

СЕКЦІЯ VI. СОЦІАЛЬНА РОБОТА ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

СІМЕЙНО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД У СОЦІАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Столярик Ольга Юріївна

докторка філософії з соціальної роботи, доцентка
кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи
Львівський національний університет імені Івана Франка, Україна

Вступ. Сімейно-орієнтовані підходи в роботі з дітьми з інвалідністю базуються на визнанні ролі сім'ї як основного середовища для розвитку дитини. Ці підходи ставлять сім'ю в центр уваги і спрямовані на сприяння її власноручному вирішенню проблем та потреби дитини з інвалідністю. Сімейно-орієнтовані підходи підтримують співпрацю між різними фахівцями (соціальними працівниками, лікарями, психологами, педагогами тощо), які працюють з дитиною та її сім'єю задля таких підходів сприяють успішній реабілітації дітей з інвалідністю, оскільки зважають на унікальність та індивідуальні потреби кожної сім'ї, сприяють створенню позитивного та підтримуючого середовища для розвитку дитини.

Мета цієї роботи – схарактеризувати специфіку сімейно-орієнтованого підходу у соціальній реабілітації дітей з інвалідністю.

Основна частина. Згідно із результатами численних досліджень, сім'я становить ключовий елемент догляду за дитиною з інвалідністю. Основні цілі сімейно-орієнтованого підходу охоплюють участь батьків у спільному прийнятті рішень, співпрацю та партнерство, взаємну повагу (сім'я та фахівець з реабілітації), прийняття вибору сім'ї, соціальну підтримку, фокусування на сильних сторонах сім'ї та дитини, індивідуальне та гнучке надання послуг, обмін інформацією та розширення можливостей [1; 8; 9; 12].

У окремих дослідженнях звертається увага на об'єктивне та реальне вимірювання якості реабілітаційних послуг та навіть на наявні окремі інструменти, які дозволяють відстежити оцінку орієнтованості дитячих реабілітаційних послуг на сім'ю, як-от «Оцінка процесу догляду» (з англ. мови – «Measure of Processes of Care»). Цей інструмент орієнтований на вивчення таких областей як участь батьків у процесі прийняття рішень та партнерство із фахівцями реабілітації, комплексний догляд та послуги, доступність інформації, повага та підтримка дитини та сім'ї [13]. Поряд з тим, у окремих дослідженнях, ключовим індикатором оцінки послуг виступає якість життя сім'ї [3; 4; 5].

Зростання уваги до якості життя сім'ї, зміщує фокус та бачення того, як має організовуватися професійна соціальна підтримка сімей, які виховують дітей з інвалідністю [10]. При застосуванні сімейно-орієнтованого підходу сім'ї розглядаються як ключові особи, які приймають рішення, а професіонали – як надавачі інформації щодо наявних умінь та навичок, а також сильних сторін сім'ї та дитини. Спільне прийняття рішень виступає як успішна модель чутливого вибору

стратегії реабілітації дитини у роботі з сім'єю. Конкретний контекст спільного прийняття рішень – це ті вагомні рішення, які сім'ї спільно із фахівцями необхідно прийняти на ключових етапах соціальної реабілітації захворювання дитини, які покращать як її якість життя, так і автономність та добробут сім'ї.

До ключових характеристик спільного прийняття рішень можна віднести: (1) участь обидвох сторін – сім'ї та фахівців; (2) обидві сторони обмінюються інформацією, яка буде корисною та призведе до кращих результатів процесу соціальної реабілітації; (3) прагнення та пошук консенсусу щодо кращої реабілітаційної стратегії; (4) заходи та завдання реабілітації узгоджені, наявна спільна відповідальність [11].

Сімейно-орієнтований підхід працює над розширенням способів підтримки сімей. Наразі основними формами його застосування є: (1) практика відносин; (2) практика участі у процесі прийняття рішень. Якщо практика стосунків стосується роботи над встановленням довіри та поваги у відносинах з фахівцем, налагодження партнерських відносин, то практики участі включають методи реагування фахівців на потреби сім'ї та надання сім'ям можливостей брати активну участь у процесі реабілітації (наприклад, мобілізація сильних сторін). Сімейно-орієнтований підхід спирається на такі принципи [2; 6; 7; 12; 14]:

- *Акцент на сім'ї як одиниці підтримки.* Сімейно-орієнтований підхід акцентує на залученні сім'ї як партнера у всіх аспектах роботи з дитиною з інвалідністю. Це означає, що родина бере активну участь у прийнятті рішень щодо програми реабілітації, плануванні та оцінці прогресу.

- *Міцна сімейно-професійна співпраця.* Сімейно-орієнтований підхід передбачає створення індивідуалізованих програм реабілітації, які враховують потреби, можливості та особливості кожної конкретної сім'ї та дитини. В цьому підході працівники реабілітаційних служб співпрацюють з сім'єю дитини як рівноправними партнерами. Це означає, що сім'я бере активну участь у прийнятті рішень щодо реабілітаційних цілей, планів та методів роботи.

