

# Системно-концептуальний підхід щодо соціально-професійної реабілітації інвалідів

Т. КІР'ЯН,

кандидат економічних наук

НДІ праці і зайнятості населення Міністерства праці та соціальної політики  
України і НАН України

м. Київ

І. ВЕРХОВОД

Мелітопольський державний педагогічний університет

**П**остановка проблеми та її актуальність. Побудова соціальної держави, що відбувається в нашій країні (ст. 1 Конституції України), потребує першочергового розв'язання проблеми подолання бідності та інтеграції в суспільство маргінальних верств населення. Серед останніх, на жаль, перебувають більшість інвалідів, у тому числі III та II груп, які за рекомендаціями медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) можуть працювати. Наші соціологічні дослідження свідчать про те, що понад 50% з них не тільки можуть, а й хочуть знайти робоче місце і стати до праці.

Проте, згідно з даними НДІ праці і зайнятості населення й нашими дослідженнями, частка інвалідів, зайнятих трудовою діяльністю, на кінець 2005 р. становила лише 14,5% чисельності тих, хто має рекомендації МСЕК до праці<sup>1</sup>.

Ця несприятлива картина спостерігається на тлі зростаючої уваги з боку держави та органів виконавчої влади до проблеми працевлаштування та гідної зайнятості інвалідів, удосконалення законодавства та економіко-правових механізмів щодо інтеграції інвалідів у суспільне життя. Причин такої ситуації багато, про що автори неодноразово повідомляли у своїх публікаціях<sup>2</sup>. Одна з причин полягає у повільній підготовці робочих місць для інвалідів. Друга – у відсутності системного підходу до соціально-професійної реабілітації інвалідів і, як наслідок, – неконкурентоспроможності, за деякими параметрами, робочої сили інвалідів на ринку праці.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблемі соціально-професійної реабілітації

інвалідів присвячено багато наукових досліджень і публікацій як зарубіжних, так і вітчизняних авторів. Серед них слід назвати К. Бондарчук, О. Вірич, М. Талан, М. Циганова, А. Шевцова<sup>3</sup>. Проте навіть у практиці провідних зарубіжних країн чітко означеної методології системного підходу у вигляді наукових постулатів або методик розв'язання проблеми працевлаштування та соціальної інтеграції інвалідів у суспільне життя немає. Пояснюється це, на наш погляд, тим, що в розвинутих країнах системне вирішення проблеми соціально-професійної реабілітації інвалідів уже забезпечується, по-перше, завдяки багаторічній практиці, що знайшло відображення в інституціональності нормативно-законодавчої бази, а по-друге – шляхом широкої благодійної діяльності комерційних структур та мережі громадських організацій, що діють на сталому економічному підґрунті. Тобто загальний системний підхід до соціально-професійної реабілітації інвалідів у світовій практиці існує. Проте за схожої сутності методологія реалізації системно-концептуального підходу залежить від соціально-економічних умов, притаманних певній країні на даному етапі її розвитку. Тому, незважаючи на високий рівень соціально-професійної реабілітації інвалідів в країнах ЄС, кожна з них досягла його своїм шляхом.

Перші спроби застосування системного наукового підходу для дослідження соціально-професійної реабілітації інвалідів у вітчизняній практиці було зроблено в Державній доповіді «Про становище інвалідів в Україні та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з

<sup>1</sup> «Шляхи удосконалення системи працевлаштування інвалідів» // Звіт про НДР (державний реєстраційний номер 0105U003916) / НДІ праці і зайнятості населення. – К., 2005. – 99 с.

<sup>2</sup>Верховод І. Інституціональний механізм створення робочих місць для осіб з особливими потребами // Наук. вісн. ОДЮ. – 2006. – № 4. – С. 266 – 274.

<sup>3</sup>Талан М. Здобутки та перспективи в сфері реабілітації та зайнятості інвалідів // Соц. захист. – 2006. – № 6. – С. 32 – 34; Цыганов М. Интеграция инвалидов в сферу занятости: опыт стран Евросоюза // Труд за рубежом. – 2003. – № 3.

