

УДК 316.4.063.3-053.6-056.24/26

DOI DOI <https://doi.org/10.24919/2308-4863/34-1-43>**Тетяна МАРТИНЮК,***orcid.org/0000-0002-9288-8179*

кандидат педагогічних наук,

доцент кафедри соціальної роботи та педагогіки вищої школи

Волинського національного університету імені Лесі Українки

(Луцьк, Україна)

Ірина БРУШНЕВСЬКА,*orcid.org/0000-0002-3381-6490*

кандидат педагогічних наук,

старший викладач кафедри спеціальної та інклюзивної освіти

Волинського національного університету імені Лесі Українки

(Луцьк, Україна)

ДОСЛІДЖЕННЯ АКТУАЛЬНОГО СТАНУ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ ЗАСОБАМИ СОЦІОКУЛЬТУРНОЇ АНІМАЦІЇ

У публікації автори, здійснюючи дослідження актуального стану соціальної інтеграції молоді з інвалідністю, наголошують на необхідності врахування біологічного аспекту, який визначається віковими характеристиками молоді з інвалідністю, наявністю певних хворобливих станів чи порушень розвитку у фізичній, психічній, інтелектуальній або сенсорній сфері функціонування організму тощо та функціональними обмеженнями життєдіяльності. Також авторами у дослідженні враховується психологічний аспект, оскільки значущими характеристиками молоді з інвалідністю є її специфічний соціально-психологічний склад, а також персональні обмеження життєдіяльності, зумовлені ставленням до себе чи свого діагнозу. Останнім важливим для дослідження аспектом визначається соціальний, адже соціальне становище та винятково вразливий соціальний статус молоді з інвалідністю зумовлені не лише її типовими особливостями як соціальної групи загалом, але й наявністю додаткових соціально-середовищних обмежень життєдіяльності, зумовлених інвалідністю.

Представлені авторами результати дослідження спираються на поділ учасників за трьома ступенями обмеження життєдіяльності: помірно виражене, виражене, значне, які загалом між собою відрізняються залежно від ступеня втрати здоров'я молоді людини та обсягу її потреб у постійному сторонньому догляді, допомозі або нагляді.

Представляючи результати констатувального дослідження автори спираються саме на біопсихосоціальний підхід, що дозволить комплексно підійти до розв'язання поставленої проблеми, уникнути тієї незбалансованості, що виникає за надання переваги медичній чи соціальній моделі інвалідності, та забезпечити потребу молодих людей з інвалідністю в соціальній допомозі, підтримці та захисті у процесі взаємодії із середовищем.

Ключові слова: констатувальне дослідження, молодь з інвалідністю, біопсихосоціальний підхід, моделі інвалідності, соціальна інтеграція.

Tetiana MARTYNIUK,*orcid.org/0000-0002-9288-8179*

Candidate of Pedagogical Sciences,

Senior Lecturer at the Department of Social Pedagogy

and Pedagogy of Higher School

of the Lesya Ukrainka Volyn National University

(Lutsk, Ukraine)

Iryna BRUSHNEVSKA,*orcid.org/0000-0002-3381-6490*

Candidate of Pedagogical Sciences,

Assistant Professor at the Department of Special and Inclusive Education

of the Lesya Ukrainka Volyn National University

(Lutsk, Ukraine)

RESEARCH OF THE CURRENT STATE OF SOCIAL INTEGRATION OF YOUNG PEOPLE WITH DISABILITIES IN MODERN UKRAINE BY MEANS OF SOCIO-CULTURAL ANIMATION

The authors, emphasizes the need to take into account the biological aspect, which is determined by age characteristics of young people with disabilities, studying the current state of social integration of young people with disabilities, in the

publication, the presence of certain diseases or developmental disorders in the physical, mental, intellectual or sensory sphere, restrictions on life. The authors also takes into account the psychological aspect of the study, as significant characteristics of young people with disabilities are its specific socio-psychological composition, as well as personal limitations of life, due to the attitude to themselves or their diagnosis. The last important aspect of the study is social, because the social status and extremely vulnerable social status of young people with disabilities are due not only to its typical features as a social group in general, but also the presence of additional socio-environmental restrictions due to disability.

