realizaciyi-konceptiyi-stvorennya-ta-rozvitku-sistemi-rannogo-vtruchannya-na-period-do-2026-roku-1117r-150921>
142. Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-poryadku-organi-a957>

143. Про рекомендації парламентських слухань на тему: «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення». Відомості Верховної Ради (ВВР). 2015. № 10, ст.67.
144. Про схвалення Концепції створення та розвитку системи раннього втручання. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/517-2021-%D1%80#Text>
145. Програми діяльності Кабінету Міністрів України на 2020–2025 рр. URL: <https://program.kmu.gov.ua/meta/vipusknikiskoli-e-samodostatnimi-tvorcimi-ta-kreativnimi-osobistostami-aki-maut-gruntovni-znanna-ta-volodiut-kompetentnostami-so-potribniu-sucasnomu-sviti>
146. Психологічний супровід інклюзивної освіти : метод. рек / автор. кол. за заг. ред. А. Г. Обухівська. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 92 с.
147. Реабілітація 2030: призыв к действиям. URL: <https://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf>
148. Реабілітація. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
149. Резніченко І. Г. Екскурсія як форма інклюзивного туризму для молодших школярів з особливими освітніми потребами. *Психолого-педагогічні проблеми сучасної школи*. 2020. Вип.1 (3). Ч. 2. С. 120–127.
150. Резолюція 48/96 Генеральної Асамблеї ООН від 20 грудня 1993 року «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_306
151. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. К. Роджерс. М.: Прогресс, 1994. 480 с.
152. Руссо Ж.-Ж. Об общественном договоре. Москва : Дет. лит., 1976. С. 79–88.
153. Самарина Л.В. Применение международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья в службе раннего вмешательства. НОУ ДПО «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства». URL:<http://rvua.com.ua/advice-articles/primenenie->

mezhdunarodnoy-klassifikatsii-funktsionirovaniya-ogranicheniy-zhiznedeyatelnosti-i-zdorovya-v-sluzhbe-rannego-vmeshatelstva-23

154. Сапункова С.С., Піц Л.О., Гутніцька А.Ф. та ін. Медична та соціальна реабілітація. навч.-метод. посіб. Київ ВСВ «Медицина», 2018. 280 с.
155. Сафін О. Д., Кравченко О. О., Міщенко М. С. Збереження психічного здоров'я у фахівців інклюзивно-ресурсних центрів : монографія. Умань : Візаві, 2020. 212 с.
156. Семигіна Т. В. , Коляда Н. М. , Кравченко О. О. , Кочубей Т. Д. та ін. Жінки в історії професійної соціальної роботи: від ХІХ століття – до сьогодення : колективна монографія. Умань : Сочінський М. М., 2020. 316 с.
157. Семигіна Тетяна. Чи завжди цифри мають значення: огляд парадигм дослідження в соціальній роботі. URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/chi-zavzhdi-tsifri-mayut-znachennya-oglyad-paradigm-doslidzhennya-u-sotsialniy-roboti>.
158. Сигида Е. А., Лукьянова И. Е. Инвалидность и туризм : потребности доступность : монографія. Москва : ИНФРА-М, 2015. 104 с.
159. Сичева Т.А., Пьянов А.Е. Организационные и социально-психологические трудности при подготовке и осуществлении инклюзивного туризма. URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsionnye-i-sotsialno-psihologicheskie-trudnosti-pri-podgotovke-i-osuschestvlenii-inklyuzivnogo-turizma>
160. Сілявіна Ю. С. Модель системи педагогічної реабілітації вихованців з особливими освітніми потребами в умовах навчально-реабілітаційного центру. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2018. Вип. 58-59. С. 282-292. URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pfto_2018_58-59_38
161. Снопкова Е. И. Актуальность междисциплинарного подхода в педагогических исследованиях: научное обоснование. *Интеграция образования*. Т. 19. № 1 (78). 2015. С. 111-117.
162. Софій Н.З. Основні види і моделі надання додаткової підтримки дітям з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього навчального