особливими потребами» (2002 р.)<sup>4</sup>, у науково-дослідних роботах НДІ праці і зайнятості населення, що були проведені у 2002–2006 рр.<sup>5</sup>

Загальне поняття системності наведено серед інших у наукових працях Г. Галиця, Л. Колешні, Ю. Кулікова та ін.<sup>6</sup> У науково-дослідних роботах і публікаціях цих авторів обґрунтовано загальну методологію системності та її відображення у формуванні основних складових системи соціально-професійної реабілітації інвалідів як цілісної системи. Таке уявлення акцентує увагу на системно-компонентному аспекті системності, тобто на формуванні складу системи за її обов'язковими компонентами. Проте специфіка напряму дослідження вимагає вдосконалення його методології, зокрема повинна враховувати концептуальні засади системності. Свое відображення концептуальність знаходить передусім у цілепокладанні, яке має враховувати інституціональні зміни як у нормативно-законодавчій базі, так і в управлінні процесами соціально-професійної реабілітації інвалідів. Зокрема, потрібне посилення організаційно-управлінських складових для координації і взаємодії всіх учасників реабілітаційних процесів. Концептуальність має також ґрунтуватися на специфіці та стратегії розвитку України.

**Мета публікації** — обґрунтування необхідності оновленого методологічного підходу щодо соціально-професійної реабілітації інвалідів завдяки врахуванню й закріпленню в ньому системно-концептуальних положень.

**Виклад основного матеріалу.** За даними Держкомстату, в Україні на початку 1990-х рр. загальна чисельність інвалідів становила близько 3,0% усього населення, або 1,5 млн осіб. У 1995 р. загальна чисельність інвалідів становила 2 млн 322 тис. осіб, або 4,5% усього населення. У 2000–2005 рр. спостерігалася тенденція зростання частки дорослих інвалідів, які є економічно активною часткою цієї категорії населення, що за бажанням може бути залученою до сфери зайнятості, з 83,7 до 95,1%. У структурі загальної чисельності інвалідів у 2005 р. переважала II група; яка становила 47,6%, значну частку становила чисельність інвалідів III групи — 38,2%. На початок 2006 р. загальна чисельність інвалідів (включаючи дітей до 18 років) становила 2 млн 495,2 тис. осіб, тобто 5,3% усього населення. Інтеграція інвалідів у суспільство ускладнюється загальною тенденцією зростання інвалідності й збільшенням частки інвалідів праці в чисельності дорослих інвалідів (76,9% у 2005 р.). Збільшується частка інвалідів з дитинства. Динаміку трудової зайнятості інвалідів висвітлено в табл. 1.

Таблиця 1

*Зайняті трудовою діяльністю інваліди в Україні, 2000–2005 рр.*

Показник	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Чисельність дорослих інвалідів, тис. осіб	2175,2	2236,0	2260,7	2229,2	2247,5	2372,6
З них						
Зайнято трудовою діяльністю, тис. осіб	290,9	323,7	354,3	355,6	326,0	346,7
Частка інвалідів, зайнятих трудовою діяльністю, %	13,4	14,5	15,7	16,0	14,3	15,2
Чисельність зайнятого населення, тис. осіб	20 419,8	20 238,1	20 400,7	20 554,7	20 295,7	20 680,0
Питома вага зайнятих трудовою діяльністю інвалідів серед усього зайнятого населення, %	1,4	1,6	1,2	1,7	1,6	1,7

Дані таблиці свідчать про те, що проблема зайнятості інвалідів залишається гострою тому, що частка інвалідів, зайнятих трудовою діяльністю, у їх загальній чисельності, із незначними коливаннями, залишається низькою (за ретроспективний період не перевищила 16%). Однак фактично чисельність інвалідів набагато більша, ніж зареєстровано службами соціального захисту. Це пояс-

нюється насамперед недоліками у виявленні хворих, необґрунтованістю критеріїв визначення інвалідності стандартними МСЕК, додатковими матеріальними втратами при встановленні інвалідності, дуже незначними пільгами, що їх мають інваліди праці та загальної нозології захворювань. Тому, на нашу думку, очікувана найближчим часом лібералізація процедури встановлення інваліднос-

<sup>4</sup>Про становище інвалідів в Україні та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами: Державна доповідь М-ва праці України. – К., 2002. – 160 с.

<sup>5</sup>Шляхи удосконалення системи працевлаштування інвалідів // Звіт про НДР (державний реєстраційний номер 0105U003916) / НДІ праці і зайнятості населення. – К., 2005. – 99 с.; «Участь у розробці державної типової програми реабілітації інвалідів та формування програми розвитку системи реабілітації інвалідів» // Звіт про НДР (державний реєстраційний номер 0106U007414) / НДІ праці і зайнятості населення. – К., 2006. – 138 с.