The results of the study presented by the authors examine the divided participants for three degrees of disability: moderate, severe, significant, which generally depend on the degree of loss of health of young people and meeting their needs for a sustainable future, help and supervision

Presenting the results of the statement, authors determines a biopsychosocial approach that will take a comprehensive approach to solving the problem, avoid the imbalance that arises from the preference of medical or social model of disability, and meet the needs of young people with disabilities in social assistance, support and protection in the process of interaction with the environment.

Key words: ascertaining research, youth with disabilities, biopsychosocial approach, models of disability, social integration.

Постановка проблеми. Проблема дослідження актуального стану соціальної інтеграції молоді з інвалідністю на сучасному етапі розвитку суспільства є однією з найактуальніших. Саме молодь з інвалідністю є тією віковою та соціальною категорією, яка, будучи рушієм суспільного розвитку, наразі є однією із найбільш вразливих категорій населення та потребує допомоги в соціальному становленні, зокрема підтримки в напрямі соціальної інтеграції в сучасне соціальне середовище.

Обмеження життєдіяльності мають три аспекти: а) функціональний (втрата чи аномалія психічних, інтелектуальних, сенсорних або фізичних функцій, елементів анатомічної структури зумовлює утруднення певної діяльності), б) персональний (постійне (свідоме чи неусвідомлене) обмеження свободи вибору та самореалізації з огляду на свою інвалідність зумовлює стійку соціальну дезадаптацію) та в) соціально-середовищний (акценти на нездатності або неможливості здійснювати ту чи іншу діяльність у певний спосіб або в певних рамках, які вважаються нормальними, ставлять індивіда в несприятливе становище, а навколишнє середовище з бар'єрами та без полегшуючих умов обмежує його здатність до певних дій чи видів життєдіяльності). Тобто у двох індивідів з однаковими захворюваннями можуть бути різні рівні функціональних чи персональних обмежень, а два індивіди з однаковим рівнем функціональних обмежень можуть мати не однакову здатність до спілкування, самообслуговування тощо з огляду на умови, в яких вони здійснюють діяльність.

Відповідно, розглядаючи молодь з інвалідністю як об'єкт та суб'єкт соціальної роботи, потрібно враховувати: біологічний аспект, який визначається віковими характеристиками молоді з інвалідністю (14 до 35 років), мірою втрати нею здоров'я (наявності певних хворобливих станів чи порушень розвитку у фізичній, психічній,

інтелектуальній або сенсорній сфері функціонування організму тощо) та зумовленими нею функціональними обмеженнями життєдіяльності; психологічний аспект, оскільки значущими характеристиками молоді з інвалідністю є її специфічний соціально-психологічний склад (поступове досягнення загальносоматичної і статевої зрілості як індивіда, розумової зрілості як суб'єкта пізнання, особистісної зрілості як громадянина, трудової зрілості як суб'єкта праці), а також персональні обмеження життєдіяльності, зумовлені ставленням до себе чи свого діагнозу; соціальний аспект, адже соціальне становище та винятково вразливий соціальний статус молоді з інвалідністю зумовлені не лише її типовими особливостями як соціальної групи загалом (неповна і повна цивільна правоздатність, вивчення, апробація та розширення можливостей для здобуття життєвого досвіду тощо), але й наявністю додаткових соціально-середовищних обмежень життєдіяльності, зумовлених інвалідністю [3].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. З аналізу психолого-педагогічних та соціально-педагогічних джерел ми можемо констатувати, що порушена проблема не нова в науці. Зокрема, різною мірою дослідженні психологічні особливості осіб з інвалідністю (В.С. Бакулін, І.Б. Грецька, В.В. Петрова, В.Й. Бочелюк, Н.А. Соловійова, А.В. Турубарова, Д.Р. Фальво і Б.Е. Холлан та ін.).

