ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
ВІДКРИТИЙ МІЖНАРОДНИЙ УНІВЕРСИТЕТ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ
«УКРАЇНА»

ВІННИЦЬКИЙ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ ІНСТИТУТ

Кафедра реабілітаційних технологій

Освітня програма «Соціальна робота»
Спеціальність: 231 «Соціальна робота»

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня «бакалавр»

«РОЗВИТОК ПОБУТОВОЇ САМОСТІЙНОСТІ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ЗАСОБАМИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»

Здобувача освіти:
Клименко Петро Анатолійович

Науковий керівник:
к. псих. н., Прасол Д.В.

Рецензент:
д.пед.н., доц. Султанова Н.В.

Допущено до захисту рішенням кафедри реабілітаційних технологій
Протокол №10 від « 20 »травня 2026р.
Завідувач кафедри _____Башинська О.І.
(підпис)

Вінниця 2026

ЗМІСТ

ВСТУП 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ ПОБУТОВОЇ САМОСТІЙНОСТІ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ 8

1.1. Сутність і зміст поняття «побутова самостійність» та особливості її формування у осіб з інвалідністю 8

1.2. Безбар'єрне середовище та асистивні засоби реабілітації як чинники забезпечення побутової автономії 17

1.3. Технології та методи соціальної роботи, спрямовані на розвиток навичок самообслуговування та побутової самостійності 23

Висновки до розділу 1 33

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРОЄКТУВАННЯ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ 36

2.1. Організація та методики діагностики рівня побутової самостійності осіб з інвалідністю 36

2.2 Аналіз результатів дослідження стану сформованості соціально-побутових навичок 42

2.3. Розробка програми розвитку побутової самостійності осіб з інвалідністю в умовах територіального центру 52

Висновки до розділу 2 60

ВИСНОВКИ 64

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 68

ДОДАТКИ 75

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. На сучасному етапі розвитку суспільства відбувається докорінна трансформація підходів до розуміння інвалідності: від патерналістської та медичної моделей до соціальної, яка ставить у центр уваги права людини, її гідність та повноцінну інтеграцію в соціум. В умовах сьогодення, коли Україна стикається з безпрецедентними викликами, кількість людей, які мають стійкі порушення функцій організму та потребують підтримки, невпинно зростає. Державна соціальна політика дедалі більше орієнтується на деінституціалізацію та створення умов для незалежного проживання в громаді, проте на практиці існує суттєвий розрив між декларованими правами та реальною здатністю осіб з інвалідністю забезпечувати власні життєві потреби без сторонньої допомоги.

Побутова самостійність виступає тим фундаментальним базисом, на якому будується якість життя та особиста автономія. Втрата або несформованість навичок самообслуговування призводить не лише до побутової безпорадності, а й до вимушеної соціальної ізоляції, почуття меншовартості та повної залежності від родичів чи соціальних служб. Здатність самостійно виконувати гігієнічні процедури, готувати їжу, доглядати за одягом чи розпоряджатися бюджетом є не просто технічним умінням, а ключовим фактором, що дозволяє людині почуватися суб’єктом власного життя, а не об’єктом догляду. Подолання психології утриманства та формування активної життєвої позиції неможливе без оволодіння навичками повсякденного життя.

У цьому контексті соціальна реабілітація набуває виняткового значення як системний процес відновлення соціального статусу особистості. Незважаючи на наявність нормативної бази, у практичній діяльності фахівців соціальної сфери відчувається дефіцит конкретних, діагностично обґрунтованих програм, спрямованих на поетапний розвиток побутових компетенцій. Часто реабілітаційні заходи фокусуються на медичних аспектах, залишаючи поза увагою тренування навичок незалежного проживання. Саме необхідність

розробки дієвого інструментарію соціальної роботи, який дозволив би оцінити наявний рівень самостійності клієнта та запропонувати ефективну програму її розвитку, зумовлює вибір теми нашого дослідження.

Проблема соціального захисту та реабілітації осіб з інвалідністю є предметом дослідження широкого кола науковців, що підтверджує її міждисциплінарний характер. Фундаментальні теоретико-методологічні засади соціальної роботи та соціальної педагогіки з цією категорією клієнтів висвітлено у працях провідних вітчизняних учених, зокрема І. Звєрєвої, А. Капської, О. Безпалько, М. Лукашевича та ін. Організаційно-правові аспекти реабілітаційного процесу та специфіку надання соціальних послуг в умовах громади ґрунтовно проаналізовано в роботах Л. Волинець, В. Галагіна та П. Слобожанського. Загальні основи дефектології та корекційної педагогіки, які є базою для розуміння потреб осіб з порушеннями розвитку та особливостей реабілітаційної роботи з ними, розкрито в дослідженнях В. Синьова, А. Шевцова та ін.

Особливої ваги у контексті нашого дослідження набувають праці, присвячені прикладним аспектам відновлення життєдіяльності та формування навичок самообслуговування. Технології фізичної реабілітації та ерготерапії, які безпосередньо спрямовані на розвиток побутової автономії, детально розглядаються у роботах О. Вакуленко, В. Товстогана та В. Бойка. Психологічні особливості самоставлення осіб з інвалідністю та їх адаптації до умов соціуму висвітлено у наукових доробках О. Кокуна та Х. Турецької. Значний внесок у розробку методик формування життєвої компетентності та соціально-побутової орієнтації зробили О. Чеботарьова, А. Базиленко та С. Шевченко та ін., спираючись як на вітчизняний, так і на зарубіжний досвід (М. Олівер, Дж. Крік).

Проте, незважаючи на вагомий науковий доробок, проблема розвитку саме побутової самостійності осіб з інвалідністю засобами соціальної реабілітації розкрита недостатньою мірою. Більшість існуючих досліджень

фокусуються або на медичних аспектах відновлення здоров’я, або на загальних питаннях соціальної інтеграції, залишаючи поза увагою технологічний аспект формування конкретних навичок незалежного проживання (ведення домашнього господарства, планування бюджету, самообслуговування). Крім того, потребує оновлення методичний інструментарій діагностики рівня побутової автономії та створення комплексних реабілітаційних програм, адаптованих до сучасних умов, що й зумовило необхідність нашого дослідження.

Об’єкт дослідження: процес соціальної реабілітації осіб з інвалідністю.

Предмет дослідження: засоби та технології соціальної реабілітації у розвитку побутової самостійності осіб з інвалідністю в умовах територіального центру.

Мета роботи: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити рівень сформованості побутових навичок у осіб з інвалідністю та на основі отриманих даних розробити програму соціальної реабілітації, спрямовану на підвищення їхньої побутової самостійності.

Відповідно до мети, об’єкта та предмета дослідження було визначено такі основні **завдання:**

1. Проаналізувати теоретико-методичні засади формування побутової самостійності осіб з інвалідністю та визначити сутність цього поняття в сучасній соціальній роботі.
2. Виявити роль безбар’єрного середовища, принципів універсального дизайну та асистивних засобів як фундаментальних чинників забезпечення побутової самостійності осіб з інвалідністю.
3. Охарактеризувати технології та методи соціальної роботи, що є найбільш ефективними у процесі формування навичок самообслуговування та незалежного проживання.

4. Провести емпіричне дослідження для визначення рівня сформованості побутових навичок у осіб з інвалідністю та виявлення основних перешкод на шляху до їхньої автономії.

5. Розробити комплексну програму соціальної реабілітації з розвитку побутової самостійності осіб з інвалідністю, враховуючи результати проведеної діагностики та сучасні методологічні підходи соціальної роботи.

Для розв'язання поставлених завдань використано комплекс **методів дослідження:** ***теоретичні:*** аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукової, навчально-методичної літератури та нормативно-правових актів – для визначення стану розробленості проблеми та обґрунтування теоретичних засад реабілітації; емпіричні: метод включеного спостереження – для вивчення реальних поведінкових проявів та здатності клієнтів до самообслуговування в умовах територіального центру; напівструктуроване інтерв'ю з клієнтами та їхніми родичами – для з'ясування суб'єктивної оцінки особами з інвалідністю та їхніми близькими побутових труднощів та потреб; тестування (шкалування) – використання спеціалізованих методик (шкали Індексу активності повсякденного життя Бартела та Шкалу інструментальної діяльності повсякденного життя Лаутона) для об'єктивної оцінки рівня побутової незалежності; констатувальний експеримент – для визначення наявного рівня сформованості побутової самостійності на базі досліджуваного закладу; методи математичної статистики: кількісна та якісна обробка емпіричних даних для їх узагальнення та наочного представлення у вигляді таблиць і діаграм.

Практичне значення результатів роботи полягає у тому, що: визначено та проаналізовано конкретні дефіцити побутових навичок у клієнтів Васильківського територіального центру соціального обслуговування, що дозволяє персоналу закладу краще розуміти потреби підопічних; підібрано та апробовано діагностичний інструментарій (анкети, карти оцінки), який може використовуватися соціальними працівниками для первинного оцінювання нових клієнтів; розроблено програму соціальної реабілітації, спрямовану на

поетапний розвиток навичок самообслуговування, ведення домашнього господарства та планування бюджету. Матеріали дослідження та запропонована програма готові до впровадження в практичну діяльність Васильківського територіального центру соціального обслуговування, а також можуть бути використані соціальними працівниками та фахівцями у галузі соціальної роботи інших установ соціального захисту в роботі з особами з інвалідністю.

Структура роботи: Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів та висновків до кожного, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ ПОБУТОВОЇ САМОСТІЙНОСТІ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

1.1. Сутність і зміст поняття «побутова самостійність» та особливості її формування у осіб з інвалідністю

У сучасній теорії та практиці соціальної роботи проблема інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство посідає центральне місце. Зміна парадигми ставлення до інвалідності – від медичної моделі, яка фокусувалася на хворобі та обмеженнях, до соціальної моделі, що акцентує увагу на правах людини та бар'єрах середовища, – вимагає переосмислення ключових понять соціальної реабілітації. Одним із таких фундаментальних понять є «побутова самостійність», яка виступає не лише показником фізичної спроможності особи, а й необхідною умовою її людської гідності, соціальної суб'єктності та здатності до повноцінного інтегрування в суспільство..

Необхідність розвитку побутової самостійності осіб з інвалідністю на сучасному етапі зумовлена також вектором державної політики на деінституціоналізацію та соціальну інклюзію, що закріплено у низці нормативно-правових актів. Засадничим документом у цій сфері є Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, зокрема її 19-та стаття, яка проголошує рівне право всіх осіб з інвалідністю жити в громаді, маючи вибір, рівний з іншими людьми, та право на незалежний спосіб життя [27]. В українському правовому полі ця стратегія реалізується через Закони України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [47] та «Про соціальні послуги» [49], які визначають соціально-побутову адаптацію та підтримку автономії клієнта не просто як допоміжний захід, а як обов'язкову умову забезпечення гідної якості життя. Таким чином, формування побутових навичок трансформується з суто медичного чи педагогічного завдання у фундаментальну правову вимогу, що забезпечує перехід від патерналістської

моделі опіки до моделі підтримки незалежності та активної участі особи у житті суспільства.

Аналіз наукових праць провідних вітчизняних учених, зокрема І. Звєрєвої та А. Капської, дозволяє стверджувати, що соціальна реабілітація не може вважатися ефективною, якщо клієнт залишається повністю залежним від сторонньої допомоги у задоволенні своїх базових життєвих потреб. У цьому контексті побутова самостійність розглядається як «інтегративна якість особистості, що проявляється у здатності та готовності самостійно організовувати свій побут, виконувати гігієнічні процедури, забезпечувати себе харчуванням та підтримувати належний стан житлового середовища без систематичного втручання інших осіб» [20; 24].

Науковці наголошують, що поняття «побутова самостійність» є ширшим за термін «самообслуговування», хоча і включає його як базовий компонент. Як зазначає у своїх дослідженнях О. Вакуленко, самообслуговування стосується насамперед задоволення фізіологічних потреб (особиста гігієна, одягання, приймання їжі), тоді як побутова самостійність охоплює складніші інструментальні навички: планування бюджету, користування побутовою технікою, комунікацію з комунальними службами, пересування містом та організацію власного дозвілля. Тобто йдеться про «здатність людини бути господарем власного життя у межах доступного їй середовища» [8].

Сутнісне наповнення поняття побутової самостійності неможливо розкрити без звернення до категорії «незалежне життя», яка є ключовою у міжнародній практиці соціальної роботи. Згідно з підходами, описаними зарубіжним дослідником М. Олівером, «незалежне життя не означає, що людина з інвалідністю робить абсолютно все сама своїми руками. Це означає, що вона має право вибору, контроль над своїм життям і несе відповідальність за свої рішення. Побутова самостійність є інструментом досягнення такого незалежного життя. Для осіб з ментальними або складними фізичними порушеннями вона може проявлятися у вмінні попросити про

допомогу або керувати діями асистента, що також є проявом соціальної компетентності» [66].

У сучасній реабілітології та ерготерапії, теоретичні засади яких в Україні розробляють В. Товстоган та В. Бойко, побутова діяльність розглядається через призму поняття «заняттєва активність» (occupational performance). Дослідники підкреслюють, що для особи з інвалідністю можливість самостійно приготувати собі чай або застелити ліжко є не рутинною справою, а терапевтичним актом, що підтверджує її спроможність. Втрата цих навичок, навпаки, призводить до феномену «навченої безпорадності», коли особа припиняє будь-які спроби проявити активність, очікуючи, що всі проблеми вирішать опікуни або соціальні працівники [7; 60].

Отже, узагальнюючи визначення *побутової самостійності*, тлумачимо її як інтегративну якість особистості, що характеризується здатністю та готовністю задовольняти власні вітальні й соціокультурні потреби в умовах повсякденного життя, організовувати свій побут та приймати самостійні рішення, використовуючи при цьому власні ресурси, допоміжні засоби реабілітації або керовану допомогу асистентів, що є необхідною умовою для забезпечення соціальної суб’єктності та незалежного життя.

Структуру побутової самостійності можна представити як ієрархічну систему навичок. Спираючись на класифікації, наведені у працях О. Макарової [33] та Т. Андрущенко [1], доцільно виділити два рівні побутових компетенцій:

1. *Базові навички повсякденного життя (ADL – Activities of Daily Living):* сюди відносяться переміщення у ліжку, пересаджування (наприклад, з візка на стілець), пересування приміщенням, користування туалетом, вмивання, купання, одягання, приймання їжі.

2. *Інструментальні навички повсякденного життя (IADL – Instrumental Activities of Daily Living):* це більш складні дії, які вимагають когнітивних зусиль та взаємодії із зовнішнім світом. До них належать:

приготування їжі, прибирання житла, прання та догляд за одягом, користування телефоном та інтернетом, поводження з грошима, користування громадським транспортом, здійснення покупок, дотримання графіку прийому ліків навичок у осіб з інвалідністю має свою специфіку, яка детермінується як характером порушення здоров'я (нозологією), так і соціально-психологічними факторами [1; 33].

В. Синьов та А. Шевцов у своїх дослідження проблеми реабілітації осіб з інвалідністю звертають увагу на те, що процес оволодіння побутовими діями у осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, зору чи інтелекту не відбувається спонтанно, як у здорових людей, а потребує спеціального корекційно-розвивального навчання [56; 63].

Однією з головних особливостей формування побутової самостійності є необхідність адаптації середовища. Як слушно зауважує І. Іванова, часто причиною побутової залежності є не фізичні обмеження особи, а архітектурна непристосованість житла (вузькі дверні отвори, високі пороги, незручне розташування вимикачів чи сантехніки) [22]. У такому випадку завданням соціальної реабілітації стає не стільки «тренування» клієнта, скільки ергономічне пристосування простору під його потреби або підбір технічних засобів реабілітації, про що детально пише В. Сівець [57]. Використання допоміжних засобів (наприклад, спеціального посуду, захватів для одягання, поручнів) дозволяє компенсувати втрачені функції та відновити автономію.

Психологічний аспект формування побутової самостійності є не менш важливим. Отже, О. Кокун у своїх працях акцентує увагу на внутрішній картині хвороби та самоставленні особистості [26]. Х. Турецька також пише, що «часто перешкодою до самостійності стає страх невдачі, низька самооцінка або депресивний стан, що супроводжує інвалідність» [61]. Тобто особа може вміти фізично виконати дію, але не мати мотивації до цього. Тому процес формування побутових навичок нерозривно пов'язаний із психокорекцією, спрямованою на формування віри у власні сили та позитивної «Я-концепції».

Особливої уваги потребує розгляд впливу сімейного фактору. А. Кузьмінський та В. Омеляненко зазначають, що родина часто виступає як ресурсом, так і бар'єром у розвитку самостійності [32]. Тому поширеною проблемою є гіперопіка з боку родичів, які, керуючись жалістю або бажанням зекономити час, виконують за особу з інвалідністю всі побутові дії. Це блокує розвиток навичок та закріплює інфантильну позицію споживача. Відтак, соціальна робота з формування побутової самостійності обов'язково має включати просвітницьку роботу з оточенням клієнта.

Специфіка формування навичок самообслуговування у осіб з інтелектуальними та ментальними порушеннями, як досліджено у роботах вітчизняних вчених А. Базиленко та О. Чеботарьової, полягає у необхідності багаторазового повторення, розбиття складних дій на прості операції (алгоритмізація) та використання візуальної підтримки (піктограм, технологічних карт) [3; 52]. Для цієї категорії осіб побутова самостійність формується через механізм звички, коли певна послідовність дій доводиться до автоматизму в умовах спеціально організованого навчально-реабілітаційного середовища.