<sup>6</sup>Галиць Г., Куліков Ю. Методологія системного наукового підходу щодо реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями // Україна: аспекти праці. – 2004. – № 1. – С. 29–34; Колешні Л., Тимошек Т. Шляхи соціальної інтеграції інвалідів у суспільне життя через упровадження організаційної моделі зайнятості // Україна: аспекти праці. – 2005. – № 7. – С. 14–21.

ті приведе до зростання частки інвалідів у загальній чисельності населення країни до 8 – 10%, що відповідає світовим нормам. Таке величезне зростання масштабів інвалідності відбудеться здебільшого за рахунок дорослих інвалідів праці III групи працездатного віку. Проблема їх працевлаштування ускладнюється тому, що ця категорія осіб – найбільш кваліфікована частка працівників з інвалідністю, що потребує створення особливих робочих місць.

Дослідницька робота авторів статті підтверджує апріорі висловлену думку про те, що розв'язання проблеми працевлаштування та гідної зайнятості інвалідів залежить насамперед від якісної соціально-професійної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями. Тому реалізація в Україні основних положень, закріплених у міжнародних нормативно-правових актах та вітчизняному законодавстві, має передбачати системно-концептуальний підхід до соціально-професійної реабілітації осіб, котрі втратили певні функції життєдіяльності. Такого висновку автори статті дійшли на підставі своїх попередніх публікацій та позитивних відгуків на них, а також за оцінками експертів – досвідчених практиків і соціальних працівників.

Нині в Україні процеси соціально-професійної реабілітації інвалідів спрямовані на здійснення їх у такому порядку, що матиме ознаки системності. Тому виникає питання: якою мірою чинна система соціально-професійної реабілітації відповідає атрибутам її цілісності та концептуальності.

У цьому сенсі важливо з'ясувати сутність поняття системності щодо реабілітації інвалідів. Система (від грец. *systema* – ціле, складене із частини) складається з елементів, які перебувають між собою у певних зв'язках й утворюють певну єдність, цілісність. Поняття системності свій розвиток починає від античної філософії (Евклід, Платон, Арістотель та ін.). Надалі античні уявлення про системність одержали розвиток в онтологічних концепціях XVII–XVIII ст., зокрема Б. Спінози та Г. Лейбніца, які прагнули до наукової, а не теологічної інтерпретації системності. У центрі філософської системи Б. Спінози – концепція „вільної людини” незалежно від її походження й місця в суспільстві. Він вважав можливим системне, гармонійне поєднання егоїстичних інтересів особи з інтересами всього суспільства. Г. Лейбніц писав про природні здібності кожної людини до систематизації знань. Розвиваючи вчення про системність, Г. Гегель важливішу роль у системному аналізі відводив процесу праці, діалектичний розвиток якої він вважав основною умовою становлення людини як особистості, фактором виявлення властивостей системності трудового процесу. Звідси випливає, що вже в той далекий

час „системники” вважали здібності будь-якої людини до праці метою функціонування, а не тільки засобом удосконалення соціально-економічної системи.

Отже, поняття системності за своєю сутністю є загальноконцептуальним і визначає конституцію системи, її зміст й особливості. Цей висновок безпосередньо стосується й соціально-професійної реабілітації інвалідів, яка первинно має ознаки системності. Тому соціально-професійна реабілітація інвалідів, якщо розуміти її як цілісну систему, повинна мати такі загальні атрибути (ознаки) цілісності.

1. Цілепокладання, або цільова функція, та обумовлений нею атрибут інтегративності, за своєю сутністю, несе в собі концептуальне навантаження. Тобто атрибут системно-інтегративних властивостей є водночас ознакою концептуальності системи. Це виявляється в можливості надання системою особі з обмеженими можливостями необхідного рівня кваліфікації (знань і навичок потрібного професійного профілю), що дозволяє їй бути конкурентоспроможною на ринку праці. Цей специфічний атрибут як ознака цілісності є головним, заради чого вдосконалюється чинний порядок чи система, що забезпечує її цілісність, тому що він відображає кінцевий результат і основне призначення цільової функції. Наявність ознаки інтегративності системи обумовлює можливість одержання так званого синергетичного (емерджентного) ефекту, який передбачає, що результат спільного функціонування всіх компонентів системи є більшим за суму результатів їхньої діяльності, характеризуючи тим самим зростання якостей системи реабілітації. Кінцевим результатом цілепокладання є інтеграція інвалідів у суспільство завдяки працевлаштуванню й гідній зайнятості.