Низка досліджень, у тому числі дисертаційних, присвячені проблемам соціальної адаптації та інтеграції з урахуванням конкретних порушень та обмежень особи – загалом функціональних (Н.О. Мирошніченко, Ю.В. Никоненко, Х. Сандерсон та С. Франклін, В.С. Церклевич та ін.), сенсорних (Д. Брінклі, І.П. Волкова, Т.В. Клімова, Є.А. Клопота, Х. Мейсон і С. МакКолл, Ш. Сакс, Л.Д. Хода, Г.А. Яковлева та ін.), фізичних (Л. Адді, Г. Діксон, В.Г. Бондаренко, С.А. Бондаренко та ін., Ю.І. Волчелюк, Дж. Вінг, Р. Грайсон та ін., О.П. Глоба, Ю.О. Долинний, Г.В. Дре-

мова, І.В. Липко та Т.Г. Пулінець, О.В. Романенко, М. Стантон, А.В. Турубарова та ін.), ментальних (А.Ю. Воробець, А.М. Висоцька, І.В. Гладченко, М.О. Супрун, Б. Ингамелс і К. Моріссей, Е. Морлінг, Л.Р. Міфтахова, Р. Перкінс і Дж. Реппер, І.В. Татьянчикова та ін.) тощо.

Метою статті є представити результати дослідження актуального стану соціальної інтеграції молоді з інвалідністю в сучасній Україні засобами соціокультурної анімації на основі біопсихосоціального підходу.

Виклад основного матеріалу. «У кожної людини є особистий контекст – її «особистість» та її досвід, установки, очікування і т. д. – і часовий контекст – її етап у житті та етап у хворобі» – підкреслюють Д.Т. Вейд та П.В. Халліган [5, с.998]. У процесі дослідження стану соціальної інтеграції молоді з інвалідністю одним із базових підходів, якого ми дотримуємося, є біопсихосоціальний. Тобто прихильники цього підходу радять не переоцінювати тілесні прояви, а саме комплексно підійти до явища інвалідності. Окрім того, в руслі біопсихосоціального підходу при оцінці інвалідності важливо не тільки визначити ступінь розладу, відхилення функцій організму і структур тіла, але й здатність людини здійснювати діяльність і брати участь у повсякденному житті, бути функціональною. З огляду на це ми будували методологію і методику дослідження, зокрема формували і вибірку для проведення дослідження.

Б.Дж. Леман, Д.М. Давид, Дж.А. Грубер, прихильники біопсихосоціальної моделі здоров'я, вказують, що «біологічна динаміка фіксує фізичні елементи організму, які впливають і визначають здоров'я» [4, с.3]. Отже, «біо» (хвороба) є важливою і рівною частиною моделі здоров'я та хвороби і вимагає урахування інвалідності молодих людей, особливостей порушення їхнього здоров'я. Ми у цьому питанні спиралися передусім на наявні функціональні обмеження (пункт 2.1 «Інструкції про встановлення груп інвалідності»)[1], а також говорили про три ступені обмеження життєдіяльності: помірно виражене, виражене, значне, які загалом між собою будуть відрізнятися залежно від ступеня втрати здоров'я молоді людини та обсягу її потреб у постійному сторонньому догляді, допомозі або нагляді (пункт 2.2 згаданого документу). Поділ за цим принципом вважаємо первинним, оскільки він дозволяє визначити три групи з урахуванням того, наскільки об'єктивно (адже ми здебільшого особисто не знаємо учасників експерименту) інвалідність дозволяє / не дозволяє молодим людям брати участь у суспільному житті, долучатися до різних сфер життєдіяльності.

Загальна кількість охоплених дослідженням молодих людей з інвалідністю – 780 осіб. Загалом помірно виражене обмеження життєдіяльності мало місце у 53,46% учасників експерименту, виражене – у 36,54% учасників експерименту, значне – у 10% учасників експерименту.

Констатувальний етап дослідження тривав упродовж вересня-грудня 2018 року. До експериментальної роботи були залучені молоді люди з інвалідністю на добровільній основі, хоча й не всі достатньо вмотивовані.