Слід зауважити, що *спеціально організованим навчально-реабілітаційним середовищем* вважається адаптований простір, оснащений необхідним реабілітаційним обладнанням, асистивними технологіями та побутовими приладами, в якому створено безпечні та психологічно комфортні умови для ефективного відновлення втрачених функцій, оволодіння навичками самообслуговування та соціальної адаптації особи з інвалідністю. Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, «асистивні технології – це парасольковий термін, що охоплює системи та послуги, пов'язані з наданням асистивних продуктів (пристроїв, обладнання, програмного забезпечення), які підтримують автономію та мобільність особи» [69].

Відповідно до тлумачення О. Вакуленко терміну «Асистивні технології (від англ. *assist* – допомагати)», вживаємо його для позначення будь-

яких пристроїв, обладнання, інструментів, програмного забезпечення або систем, які використовуються для підтримки, збереження чи розширення функціональних можливостей людей з інвалідністю [8]. У контексті нашої роботи (соціальної реабілітації та побутової самостійності) це поняття є також синонімом до терміну, який часто вживається в українському законодавстві, – «Технічні та інші засоби реабілітації» (ТЗР) [47].

Слід зазначити, що ключовими принципами соціальної реабілітації є гуманізм та повага до прав людини, індивідуальний підхід (урахування нозології та реабілітаційного потенціалу), комплексність (поєднання медичних, психологічних та педагогічних методів), послідовність і поступовість (перехід від простих дій до складних), а також принцип активності (суб'єктності) клієнта, який передбачає його свідоме залучення до процесу відновлення власної незалежності.

Проте, важливим методичним аспектом у розрізі формування побутової самостійності людей з інвалідністю засобами реабілітаційної роботи, на якому також наголошує О. Безпалько, є принцип поступовості та посильності [4]. На цьому наголошує також С. Пальчевський, який акцентує, що формування побутової самостійності починається з найпростіших дій (наприклад, самостійно тримати ложку) і поступово ускладнюється. Неуспіх на початкових етапах може надовго відбити бажання до активності, тому соціальний працівник або реабілітолог повинен ретельно дозувати навантаження і створювати «ситуації успіху» [40].

У контексті діяльності реабілітаційних установ, про що йдеться у працях В. Галагіна, а також С. Шевченко, розвиток побутової самостійності здійснюється через систему занять із соціально-побутової орієнтації (СПО). Ці заняття можуть проходити у формі тренінгів, практичних вправ у спеціально обладнаних кабінетах («навчальна кухня», «модульна квартира») та безпосередньо у природному середовищі. Метою таких занять є не просто навчити людину, наприклад, готувати їжу, а сформувати цілісний алгоритм

діяльності: від задуму (що я хочу з'їсти) до планування покупок, приготування та прибирання робочого місця [10; 64].

Аналіз наукової літератури свідчить, що соціально-побутова орієнтація розглядається як фундамент соціалізації особи з інвалідністю. На думку А. Капської [24], цей процес охоплює не лише оволодіння технічними навичками самообслуговування, а й здатність до ефективної комунікації в побутовому середовищі.

Також слід враховувати часовий фактор. Відновлення або формування побутових навичок – це тривалий процес. Як зазначають фахівці з медико-соціальної реабілітації (О. Романчук, Л. Попова), динаміка змін залежить від реабілітаційного потенціалу особи. Для когось вершиною самостійності стане вміння самостійно пити воду, а для когось – повне ведення домашнього господарства і проживання окремо від батьків. У будь-якому випадку, кожен крок до автономії підвищує якість життя особи [2; 53].

Підсумовуючи викладене, можна визначити сутність побутової самостійності осіб з інвалідністю як інтегральну характеристику життєдіяльності, що відображає здатність особистості задовольняти власні вітальні та соціальні потреби у побутовій сфері, використовуючи власні ресурси, адаптовані засоби середовища або керовану допомогу сторонніх осіб. Зміст цього поняття охоплює комплекс базових та інструментальних навичок: від особистої гігієни до управління фінансами та дозвіллям.

Особливості формування побутової самостійності у осіб з інвалідністю визначаються складним переплетінням медичних, психологічних та соціальних чинників. Узагальнюючи наукову літературу [1; 7-8; 10; 18-19; 29; 31; 53], опишемо ці чинники більш детально, так як вони відіграють суттєвий вплив на якість формування побутової самостійності людей.

Так, *медичні чинники* пов'язані безпосередньо зі станом здоров'я людини та характером її порушень – чи це проблеми з опорно-руховим апаратом, зором, слухом, чи інтелектуальні розлади. Саме від діагнозу залежить «точка старту»:

які фізичні дії людина може виконувати самостійно, а які потребують спеціальних пристосувань. Наприклад, якщо для особи з порушенням моторики рук головною проблемою є втримання ложки чи зубної щітки, то для людини з порушеннями зору – це орієнтація у просторі кухні та безпечне користування плитою [53]. Отже, медичний аспект визначає фізичні межі автономії та необхідність залучення технічних засобів реабілітації.

Не менш ключову роль у формування побутової незалежності людей з інвалідністю відіграють *психологічні чинники*. Вони стосуються внутрішнього стану людини, її мотивації та віри у власні сили. Адже часто найбільшим бар'єром стає так звана «вивчена безпорадність» – це стан, коли людина звикає до постійної допомоги і навіть не намагається зробити щось сама, бо боїться помилитися або вважає себе нездатною на це. Тому формування побутової самостійності неможливе без психологічної готовності взяти на себе відповідальність за свій побут. Тут важливо працювати зі страхами, низькою самооцінкою та пасивністю, щоб перетворити клієнта з об'єкта опіки на активного учасника реабілітаційного процесу.

Чинники, на які у рамках реабілітаційного процесу соціальний працівник може вплинути безпосередньо – *соціальні*. Ці чинники охоплюють вплив оточення, в якому живе людина, та умови суспільства загалом. Тут ключову роль відіграє ставлення родини: надмірна опіка (гіперопіка) з боку батьків чи родичів часто «вбиває» самостійність, бо рідним простіше зробити все самим, ніж чекати, поки людина навчиться. Також сюди відноситься архітектурна доступність та облаштування житла: якщо кухня чи ванна кімната не адаптовані під потреби особи з інвалідністю, вона залишається залежною від сторонньої допомоги навіть при великому бажанні бути автономною. Тобто соціальне середовище може або стимулювати розвиток навичок, або, навпаки, блокувати їх через бар'єри та застарілі стереотипи.

Враховуючи визначені чинники, що впливатимуть на формування побутової самостійності людей з інвалідністю, визначимо особливості їхнього

розвитку. Отже до ключових *особливостей* належать: необхідність спеціального навчання та алгоритмізації дій, потреба в ергономічній адаптації житлового простору та підборі асистивних технологій, подолання психологічних бар'єрів та явищ «навченої безпорадності», а також критична важливість корекції стосунків у системі «особа з інвалідністю – родина». Ефективний розвиток побутової автономії можливий лише за умови комплексного підходу, що поєднує методи соціальної робота, соціальної педагогіки, психології та ерготерапії в рамках індивідуальної програми соціальної реабілітації осіб з інвалідністю.

1.2. Безбар'єрне середовище та асистивні засоби реабілітації як чинники забезпечення побутової автономії

У сучасній парадигмі соціальної роботи розвиток побутової самостійності осіб з інвалідністю розглядається не лише як результат тренування навичок, а й як наслідок адаптації життєвого простору до потреб людини. Як зазначають вітчизняні дослідники, зокрема О. Карпенко, «ефективність соціальної реабілітації значною мірою залежить від того, наскільки фізичне середовище здатне компенсувати функціональні обмеження особи» [25]. Отже, побутова автономія стає можливою лише за умови поєднання внутрішніх ресурсів людини та зовнішніх допоміжних чинників, серед яких ключову роль відіграють асистивні технології та технічні засоби реабілітації (ТЗР).

Технічні засоби реабілітації у вітчизняній науковій літературі традиційно поділяють на засоби для пересування, протезування та засоби, що полегшують побутову діяльність. Проте, як підкреслює Н. Гайдук, у контексті соціальної роботи важливо зміщувати акцент з суто медичних пристосувань на асистивні засоби, що інтегруються у щоденний побут [9]. Це спеціальне обладнання, яке

дозволяє особі самостійно здійснювати маніпуляції, що раніше потребували сторонньої допомоги: від гігієнічних процедур до приготування їжі.

Аналізуючи зміст асистивних засобів, доцільно виокремити кілька функціональних груп, які забезпечують побутову незалежність. До першої групи належать засоби для самообслуговування та особистої гігієни. Сюди відносять адаптований посуд (ложки з потовщеними ручками, тарілки з бортиками), пристосування для одягання (гачки для ґудзиків, захвати для взуття) та обладнання для ванних кімнат (поручні, сидіння для ванн, підйомники). На думку В. Теплої, використання таких засобів не лише підвищує рівень фізичної незалежності, а й значно покращує психоемоційний стан особи, зменшуючи відчуття стигматизації та тягаря для родини [59]. Психологічне значення побутової автономії полягає у зміні життєвої позиції особи з інвалідністю з пасивно-споживацької на активно-дієву. Навіть така елементарна навичка, як самостійне приготування чаю, виконує функцію психологічної реабілітації: вона підвищує самооцінку, дарує відчуття суб’єктності та знижує рівень віктимізації. Таким чином, кожна засвоєна побутова операція стає інструментом зміцнення психічного здоров'я та фундаментом для подальшої соціальної інклюзії

Другою важливою групою є засоби для підтримки життєдіяльності в домашньому господарстві. Сучасна соціальна реабілітація в Україні, як зазначає І. Звєрєва, дедалі частіше звертається до принципів ерготерапії, де кожен предмет побуту розглядається як інструмент відновлення активності [21]. Це включає адаптовані кухонні прилади, маніпулятори для дистанційного керування побутовою технікою та меблі з регульованою висотою. Важливо, що асистивні засоби мають підбиратися індивідуально, враховуючи не лише діагноз, а й ергономіку житла конкретного клієнта.

Окремої уваги заслуговують сучасні інформаційно-комунікаційні асистивні технології. Дослідник Р. Журавель вказує на те, що «цифровізація соціальної сфери відкриває нові горизонти для осіб з важкими формами

інвалідності» [18]. Отже, системи «розумного дому», що дозволяють за допомогою голосових команд або жестів керувати освітленням, температурою та безпекою оселі, стають потужним засобом забезпечення автономії. Для осіб з порушеннями зору чи слуху асистивними засобами виступають спеціалізоване програмне забезпечення, тифлотехнічні прилади та системи візуального сповіщення, які інтегрують людину в інформаційний простір громади.

Важливою гарантією реалізації права осіб з інвалідністю на побутову автономію в Україні є державна програма забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації (ТЗР). Згідно з чинним законодавством, держава гарантує безоплатне надання засобів реабілітації за рахунок коштів державного бюджету, що дозволяє нівелювати фінансові бар'єри на шляху до самостійності. Механізм цього забезпечення регулюється низкою постанов Кабінету Міністрів України, ключовою серед яких є Постанова № 321 [41]. Вона визначає порядок отримання засобів для самообслуговування, особистої гігієни, пересування та орієнтації. Сучасна система базується на принципі «гроші ходять за людиною», що дає можливість особі самостійно обирати виробника та конкретну модель засобу (наприклад, спеціалізоване кухонне приладдя чи адаптовані меблі), які найбільше відповідають її індивідуальним побутовим потребам. Така державна підтримка є фундаментом соціальної реабілітації, оскільки забезпечує клієнта необхідним інструментарієм для щоденної життєдіяльності без навантаження на сімейний бюджет.

Глибоке розуміння соціальним працівником нормативно-правової бази, зокрема механізмів забезпечення технічними засобами реабілітації, є не просто професійною вимогою, а ключовою умовою ефективного супроводу клієнта. Фахівець виступає головним інформаційним посередником, який допомагає особі з інвалідністю орієнтуватися у складному полі державних гарантій, запобігаючи виникненню бюрократичних бар'єрів та забезпечуючи своєчасний доступ до необхідних асистивних ресурсів. Володіння актуальною інформацією щодо постанов Кабінету Міністрів та державних стандартів [44] дозволяє

соціальному працівнику професійно здійснювати функцію адвокації прав клієнта, розробляти реалістичні індивідуальні плани реабілітації та впевнено консультувати родини щодо можливостей безоплатного облаштування побутового простору. Зрештою, саме правова компетентність фахівця перетворює задекларовані державою норми на реальні інструменти відновлення незалежності, побутової самостійності зокрема та зміцнення життєстійкості особи з інвалідністю загалом.

Разом із цим, як слушно зауважують фахівці з соціальної роботи (зокрема Т. Семигіна), сама наявність ТЗР чи асистивних пристроїв не гарантує автоматичного підвищення побутової самостійності [55]. Процес соціальної реабілітації має включати етап навчання користуванню цими засобами. Більше того, фізична безбар'єрність середовища – наявність пандусів, розширених дверних отворів, відсутність порогів – є базовою передумовою, без якої використання навіть найсучасніших технічних засобів стає малоефективним.

Таким чином, асистивні засоби реабілітації виступають посередником між фізичними обмеженнями особи та вимогами навколишнього середовища. Вони трансформують побутовий простір з джерела перешкод на простір можливостей. У системі соціальної роботи розвиток побутової автономії через забезпечення клієнтів ТЗР та навчання їх використання є пріоритетним напрямом, що дозволяє реалізувати право людини на незалежний спосіб життя та зменшити її залежність від стаціонарних установ соціального захисту.

Важливою передумовою формування побутової самостійності осіб з інвалідністю є перехід від адаптації окремих елементів простору до створення цілісного безбар'єрного середовища. У сучасній соціальній роботі цей підхід базується на соціальній моделі інвалідності, де основна увага приділяється не фізичному дефекту особи, а усуненню зовнішніх перешкод, що заважають її повноцінній життєдіяльності. Як зазначає дослідниця О. Безпалько, соціальне середовище може виступати або як стимул для розвитку автономії, або як

суттєвий обмежувач, що консервує залежність особи від сторонньої допомоги [4].

Фундаментальним поняттям у створенні такого простору є *універсальний дизайн*. На відміну від традиційного підходу, який передбачає створення спеціальних умов для людей з інвалідністю (наприклад, окремих підйомників чи вузькоспеціалізованих пристосувань), універсальний дизайн спрямований на проєктування предметів та середовища таким чином, щоб вони були максимально придатними для використання всіма людьми без необхідності додаткової адаптації.

Український науковець М. Сварник наголошує, що «універсальний дизайн є не просто технічним стандартом, а філософією інклюзії, яка знімає клеймо «особливих потреб» і робить побут зручним для кожного – від людини на кріслі колісному до батьків з дитячими візочками чи людей похилого віку» [54].

Аналізуючи значення універсального дизайну у розвитку побутової автономії, варто виділити його ключові принципи крізь призму соціальної реабілітації. По-перше, це рівноправне використання: середовище має бути однаковим для всіх, не ізолюючи осіб з інвалідністю в окремі зони. По-друге, це гнучкість у використанні, що дозволяє підлаштовувати предмети побуту під різні фізичні можливості (наприклад, меблі з регульованою висотою або сенсорні змішувачі). Дослідниця Н. Заболотна підкреслює, що «впровадження таких стандартів безпосередньо в домашній простір особи з інвалідністю є першим кроком до відновлення її побутової ідентичності – відчуття себе господарем власного дому, а не пасивним отримувачем послуг» [19].

Значну увагу у вітчизняних наукових розвідках приділено архітектурній та інформаційній складовій безбар’єрності. Зокрема, О. Красильникова вказує на те, що фізична доступність житла (відсутність порогів, широкі дверні прорізи, доступність кухонних поверхонь) є базовою умовою, на якій будується вся методика соціально-побутової орієнтації. Якщо людина не може самостійно

потрапити до ванної кімнати або дістати посуд з полиці через їх недоступність, жодні тренінги з розвитку навичок самообслуговування не дадуть тривалого ефекту [30]. Отже, архітектурна безбар'єрність розглядається як матеріальна основа для реалізації права на незалежне проживання.

Окрім фізичного простору, не менш важливим є розвиток цифрової безбар'єрності та впровадження технологій «розумного дому». Сучасні українські фахівці, серед яких Т. Семигіна, зазначають, що засоби автоматизації побуту (дистанційне керування світлом, голосові помічники, системи безпеки) стають потужним інструментом компенсації втрачених функцій [55]. Для особи з важкими порушеннями моторики чи зору такі технології часто стають єдиним способом самостійно керувати мікрокліматом чи безпекою своєї оселі. Це змінює роль соціального працівника: він стає не просто надавачем допомоги, а консультантом з підбору та налаштування інтелектуальних систем, що забезпечують автономію клієнта.

Значення безбар'єрного середовища у розвитку побутової самостійності має також потужний психосоціальний аспект. Як стверджує І. Звєрєва, коли середовище перестає бути ворожим, у особи з інвалідністю знижується рівень тривожності та зникає феномен «вивченої безпорадності» [21]. Можливість самостійно вийти з будинку, відвідати магазин або приготувати їжу без виклику асистента формує нову якість життя – суб'єктивне відчуття свободи та контролю над власним часом. Це є кінцевою метою соціальної реабілітації.

Таким чином, універсальний дизайн та безбар'єрність виступають не як додаткові зручності, а як обов'язковий контекст, у якому відбувається розвиток побутової самостійності. Без відповідної трансформації середовища зусилля соціальних працівників з навчання навичкам самообслуговування залишатимуться суто теоретичними. Створення безбар'єрного простору на рівні громади та власної оселі особи з інвалідністю дозволяє максимально нівелювати вплив фізичних обмежень, перетворюючи людину з об'єкта соціального захисту на активного та незалежного суб'єкта соціального життя.