- закладу. *Інноваційна діяльність педагога в умовах реформування шкільної освіти. Якість шкільної освіти та інструментарій її оцінювання*. матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. 20-25 квіт. 2015. С. 1-8.
163. Социализация и реабилитация в современном мире. Сборник научных статей. / Под редакцией О.Е. Нестеровой, Р.М. Шамянова, Л.В. Шиповой, Е.С. Пяткиной, М.Д. Коноваловой. Москва, 2017. 230 с.
164. Социально-педагогическая поддержка лиц с ограниченными возможностями здоровья: теория и практика. *Материалы II Всероссийской научно-практической конференции*. URL:<https://journals.eco-vector.com/2658-6843/issue/view/1142>
165. Соціальна реабілітація: підходи до визначення поняття
URI: <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/1587>Date: 2008
166. Султанова Н.В. Теоретичні засади становлення і розвитку реабілітаційної педагогіки. *Педагогічний альманах*, 2014. URL:
http://nbuv.gov.ua/UJRN/pedalm_2014_23_41
167. Сухомлинський В. Школа під відкритим небом. URL:
<https://mala.storinka.org/школа-під-блакитним-небом-серце-віддаю-дітям-василь-сухомлинський.html>
168. Сухомлинський В.О. Вибрані твори в 5 т., Т. 1. Київ: Рад. Школа, 1977. 641 с.
169. Таенкова А.А., Таенкова И.О. Копытин А.И. Природотерапия в социокультурной и социо-средовой реабилитации людей с особыми возможностями здоровья (из опыта работы) *Зеленый журнал. Бюллетень ботанического сада Тверского государственного университета*. 2018. № 4. С. 60-70
170. Таланчук П.М., Чайковський М.Є. Теоретико-методологічні засади та технології інклюзії у ЗВО. Досвід Університету «Україна»: кол. моногр. / за наук. ред. П.М. Таланчука. Київ: Університет «Україна», 2018. 481 с.
171. Титаренко Т.А. Соціально-психологічна реабілітація особистості. 2018. Вип..41. URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nssp_2018_41_14

172. Указ Президента України від 2 червня 2021 р. № 225\2021 затверджена «Стратегія людського розвитку». URL: <https://www.president.gov.ua/documents/2252021-39073>
173. Україна. Інклюзія. Система авторизації інклюзивно-ресурсних центрів. URL: <http://ircenter.gov.ua>
174. Управління праці та соціального захисту Уманської міської ради. Соціальні послуги. URL: <https://umanupszn.gov.ua/socialni-poslugi/> (дата звернення: 17.10.2019).
175. Феленчак Юлія Богданівна, Шевчук Любов Теодорівна Соціалізація в сфері туризму: особливості та напрямки вдосконалення. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права. Економіка*. 2019. Вип.21. С.104-107.
176. Хартія туризму. 1985. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_640
177. Хлебик С. Р. Соціально-реабілітаційний туризм в громаді для підлітків, які опинилися в складних життєвих обставинах. *Інноваційний потенціал соціальної роботи в сучасному світі: на межі науки та практики* : матеріали І Міжнародної науково-практичної конференції. Чернігів : НУ «Чернігівська політехніка», 2021. 200 с
178. Цехмейструк Е. А., Левицкая Т. Е., Бондарь О. Н. К вопросу психологического сопровождения санаторно-курортного лечения детей и подростков (аналитический обзор). *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2019. № 2.
179. Цимбалюк О.Л. Дитячий туризм, як ефективна форма активного відпочинку дітей дошкільного віку. Матеріали ІІ Міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми та перспективи розвитку туризму в Україні та світі» 18-19 травня 2017 р. Луцьк: ІВВ Луцького НТУ, 2017. URL: http://lib.lntu.edu.ua/sites/default/files/2021-03/Туризм_Конфер_2017.pdf#page=45
180. Цілі сталого розвитку на 2016–2030 рр. URL: <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku>