2. Системно-компонентний атрибут характеризує склад системи, а його аналіз відповідає на питання про достатність складу системи за її компонентами (елементами або підсистемами). Невід'ємними складовими цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів мають бути такі підсистеми: реабілітаційна індустрія, рання медична, соціальна та допрофесійна реабілітація дітей-інвалідів, психологічна підтримка та професійна орієнтація, професійна підготовка, працевлаштування та зайнятість, моніторинг й інформаційне забезпечення всіх підсистем.

3. Структурно-функціональний атрибут визначає внутрішню організацію системи, виконання нею централізованої функції стосовно складових компонентів системи. Внутрішня організація обумовлює стійкість системи, її рівноважний стан завдяки регульованості, чіткому визначенню сукуп-

них об'єкта і суб'єкта управління реабілітацією інвалідів.

4. Атрибут комунікативності встановлює порядок зовнішніх стосовно цілісної системи зв'язків, необхідність застосування моніторингу інвалідів та інвалідності, їх працевлаштування й зайнятості.

Тож у контексті системності в цій статті апіорі припускається, що процес соціально-професійної реабілітації інвалідів в Україні являє собою певну систему, створену природним шляхом. Ця система формувалась упродовж певного часу під впливом об'єктивних закономірностей розвитку суспільних відносин та впливом з боку держави через законодавчі важелі. Нині на її розвиток істотно впливає ринково-конкурентне середовище. Тобто, аналізуючи в методологічному сенсі чинний порядок соціально-професійної реабілітації інвалідів в Україні, вважатимемо його об'єктивно усталеною системою, що сформована і може бути в подальшому перекоструйована в цілісну систему завдяки конститутивним принципам системності, які відповідають названим атрибутам (ознакам) цілісності.

Виходячи зі сформульованого поняття системності, визначимо її конститутивні принципи та розглянемо їх виявлення в методології та практиці здійснення окремих етапів реабілітаційного процесу, як обов'язкових компонентів цілісної системи, тобто її підсистем або складових блоків.

Щоб визначити принципи, які формують конституцію системи реабілітації інвалідів як цілісну систему, необхідно проаналізувати її насамперед на наявність раніше сформованих обов'язкових атрибутів системності. Перш за все це стосується цільової функції, або, як прийнято у системному аналізі, цілепокладання. Призначенням цілепокладання в цій системі є підготовка конкурентоспроможних на ринку праці інвалідів, які можуть конкурувати зі здоровими особами. Тобто цілепокладання та централізована інтегральна функція процесу реабілітації стосовно її складових компонентів є ідентичними, оскільки їх призначення полягає у спрямуванні дій усєї системи на здобуття нею інтегративних властивостей, а саме такої якості системи, коли вона спроможна підготувати фахівця, котрий відповідає вимогам ринково-конкурентного середовища. Одержати таку інтегративну якість можливо лише в умовах погодженої дії всіх компонентів, якими є окремі етапи реабілітаційного процесу, тобто спрямування діяльності всіх структур незалежно від відомчої підпорядкованості на виконання цієї мети.

Звідси постає питання про необхідність розробки цілеспрямованої Єдиної концепції професійної реабілітації інвалідів, яка б чітко визначала вимо-

ги до побудови і реалізації цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів в Україні. Практика організації реабілітаційного процесу свідчить про те, що такої концепції немає. Нині окремі етапи реабілітації інвалідів здійснюються згідно з окремими концептуальними положеннями, які відповідають специфіці певного етапу реабілітації: медичного, соціального, педагогічного, професійно-трудового тощо. Як першу спробу створення єдиної реабілітаційної системи слід розглядати Концепцію ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, затверджену Постановою Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2000 р. №1545<sup>7</sup>. Однак впровадження цієї Концепції лише частково вирішує проблему цілісної соціально-професійної реабілітації інвалідів.

Ураховуючи те, що соціально-професійний реабілітаційний процес за своєю сутністю належить до концептуальних систем, принцип концептуальності має бути покладено в основу формування (чи конструювання), функціонування та подальшого розвитку. При цьому вплив принципу концептуальності є вирішальним у формулюванні та реалізації всіх інших принципів. Дотримання принципу концептуальності має забезпечуватися Концепцією комплексної соціально-професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я, яка має ґрунтуватися як на міжнародних нормах, так і нормах законодавства України (перш за все – на Конвенції МОП № 159 “Про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів” (1983) та супровідних Рекомендаціях МОП № 168 щодо їх професійної реабілітації та працевлаштування (1983)). Крім того, Концепція має ураховувати Концепцію ООН і норми законодавства України щодо соціального захисту, реабілітації, працевлаштування та зайнятості інвалідів.