1.3. Технології та методи соціальної роботи, спрямовані на розвиток навичок самообслуговування та побутової самостійності

Розвиток побутової самостійності осіб з інвалідністю в сучасній практиці соціальної роботи не є стихійним процесом, а базується на застосуванні чітко структурованих соціальних технологій. Під соціальною технологією у вітчизняній науці, зокрема у працях І. Звєрєвої, розуміється «сукупність методів, прийомів та засобів, спрямованих на досягнення конкретної соціальної мети» [20], у нашому випадку, на формування автономної особистості, здатної до самозабезпечення у побуті. Технологічний підхід дозволяє перетворити процес реабілітації на послідовний алгоритм дій, де кожен етап має свій інструментарій та очікуваний результат.

Отже, провідною технологією у цьому контексті виступає технологія соціальної реабілітації. Як зазначає О. Карпенко, ця технологія має комплексний характер і спрямована на «відновлення соціального статусу особи та її адаптацію до умов навколишнього середовища» [25]. В межах формування побутової самостійності соціальна реабілітація реалізується через розробку та впровадження індивідуальної програми, що враховує не лише фізичні обмеження клієнта, а й його потенційні можливості. Технологічний цикл тут починається з детальної діагностики наявних навичок, можливостей і завершується досягненням клієнтом певного рівня незалежності, де фахівець поступово зменшує свою участь у виконанні побутових операцій.

Треба зазначити, що соціальна реабілітація відіграє фундаментальну роль у процесі повернення особи з інвалідністю до активного життя, виступаючи сполучною ланкою між медичним лікуванням та повноцінною соціальною інклюзією. Її важливість полягає в тому, що вона фокусується не на діагнозі, а на особистості та її здатності функціонувати в соціумі, попри наявні

обмеження. Через заходи соціальної реабілітації відбувається відновлення або компенсація порушених функцій життєдіяльності, що дозволяє людині переосмислити свій соціальний статус та змінити роль пасивного об’єкта опіки на роль активного суб'єкта власного життя. Фактично, це стратегічний інструмент, який перетворює задекларованe право людини на незалежність у реальну можливість щоденного автономного існування.

Підкреслюємо, що роль соціальної реабілітації у формуванні побутової самостійності є визначальною, оскільки вона забезпечує системний і цілісний підхід до навчання навичкам самообслуговування. Вона створює умови для подолання не лише фізичних перешкод, а й психологічних бар'єрів, таких як страх невдачі чи вивчена безпорадність, формуючи у клієнта внутрішню мотивацію до автономії. Завдяки професійному реабілітаційному впливу особа опановує практичні алгоритми догляду за собою, ведення домашнього господарства та взаємодії з побутовим середовищем, що є базовою передумовою для гідного життя в громаді. Таким чином, соціальна реабілітація стає фундаментом життєстійкості, що дозволяє людині з інвалідністю максимально мінімізувати залежність від сторонньої допомоги та почуватися повноцінним членом суспільства.

Наступною важливою складовою є технологія соціальної адаптації. Дослідниця А. Капська підкреслює, що адаптація – це «процес пристосування особи до нових умов життєдіяльності, що виникли внаслідок інвалідності» [24]. Соціальна адаптація виступає динамічним процесом пристосування особи з інвалідністю до змінених умов життєдіяльності та вимог соціального середовища, що є критично важливим для відновлення її побутової автономії. Її роль полягає у гармонізації взаємовідносин між потребами людини та можливостями оточуючого простору, що дозволяє знайти нові, компенсаторні способи виконання звичних дій та інтегрувати їх у щоденну практику. Важливість соціальної адаптації зумовлена її здатністю знижувати рівень психологічного стресу, спричиненого функціональними обмеженнями, та

сприяти виробленню стійких звичок самостійності у звичному для клієнта мікросоціумі. Отже, успішна адаптація стає містком до стабілізації життєдіяльності, де людина з інвалідністю вчиться ефективно використовувати власний потенціал та доступні асистивні ресурси для організації комфортного і незалежного побуту. В межах цієї технології соціальний працівник використовує методи «крокового навчання», де складні побутові дії (наприклад, приготування страви) розбиваються на дрібні, легко засвоювані операції. Це дозволяє клієнту уникнути відчуття перевантаження та поступово нарощувати впевненість у власних силах. Головним методом тут є метод моделювання реальних ситуацій, що дозволяє відпрацьовувати навички у безпечному, контрольованому середовищі.

Окреме місце посідає технологія соціального тренінгу. У працях Н. Кабаченко тренінг розглядається як «активна форма навчання, що дозволяє за короткий час сформувати стійкі поведінкові навички» [23]. Побутовий тренінг передбачає групову або індивідуальну роботу, під час якої особи з інвалідністю навчаються алгоритмам самообслуговування: від особистої гігієни до фінансової грамотності (планування бюджету, оплата комунальних послуг). Групова форма тренінгу є особливо ефективною, оскільки створює ефект «рівний-рівному», де учасники можуть ділитися власними лайфхаками щодо подолання побутових труднощів, що значно підвищує мотивацію до навчання.

Отже, спеціалізовані тренінгові програми посідають особливе місце у системі соціальної реабілітації, адже дозволяють у форматі активного навчання відпрацьовувати конкретні алгоритми побутової діяльності осіб з інвалідністю та закріплювати їх до рівня автоматизму. До найбільш дієвих видів тренінгів, що безпосередньо впливають на рівень автономії особи, належать: «Кулінарна майстерня» (що передбачає навчання технікам безпечного приготування їжі та користування побутовою технікою), «Домашня економіка» (доцільно задля формування навичок планування бюджету, здійснення покупок та оплати

комунальних рахунків), «Побутова ергономіка» (тренінг з раціональної організації житлового простору та використання асистивних засобів) та «Мистецтво самопрезентації» (з метою формування навички догляду за зовнішнім виглядом та одягом). Також надзвичайно актуальними вважаємо тренінги «Безпека в домі», що вчать алгоритмам дій у надзвичайних ситуаціях, та «Цифрова автономія», де клієнти з обмеженнями життєдіяльності опановують онлайн-сервіси для замовлення продуктів, ліків чи отримання державних послуг. Використання таких назв та змістовних напрямів дозволяє чітко структурувати процес реабілітації, роблячи його зрозумілим для клієнта та орієнтованим на конкретний практичний результат у повсякденному житті.

Наступною, сучасною та надзвичайно актуальною для України сьогодні, є технологія підтриманого проживання (supported living). Як зазначає М. Сварник, ця технологія є альтернативою інституційному догляду і передбачає проживання особи з інвалідністю у звичайному житлі з отриманням необхідного обсягу підтримки [54]. В межах цієї технології розвиток побутової самостійності відбувається у природних умовах. Соціальний працівник у такому разі виконує роль коуча, який не робить справу *за* клієнта, а, що важливо, допомагає йому зробити її *самостійно*. Використання «тренувальних квартир» як бази для цієї технології дозволяє клієнтам у реальному часі відпрацьовувати навички користування побутовою технікою, прибирання та закупівлі продуктів.

Варто зауважити, що в сучасних реаліях України *технологія підтриманого проживання та навчання* ще не набула широкого розповсюдження та перебуває на етапі становлення, що значною мірою зумовлено викликами воєнного стану. Тривалі бойові дії спричинили переорієнтацію ресурсів соціальної сфери на екстрену допомогу, евакуацію та забезпечення базових потреб внутрішньо переміщених осіб, що дещо уповільнило розвиток довгострокових проєктів зі створення мереж «тренувальних квартир» чи спеціалізованих центрів підтриманого навчання.

Окрім дефіциту фінансування, бар'єрами виступають пошкодження інфраструктури, безпекові ризики та відтік кваліфікованих кадрів.

Попри ці труднощі, дана технологія є надзвичайно перспективною та критично необхідною для майбутньої відбудови України. Вона виступає головною альтернативою застарілій системі інтернатних закладів, дозволяючи особам з інвалідністю (зокрема ветеранам та цивільним, які отримали травми внаслідок війни) повертатися до життя в громаді. Підтримане навчання є ключовим інструментом деінституціоналізації, оскільки воно не просто надає дах над головою, а формує стійкий фундамент автономії через професійний супровід. У перспективі масштабне впровадження цієї технології дозволить створити сучасну інклюзивну систему соціального захисту, де кожна людина матиме шанс на незалежний побут та гідну якість життя у власному домі.

Не менш важливою є *технологія кейс-менеджменту (управління випадком)*, яку активно досліджує Т. Семигіна. Ця технологія забезпечує координацію всіх засобів та послуг, необхідних клієнту для досягнення автономії [35]. Соціальний працівник як кейс-менеджер оцінює, які саме бар'єри (фізичні, психологічні чи середовищні) заважають людині бути самостійною, і залучає відповідних фахівців: ерготерапевтів для адаптації кухні, психологів для подолання страхів, юристів для оформлення пільг на ТЗР. Це дозволяє створити цілісну екосистему підтримки, де розвиток побутових навичок підкріплюється відповідними ресурсами.

Підкреслюючи ефективність даної технології, наведемо приклад стосовно використання кейс-менеджменту у соціально-реабілітаційній роботі з ветераном, який отримав важку травму хребта і пересувається на кріслі колісному. Так, спочатку соціальний працівник (кейс-менеджер) проводить первинне інтерв'ю (діагностику) та оцінку (потреб) за допомогою «Шкали Бартел». На цьому первинному етапі роботи виявляється, що клієнт має високу мотивацію повернутися до незалежного життя, але його квартира не облаштована (високі пороги, вузькі двері в кухню), а сам він не вміє готувати

їжу, сидячи у кріслі, та відчуває психологічний бар’єр перед виходом у магазин. Отже, далі кейс-менеджер разом із клієнтом займається розробкою індивідуального плану, тобто спочатку визначає головну мету – «повна побутова автономія у власній оселі протягом 6 місяців». План включає: адаптацію простору, навчання кулінарним навичкам та подолання страху соціальної взаємодії. Наступним етапом використання цієї технології є координація та залучення ресурсів (організація допомоги). Це ключовий етап кейс-менеджменту. Фахівець із соціальної роботи не робить усе сам, а залучає відповідні служби: звертається до ерготерапевта, щоб розробити схему перепланування кухні (зниження висоти стільниць); допомагає оформити документи через ЦНАП на отримання безоплатних асистивних засобів (спеціальні захвати для предметів, адаптований посуд) згідно з Постановою КМУ №321; направляє клієнта до психолога реабілітаційного центру для роботи з самооцінкою.

Наступним етапом у кейс-менеджменті є моніторинг. Кейс-менеджер має щотижня відвідувати клієнта, контролювати хід ремонтних робіт у квартирі та успіхи клієнта у тренувальних заняттях з приготування їжі. Якщо виникає проблема (наприклад, затримка з доставкою спецзасобу), фахівець втручається і вирішує її. І наприкінці роботи, приблизно через шість місяців, відбувається оцінка результатів та завершення випадку **(**фінальна оцінка). Клієнт самостійно готує їжу на адаптованій кухні, користується побутовою технікою та онлайн-доставкою продуктів. Отже, мета досягнута й випадок закривається, а людина переходить на рівень періодичного соціального супроводу.

Таким чином, роль кейс-менеджменту у соцільній роботі з особами з інвалідністю полягає в тому, щоб звести разом розрізнені послуги (юридичні, технічні, побутові, психологічні) у єдину систему, де соціальний працівник виступає навігатором, що веде особу з інвалідністю від повної залежності до побутової свободи

У контексті цифрової трансформації суспільства дедалі більшого значення набуває *технологія навчання використанню асистивних та інформаційних засобів*. Сучасні українські науковці [18] вказують на те, що навчання клієнта користуванню смартфоном для замовлення продуктів, керування «розумними» приладами або пошуку інформації є невід'ємною частиною побутової орієнтації. Соціальний працівник тут виступає в ролі цифрового наставника, допомагаючи інтегрувати технологічні новинки у щоденний побут особи, що значно розширює межі її незалежності.

Завершальною ланкою у цьому переліку є *технологія соціального супроводу***.** На думку Н. Гайдук, супровід – це «тривалий процес, що забезпечує сталість отриманих результатів» [9]. Навіть після того, як людина навчилася базовим побутовим діям, вона може потребувати періодичних консультацій або емоційної підтримки для закріплення навичок у стресових ситуаціях. Соціальний супровід гарантує, що сформована побутова самостійність не буде втрачена з часом, а розвиватиметься далі, трансформуючись у повну соціальну інтеграцію.

Технологія соціального супроводу полягає у тривалій та систематичній підтримці особи з інвалідністю після завершення основного етапу навчання побутовим навичкам, що забезпечує сталість отриманих результатів у реальних життєвих умовах. Її зміст включає регулярний моніторинг успішності клієнта, надання оперативних консультацій при виникненні нових побутових труднощів та емоційну підтримку для запобігання втрати мотивації до самостійності. Ключовою особливістю соціального супроводу є його партнерський характер: соціальний працівник не заміщує активність особи, а виконує роль наставника-коуча, який допомагає адаптувати засвоєні алгоритми самообслуговування до специфіки домашнього середовища. Ця технологія передбачає поступове зниження інтенсивності фахового втручання – від щоденної підтримки до періодичних профілактичних візитів, що дозволяє людині з інвалідністю

остаточно закріпити статус автономного суб'єкта та впевнено почуватися у просторі власної життєдіяльності.

Таким чином, використання вищезазначених технологій дозволяє соціальному працівнику зробити процес розвитку побутової самостійності системним та індивідуалізованим. Комбінація методів реабілітації, адаптації, тренінгу та підтриманого проживання створює умови, за яких особа з інвалідністю перестає бути пасивним отримувачем послуг і стає активним організатором свого повсякденного життя.

Проте, ефективність застосування соціальних технологій безпосередньо залежить від вдалого вибору методів соціальної роботи, які виступають конкретними способами взаємодії фахівця та клієнта. Якщо технологія – це стратегічний шлях реабілітації, то метод – це тактичний інструмент, за допомогою якого здійснюється безпосередній вплив на процес формування побутових навичок. У вітчизняній науковій школі, зокрема у працях Н. Кабаченко, методи соціальної роботи класифікуються за рівнем впливу на індивідуальні, групові та громади [23], проте у контексті побутової самостійності першочергове значення мають індивідуальні та мікрогрупові методи.

Першим і засадничим методом у роботі з особами з інвалідністю є метод соціально-педагогічної діагностики. Як зазначає О. Безпалько, «без глибокого вивчення вихідного рівня клієнта неможливо побудувати ефективний реабілітаційний маршрут» [4]. У межах нашого дослідження цей метод включає спостереження за виконанням повсякденних дій, інтерв’ювання клієнта та членів його родини, а також використання спеціалізованих оціночних шкал (наприклад, оцінка індексу активності повсякденного життя). Діагностика дозволяє виявити не лише те, що людина *не може* зробити, а й ті збережені функції, які стануть опорою для подальшого навчання.

Метод демонстрації та показу (моделювання дій) є ключовим у процесі безпосереднього навчання осіб з інвалідністю побутовим навичкам. На

думку А. Капської, цей метод базується на механізмі наслідування. Соціальний працівник демонструє алгоритм виконання певної дії (наприклад, користування адаптованим ножем чи застібання одягу за допомогою спеціального гачка), коментуючи кожен етап. Важливо, щоб показ був багаторазовим і супроводжувався поступовим залученням клієнта до спільного виконання дії (метод «рука в руці»), що дозволяє подолати страх перед складністю завдання [24].

Надзвичайно ефективним для розвитку автономії є *метод алгоритмізації (покрокового навчання)*. Дослідниця Н. Гайдук наголошує, що «для осіб з порушеннями моторики або когнітивної сфери складні побутові процеси (приготування обіду, прибирання) є когнітивно перевантаженими» [9]. Сутність методу полягає у розщепленні однієї великої дії на низку елементарних операцій. Наприклад, процес «заварювання чаю» розкладається на 10-12 окремих кроків: від знаходження чайника до наливання води. Кожен крок відпрацьовується до автоматизму, що створює ситуацію успіху та стимулює клієнта до переходу на наступний рівень складності.

Метод соціально-психологічного *консультування* – наступний й ефективний для розвитку побутової спроможності й незалежності. Він спрямований на внутрішню трансформацію особи. Як підкреслює Т. Семигіна, «розвиток самостійності неможливий без належної мотивації» [35]. Під час консультативних зустрічей соціальний працівник використовує методи активного слухання, перефразування та позитивного підкріплення, щоб допомогти клієнту усвідомити цінність незалежності. Консультування також часто спрямовується на членів родини (метод роботи з близьким оточенням), щоб навчити їх не підміняти активність особи з інвалідністю своєю опікою, а лише підтримувати її зусилля.

Активно використовується під час групових занять або тренінгів *метод ситуаційних завдань та рольових ігор*. Н. Кабаченко зазначає, що «ігрове моделювання дозволяє відпрацювати навички, які виходять за межі приватної

оселі: здійснення покупок у супермаркеті, користування банкоматом, звернення до соціальних служб» [23]. У безпечних умовах реабілітаційного центру клієнт «проживає» ці ситуації, вчиться комунікувати з персоналом закладів та вирішувати дрібні конфлікти, що значно підвищує його впевненість під час реального виходу в соціум.