- *Надання підтримки, адаптованої до конкретних потреб сім'ї й дитини та контексту ситуації.* Замість того, щоб ставити себе в ролі експерта, фахівці реабілітації допомагають сім'ї розвивати власні навички та знання, які необхідні для ефективного догляду та підтримки дитини з інвалідністю.

- *Усвідомлений вибір сім'ї та його підтримка спеціалістами.* Сім'я має право та можливість здійснювати свій вибір щодо того, які види реабілітаційних послуг, програм та методів найбільше відповідають їхнім потребам та цінностям. Усвідомлений вибір передбачає інформованість сім'ї стосовно її прав, можливостей та альтернатив, а також забезпечує простір для власних рішень, які враховують унікальні потреби кожної родини.

- *Пошук, визнання та розвиток сильних сторін сім'ї й дитини* – звернення уваги на ресурси сім'ї допомагає збільшити її самостійність та впевненість у власних силах;

- *Робота з офіційною/неофіційною мережею підтримки сім'ї та з членами сім'ї.* Сімейно-орієнтований підхід також передбачає співпрацю з іншими професіоналами та ресурсами у спільноті, щоб забезпечити повноцінну підтримку сім'ї та дитини з інвалідністю.

Висновки. Сімейно-орієнтований підхід у реабілітації дітей є фундаментальним і ефективним методом, орієнтованим на врахування та залучення сімейного середовища у процес реабілітації. Використання такого підходу у реабілітації дітей сприяє зміцненню сімейних відносин, підвищенню якості життя дитини та її сім'ї, а також сприяє більш ефективній та гуманній реабілітаційній практиці.

Список використаних джерел:

1. Горішна, Н., Петрович, Ж., Столярик, О. (2023). Законодавчі аспекти соціальної реабілітації дітей з інвалідністю: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Інклюзія і суспільство*, 2, 19-27. Режим доступу: <https://journals.kpdi.in.ua/index.php/inclusion-society/article/view/36>.
2. Петрович, Ж., Слозанська, Г., Горішна, Н., Столярик О. (2023). Виклики створення і розвитку соціальної послуги денного догляду дітей з інвалідністю». *Ввічливість. Humanitas*, 5. С. 67-77.
3. Семигіна, Т. В., & Столярик, О. Ю. (2019). Якість життя сімей, які виховують дітей з аутизмом: концепція та чинники. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*, (18), 84-89.
4. Столярик, О. (2020). Стратегії соціальної підтримки сімей, які виховують дітей з аутизмом. *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського*, № 2 (131), 45-51. <https://doi.org/10.24195/2617-6688-2020-2-6>.
5. Столярик, О. (2022). Якість подружнього життя у сім'ях, де виховуються діти з аутизмом. *Ввічливість. Humanitas*, №3, 78-84. <https://doi.org/10.32782/humanitas/2022.3.11>.
6. Столярик, О., Семигіна, Т. (2022). Підхід, орієнтований на сильні сторони: огляд основних принципів. *Ввічливість. Humanitas*, №4, 52-60. <https://doi.org/10.32782/humanitas/2022.4.8>.
7. Столярик, О., Семигіна, Т. Орієнтація на оптимізм та щастя: психологічні основи розвитку сильних сторін клієнтів соціальної роботи. *Соціальна робота та соціальна освіта*, 2(9), 143-157. [https://doi.org/10.31499/2618-0715.2\(9\).2022.267333](https://doi.org/10.31499/2618-0715.2(9).2022.267333).
8. Столярик, О., Слозанська, Г. Криницька, І. (2023). Концепція реабілітації осіб з інвалідністю у закордонній практиці соціальної роботи: системний огляд. *Ввічливість. Humanitas*, 2 (4), 44-53. <https://doi.org/10.32782/humanitas/2023.4.7>.
9. Arcuri, G. G., McMullan, A. E., Murray, A. E., Silver, L. K., Bergthorson, M., Dahan-Oliel, N., & Coutinho, F. (2016). Perceptions of family-centred services in a paediatric rehabilitation programme: strengths and complexities from multiple stakeholders. *Child: care, health and development*, 42(2), 195-202.
10. Brown, I., Galambos, D., Poston, D. J., & Turnbull, A. P. (2007). Person centered and family centered support. *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities*, 351-361.
11. Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, 44(5), 681-692.
12. Dalvand, H., Rassafiani, M., & Bagheri, H. (2014). Family Centered Approach: A literature review. *Modern Rehabilitation*, 8(1).
13. King, G. A., Rosenbaum, P. L., & King, S. M. (1997). Evaluating family-centred service using a measure of parents' perceptions. *Child: care, health and development*, 23(1), 47-62.
14. Vanderkerken, L., Heyvaert, M., Onghena, P., & Maes, B. (2019). The relation between family quality of life and the family-centered approach in families with children with an intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 16(4), 296-311.