Характерними її рисами та особливостями мають бути врахування стану соціально-економічної системи, ранній початок здійснення реабілітаційних заходів, безперервність і постадійність реабілітаційного процесу, можливість одержання особою інтегративних якостей, що обумовлюють її конкурентоспроможність на ринку праці, та передумови всебічної інтеграції в суспільство. Це передбачає здобуття інвалідом достатніх знань і навичок, що забезпечать необхідні професію та рівень кваліфікації; використання індивідуального підходу до визначення характеру і спрямованості реабілітаційних заходів; якісну багатоступеневу профорієнтаційну роботу, забезпечення комплексного характеру реабілітаційних і освітніх програм з урахуванням їх медичних, педагогічних, психологічних, психотерапевтичних, соціально-побуто-

<sup>7</sup>Постанова Кабінету Міністрів України від 7 грудня 2000 р. № 1545 „Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів”.

вих, професійно-технічних і освітніх аспектів; координацію роботи спеціалістів різного профілю (лікарів різних фахів, педагогів, психологів і психотерапевтів, логопедів, соціальних працівників, реабілітологів, спеціалістів із профорієнтації, вчителів і педагогів різних спеціальностей); спрямування навчально-реабілітаційного процесу на одержання інвалідом здатності адаптуватися до ринкових перетворень, формування відкритості, здатності до саморозвитку. Ця Концепція має сприяти формуванню цілісної системи навчально-реабілітаційного процесу з урахуванням особистісних якостей інваліда, із забезпеченням щільної взаємодії всіх партнерів по реабілітації.

Крім зазначених раніше особливостей виявлення принципу концептуальності, його реалізація потребує від менеджерів урахування суб'єктивних аспектів системи, отримання диференційованого кінцевого результату, який обумовлений індивідуальними можливостями кожного інваліда. Досягнення системою реабілітації й самим інвалідом інтегративних властивостей обумовлює набуття ним інноваційних якостей у своїй професії тією мірою, що дозволяє інвалідові бути конкурентоспроможним у ринково-конкурентному середовищі. Не менш важливою інтегративною властивістю системи є забезпечення врегульованості процесів працевлаштування й гідної зайнятості інвалідів шляхом становлення норм і правил поведінки роботодавців, що дозволяє забезпечити інвалідові відповідну винагороду (насамперед матеріальну) за працю відповідного рівня кваліфікації. Тут порушується питання не про ефективну, а про гідну зайнятість, ураховуючи можливі обмеження у сфері праці інваліда з приводу його захворювання та рекомендацій МСЕК.

Наявність повного складу системи, що забезпечує одержання інтегративної її якості, визначає дотримання системно-компонентного принципу, або принципу єдності компонентів системи. Додержання цього принципу означає наявність передумов для ефективного функціонування системи. Принцип системної компонентності не виключає, а, навпаки, припускає поділ компонентів на окремі елементи. Так, психологічна підтримка як компонент системи охоплює психологічні профілактику, консультування, корекцію. Професійна орієнтація складається з професійних інформації, консультування, добору, відбору, а також професійної адаптації.

Специфіка вияву системно-компонентного принципу (єдності компонентів) визначає той необхідний склад системи, коли відсутність принаймні одного з компонентів не дозволяє досягнути вищих якостей. Цей принцип тісно пов'язаний із принципом ієрархічності цілісної системи, тому що саме вони в сукупності визначають її структу-

ру, об'єкти та суб'єкти управління. Аналізуючи дотримання принципу ієрархічності в реабілітаційному процесі, необхідно враховувати особливості й специфіку цілісної системи, які, з погляду кінцевого результату, полягають в її орієнтації на забезпечення гідної зайнятості та соціальної інтеграції інвалідів у суспільство.