Для закріплення результатів у природному середовищі соціальний працівник використовує *метод соціального патронажу (візитування)*, який передбачає здійснення регулярних планованих візитів соціального працівника або фахівця з реабілітації безпосередньо за місцем проживання особи з інвалідністю. Під час таких відвідувань фахівець проводить детальне спостереження за тим, як клієнт інтегрує засвоєні в реабілітаційному центрі навички самообслуговування у свій щоденний побут. Об'єктом уваги стає ергономіка житлового простору: фахівець оцінює зручність розташування меблів та побутової техніки, безпеку пересування (відсутність порогів, наявність поручнів), а також те, чи правильно використовуються видані технічні засоби реабілітації. Важливою складовою патронажу є аналіз мікросоціального клімату в родині, де соціальний працівник відстежує, чи не блокують родичі самостійність клієнта через надмірну опіку. У результаті такого візитування фахівець не просто контролює стан справ, а надає практичні рекомендації щодо «точкового» облаштування квартири та коригує індивідуальну програму реабілітації, виходячи з реальних потреб і перешкод, з якими стикається людина у своїй оселі. Згідно з підходом І. Звєрєвої, патронаж дозволяє контролювати процес перенесення навичок, сформованих у центрі, у реальне життя клієнта [20]. Під час візитів додому фахівець допомагає адаптувати отримані знання до конкретної кухні чи ванної кімнати, вносить корективи у розташування предметів побуту та дає поради щодо використання ТЗР у звичних умовах.

Нарешті, *метод стимулювання та заохочення* є наскрізним у всій реабілітаційній роботі. Соціальна робота базується на ресурсному підході, тому кожне, навіть найменше досягнення клієнта (наприклад, самостійно застелена

постіль), має бути відмічене та підтримане. Це формує стійку позитивну мотивацію та віру в те, що побутова незалежність є досяжною метою.

Отже, система технологій й методів соціальної роботи з метою розвитку побутової самостійності осіб з інвалідністю у процесі реабілітації є багаторівневою. Вона поєднує діагностичні, навчальні, консультативні та підтримуючі інструменти. Синтез цих методів дозволяє соціальному працівнику забезпечити індивідуальний підхід до кожного клієнта, враховуючи складність його нозології та специфіку соціального оточення, що є запорукою успішної соціальної реабілітації та досягнення справжньої життєвої автономії.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було здійснено комплексний теоретико-методологічний аналіз проблеми розвитку побутової самостійності осіб з інвалідністю засобами соціальної реабілітації. На основі проведеного дослідження було сформульовано такі висновки.

Визначено, що побутова самостійність є фундаментальною категорією в системі соціальної роботи, яка відображає здатність особи з інвалідністю до автономного функціонування у повсякденному житті без постійної сторонньої допомоги. Наукова рефлексія засвідчила, що цей феномен не обмежується лише набором технічних навичок самообслуговування (гігієна, приготування їжі, догляд за оселею), а є складним інтегративним утворенням, що включає когнітивні, вольові та соціальні компоненти. Побутова автономія виступає базисом «незалежного способу життя», що дозволяє людині реалізувати своє право на гідність та активну участь у житті громади. Встановлено, що сучасний підхід до розуміння самостійності базується на соціальній моделі інвалідності, де акцент зміщується з обмежень здоров’я на розвиток збереженого потенціалу особистості та подолання середовищних бар’єрів.

Аналіз нормативно-правового забезпечення підтвердив, що розвиток побутової незалежності осіб з інвалідністю є пріоритетним напрямом державної соціальної політики України. Це закріплено у Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, Законах України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» та «Про соціальні послуги». Правовий аналіз показав, що соціальна реабілітація та адаптація розглядаються не як благодійність, а як обов'язковий механізм забезпечення інклюзії. При цьому соціальний працівник відіграє роль ключового фахівця, який трансформує законодавчі гарантії у реальні реабілітаційні заходи, забезпечуючи право клієнта на суб'єктність у побуті.

Виявлено, що процес формування побутової самостійності обумовлений складним переплетінням чинників, серед яких особливе місце посідають психологічні аспекти. Окрім медичних обмежень, вагомою перешкодою часто стає феномен «вивченої безпорадності» та низька самооцінка клієнтів. Доведено, що навіть мінімальний успіх у побуті (наприклад, самостійне заварювання чаю) має колосальний психотерапевтичний ефект: він повертає особі відчуття контролю над власним життям, підвищує самоефективність та змінює ідентичність з «об'єкта опіки» на «самостійного господаря». Це підтверджує необхідність включення психологічної підтримки в кожну програму соціально-побутової реабілітації.

Обґрунтовано провідну роль безбар'єрного середовища та універсального дизайну як матеріальної основи побутової автономії. Теоретичне дослідження показало, що фізичний простір оселі та громади може бути або джерелом інвалідизації, або інструментом реабілітації. Принципи універсального дизайну (рівноправність, гнучкість, простота та інтуїтивність) дозволяють створювати середовище, яке є зручним для всіх без винятку, мінімізуючи потребу в спеціалізованій адаптації. Було встановлено, що безбар'єрність не обмежується архітектурними рішеннями (пандусами чи широкими дверима), а включає й цифрову доступність, що в умовах сучасного суспільства є невід'ємною складовою самостійного побуту.

Визначено зміст та значення асистивних засобів та технічних засобів реабілітації (ТЗР) у відновленні життєдіяльності. Асистивні технології виступають «компенсаторним містком», що дозволяє нівелювати функціональні дефіцити. Важливим висновком є те, що ефективність ТЗР залежить не лише від їх наявності, а й від фахового навчання клієнта правилам їх використання. Державна програма безоплатного забезпечення засобами реабілітації (згідно з Постановою КМУ №321) є надзвичайно важливим ресурсом, правова обізнаність щодо якого є обов'язковою компетенцією соціального працівника для успішної реалізації індивідуального плану реабілітації.

Систематизовано технології та методи соціальної роботи, які складають інструментарій розвитку побутової самостійності. Доведено, що найбільш перспективними є комплексні технології: кейс-менеджмент (для координації послуг), підтримане проживання (для навчання в реальних умовах), соціальний супровід та патронаж. Виокремлено групу методів (моделювання ситуацій, алгоритмізація дій «крок за кроком», тренінги, методи позитивного підкріплення), які дозволяють трансформувати складні побутові операції у стійкі навички. Окрему увагу приділено технології підтриманого проживання, яка, попри обмеженість впровадження в умовах воєнного стану, визнана стратегічно важливою для деінституціоналізації та реабілітації ветеранів і цивільних осіб.

Отже, узагальнюючи результати теоретичного аналізу, можна стверджувати, що розвиток побутової самостійності є багатогранним процесом, успіх якого залежить від синергії трьох компонентів: готовності самої особи (мотивація та навички), доступності середовища (безбар'єрність та ТЗР) та професійної майстерності соціального працівника (вибір адекватних технологій та методів соціальної роботи).

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРОЄКТУВАННЯ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1. Організація та методики діагностики рівня побутової самостійності осіб з інвалідністю

Емпіричне дослідження в межах дипломної роботи спрямоване на виявлення реального стану сформованості побутових навичок у осіб з інвалідністю та визначення ключових бар'єрів, що перешкоджають їхній автономії. Як зазначає О. Карпенко, діагностичний етап є фундаментом соціальної реабілітації, оскільки саме точність виявлення потреб та дефіцитів клієнта визначає ефективність усієї подальшої корекційної роботи [25]. Процес організації нашого дослідження базувався на принципах системності, об'єктивності та етичності, що є критично важливим при роботі з вразливими категоріями населення.

Базою дослідження було обрано Васильківський територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг). Дана установа є багатопрофільним закладом, що здійснює соціальне обслуговування та надання соціальних послуг громадянам, які перебувають у складних життєвих обставинах [42]. Структура центру, зокрема наявність відділення соціальної реабілітації дітей з інвалідністю та відділення денного перебування, дозволяє охопити широку категорію осіб з різними нозологіями. Васильківський територіальний центр забезпечує безпосередній контакт фахівців із клієнтами у їхньому природному соціальному середовищі, що створює сприятливі умови для проведення констатувального експерименту.

Дослідження проводилося у три етапи. На підготовчому етапі було здійснено вибір об'єкта та сформовано вибірку респондентів із числа підопічних відділення денного перебування Васильківського терцентру. До вибірки увійшли особи з інвалідністю (переважно особи середнього віку), які

мають порушення опорно-рухового апарату та сенсорні порушення, проте зберігають когнітивний потенціал для навчання навичкам самостійності. На основному етапі здійснювався безпосередній збір емпіричних даних за допомогою обраного методичного інструментарію. Заключний етап передбачав математичну обробку результатів, їх якісний аналіз та інтерпретацію, що лягли в основу розробки програми реабілітації.

Методологія дослідження ґрунтується на поєднанні кількісних та якісних методів. Як наголошує І. Звєрєва, «у соціальній роботі важливо використовувати інструментарій, який дозволяє оцінити не лише фізичну здатність до дії, а й соціальне функціонування особи в контексті її взаємодії з оточенням» [21]. Тому для оцінки побутової самостійності нами було обрано методики, що визнані міжнародною та вітчизняною спільнотою фахівців із соціальної реабілітації.

Отже, для оцінки рівня незалежності клієнта у базовому самообслуговуванні використаємо базовий з цієї ціллю інструментарій, а саме Індекс активності повсякденного життя Бартел (The Barthel Index of ADL) [70]. Обґрунтовуючи вибір цієї методики, ми спиралися на думку Н. Гайдук, яка вказує на високу валідність цієї методики у вимірюванні функціонального стану особи [9]. Індекс Бартел дозволяє оцінити десять параметрів: прийом їжі, вмивання, одягання, догляд за собою, контроль дефекації та сечовипускання, відвідування туалету, переміщення з ліжка на крісло, мобільність та підйом по сходах. Кількісний аналіз результатів за цією шкалою дозволяє розділити респондентів на групи за рівнем залежності: від повної залежності до повної автономії. У межах Васильківського терцентру ця методика дозволила отримати «зріз» фізичних можливостей клієнтів.

Треба зазначити, що нами використовувався адаптований Індекс Бартел – Шкала оцінки можливостей виконання елементарних дій (додаток В), що описана у Додатку 2 до Державного стандарту соціальної послуги соціальної

адаптації (затвердженого Наказом Міністерства соціальної політики України від 18.05.2015 р. № 514) [44].

Оскільки тема роботи зосереджена на побутовій самостійності, використання лише шкали Бартел було б недостатнім. Саме тому нами обрано для використання з діагностуючої метою *Шкалу інструментальної діяльності повсякденного життя Лаутона* (Lawton IADL Scale) [71]. Про доцільність використання цієї методики говориться у Методичних рекомендаціях щодо оцінки потреб осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах (затв. Наказом Міністерства соціальної політики України від 13.07.2018 р.) [37]. Як зазначає Т. Семигіна, «соціальна робота має справу з вищими рівнями адаптації, ніж просто фізіологічне самообслуговування» [55]. Шкала Лаутона спрямована на оцінку більш складних побутових навичок, таких як: здатність користуватися телефоном, робити покупки, готувати їжу, вести домашнє господарство (прибирання, прання), користуватися транспортом, нести відповідальність за власні фінанси та прийом ліків.

Треба зазначити, що шкала інструментальної діяльності повсякденного життя Лаутона є одним із найбільш затребуваних інструментів у практиці соціальної роботи, оскільки вона дозволяє оцінити не просто фізичні можливості людини, а її здатність до повноцінного незалежного проживання в громаді. Адже, на відміну від базових навичок (як-от вмивання чи одягання), інструментальні навички потребують вищого рівня когнітивних зусиль, планування та соціальної взаємодії.

Технологічно діагностика за шкалою Лаутона проводиться у формі *напівструктурованого інтерв'ю*. Соціальний працівник проводить бесіду безпосередньо з особою з інвалідністю, а за потреби – з її опікуном або членом родини для уточнення даних. Процес зазвичай займає 10–15 хвилин.

Проте, що є важливим, оцінюється не теоретична здатність особи щось зробити («чи могли б ви?»), а її реальна активність у повсякденному житті протягом останнього часу. Соціальний працівник аналізує відповіді за 8-ма

основними сферами, виставляючи за кожну 0 або 1 бал (у деяких модифікаціях оцінка більш детальна, але загальний принцип – зафіксувати рівень незалежності).

Методика Лаутона охоплює вісім ключових доменів життєдіяльності:

Здатність користуватися телефоном. Оцінюється, чи може людина самостійно знайти номер, набрати його та здійснити виклик, або ж вона лише відповідає на вхідні дзвінки чи взагалі не здатна користуватися апаратом.

Здійснення покупок. З'ясовується рівень автономії у забезпеченні себе продуктами та речами першої потреби. Чи може людина самостійно спланувати список покупок, дійти до магазину та розрахуватися, чи вона повністю залежна від того, що їй принесуть інші.

Приготування їжі. Це питання розкриває складні навички: планування меню, підготовка інгредієнтів, безпечне користування плитою та подача страви. Оцінюється, чи може особа приготувати повноцінний обід, чи лише розігріти готове.

Ведення домашнього господарства. Аналізується здатність до підтримки чистоти: від легкого прибирання (пил, посуд) до складніших завдань (миття підлоги). Важливо визначити, чи потребує людина допомоги у всьому, чи здатна підтримувати порядок самостійно.

Прання білизни. Питання стосується як здатності користуватися пральною машиною (вибір режиму, засипання порошку), так і можливості випрати дрібні речі вручну та розвісити їх.

Використання транспорту. Оцінюється мобільність поза домом: здатність самостійно подорожувати громадським транспортом, викликати таксі або керувати власним авто. Найнижчий бал ставиться, якщо пересування можливе лише за супроводу іншої особи.

Відповідальність за прийом ліків. Це критично важливий аспект безпеки. Оцінюється, чи може людина самостійно приймати потрібні дози у визначений

час, чи їй потрібно готувати ліки заздалегідь, чи вона взагалі не здатна контролювати цей процес.

Здатність розпоряджатися фінансами. Аналізується вміння вести бюджет: оплачувати рахунки, орієнтуватися в цінах, здійснювати банківські операції та розуміти цінність грошей [71].

Після опитування бали підсумовуються (максимум – 8 балів). Високий бал (8–7) свідчить про повну або майже повну побутову незалежність. Середній бал (6–4) вказує на потребу в частковій підтримці або використанні асистивних засобів. Та низький бал (3–0) сигналізує про виражену дезадаптацію та необхідність постійного соціального супроводу або стороннього догляду.

Ця методика є ключовою для нашого дослідження, оскільки вона діагностує готовність особи до незалежного проживання в громаді.

Наступний діагностичний інструмент, який ми використовуємо на констатувальному етапі емпіричного дослідження, це *метод включеного спостереження*, результати якого фіксувалися у спеціально розробленому Протоколі спостереження (Додаток Б). Це дозволило оцінити не лише кінцевий результат побутової дії, а й якісні характеристики процесу: моторну вправність, рівень стресостійкості клієнта при виникненні труднощів та ефективність використання ним технічних засобів реабілітації. Обґрунтування цього методу ми знаходимо у працях Н. Кабаченко, яка розглядає спостереження як «один із найбільш автентичних методів соціальної діагностики» [23]. Під час занять у відділенні денного перебування Васильківського територіального центру нами фіксувалися особливості маніпулятивної діяльності клієнтів, швидкість виконання завдань, використання асистивних засобів та рівень стомлюваності. Отже, особлива увага приділялася емоційним реакціям клієнтів на труднощі: чи схильна людина до спроб самостійного вирішення завдання, чи одразу звертається за допомогою до персоналу. Це дозволило виявити наявність або відсутність феномену «вивченої безпорадності».

Напівструктуроване інтерв'ю з клієнтами та їхніми родичами. Даний метод дозволив оцінити суб'єктивне сприйняття власної самостійності респондентами. У ході бесіди з'ясовувалося, як саме облаштоване домашнє середовище клієнта, чи існують фізичні перешкоди у його квартирі, і наскільки родина стимулює або, навпаки, обмежує прагнення особи до автономії. Тобто метою такого інтерв'ю є з'ясувати причини й обставини побутової неспроможності. Як підкреслює А. Капська, «соціальна адаптація значною мірою залежить від мікросоціального клімату» [24], тому думка близького оточення є цінним джерелом інформації про реальну побутову активність особи поза межами центру.

Якщо методика Лаутона використовується для отримання об'єктивних (кількісних) показників рівня автономії, то напівструктуроване інтерв'ю – для виявлення суб'єктивних чинників (психологічних бар'єрів, родинних стосунків, особливостей домашнього середовища), які впливають на цю автономію. Адже,як зазначає О. Безпалько, поєднання кількісних і якісних методів (тріангуляція даних) дозволяє соціальному працівнику отримати найбільш повну картину життєдіяльності клієнта та розробити максимально точну програму реабілітації [5].

Таким чином, для систематизації результатів нами було виділено три основні *критерії оцінки побутової самостійності*:

Функціонально-діяльнісний критерій (фізична здатність виконувати маніпуляції з предметами побуту).

Когнітивно-інструментальний критерій (вміння користуватися побутовою технікою, гаджетами, асистивними засобами).

Мотиваційно-вольовий критерій (бажання бути незалежним, готовність до ризику та подолання невдач у побуті).

Представимо розроблені критерії сформованості побутової самостійності, показники й рівні у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Критерії, показники та рівні сформованості побутової самостійності осіб з інвалідністю

Критерії	Показники	Рівні сформованості
Функціонально-діяльнісний (фізична здатність до дій)	Стан дрібної та великої моторики; Здатність до координації рухів при виконанні дій; Рівень самостійності у базовому самообслуговуванні (за Індексом Бартел).	***Високий:*** повна фізична автономія, впевнене виконання маніпуляцій. ***Середній:*** потребує незначної фізичної підтримки або асистивних засобів. ***Низький:*** виражені порушення рухів, повна залежність від сторонньої допомоги.
Когнітивно-інструментальний (знання та використання засобів)	Знання алгоритмів побутових процесів; Вміння користуватися побутовою технікою та гаджетами; Навички використання ТЗР та асистивних засобів; Фінансова та цифровий грамотність.	***Високий:*** знає та самостійно застосовує складні технології, планує побут. ***Середній:*** має базові знання, але помиляється у складних алгоритмах, потребує підказок. ***Низький:*** не знає правил безпеки, не вміє користуватися технікою та ТЗР.
Мотиваційно-вольовий (психологічна готовність)	Наявність внутрішньої мотивації до незалежності; Відсутність ознак «вивченої безпорадності»; Наполегливість у досягненні мети; Готовність брати відповідальність за свій побут.	***Високий:*** активна позиція, ініціативність, прагнення мінімізувати допомогу. ***Середній:*** мотивація нестійка, часто покладається на родичів через страх помилки. ***Низький:*** пасивність, очікування повної опіки, відсутність інтересу до навчання.