181. Чернуха Н. М., Васильева-Халатникова М. О., Співак Я. О., Токарчук Л. В. Інклюзивна освіта: міжнародний досвід та українські реалії. *Topical issues of pedagogy: Collective monograph*. Edizioni Magi, Roma, Italia, 2019. P. 60–83
182. Черюканов Александр Вячеславович. Динамика качества жизни и обоснование организационных форм медицинской и социальной реабилитации несовершеннолетних с ограниченными возможностями : дис ... канд. мед. наук : 14.00.33. Санкт-Петербург, 2007. 205 с.
183. Чистопольская К. А., Ениколопов С. Н., Николаев Е. Л., Семикин Г. И. Связь с природой: вклад в душевное благополучие. *Перспективы психологической науки и практики*. 2017. С. 764–767.
184. Чуйко О.В. Соціальна реабілітація: підходи до змістових характеристик процесу. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015 №4 (29). С. 152
- Чупіна К. О. Аналіз розвитку інклюзивного туризму закордоном. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм*. 2020. Вип. 11. С. 121–127.
186. Чупіна К. О. Соціально-психологічна реабілітація осіб з інвалідністю засобами інклюзивного туризму. *Габітус*. Вип. 12. Т. 1. С. 211–216.
187. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології : монографія. Київ : МП Леся, 2009. 484 с
188. Шевцов А. Г., Хворова Г. М. Сучасні міждисциплінарні підходи до етапної комплексної реабілітації дітей із церебральним паралічем (2013). URL: enpuir.npu.edu.ua
189. Щерба Н. С. Соціальна реабілітація: сучасні умови та перспективи розвитку. *Інклюзія в умовах професійної (професійно-технічної) освіти*: зб. наук. праць / за ред. І. Д. Сахневич. URL: <http://eprints.zu.edu.ua/30102/>
190. Щербак Александр Павлович. Формы организации туризма для детей с ограниченными возможностями здоровья. *Социально-педагогическая поддержка лиц с ограниченными возможностями здоровья: теория и*

практика: материалы II Всероссийской научно-практической конференции.
Ялта: РИО ГПА, 2016. С. 36–46.

191. Ягупов В. В. Педагогіка : навч. Посібник. Київ : Либідь, 2002. 560 с.
192. Current issues of inclusive tourism introduction in Ukraine and other countries. Poznan :UniKS Press, 2020. 225 p.
193. Future Work Skills.(2020). 124 University Avenue, 2nd Floor, Palo Alto, CA 94301 650.854.6322 www.iftf.org Institute for the Future for the University of Phoenix Research Institute
194. Galina M. Kucher, Oksana O. Kravchenko. Inclusive rehabilitation and social tourism as a social service for people with disabilities: the experience of implementation in the town of Uman (Ukraine). *Revista Inclusiones*. Vol. 8 NumEsp. Abril-Junio 2021 Homenaje Christian Daniel Cwik(WebofSciense)
195. Kravchenko O. O. Inclusive tourism as a scientific problem: an interdisciplinary approach. *Theoretical and practical aspects of the development of the European Research Area: collective monograph*. 2nd ed. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2020. pp. 81–101.
196. Kravchenko O., Chupina K., Koliada N., Safin O., Bondarenko H. Psychological and Pedagogical Support of Students with Special Educational Needs in a Higher Education Institution *Lecture Notes in Networks and Systems* July 2021, Volume 263, Pages 299 – 306.
197. Kravchenko O., Mishchenko M., Klymenko Y., Kuzmenko M., Potapchuk N. Inclusive-Resource Center Specialists' Mental Health/ *Lecture Notes in Networks and Systems*. July 2021, Volume 263, Pages 40 – 47. (Scopus)
198. Leshchuk, H. (2017). Possibilities of psychosocial rehabilitation in social work with people with disabilities, *Social Work and Education*, Vol. 4, No. 1., pp. 60-69.
199. Oksana Kravchenko, Iryna Albul. Social and cultural activity of Ukrainian progressive intellectual soft the late 19th – early 20th centuries. *SHS WebConf. Second International Conference on History, Theory and Methodology of Learning (ICHTML 2021)*. Volume 104, 2021.
200. Oksana Kravchenko. Role of parents in the education of students under pandemic

conditions. Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej. Witelona w Legnicy. nr 39(2)/2021. S. 109-118.

201. Safin O., Kravchenko O., Mishchenko M., Potapchuk Y. Peculiarities of Psychologists' and Social Pedagogues 'Workin Terms of Quarantine/ Lecture Notes in Networks and Systems/ 2021, 267, pp. 149-157.
202. Social and educational services for children with disabilities: history, theory and practice. Joint monograph. Drukarnia HARIT, Częstochowa (Poland). 2021. 346 s.