Цілісна система щодо компонентів має виконувати централізовану (інтегральну) функцію управління. Додержання принципу ієрархічності визначає внутрішню організацію системи та її врегульованість. Цей принцип пов'язаний із системно-структурним атрибутом. Саме внутрішня організація цілісної системи забезпечує стійкість, врегульованість, тобто її управлінність. Отже, додержання принципу ієрархічності потребує визначення об'єкта і суб'єкта управління, створення єдиного органу управління (координації). Об'єктами управління в цій системі виступають у сукупності всі її основні компоненти, як підсистеми чи сукупний об'єкт управління цілісної системи реабілітації. Центральне місце в цій системі відведено інвалідові з його особистісними якостями та властивостями. Суб'єкти управління представлені сукупністю різновідомчих органів різного рівня управління. До них належать структури міністерств і відомств, підрозділи державних адміністрацій, зайняті на всіх етапах реабілітаційного процесу, у тому числі відповідальні за працевлаштування. Принцип ієрархічності, як конститутивний принцип формування цілісної системи, потребує додержання внутрішніх взаємозв'язків між суб'єктами і об'єктами управління. Тобто в сукупності інтегральна функція, що її виконує суб'єкт управління щодо об'єктів управління, яким є соціально-професійний реабілітаційний процес і його основні компоненти, забезпечує рівноважний стан системи шляхом застосування форм і методів, які відповідають регулятивним принципам.

За відсутності єдиного органу управління, що характерно для системи реабілітації інвалідів, виникає потреба в міжвідомчій координації взаємодії різновідомчих структур, кожна з яких виконує свій специфічний етап реабілітації. Тобто постає питання про необхідність реалізації принципу міжвідомчої координації та взаємодії всіх учасників реабілітаційного процесу через створення Міжвідомчої координаційної ради з питань соціально-професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Зразком для цього може бути Міжвідомча координаційна рада з питань соціально-професійної реабілітації дітей-інвалідів, яка нині функціонує по всій вертикалі влади, починаючи з Кабінету Міністрів України. Створення такого міжвідомчого органу за належного функціонування медичної, соціаль-

ної та професійної складових реабілітації дає підставу для формування цілісності реабілітаційної системи інвалідів в Україні, проведення цілеспрямованої загальнодержавної політики, запровадження новітніх реабілітаційних методик із залученням необхідних фінансових джерел. Тобто постає питання про створення на підставі Міжвідомчої координаційної ради з питань соціально-професійної реабілітації дітей-інвалідів єдиного міжвідомчого координаційного органу з питань соціально-професійної реабілітації.

З пропозиціями щодо створення такого органу неодноразово виступали автори статті. Більше того, в деяких регіонах з'явилися такі ради.

Багатовимірність об'єктів і суб'єктів управління потребує їх ретельнішого розгляду. Об'єктами управління в управлінській підсистемі є власне етапи реабілітації, тобто складні управлінські компоненти реабілітаційного процесу. Схематично, як сукупний об'єкт управління, у вигляді окремих етапів реабілітації інвалідів їх подано на рис. 1.

Склад компонентів					
1	2	3	4	5	6
Загальна реабілітаційна індустрія (виробництво приладів, технічних засобів, оргтехніки, спецобладнання тощо)	Рання медична, соціальна та допрофесійна реабілітація дітей-інвалідів: медико-соціальна реабілітація, соціально-педагогічний супровід	Психологічна підтримка та професійна орієнтація: психологічні профілактика, консультування, корекція; професійні інформація консультування, добір, відбір, професійна (фахова) і соціально-психологічна та психофізіологічна адаптація	Професійна підготовка: професійне та фахове навчання, перепідготовка й підвищення кваліфікації	Працевлаштування та зайнятість згідно зі здібностями особи, мотивами та стимулами до праці з боку як інваліда, так і роботодавця	Моніторинг та інформаційне забезпечення всіх підсистем

Рис. 1. Компонентний склад цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів

Суб'єкт управління як керуюча підсистема цілісної системи реабілітації інвалідів являє собою сукупність різновідомчих та різного рівня органів управління, починаючи з Кабінету Міністрів України. До органів управління належать Міністерство праці та соціальної політики, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство освіти і науки України, інші міністерства, департаменти та відомства, Державний центр зайнятості, Фонд захисту інвалідів, державні адміністрації всіх рівнів управління та їхні структури. Ця дуже складна ситуація з багатовідомчими структурами управління процесами реабілітації інвалідів є, на наш погляд, головним чинником неврегульованості досліджуваної системи, аумовлює порушення окремих атрибутів її системності.

Викладене дає змогу розробити структурно-функціональну схему цілісної системи життєзабезпечення інвалідів шляхом їх соціально-професійної реабілітації та розширення зайнятості, яка показана на рис. 2.