На основі цих критеріїв було визначено три рівні сформованості побутової самостійності:

Високий рівень (адаптивно-автономний): особа володіє всім комплексом побутових навичок. Самостійно готує їжу, розпоряджається фінансами, користується транспортом та ТЗР. Проявляє високу ініціативність та не потребує стороннього нагляду у повсякденному житті.

Середній рівень (частково залежний): особа справляється з елементарним самообслуговуванням (гігієна, одягання), але відчуває значні труднощі в інструментальній діяльності (кулінарія, бюджет, закупівлі). Потребує

періодичного нагадування або вербальної допомоги. Мотивація до самостійності присутня, але обмежена страхом травмування або невдачі.

Низький рівень (соціально-побутова дезадаптація): особа повністю залежна від опікунів. Навички самообслуговування відсутні або мінімальні. Спостерігається психологічна пасивність, відмова від спроб самостійної діяльності. Потребує постійного стороннього догляду.

Організація дослідження на базі Васильківського територіального центру також передбачала дотримання етичних норм. Усі учасники були поінформовані про мету дослідження, конфіденційність отриманих даних та надали добровільну згоду на участь. Важливо зазначити, що діагностика проводилася у дружній атмосфері, що виключало стресовий фактор для осіб з інвалідністю.

Таким чином, обраний комплекс методик та організаційна структура дослідження дозволяють отримати багатогранну картину побутового життя клієнтів. Використання стандартизованих шкал Бартел та Лаутона у поєднанні з якісним аналізом спостережень забезпечує високу достовірність результатів констатувального експерименту. Це, у свою чергу, дозволяє перейти до наступного етапу роботи – детального аналізу отриманих даних, що стане фундаментом для проєктування комплексної програми соціальної реабілітації, адаптованої до специфіки Васильківського регіону та особливих потреб підопічних територіального центру.

2.2 Аналіз результатів дослідження стану сформованості соціально-побутових навичок

На основі розробленого діагностичного апарату нами було проведено констатувальний експеримент на базі Васильківського територіального центру соціального обслуговування. Враховуючи реалії воєнного стану та пов’язані з цим безпекові обмеження, зустрічі з респондентами проводилися у форматі

індивідуальних консультацій у відділенні денного перебування, а також частково шляхом дистанційного інтерв'ювання та короткочасних домашніх візитів (патронажу).

Характеристика вибірки дослідження. У дослідженні взяли участь 12 осіб з інвалідністю, які є підопічними територіального центру. Вибірка має гетерогенну структуру, що дозволило побачити проблему побутової незалежності з різних ракурсів:

Група А (6 осіб): це клієнти, які отримали інвалідність внаслідок бойових дій (ветерани та цивільні особи з мінно-вибуховими травмами та ампутаціями). Для цієї групи характерним є високий рівень мотивації до відновлення автономії, проте гостро постає проблема раптової втрати звичних рухових навичок та необхідність адаптації до нових фізичних умов.

Група Б (6 осіб): ці клієнти мають інвалідність з дитинства (церебральний параліч, вроджені вади розвитку, порушення зору). У цій групі спостерігається стійка звичка до сторонньої допомоги та виражена «вивчена безпорадність», зумовлена тривалою гіперопікою в родині.

Аналіз результатів за Індексом Бартел (базові навички). Результати оцінки елементарної життєдіяльності показали, що більшість респондентів (65%) мають середній рівень незалежності. Вони здатні самостійно приймати їжу та доглядати за обличчям і руками. Проте критичними зонами для 10 з 12 осіб виявилися: використання туалету, прийняття ванни та підйом по сходах. Зокрема, особи з групи А відчувають дискомфорт через непристосованість стандартних ванних кімнат, а клієнти групи Б виявляють страх падіння та втрати рівноваги без підтримки родичів. Результати кількісної оцінки базових навичок самообслуговування респондентів за Індексом Бартел узагальнено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Розподіл респондентів за рівнями залежності (за Індексом Бартел)

Рівень залежності	Сумарний бал	Кількість осіб (абс.)	Відсоток (%)	Характеристика групи
Повна залежність	0 – 20	1	8,3%	Клієнт із важким порушенням моторики (Група Б).
Виражена залежність	21 – 60	3	25,0%	Переважно клієнти з інвалідністю з дитинства (Група Б).
Помірна залежність	61 – 90	6	50,0%	Клієнти з обох груп (А і Б). Найбільша група.
Легка залежність	91 – 99	2	16,7%	Клієнти з Групи А (ветерани з ампутаціями).
Повна незалежність	100	0	0%	Відсутні.
РАЗОМ		**12**	**100%**	

Наочне представлення результатів розподілу респондентів за рівнями побутової залежності відображено на рис. 2.1. Як свідчать дані, половина опитаних (50%) перебуває у стані помірної залежності, що вказує на наявність реабілітаційного потенціалу. Водночас відсутність осіб із показником «Повна незалежність» підтверджує актуальність розробки заходів соціальної реабілітації для всіх категорій підопічних територіального центру.

Детальний аналіз відповідей за окремими пунктами Індексу Бартел дозволив виявити специфічні труднощі респондентів. Зокрема, у Групі А (особи, травмовані внаслідок війни) найнижчі бали зафіксовані за показниками «підйом по сходах» (0 балів у 4-х осіб) та «прийняття ванни» (5 балів у всіх опитаних). Це пояснюється не стільки фізичною неміччю, скільки відсутністю поручнів та спеціальних сидінь у домашніх умовах.

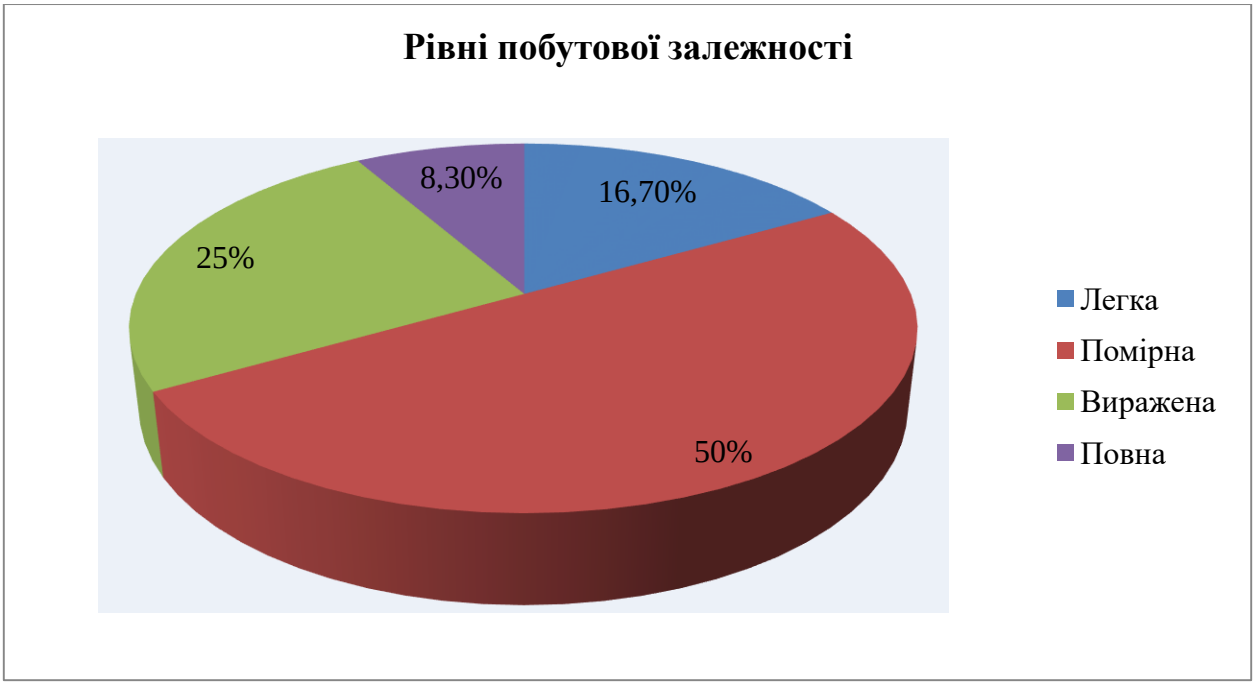


Рис. 2.1. Рівні базової побутової залежності респондентів (за Індексом Бартел)

Натомість у Групі Б (інвалідність з дитинства) спостерігається зниження балів за пунктами «одягання» та «особиста гігієна» (чищення зубів, гоління). Під час інтерв'ю з'ясувалося, що ці дії часто виконуються родичами «для економії часу», що призводить до атрофії навичок самостійності.

Таким чином, якщо для першої групи пріоритетом у реабілітації має бути забезпечення ТЗР та адаптація простору, то для другої – психолого-педагогічне тренування дрібної моторики та подолання пасивності.

Аналіз результатів за Шкалою Лаутона (інструментальні навички). Найбільш показовими для нашого дослідження стали результати за шкалою інструментальної діяльності, де середній бал по вибірці склав лише 3,2 бала з 8 можливих, що відповідає *низькому рівню побутової самостійності*.

Так, ми побачили, що за показником шкали «Приготування їжі» лише 2 особи (з групи А) здатні самостійно приготувати повноцінну страву. Інші респонденти обмежуються розігріванням готової їжі або взагалі не допускаються родичами до кухонної плити через міркування безпеки. Щодо

фінансової грамотності 70% опитаних не вміють самостійно оплачувати комунальні послуги через додатки або термінали, а також мають труднощі з плануванням бюджету на місяць. За показником «Користування транспортом та покупки» через архітектурні бар'єри у м. Васильків та психологічний дискомфорт, більшість респондентів здійснюють виходи за продуктами лише у супроводі соціального працівника або членів сім'ї.

Узагальнені показники по кожній із восьми сфер життєдіяльності представлені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Середні показники інструментальної побутової діяльності респондентів (за Шкалою Лаутона)

Сфери життєдіяльності	Група А (наслідки війни), осіб	Група Б (інвалідність з дит.), осіб	Середній бал по вибірці (max=1)
1. Здатність користуватися телефоном	1.0	0.5	0.75
2. Здійснення покупок	0.3	0.1	0.20
3. Приготування їжі	0.3	0.0	0.15
4. Ведення домашнього господарства	0.5	0.2	0.35
5. Прання білизни	0.4	0.3	0.35
6. Використання транспорту	0.2	0.0	0.10
7. Відповідальність за прийом ліків	0.8	0.2	0.50
8. Здатність розпоряджатися фінансами	0.6	0.1	0.35
Середній бал (загальний)	4.1 (сер.)	1.4 (низьк.)	2.75 (низьк.)

Аналіз даних таблиці 2.3 демонструє критично низький рівень сформованості навичок у сферах «Приготування їжі» (0.15) та «Використання транспорту» (0.10).

У Групі А (ветерани та цивільні з бойовими травмами) відносно високі показники зафіксовані у користуванні зв'язком та прийомі ліків, проте спостерігається "провал" у мобільності та кулінарії через раптову зміну фізичних можливостей та непристосованість середовища.

У Групі Б (клієнти з дитинства) ситуація є ще більш складною: показник самостійного приготування їжі дорівнює 0, а розпорядження фінансами – 0.1. Інтерв'ю підтвердило, що ці клієнти практично позбавлені досвіду поводження з грошима та кухонним обладнанням через тотальну опіку родичів.

Особливу тривогу викликає низький показник за пунктом «Відповідальність за прийом ліків» у Групі Б (0.2), що створює ризики для здоров’я та робить цих осіб повністю залежними від присутності опікуна.

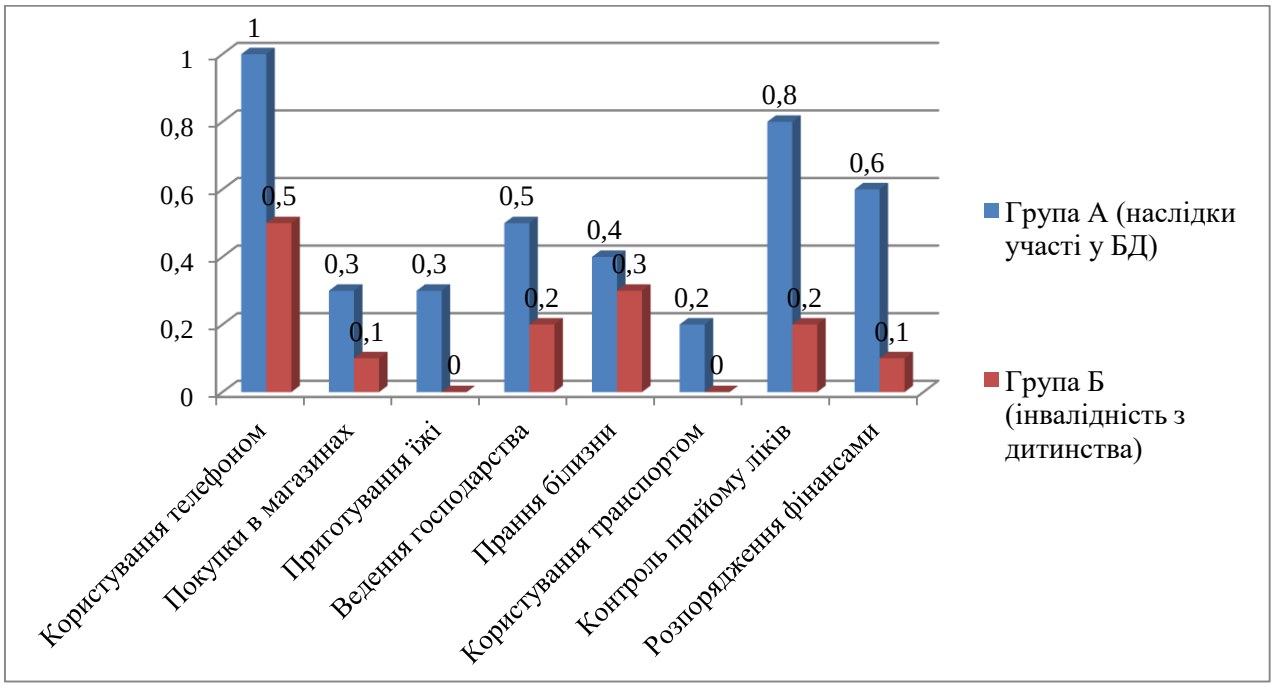


Рис. 2.2. Порівняльна характеристика рівнів сформованості інструментальних навичок за Шкалою Лаутона

Аналіз показників, представленими на діаграмі, ми бачимо найбільший розрив між групами у показниках «Прийому ліків» та «Розпорядження фінансами». Так, група А (ветерани) має значно вищі стовпчики. Пояснюємо це таким чином, що ці люди мали досвід самостійного життя до травми, тому вони

вміють рахувати гроші та відповідально ставляться до лікування. У Групи Б (інвалідність з дитинства) спостерігається низький показник, бо все, зазвичай, вирішують батьки. Також бачимо, «нуль» («Користування транспортом» та «приготування їжі») у стовпчиків групи Б та низький у групи А. Пояснюємо це так, що д*ля Групи А* причиною є фізичний бар'єр (місто Васильків не всюди інклюзивне, а кухня вдома не адаптована). *Для Групи Б* – це відсутність досвіду («мені не дозволяють запалювати газ» і т.д.).

Щодо телефону спостерігаємо найвищі стовпчики. Це свідчить про те, що цифрова комунікація – це їхній головний зв'язок зі світом, і через це вважаємо нашу майбутню програму доповнити використанням смартфонів для замовлення послуг.

Отже, ми враховуючи, що показник «Приготування їжі» у Групи Б дорівнює 0, а у Групи А – лише 0,3, перший модуль нашої майбутньої програми – це «Адаптивна кулінарія». А через низький показник «Користування транспортом» (0,1) обґрунтовуємо введення в програму блоку «Цифрова мобільність та виклик спеціалізованого таксі».

Для глибшого вивчення чинників побутової дезадаптації було розроблено гайд напівструктурованого інтерв'ю (Додаток А). Питання інтерв'ю сформульовані таким чином, щоб верифікувати дані, отримані за шкалою Лаутона, та виявити приховані психосоціальні бар'єри, зокрема рівень гіперопіки в сім'ї та архітектурну невідповідність житлового простору потребам клієнта

Отже, у ході напівструктурованого інтерв'ю (бесід) та включеного спостереження було виявлено глибокий розрив між фізичними можливостями клієнтів та їхньою реальною активністю. У групи Б (у яких інвалідність з дитинства) головною проблемою виявилася «психологічна інвалідність»: клієнти навіть не намагаються застелити ліжко або випрати власні речі, оскільки ці функції роками виконували батьки. Інтерв'ю з родичами підтвердило наявність гострої гіперопіки – батьки бояться давати дітям (вже

навіть дорослим) ніж чи сірники, чим провокують їхню безпорадність. У групи А (травми внаслідок війни**)** основною проблемою є відсутність знань про асистивні технології. Клієнти намагаються виконувати дії у звичний спосіб, що призводить до невдач, роздратування та відмови від подальших спроб. Наприклад, один з респондентів зазначив: «Я не можу почистити картоплю однією рукою, тому я просто чекаю, поки це зроблять за мене». Це свідчить про гостру потребу в навчанні ерготерапевтичним методам побуту.

Оскільки інтерв'ю та спостереження – це якісні методи, їх результати візуалізуємо через «Профіль бар'єрів». Це дозволить перетворити відповіді респондентів у наочну порівняльну модель.

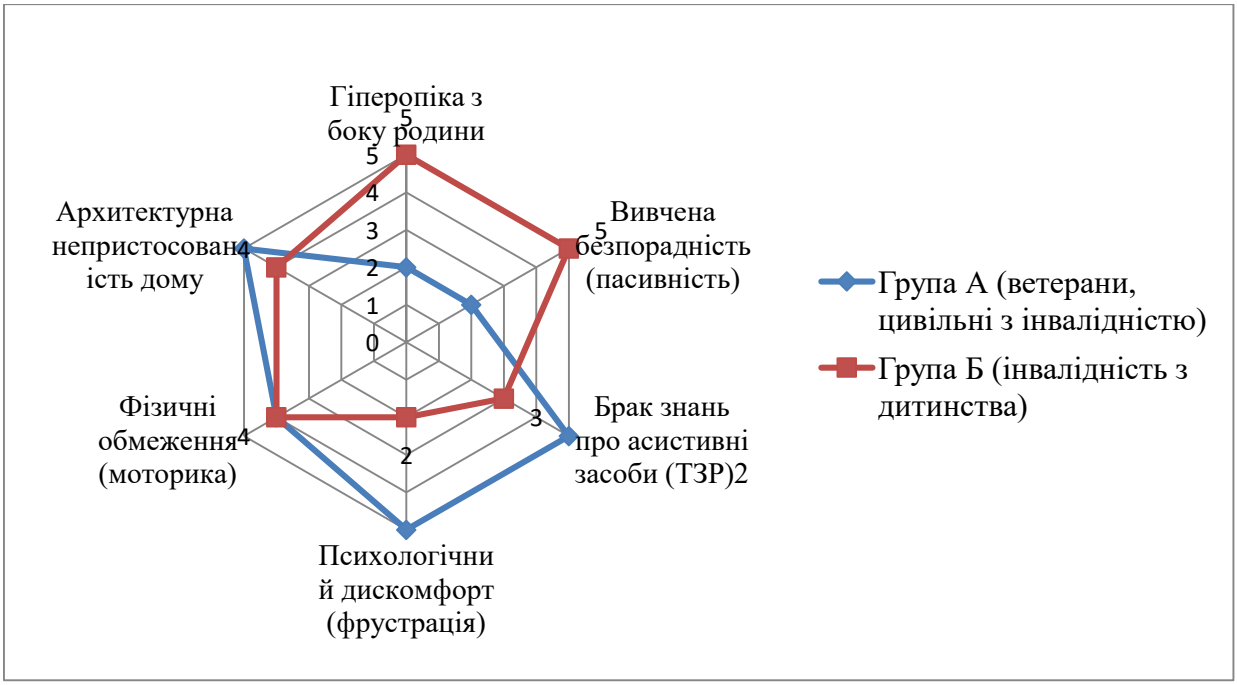


Рис. 2.3. Порівняльний профіль суб'єктивних та об'єктивних бар'єрів побутової самостійності респондентів *(за результатами інтерв'ю та спостереження)*

Отже, аналіз результатів напівструктурованого інтерв'ю та включеного спостереження дозволив виявити глибинні причини низьких показників побутової автономії, які часто залишаються поза межами кількісних тестів. Як

продемонстровано на Рис. 2.3, ми спостерігаємо якісно різні профілі дезадаптації у двох досліджуваних групах.

Так, для клієнтів з інвалідністю з дитинства (Група Б) ключовим деструктивним чинником є «психологічна інвалідність», що виникає на фоні тотальної гіперопіки. Під час спостереження було зафіксовано, що респонденти навіть не виявляють ініціативи у виконанні елементарних дій (застелити ліжко, прибрати посуд), оскільки заздалегідь очікують допомоги від батьків. У ході інтерв'ю з родичами було підтверджено їхній ірраціональний страх: дорослих людей сприймають як малих дітей, забороняючи їм користуватися кухонним приладдям (ножами, плитою). Така модель поведінки «консервує» безпорадність клієнта, роблячи його фізично залежним навіть за наявності рухового потенціалу.

Проте, для клієнтів, які отримали травми внаслідок війни (Група А), характерна інша проблема – гостра фрустрація через неможливість виконувати дії у звичний спосіб. Спостереження показало, що ветерани намагаються діяти за старими стереотипами (наприклад, тримати предмет двома руками, яких немає або які пошкоджені), що неминуче призводить до невдач. Відсутність знань про ерготерапевтичні методи (лайфхаки) та спеціальні асистивні засоби викликає роздратування. Потужним прикладом є пряма цитата респондента: *«Я не можу почистити картоплю однією рукою, тому я чекаю, поки це зроблять за мене»*. Це свідчить про те, що відмова від активності у цієї групи є вимушеною реакцією на відсутність технологічних рішень, а не на небажання бути самостійним.

Спільним бар'єром для обох груп залишається архітектурна непристосованість житла (високі пороги, вузькі двері, незручні змішувачі), що у поєднанні з психологічними бар'єрами створює ефект замкненого простору.

Отже, можна зробити висновок, що розвиток побутової самостійності потребує диференційованого підходу:для першої групи пріоритетом є психологічна депасивізація та робота з батьками; для другої – технологічне

навчання ерготерапевтичним методам побуту. Саме ці акценти було закладено нами при проєктуванні програми соціальної реабілітації, де окремі модулі спрямовані на подолання виявлених специфічних бар'єрів

Таким чином, на основі констатувального експерименту нами було виокремлено такі ключові проблеми підопічних осіб з інвалідністю Васильківського територіального центру:

Технологічна некомпетентність: незнання сучасних асистивних засобів, що полегшують побут (адаптований посуд, захвати тощо).

Цифровий бар'єр: невміння користуватися онлайн-сервісами для забезпечення власних потреб (ліки, продукти, комунальні платежі).

Психологічна залежність: стійка установка на сторонню допомогу у клієнтів з дитинства та депресивні настрої у осіб, що отримали інвалідність нещодавно.

Середовищні перешкоди: непристосованість приватного житла до потреб людини з порушенням моторики.

Отже, результати проведеної діагностики підтверджують нашу думку про те, що наявний рівень побутової самостійності осіб з інвалідністю є недостатнім для їхньої повноцінної соціалізації. Виявлені дефіцити – відсутності елементарних кулінарних навичок, фінансової неписьменності та психологічної пасивності – диктують необхідність розробки цілеспрямованої програми соціальної реабілітації. Ця програма має бути комплексною: поєднувати тренінги з практичного самообслуговування, роботу з сім'ями щодо подолання гіперопіки та впровадження асистивних технологій у щоденний побут. Отримані дані констатувального етапу стають змістовним підґрунтям для наступного кроку нашого дослідження – проєктування програми з розвитку побутової самостійності, опис якої буде подано у параграфі 2.3.

2.3. Розробка програми розвитку побутової самостійності осіб з інвалідністю в умовах територіального центру

На основі результатів констатувального експерименту, проведеного у Васильківському територіальному центрі соціального обслуговування під час стажувальної практики, нами було розроблено проєкт комплексної програми соціальної реабілітації, яку ми умово назвали «Шлях до незалежності». Програма спрямована на поетапне формування та відновлення навичок самообслуговування та побутової автономії осіб з інвалідністю, що є необхідною умовою їхнього незалежного проживання в громаді.

Метою програми є підвищення рівня якості життя осіб з інвалідністю через розвиток їхньої побутової компетентності, впровадження асистивних технологій у щоденну діяльність та мінімізацію соціально-психологічної залежності від сторонньої допомоги.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання програми:

1. Навчально-практичне: сформувати або відновити стійкі алгоритми виконання побутових операцій (приготування їжі, догляд за оселею, особиста гігієна) з використанням ерготерапевтичних методів.

2. Технологічне: навчити клієнтів ефективному використанню технічних засобів реабілітації (ТЗР) та сучасних цифрових інструментів для забезпечення власних потреб.

3. Психосоціальне: сприяти подоланню феномену «вивченої безпорадності», підвищенню самоефективності та зміні моделі взаємодії в родині з «опікунської» на «партнерську».

4. Координаційне: надати методичні рекомендації щодо адаптації домашнього середовища клієнтів за принципами універсального дизайну.

Специфіка програми передбачає диференційований підхід та будову за модульним принципом, що дозволяє адаптувати її зміст до потреб двох

категорій клієнтів, виявлених під час дослідження, зберігаючи при цьому цілісність групи.

Отже, для групи А (особи з набутою інвалідністю внаслідок війни) акцент робиться на реадаптації. Основна увага під час реалізації програми приділяється пошуку нових способів виконання звичних дій (наприклад, приготування їжі однією рукою), підбору індивідуальних ТЗР та психологічній роботі з фрустрацією. Для них модулі мають більш інтенсивний технічний характер.

Проте як для групи Б (особи з інвалідністю з дитинства) акцент зміщується на первинне навчання та соціалізацію. Головним завданням для осіб з інвалідністю з цієї групи є руйнування бар'єру гіперопіки. Зміст модулів для цієї групи спрощується на початкових етапах (відпрацювання дрібної моторики), але значно розширюється у психологічному блоці, спрямованому на розвиток ініціативності.

Програма розрахована на 3-4 місяці інтенсивної роботи в умовах територіального центру з обов'язковими елементами домашнього візитування (соціального патронажу). Використання модульної структури дозволяє «нарощувати» складність завдань: від елементарних маніпуляцій у кабінеті ерготерапії до самостійних виходів у магазини чи приготування обіду на тренувальній кухні.

Методичне забезпечення програми включає: групові та індивідуальні тренінги; метод моделювання реальних життєвих ситуацій; відеоуроки з використання асистивних засобів; консультативні зустрічі з членами родин («Школа для батьків та опікунів»).

Гнучкість пропонованої програми полягає, на нашу думку, в тому, що кожен модуль може бути поглиблений або спрощений залежно від функціональних можливостей конкретного учасника, що забезпечує індивідуалізацію процесу соціальної реабілітації в межах як Васильківського

територіального центру, так й інших закладів соціального захисту або реабілітації.

Зміст програми розподілено за модулями:

1. Модуль 1. «Адаптивна кухня» (Приготування їжі, зберігання продуктів, безпека).

2. Модуль 2. «Мій дім – моя фортеця» (Догляд за одягом, прибирання, використання побутової хімії та техніки).

3. Модуль 3. «Фінансова та цифрова автономія» (Смартфон для побуту, онлайн-платежі, замовлення ліків, планування бюджету).

4. Модуль 4. «Я можу сам» (Психологічний тренінг, робота з емоціями, комунікація в родині).

Отже, опишемо більш детально та обґрунтуємо зміст кожного модулю.

Модуль 1. «Адаптивна кухня: від приготування до безпеки». Необхідність включення такого модулю зумовлена результатами констатувального експерименту, відповідно до яких навички приготування їжі виявилися найменш розвиненими в обох групах респондентів (середній бал 0,15). Для клієнтів Групи А основним бар'єром є невідповідність звичних кухонних приладів їхнім новим фізичним можливостям, тоді як для Групи Б – це повна відсутність практичного досвіду через заборони з боку опікунів. Отже, модуль спрямований на те, щоб перетворити кухню з небезпечного простору на зону впевненої самостійної діяльності.

Мета цього модуля програми: формування практичних умінь самостійного приготування їжі та безпечного користування кухонним обладнанням за допомогою асистивних засобів та ерготерапевтичних технік.

Завданнями модуля є:

1. Ознайомити з правилами техніки безпеки на кухні, адаптованими до конкретних нозологій.

2. Навчити використанню спеціалізованих засобів (адаптовані ножі, дошки з тримачами, захвати).

3. Відпрацювати алгоритми приготування простих страв: від планування до подачі.

4. Сформувати навички раціонального зберігання продуктів та догляду за кухонним інвентарем.

Представимо тематичний план занять модуля 1 у вигляді таблиці 2.4.

Методами роботи в межах першого модуля обрано:

Метод алгоритмізації («крок за кроком»): складна дія (наприклад, приготування супу) розбивається на прості операції, що візуалізуються у вигляді карт-інструкцій. Метод моделювання реальних ситуацій: заняття проходять на тренувальній кухні Васильківського терцентру, яка максимально наближена до домашніх умов. Метод «рука в руці»: (переважно для Групи Б на початкових етапах) – фізична підтримка фахівця для подолання рухового затиску. Використання відео-гайдів: перегляд коротких роликів, де люди з подібними травмами (Група А) демонструють лайфхаки (наприклад, як розбити яйце однією рукою). Метод позитивного підкріплення: обов'язкова дегустація приготованої страви та спільне обговорення успіхів для підвищення самооцінки.

Таблиця 2.4.

Тематичний план занять модуля «Адаптивна кухня»

з/п	***Тема заняття***	***Зміст діяльності та акценти для груп***
1.	Ергономіка та безпека на кухні	Організація «робочого трикутника». Маркування зон. Навчання користуванню сенсорними датчиками протікання води/газу. Група А: вибір оптимальної висоти поверхонь. Група Б: робота зі страхом гарячих поверхонь.
2.	Холодні страви та асистивні засоби	Нарізання продуктів (хліб, овочі) з використанням адаптивних ножів та обробних дощок із фіксаторами (для роботи однією рукою). Метод: «демонстрація – повторення».
3.	Термічна обробка: безпечні технології	Користування електрочайником із підставкою-нахилювачем, мультиваркою, мікрохвильовою піччю. Приготування простих страв (каша, яєчня). Акцент на таймерах та звукових сигналах.
4.	Сервірування та культура споживання	Користування адаптованим посудом (тарілки з бортиками, ложки з потовщеними ручками).

		Навички безпечного перенесення гарячих напоїв.
5.	Фінальне заняття: «Сам собі шеф»	Самостійне приготування повноцінного сніданку за індивідуальним планом під наглядом фахівця.

Очікувані результати модюжю: клієнт здатний самостійно (або з мінімальною вербальною підтримкою) приготувати чай/каву та просту страву, використовуючи адаптивні пристосування, та дотримується правил пожежної безпеки вдома.

Модуль 2. «Мій дім – моя фортеця: технології домашнього затишку». Упровадження у програмі такого модулю викликано виявленням у ході констатувального експерименту, що навички догляду за житлом та одягом у респондентів розвинені фрагментарно. Для клієнтів із набутою інвалідністю (Група А) прибирання стало фізично виснажливим процесом, що викликає роздратування через неможливість використовувати старі методи. Для клієнтів з інвалідністю з дитинства (Група Б) побутова хімія та пральна машина залишаються «територією батьків», що позбавляє їх елементарної приватності. Модуль покликаний навчити людину раціонально організовувати свій простір, щоб підтримання чистоти не було подвигом, а стало звичайною частиною дня.

Тому метою модулю є: формування комплексу вмінь щодо підтримання чистоти в оселі та догляду за особистими речами з використанням полегшених технологій та засобів ерготерапії.

Завданнями модуля відповідно до поставленої мети визначено: навчити технік легкого прибирання за допомогою адаптованого інвентарю (швабри з відтискачами, роботи-пилотяги); сформувати навичку самостійного догляду за одягом: від сортування до використання пристосувань для застібання; ознайомити з безпечним використанням побутової хімії та техніки та розробити індивідуальні «карти доступності» власної оселі (де і як краще зберігати речі).

Представимо зміст та тематичний план другого модулю у вигляді таблиці 2.5.

Методи роботи в межах цього змістовного модуля програми реабілітації визначено: метод ерготерапевтичного тренінгу: фокус на ергономіці рухів – як нахилятися, як тримати швабру чи праску, щоб мінімізувати навантаження на спину чи суглоби; метод візуальних підказок: створення кольорових або тактильних міток на панелях пральних машин та контейнерах із порошком (важливо для Групи Б та осіб із порушеннями зору); метод «мікро-кроків»: поділ процесу прибирання кімнати на короткі 10-хвилинні етапи, щоб запобігти втомі та фрустрації; соціальне моделювання: обговорення ситуацій, як розподілити обов'язки в сім'ї, щоб клієнт мав свою «зону відповідальності» (наприклад, тільки пил або тільки сортування білизни); практичний експеримент: тестування різних видів побутових ганчірок (мікрофібра, рукавички-щітки), щоб підібрати найбільш зручні для слабкої моторики рук.

Таблиця 2.5.

Тематичний план занять модуля «Мій дім – моя фортеця»

№ з/п	***Тема заняття***	***Зміст діяльності та практичні вправи***
1.	Організація «доступної шафи»	Сортування речей. Використання магнітних застібок та гачків замість гудзиків. Вправа: «Спритне одягання» з використанням пристосувань для натягування шкарпеток та взування.
2.	Магія чистоти: велике в малому	Техніки вологого прибирання поверхонь, сидячи у кріслі або з використанням опор. Вибір екологічної та безпечної побутової хімії з дозаторами.
3.	Пральня: від сортування до праски	Користування пральною машиною (маркування кнопок тактильними наклейками). Сушіння речей на низьких конструкціях. Група А: техніки розвішування одягу однією рукою.
4.	Побутові прилади – мої помічники	Навчання користуванню парогенераторами (безпечніше за праску) та компактними пилотягами. Дрібний ремонт речей (використання текстильного клею замість шиття).
5.	Експрес-аудит власної оселі	Складання плану змін у своїй кімнаті у Василькові: що переставити, щоб діставати речі самостійно.