На цій схемі більш наочно розглядається власне структура, прямі та зворотні зв'язки, підсистема, що управляє, та підсистема, якою управляють. Ця схема рекомендується для її реалізації у практиці реабілітаційного процесу. При цьому необхідно враховувати подвійний

характер такої специфічної цілісності системи: з одного боку, людина зі своїми особистісними якостями, а з іншого – усі надбудовані елементи, які виступають у ролі органів управління. Тобто у всій цілісній системі інвалід як особистість посідає центральне місце, що потребує вивчення не тільки факторів, які зовнішньо (стосовно інваліда) впливають на кінцевий результат, а насамперед внутрішніх факторів, пов'язаних з особливостями кожного інваліда як особистості. Отже, одержання бажаного кінцевого результату – високої конкурентоспроможності, як обов'язкової передумови гідної зайнятості інваліда, потребує вивчення схеми взаємодії мотивів і стимулів до праці, що формуються в межах взаємин між інвалідом та роботодавцем. Тільки поєднання інтересів інваліда та роботодавця, забезпечення таких стимулів до праці (зовнішніх), що формують у інваліда мотиви до праці (внутрішні), зроблять цілісну систему дієздатною.

Побудова цілісної системи завершується додержанням комунікативного принципу її формування. Дотримання цього принципу передбачає встановлення відповідних зворотних і зовнішніх зв'язків, що вимагає створення підсистеми інформаційного забезпечення процесу реабілітації інвалідів