Отже, очікуємо такі результати від впровадження даного модулю програми, як-от: респонденти здатні самостійно підтримувати порядок у своїй кімнаті, користуватися пральною машиною та доглядати за своїм зовнішнім виглядом без стороннього нагадування, що зміцнює їхній статус «господаря» у власному домі.

Наступним тематичним блоком програми визначено *Модуль 3. «Цифрова та фінансова автономія: світ у смартфоні»*. Необхідність його впровадження зумовлена тим, що цифрові навички сьогодні є не просто розвагою, а життєво необхідним інструментом інклюзії. Для ветеранів та осіб з обмеженою мобільністю (Група А) смартфон стає «вікном» для вирішення побутових справ без необхідності фізичного виходу з дому. Для осіб з інвалідністю з дитинства (Група Б) цей модуль є першим кроком до реальної економічної самостійності та контролю над власними коштами, які раніше зазвичай перебували в руках опікунів.

Таким чином, метою модуля визначено: навчання клієнтів користуванню цифровими сервісами та інструментами фінансового планування для забезпечення життєвих потреб.

Враховуючи нагальну необхідність опанування особами з інвалідністю цифровими навичками для формування автономності життя, визначаємо наступні завдання модуля програми:

1. Опанувати навички роботи з державними сервісами (додаток «Дія», Електронний кабінет особи з інвалідністю).
2. Навчити здійснювати онлайн-покупки та оплачувати комунальні послуги через банкінг.
3. Сформувати навички безпечної поведінки в інтернеті та захисту від шахраїв.
4. Навчити базовому плануванню особистого бюджету.

Відповідно до поставлених завдань плануємо включення у рамках цього модулю такі заняття, зокрема як: «Держава в кишені: робота з «Дією»

(оформлення довідок, перегляд документів). Замовлення технічних засобів реабілітації онлайн»; «Смартфон-помічник: встановлення та використання додатків для замовлення ліків (Liki24, Tabletki.ua) та продуктів. Виклик інклюзивного таксі; «Фінансова грамотність: оплата рахунків за комірне, поповнення мобільного. Навчання користуванню банківськими картками;. «Кібербезпека: як створювати складні паролі та розпізнавати підозрілі посилання чи дзвінки «служби безпеки банку» та заняття на тему: «Мій бюджет: складання таблиці витрат на місяць (харчування, ліки, дозвілля)».

Проте, побутова самостійність неможлива без внутрішньої готовності людини. Тому наступним змістовним модулем програми є *Модуль 4. «Я можу сам: психологія впевненості та комунікації».*

У Групи А часто спостерігається депресивний стан через «втрату колишнього себе», а у Групи Б - страх перед гнівом чи хвилюванням батьків. Тому цей модуль є сполучною ланкою, що перетворює технічні навички на стійку життєву позицію.

Метою модуля є: зміцнення внутрішньої мотивації осіб з інвалідністю до незалежності та гармонізація стосунків із близьким оточенням. Для її досягнення завданнями даного модулю визначено:

1. Працювати над прийняттям свого «нового тіла» та можливостей (для Групи А).
2. Навчити відстоювати власні межі та право на самостійність у розмовах із рідними (для Групи Б).
3. Розвивати навички подолання стресу у разі невдач у побуті.

Тематичний план занять модуля включає такі теми, як: «Мої ресурси та межі: вправа на виявлення власних сильних сторін. Робота з образом «Я – господар свого життя»; «Стоп, гіперопіка: тренінг асертивної поведінки. Як ввічливо, але впевнено сказати мамі/дружині: «Я зроблю це сам»; «Трансформація невдачі: що робити, якщо розлив воду або не зміг застебнути куртку? Техніки самозаспокоєння»; «Спільна зустріч із рідними: кругла стіл-

дискусія «Допомагати, а не заміщувати»»; «Розробка сімейного договору про розподіл обов'язків» та «Мій план на майбутнє: постановка реальних цілей на наступний місяць самостійного проживання».

Таким чином, розроблена програма соціальної реабілітації «Шлях до незалежності» є цілісною відповіддю на виклики, виявлені під час діагностичного етапу дослідження. Її головна особливість полягає в синергії технічного навчання та психологічної підтримки, що дозволяє не просто дати людині в руки адаптивну ложку чи смартфон, а навчити її бачити в них інструменти своєї свободи.

Для Васильківського територіального центру впровадження такої програми означає перехід від патерналістської моделі «догляду» до сучасної моделі «активізації». Завдяки модульній структурі програма враховує різний життєвий досвід ветеранів та осіб з інвалідністю з дитинства, об’єднуючи їх спільною метою – досягненням максимально можливого рівня побутової автономії. Отже, реалізація цього проєкту дозволить клієнтам терцентру не лише стати більш незалежними в стінах власних осель, а й значно впевненіше інтегруватися в життя громади, відчуваючи себе не «пацієнтами», а повноправними громадянами.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було реалізовано емпіричну частину дослідження, яка охоплювала проведення констатувального експерименту на базі Васильківського територіального центру соціального обслуговування та розробку комплексної програми соціальної реабілітації. За результатами проведеної роботи сформульовано такі висновки:

Результати емпіричного дослідження дозволили визначити реальний стан сформованості побутових навичок респондентів. Використання комплексу

методів (Індексу Бартел, Шкали Лаутона, включеного спостереження та інтерв'ю) забезпечило багатовимірну оцінку життєдіяльності вибірки із 12 осіб. Встановлено, що загальний рівень побутової самостійності опитаних є переважно низьким, що проявляється у вираженій залежності від сторонньої допомоги при виконанні складних (інструментальних) побутових операцій. Хоча більшість респондентів демонструють помірну незалежність у базовому самообслуговуванні (прийом їжі, особиста гігієна), вони виявляються практично нездатними до самостійного приготування їжі, розпорядження фінансами та користування транспортом.

Виявлено якісну специфіку проблем побутової дезадаптації у різних категорій осіб з інвалідністю.

Так, для осіб, які отримали травми внаслідок бойових дій (Група А), основною перешкодою є технологічний бар'єр та стан фрустрації. Вони мають високу мотивацію, проте відчувають гострий брак знань про асистивні засоби та нові ерготерапевтичні методи виконання дій, що призводить до відмови від спроб через невдачі. Тоді, як для осіб з інвалідністю з дитинства (Група Б) головною перешкодою є психологічний чинник – «вивчена безпорадність», сформована під впливом тотальної гіперопіки з боку батьків. Такі клієнти мають фізичний потенціал до самостійності, але не реалізують його через відсутність досвіду та страх відповідальності.

Ідентифіковано ключові перешкоди на шляху до побутової автономії клієнтів. Окрім фізичних обмежень, зумовлених нозологією, домінуючими бар'єрами виступають:

архітектурна та середовищна непристосованість приватного житла, що робить щоденні дії (користування ванною, кухнею) небезпечними або неможливими;

цифрова неписьменність, яка обмежує можливості дистанційного забезпечення потреб (замовлення ліків, продуктів, сплата рахунків);

брак методичного супроводу з боку фахівців щодо підбору та навчання користуванню технічними засобами реабілітації (ТЗР);

соціально-психологічний тиск родини, де догляд за особою з інвалідністю підміняється повним обслуговуванням, що позбавляє клієнта суб'єктності.

На основі отриманих діагностичних даних розроблено проєкт комплексної програми соціальної реабілітації. Програма базується на сучасних методологічних підходах соціальної роботи (ресурсному, діяльнісному та орієнтованому на особистість) і має модульну структуру. Вона враховує необхідність одночасного впливу на фізичну вправність, когнітивні знання та психологічну установку клієнта. Розробка змісту програми спиралася на «вузькі місця», виявлені під час експерименту: зокрема, низький показник кулінарної та фінансової грамотності зумовив появу відповідних навчальних модулів.

Обґрунтовано змістове наповнення та технологічне забезпечення програми. Програма включає чотири взаємопов’язані модулі: «Адаптивна кухня», «Мій дім – моя фортеця», «Фінансова та цифрова автономія» та «Я можу сам». Специфіка реалізації програми полягає у: використанні ерготерапевтичних технік та асистивних засобів для компенсації фізичних порушень; впровадженні цифрових технологій як засобу розширення побутового простору; поєднанні групових тренінгів у територіальному центрі з методами соціального патронажу за місцем проживання для закріплення навичок; залученні членів родин до реабілітаційного процесу з метою трансформації моделі опіки.Доведено перспективність впровадження програми для системи соціального обслуговування та центрів реабілітації. Адже, реалізація проєкту програми дозволяє перейти від пасивної форми надання послуг («догляду») до активної форми «підтримки незалежного проживання». Запропонований підхід є особливо актуальним у контексті воєнного стану та процесів деінституціоналізації в Україні, оскільки забезпечує підготовку осіб з

інвалідністю до автономного життя у громаді, знижує навантаження на членів сім'ї та сприяє професійній самореалізації самих клієнтів у майбутньому.

Таким чином, результати другого розділу бакалаврської роботи підтверджують, що розвиток побутової самостійності засобами соціальної реабілітації є цілком досяжною метою за умови системного поєднання діагностики, навчання практичним навичкам та психологічної депасивізації особи. Розроблена програма є готовим інструментарієм для впровадження в діяльність Васильківського територіального центру соціального обслуговування та інших установ аналогічного типу.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено комплексне дослідження проблеми розвитку побутової самостійності осіб з інвалідністю засобами соціальної реабілітації. За результатами проведеної теоретичної та емпіричної роботи сформульовано такі висновки:

Відповідно до першого завдання, проаналізовано теоретичні засади та визначено, що побутова самостійність є інтегральною якістю особистості, яка відображає здатність людини до автономної життєдіяльності та незалежного проживання. У сучасній соціальній роботі цей феномен розглядається крізь призму соціальної моделі інвалідності, де акцент зміщується з медичного діагнозу на розвиток збережених можливостей та суб'єктності клієнта. Побутова автономія виступає фундаментом для успішної соціалізації та є необхідною умовою забезпечення людської гідності.

Встановлено, що формування побутової самостійності – це тривалий процес, що охоплює не лише оволодіння технічними навичками, а й розвиток мотивації до незалежності. Нормативно-правова база України, зокрема Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю та Закон України «Про соціальні послуги», чітко визначає підтримку автономії як пріоритетне завдання держави. Соціальна реабілітація у цьому контексті виступає головним механізмом переходу від пасивної опіки до моделі підтримки активного життя у громаді.

Обґрунтовано, що успішність цього процесу залежить від подолання психологічних бар'єрів, зокрема «вивченої безпорадності». У соціальній роботі важливо враховувати специфіку нозологій, проте головним вектором залишається створення умов, за яких людина з інвалідністю відчуває себе повноправним господарем свого життя та його приватного простору. Таким чином, побутова самостійність є не лише технічною навичкою, а ключовим чинником соціальної стійкості особи.

Відповідно до другого завдання, з’ясовано, що безбар’єрне середовище та асистивні засоби реабілітації є вирішальними чинниками забезпечення побутової автономії. Встановлено, що архітектурна доступність та дотримання принципів універсального дизайну дозволяють мінімізувати вплив фізичних обмежень на повсякденну активність. Середовище, спроєктоване за принципами рівноправного та гнучкого використання, перетворює житловий простір з джерела перешкод на простір можливостей для самостійної діяльності.

Виявлено, що асистивні технології (спеціалізований посуд, меблі, пристрої для одягання) виконують функцію компенсаторного містка, що дозволяє людині виконувати маніпуляції, які раніше були недоступними. Державна система забезпечення технічними засобами реабілітації (згідно з Постановою КМУ №321) створює необхідну матеріальну базу для соціальної реабілітації. Проте ефективність цих засобів безпосередньо залежить від фахового навчання клієнта правилам їх використання.

Наголошено на зростанні ролі цифрової безбар’єрності та систем «розумного дому», що в умовах сучасного суспільства стають потужними інструментами незалежності. Соціальний працівник повинен володіти знаннями про ці ресурси, щоб фахово консультувати клієнта щодо адаптації його житла. Отже, поєднання безбар’єрного простору та сучасних ТЗР є матеріальною гарантією реалізації права особи на незалежний спосіб життя.

Відповідно до третього завдання, охарактеризовано зміст технологій та методів соціальної роботи, спрямованих на розвиток побутових навичок. Провідними технологіями визначено соціальну реабілітацію, кейс-менеджмент та підтримане проживання. Технологія підтриманого проживання визнана найбільш перспективною, оскільки вона дозволяє формувати навички у природних умовах, готуючи особу до виходу зі стаціонарних установ соціального захисту до життя в громаді.

Доведено ефективність використання методів алгоритмізації («крок за кроком»), моделювання реальних ситуацій та соціального тренінгу. Ці методи дозволяють структурувати складні побутові процеси у зрозумілі операції, що сприяє ситуації успіху у клієнта. Важливу роль відіграє метод соціального патронажу, який забезпечує перенесення навичок із навчального кабінету у реальне домашнє середовище та дозволяє коригувати реабілітаційний процес «на місці».

Встановлено, що сучасний соціальний працівник має використовувати ресурсний підхід, стимулюючи клієнта до максимальної активності. Комбінація індивідуального консультування та групових занять дозволяє не лише навчити технічним діям, а й сформувати психологічну готовність до незалежності. Усі технологічні підходи мають бути орієнтовані на клієнта, враховуючи його індивідуальні потреби та запити сім'ї.

Відповідно до четвертого завдання, проведено емпіричне дослідження на базі Васильківського територіального центру, яке підтвердило переважно низький рівень побутової самостійності респондентів. Діагностика за Індексом Бартел та Шкалою Лаутона виявила критичні дефіцити у сферах приготування їжі, фінансової грамотності та користування транспортом. Виявлено якісну різницю між групами: для осіб із травмами внаслідок війни головною проблемою є брак знань про асистивні засоби, а для осіб з інвалідністю з дитинства – психологічна пасивність і гіперопіка родини.

Результати інтерв'ю та спостереження засвідчили, що родинне оточення часто виступає стримуючим фактором, де надмірна турбота близьких блокує розвиток ініціативності клієнтів. Також ідентифіковано високий рівень фрустрації у ветеранів через неможливість виконувати звичні побутові справи у старий спосіб. Це підтвердило необхідність диференційованого підходу в реабілітації: від технічного навчання до глибокої психологічної корекції стосунків у сім'ї.

Емпіричні дані стали підґрунтям для висновку, що стандартних послуг догляду, які надаються в територіальному центрі, недостатньо для формування справжньої автономії. Виявлений розрив між фізичним потенціалом та реальною активністю клієнтів актуалізував розробку спеціалізованої програми. Констатувальний експеримент чітко окреслив «проблемне поле», на вирішення якого було спрямовано подальші проєктні зусилля.

Відповідно до п’ятого завдання, розроблено програму соціальної реабілітації «Шлях до незалежності», яка є цілісною системою заходів із розвитку побутової компетентності. Програма складається з чотирьох тематичних модулів («Адаптивна кухня», «Мій дім – моя фортеця», «Цифрова та фінансова автономія», «Я можу сам»), що охоплюють усі сфери життєдіяльності клієнта. Її специфіка полягає у гнучкості та можливості адаптації змісту до потреб як ветеранів, так і осіб з інвалідністю з дитинства.

Проєкт програми передбачає синергію практичних тренінгів, ерготерапевтичних вправ та цифрового навчання. Особлива увага приділена впровадженню асистивних технологій у щоденний побут, що дозволяє клієнтам нівелювати фізичні обмеження. Психологічний компонент програми спрямований на депасивізацію особи та навчання родичів принципам партнерської підтримки, що гарантує сталість результатів реабілітації.

Вважаємо, що впровадження програми «Шлях до незалежності» у діяльність Васильківського територіального центру дозволить суттєво підвищити рівень незалежності клієнтів, зменшити їхню соціальну ізоляцію та знизити навантаження на систему соціального забезпечення. Результати роботи можуть бути використані фахівцями із соціальної роботи для вдосконалення процесу соціальної реабілітації та адаптації осіб з інвалідністю в умовах громади.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрущенко Т. В. Соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді з особливими потребами : навч.-метод. посіб. Київ : ВД «Слово», 2019. 216 с.

2. Апанасенко Г. Л., Попова Л. А. Медична валеологія. Київ : Здоров'я, 2018. 248 с.

3. Базиленко А. К. Соціально-побутова орієнтація осіб з порушеннями розвитку. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2020. Вип. 16. С. 12–20.

4. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2019. 208 с.

5. Безпалько О. В. Соціальна робота в громаді : навч. посіб. Київ : Центр навч. л-ри, 2005. 176 с.

6. Близнюк М. М. Технології соціальної роботи з особами з інвалідністю : конспект лекцій. Чернігів : ЧНТУ, 2020. 144 с.

7. Бойко В. А. Ерготерапія в системі реабілітації осіб з обмеженими можливостями. *Реабілітація та паліативна медицина*. 2018. № 2. С. 45–50.

8. Вакуленко О. В. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : підручник. Київ : Медицина, 2021. 384 с.

9. Гайдук Н. М. Соціальна робота з людьми з особливими потребами : навч. посіб. / Н. М. Гайдук, В. В. Корнієнко. Львів : Новий Світ-2000, 2011. 256 с.

10. Галагін В. О. Організація соціально-побутової реабілітації в умовах територіальних центрів. *Соціальний захист*. 2019. № 4. С. 18–23.

11. Гверджедзе О. Є. Методики формування навичок самообслуговування у молоді з інтелектуальними порушеннями. Київ : Аванпост-Прим, 2017. 112 с.

12. Державний стандарт соціальної послуги соціальної адаптації : Наказ Міністерства соціальної політики України від 18.05.2015 р. № 514. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0630-15 (дата звернення: 03.02.2026).

13. Деякі питання соціального захисту осіб з інвалідністю : Постанова Кабінету Міністрів України від 14.03.2018 р. № 183. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/183-2018-п (дата звернення: 03.03.2026).

14. Деякі питання щодо забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації : Постанова Кабінету Міністрів України від 12.04.2022 р. № 454. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/454-2022-п (дата звернення: 08.02.2026).

15. Диба Т. Г. Соціальна робота з людьми з особливими потребами. Київ : Університет «Україна», 2018. 320 с.

16. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг. ред. проф. І. Д. Звєрєвої. Київ ; Сімферополь : Універсум, 2012. 536 с.

17. Жигунова В. І. Технології соціально-педагогічної роботи з особами з функціональними обмеженнями. Харків : ХНПУ, 2019. 180 с.

18. Журавель Р. В. Соціальна реабілітація осіб з інвалідністю як об’єкт наукового дослідження. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2014. № 4. С. 166–172.

19. Заболотна Н. Г. Соціальна реабілітація осіб з обмеженнями життєдіяльності : концептуальні засади та практичний досвід. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 11 : Соціальна робота. Соціальна педагогіка*. 2017. Вип. 23. С. 45–52.

20. Звєрєва І. Д. Енциклопедія соціальної роботи / за ред. І. Д. Звєрєвої. Київ : Академвидав, 2017. 464 с.

21. Звєрєва І. Д. Соціальна робота з дітьми та молоддю : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : Центр навч. л-ри, 2010. 394 с.

22. Іванова І. Б. Адаптація житлового середовища для осіб з інвалідністю як складова соціальної реабілітації. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 3. С. 55–61.

23. Кабаченко Н. В. Методи соціальної роботи : навч. посіб. Київ : Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2008. 312 с.

24. Капська А. Й. Соціальна робота: технологічний аспект : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2017. 352 с.

25. Карпенко О. Г. Професійна підготовка майбутніх соціальних працівників до реабілітаційної діяльності : теорія та методика : монографія. Київ : Слово, 2010. 392 с.

26. Кокун О. М. Психологія діяльності осіб з обмеженими можливостями. Київ : Педагогічна думка, 2018. 228 с.

27. Конвенція про права осіб з інвалідністю : Міжнародний документ від 13.12.2006 р. : ратифіковано Законом України від 16.12.2009 р. № 1767-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71 (дата звернення: 03.02.2026).

28. Конституція України : прийнята на п’ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.

29. Кравченко Р. І. Соціальна реабілітація осіб з інвалідністю: теоретико-методичні аспекти. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2020. № 1. С. 34–40.

30. Красильникова О. В. Архітектурна доступність як чинник соціальної інклюзії осіб з інвалідністю. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Соціологічні дослідження сучасного суспільства: методологія, теорія, методи»*. 2018. Вип. 41. С. 112–117.

31. Кривенко О. Є. Побутова реабілітація як засіб інтеграції осіб з інвалідністю в соціум. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. 2019. Вип. 2 (45). С. 88–92.

32. Кузьмінський А. І., Омеляненко В. Л. Педагогіка родинного виховання та основи догляду за особами з інвалідністю. Київ : Знання, 2018. 315 с.

33. Лукашевич М. П., Мигович І. І. Теорія і методи соціальної роботи : підручник. Київ : МАУП, 2019. 312 с.

34. Макарова О. В. Основи фізичної реабілітації та ерготерапії. Львів : ЛДУФК, 2020. 256 с.

35. Методи соціальної роботи / за ред. Т. В. Семигіної, І. І. Миговича. Київ : Києво-Могилянська академія, 2005. 320 с.

36. Методичні рекомендації щодо організації надання соціальної послуги підтриманого проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю / уклад. Л. С. Волинець. Київ : Мінсоцполітики, 2018. 48 с.

37. Методичні рекомендації щодо оцінки потреб осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах : затв. Наказом Міністерства соціальної політики України від 13.07.2018 р. № 1005. URL: https://zakon.rada.gov.ua/ (дата звернення: 14.12.2025).

38. Овчаренко Т. Г. Соціально-побутова адаптація осіб з порушеннями опорно-рухового апарату. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2019. № 15. С. 98–105.

39. Олійник В. В. Організація волонтерської допомоги у побутовій реабілітації осіб з інвалідністю. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2021. Вип. 2 (7). С. 112–119.

40. Пальчевський С. С. Соціальна педагогіка : підручник. Київ : Кондор, 2018. 560 с.

41. Перелік технічних та інших засобів реабілітації для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення : Постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 р. № 321 (Додаток 1). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-п#Text (дата звернення: 03.02.2026).

42. Положення про Васильківський територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг) : затв. рішенням Васильківської

міської ради від 24.12.2020 р. № 04.14-05-VIII. Офіційний сайт Васильківської міської ради. URL: https://vasylkivrada.gov.ua/ (дата звернення: 09.04.2026).

43. Порошенко М. А. Інклюзивна освіта та соціальна реабілітація: навчально-методичний посібник. Київ : ТОВ «Агентство «Україна», 2019. 224 с.

44. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціальної адаптації : Наказ Міністерства соціальної політики України від 18.05.2015 р. № 514. *Офіційний вісник України*. 2015. № 46. Ст. 1493. (

45. Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості самостійно придбаних технічних та інших засобів реабілітації : Постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 р. № 321 (в редакції від 14.12.2023 р. № 1314). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-п (дата звернення: 03.02.2026).

46. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 21.03.1991 р. № 875-XII. *Відомості Верховної Ради УРСР*. 1991. № 21. Ст. 252.

47. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2006. № 2–3. Ст. 36. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15 (дата звернення: 03.02.2026).

48. Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я : Закон України від 02.12.2020 р. № 1053-IX. *Офіційний вісник України*. 2021. № 8. Ст. 367.

49. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 р. № 2671-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2019. № 18. Ст. 73.

50. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 р. № 2671-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2019. № 18. Ст. 73. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19 (дата звернення: 03.02.2026).

51. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 р. № 366-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-р (дата звернення: 03.02.2026).

52. Програма формування навичок самообслуговування у дітей та молоді з комплексними порушеннями розвитку / уклад. О. В. Чеботарьова. Київ : Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, 2017. 84 с.

53. Романчук О. П. Медико-соціальна реабілітація. Одеса : Видавництво БДМУ, 2020. 340 с.

54. Сварник М. І. Самостійне проживання людей з інвалідністю: методичні рекомендації. Київ : ВГО «Генерація успішної дії», 2013. 84 с.

55. Семигіна Т. В. Сучасна соціальна робота. Київ : Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2020. 270 с.

56. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології та корекційної педагогіки. Київ : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2018. 345 с.

57. Сівець В. О. Технічні засоби реабілітації та їх роль у забезпеченні побутової незалежності. *Ортопедія, травматологія та протезування*. 2019. № 3. С. 67–72.

58. Слобожанський П. В. Соціальні послуги в громаді для осіб з інвалідністю. Хмельницький : ХНУ, 2019. 190 с.

59. Тепла В. І. Соціальна адаптація та реабілітація дітей з обмеженнями життєдіяльності в умовах спеціалізованих центрів. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*. 2013. Вип. 22. С. 234–242.

60. Товстоган В. С. Ерготерапія: теорія і практика. Київ : Університет «Україна», 2021. 210 с.

61. Турецька Х. І. Психологічні особливості самоставлення осіб з інвалідністю. Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2018. 200 с.

62. Універсальний дизайн: практичні поради для кожного / за заг. ред. О. В. Красюкової-Еннс. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. 160 с. (Ця книга базується на ідеях багатьох науковців, зокрема й тих, що згадувалися).

63. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології : навч. посіб. Київ : МП Леся, 2017. 448 с.

64. Шевченко С. М. Формування життєвої компетентності осіб з обмеженими можливостями в умовах реабілітаційного центру. *Педагогіка і психологія*. 2018. № 2. С. 45–51.

65. Creek J., Lougher L. Occupational Therapy and Mental Health. 5th ed. London : Churchill Livingstone, 2014. 640 p.

66. Oliver M., Sapey B. Social Work with Disabled People. 4th ed. Basingstoke : Palgrave Macmillan, 2012. 256 p.

67. Scullion P. A. Models of Disability: Their Influence in Nursing and Potential Role in Nursing Education. *Journal of Advanced Nursing*. 2010. Vol. 66, No. 3. P. 697–707.

68. Wilcock A. A. An Occupational Perspective of Health. 3rd ed. Thorofare : SLACK Incorporated, 2015. 400 p.

69. World Health Organization. World Report on Disability. Geneva : WHO Press, 2011. 350 p.

70. Mahoney F. I., Barthel D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 1965. Vol. 14. P. 61–65. (Це оригінальне джерело, на яке прийнято посилатися в наукових роботах).

71. Lawton M. P., Brody E. M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969. Vol. 9, No. 3. P. 179–186.

ДОДАТКИ

Додаток А

ГАЙД НАПІВСТРУКТУРОВАНОГО ІНТЕРВ'Ю ДЛЯ ОЦІНКИ ЧИННИКІВ ПОБУТОВОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ

Мета: виявлення суб'єктивних та об'єктивних бар'єрів, що перешкоджають побутовій самостійності, а також оцінка ролі сімейного оточення у процесі реабілітації осіб з інвалідністю.

БЛОК І. ДЛЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ (КЛІЄНТІВ)

1. Суб'єктивна оцінка самостійності:

Як би Ви самі оцінили свій рівень незалежності у побуті? Що Ви вважаєте своїм найбільшим досягненням, а що дається найважче?

Які побутові справи Ви хотіли б виконувати самостійно, але наразі не можете? Що саме стає на заваді (брак навичок, фізичний біль, страх зробити щось не так)?

2. Бар'єри середовища:

Оцініть, наскільки Ваша оселя (кухня, ванна кімната) пристосована до Ваших потреб? Чи є конкретні предмети або меблі, які створюють дискомфорт?

Чи користуєтесь Ви спеціальними пристосуваннями (адаптований посуд, поручні, техніка)? Якщо ні, то чи знаєте Ви про їх існування та можливість отримання?

3. Соціальна взаємодія у побуті:

Як Ваші рідні реагують на Ваші спроби зробити щось самостійно? Чи заохочують вони Вас, чи намагаються одразу зробити все за Вас?

Чи відчуваєте Ви дискомфорт або тривогу, коли залишаєтесь вдома наодинці? Якщо так, то з чим це пов'язано?

4. Очікування від реабілітації:

Якій саме побутовій навичці Ви хотіли б навчитися першочергово (наприклад, приготування кави, користування пральною машиною, онлайн-банкінг)?

БЛОК ІІ. ДЛЯ ЧЛЕНІВ РОДИНИ (ОПІКУНІВ)

1. Оцінка потенціалу клієнта:

На Вашу думку, наскільки (ім'я родича – клієнта) реалізовує свої фізичні можливості у побуті? Чи є речі, які він/вона могли б робити самі, але Ви робите це замість них? Чому?

Які основні труднощі Ви бачите у щоденному догляді за Вашим родичем?

2. Організація побутового простору:

Чи робили Ви якісь перепланування або адаптацію квартири під потреби Вашого родича? З якими труднощами Ви стикалися при цьому?

Чи вистачає Вам інформації про технічні засоби реабілітації, які могли б полегшити побут Вашої родини?

3. Психологічні аспекти та безпека:

Що Вас найбільше лякає, коли Ваш родич намагається бути самостійним (наприклад, страх опіків, падіння, поломки техніки)?

Чи готові Ви змінити свій звичний стиль опіки та дати родичу більше простору для самостійних дій, навіть якщо це потребуватиме більше часу?

4. Запит на фахову допомогу:

Якої допомоги від соціального працівника потребує Ваша родина найбільше (навчання клієнта навичкам, консультації щодо облаштування дому, психологічна підтримка)?

Додаток Б

ПРОТОКОЛ ВКЛЮЧЕНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА РІВНЕМ СФОРМОВАНОСТІ ПОБУТОВИХ НАВИЧОК ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

База спостереження: Васильківський територіальний центр соціального обслуговування (відділення денного перебування).

Об'єкт спостереження: процес виконання клієнтом типових побутових операцій (навчальна ситуація).

Мета: оцінка ступеня самостійності, координації рухів та потреби в асистивних засобах під час діяльності.

ПІП клієнта (код): _____ Дата: _____

Вид діяльності (кейс): _____

(наприклад: приготування гарячого напою, користування смартфоном, догляд за одягом)

Критерії спостереження	**Оцінка (1-3 бали)**	**Примітки фахівця (опис дій)**
1. Розуміння алгоритму дії (Чи розуміє клієнт послідовність кроків?)		
2. Моторна вправність (Точність рухів, здатність утримувати предмети)		
3. Використання асистивних засобів (Чи вміє користуватися адаптованим приладдям?)		
4. Дотримання правил безпеки (Поводження з гарячою водою, електрикою тощо)		
5. Потреба у допомозі (Чи потребує вербальних підказок або фізичної підтримки?)		
6. Психоемоційний стан (Впевненість, тривожність, наполегливість при невдачах)		

Шкала оцінювання:

3 бали (Високий): Виконує дію самостійно, впевнено, без помилок.

2 бали (Середній): Виконує дію з незначними помилками або потребує вербальних підказок фахівця.

1 бал (Низький): Не може виконати дію без безпосередньої фізичної допомоги фахівця.

Загальний висновок: _____

Фахівець (дослідник): _____ /_____/

Додаток В

КАРТА
визначення індивідуальних потреб особи в наданні соціальної послуги соціальної адаптації

_____
_____
(повне найменування) (дата заповнення)

Основна проблема та причина звернення_____

І. Відомості про отримувача соціальної послуги
П.І.Б. _____
Стать □ чоловік □ жінка
Дата народження _____
Місце проживання, телефон _____
Досвід роботи, зайнятість _____
_____
_____
_____
Освіта _____
Професія_ _____
Стиль життя (інтереси, уподобання) _____
_____

ІІ. Соціальний статус
□ особа похилого віку
□ інвалід (вказати групу) _____
□ інший (вказати, який статус) _____

ІІІ. Сім'я та оточення
Сімейний стан
□ одружений (а) □ одинокий (а)
□ має рідних □ проживає самостійно
Наявність працездатних рідних
_____
_____
(П.І.Б., місце проживання)

IV. Соціальне функціонування
Можливості отримувача соціальної послуги (зі слів отримувача та/або його законного представника) _____
_____
Чи надається отримувачу соціальної послуги допомога _____
Якщо так, то хто надає _____
Чи є достатньою ця допомога
□ так □ ні
Користування громадським транспортом_____
Інше (вказати)_____
V. Стан здоров'я та функціонування
Фізичний стан здоров'я
Зі слів отримувача/його законних представників _____
_____

_____
За даними індивідуальної програми реабілітації та/або медичного висновку про здатність до самообслуговування та потребу в сторонній допомозі _____
_____
_____
Емоційно-психологічний стан з врахуванням ризиків (включно з оцінкою схильності до насильства чи створення ризику небезпеки для себе й інших, здатність вести самостійний спосіб життя) _____
_____Ме
дичні протипоказання для перебування в колективі
□ є
□ відсутні
Проблеми, що виникли в результаті захворювання
Рухові _____
Емоційно-вольові _____
Чуттєві _____
Когнітивні* (пізнавальні) _____
Взаєморозуміння в сім'ї та оточенні _____
Побутові умови проживання_____
Професійна та фінансова ситуація _____
Правова ситуація _____
Вміння користуватись технічними засобами реабілітації (за потреби) _____

VI. Потреби отримувача соціальної послуги
_____
_____
_____
_____
Потреби в наданні соціальної послуги
Зміст та обсяг послуги (необхідне відмітити)

□ допомога в аналізі життєвої ситуації, визначенні основних проблем, шляхів їх вирішення _____

□ залучення отримувача соціальної послуги до вирішення власних проблем, складання плану виходу зі складної життєвої ситуації та допомога у його реалізації_____

□ надання інформації з питань соціального захисту населення _____

□ представництво інтересів _____

□ надання психологічної допомоги _____

□ корекція психологічного стану та поведінки в повсякденному житті _____

□ навчання, формування та розвиток соціальних навичок, умінь, соціальної компетенції _____

□ участь в організації та діяльності груп самодопомоги _____

□ допомога у зміцненні/відновленні родинних та суспільно корисних зв'язків _____

□ участь в клубах за інтересами, клубах активного довголіття, університетах третього віку, допомога в організації денної зайнятості та дозвілля_____
_____

□ сприяння зайнятості_____

□ сприяння в ресоціалізації отримувачів соціальної послуги, які звільнилися з місць відбування покарання _____

□ забезпечення транспортом _____

□ сприяння в отриманні інших соціальних послуг і консультацій фахівців відповідно до виявлених потреб _____
Потреба в реабілітаційному обладнанні/допоміжних засобах
Назва обладнання/пристрою_____
Використовується _____
Потреба _____
Рекомендації_____
_____
Потреби в інших послугах _____
Огляд (обстеження) іншими фахівцями, їхні коментарі
_____
_____

Висновки_____
_____
_____
_____

Підпис фахівця,
що здійснював визначення індивідуальних потреб _____ _____
(прізвище, ініціали)

_____
Примітка. Карта індивідуальних потреб у наданні соціальної послуги заповнюється на підставі даних опитування, спостереження та аналізу документів (форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (за наявності)). За необхідності може доповнюватись інформацією відповідно до спеціалізації надавача соціальної послуги

_____
*До когнітивних процесів людської свідомості належать функції пам'яті, уваги, почуттів, подання інформації, логічного мислення, уяви, здатності до прийняття рішень