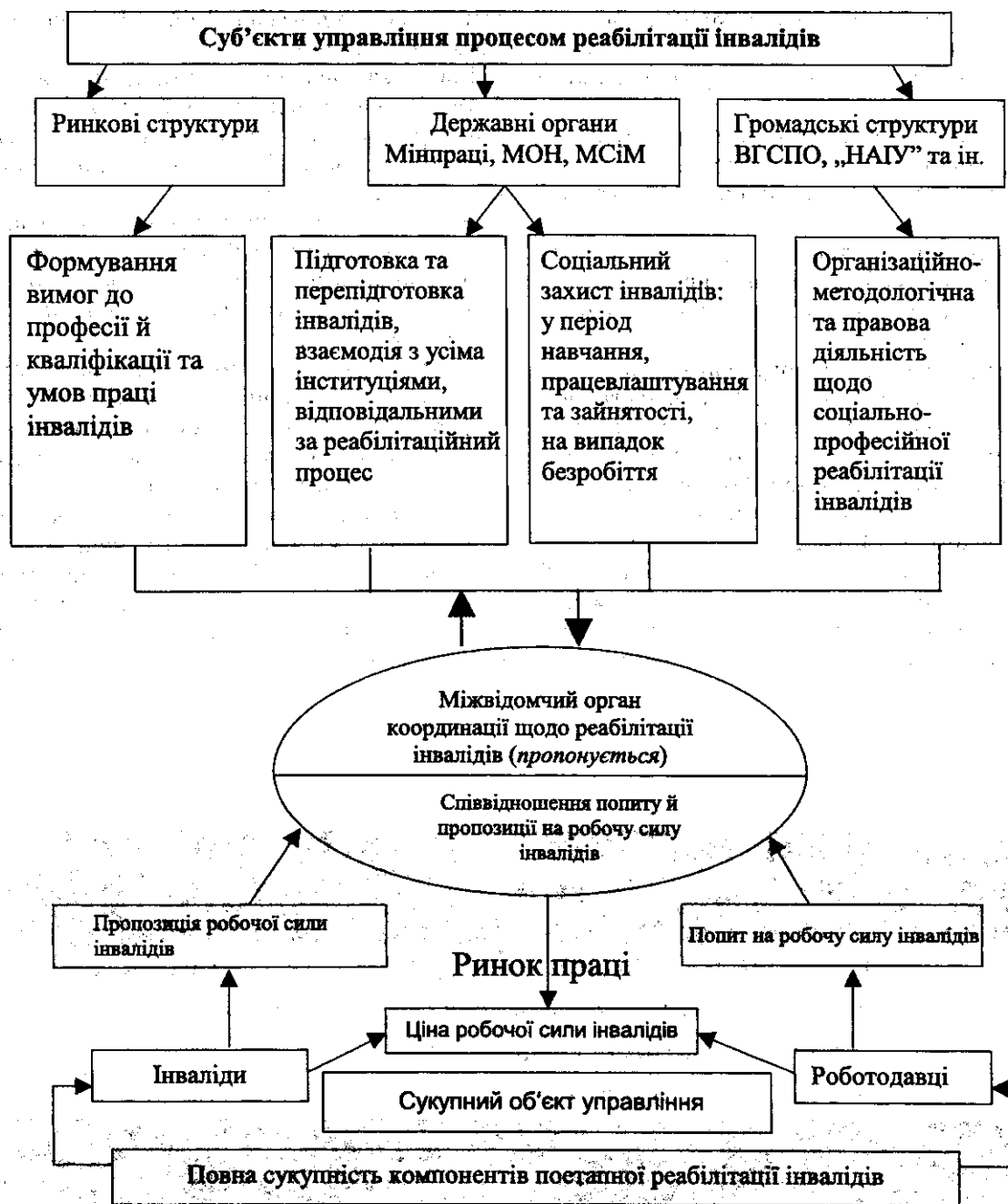


Рис. 2. Структурно-функціональна схема цілісної системи реабілітації інвалідів

шляхом формування механізму моніторингу та банку даних стосовно стану інвалідності, ступеня вирішення проблем, притаманних кінцевому етапу реабілітації (щодо робочих місць і зайнятості інвалідів). З цього приводу складовою частиною інтегральної функції, у зміст якої закладена концептуальна ідея підготовки конкурентоспроможних працівників в особі інвалідів, стає спостереження, контроль та аналіз діючого реабілітаційного процесу, коригування його невідповідності встановленим нормам. Тобто успішність здійснення інтегральної функції стає можливою за належного мо-

ніторингу, який, на жаль, перебуває на початковому етапі розвитку. Такий моніторинг необхідно тлумачити як основу єдиного супроводу в реабілітаційному процесі.

Отже, цілісна система реабілітації інвалідів є багатофункціональною, охоплюючи не тільки власне соціально-професійні процеси, а й соціальний захист інвалідів завдяки їх працевлаштуванню та гідній зайнятості.

Ефективність цілісної системи реабілітації залежить також від дотримання таких регулятивних принципів:

- додержання рекомендацій МСЕК, ефективність психологічної підтримки та профорієнтації;
- раннього початку здійснення реабілітаційних заходів;
- комплексності реабілітаційних програм;
- врахування особистості інваліда та індивідуального підходу до реабілітаційних заходів стосовно нього;
- поетапності, послідовності, постійності та безперервності в реабілітаційному процесі;
- науковості та використання правил і стандартів реабілітації.

Наприклад, найбільші порушення пов'язані з недотриманням поетапності, послідовності, постійності та безперервності в сукупному реабілітаційному процесі. Так, у більшості державних комплексів ранньої соціально-професійної реабілітації дітей-інвалідів набувають професійних навичок особи віком до 14 років. Після закінчення таких реабілітаційних закладів особи у віці 14–20 років перебувають дома, не працюючи і не маючи планів на подальше навчання й трудову інтеграцію в суспільне життя. Як наслідок, порушується ці-

лісність системи реабілітації, а про синергетичний ефект не може бути й мови.

**Висновки.** Виходячи з викладеного, можна зробити висновки про доцільність і можливість реалізації системно-концептуального методологічного підходу у практичній діяльності соціальних працівників. Цьому сприяє:

- по-перше, наявність необхідної законодавчої бази, досвіду роботи в цій сфері та наукових кадрів і працівників з досвідом практичної роботи;
- по-друге, позитивна тенденція економічного зростання в Україні;
- по-третє, зростання зацікавленості всіх суб'єктів реабілітаційного процесу і безпосередня робота, яку проводять Кабінет Міністрів України, Міністерство праці та соціальної політики України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки, Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, інші відомства та державні адміністрації всіх рівнів управління;
- по-четверте, розширення кола громадських організацій інвалідів, їхня активна участь у суспільному житті.

## ***НДІ праці і зайнятості населення Міністерства праці та соціальної політики України і НАН України***

**запрошує інвалідів на постійну роботу на такі посади:**

- ◆ *головний науковий співробітник (доктор наук);*
- ◆ *старший науковий співробітник;*
- ◆ *науковий співробітник.*

*Звертатись за адресою: м. Київ, вул. І. Франка, 15, 4-й поверх, відділ кадрів  
Контактний телефон: 231-03-97*