Перелік діагностичних методик нами комплексно представлено у методичних рекомендаціях [2]. Опитування проводилося індивідуально або ж невеликими підгрупами до 5-7 осіб на базі навчальних закладів та соціальних служб, в окремих випадках – вдома, особливо під час роботи з групою молодих людей зі значним ступенем ОЖ. Діагностика охопила передусім саму молодь, а також їх батьків/опікунів, вихователів, вчителів, працівників служб, зокрема в тих випадках, коли потрібно було здійснити експертну оцінку залученості та участі молодих людей в анімаційній діяльності.

Констатувальний етап дослідження проводився на базі: закладів загальної середньої освіти; навчально-реабілітаційних центрів і спеціальних шкіл: закладів професійно-технічної освіти (в тому числі за направленням центру зайнятості); закладів вищої освіти; спеціальних підприємств. Також до допомоги залучалися фахівці служб, центрів і організацій, які працюють з людьми з інвалідністю.

Вказані співвідношення за видом порушення функцій представлені у табл. 1.

Розподіл учасників дослідження за частотою видів порушення функцій організму характеризувався таким співвідношенням: ППФ – порушення психічних функцій – 6,54% (ЗПР, епілепсія, синдром Дауна тощо); СДФ – порушення статодинамічних функцій (наслідки ДЦП, а також травм) – 17,69%; ПФО – порушення функцій органів, зокрема дихання, травлення тощо (так звані загальні захворювання, як от, важка форма бронхіальної астми, цукровий діабет, хронічна ниркова недостатність тощо) – 19,87%; порушення сенсорних функцій (передусім, зору – ПЗ і слуху – ПС) – 20,26%; МП – мовні порушення (здебільшого, заїкання, дислексія, порушення вимови) – 8,97%; ПВС – порушення, які викликають спотворення (як от, порушення форми тулуба і розмірів голови, шрами після опіків тощо, відсутність кінцівки, нирки) – 16,67%. Деякі з учасників дослідження мали комплексні порушення, як от, порушення функцій мовлення в результаті ДЦП. У цьому випадку ми орієнтувалися на те,

який вид порушення є не лише первинним, але й домінуючим, тобто, які при ДЦП найбільше порушені функції – мовлення чи статодинамічні, адже саме вони будуть зумовлювати певний ступінь обмеження життєдіяльності. Про комплексне порушення ми говорили лише щодо групи осіб зі значним ОЖ – це 10% осіб.

Додатковою ознакою було те, чи є порушення функцій вродженим, чи набутим, адже, в другому випадку життєва ситуація сприймається більш песимістично. Тут відсотковий розподіл був такий – 63,72% (497 осіб) та 36,28% (283 особа) відповідно.

«Психо» – це думки, емоції і поведінка, які ми вивчаємо через урахування вікових особливостей. У контексті нашого дослідження ми визначили, що це молодіжна підгрупа (неповнолітні 14-18 років) – 30,90%, середня підгрупа (молоді люди 18-24 років) – 35,90%, а також старша підгрупа (молоді люди 24-35 років) – 33,20%. Однак це не просто вікові рамки. Адже психологічна динаміка охоплює когнітивні, емоційні, мотиваційні, поведінкові та поведінкові системи, які впливають на здоров'я. Саме тому нами визначено лише критерії і показники соціальної інтегрованості без чіткого опису рівнів. Їх змістове наповнення значною мірою зумовлюється і віково-психологічними особливостями молодих людей.

Оскільки у процесі дослідження нам важливий не лише вік, але й провідна діяльність, статус молодих людей, тому вважаємо за необхідне врахування і такої складової, як «соціо», тобто той контекст, в якому відбувається соціальне ста-

новлення зростаючої особистості. Адже щоденна напруга в балансуванні мікросистемних контекстів навчання/роботи і сім'ї може впливати на емоції, фізіологію і продуктивність. Зважаючи на це, ми молодих людей поділили на три підгрупи – ті, які навчаються, ті, які працюють, а також ті, хто і не навчається і не працює (табл. 2). А також для молодих людей, які навчаються, визначили контекстний вплив сім'ї (табл. 3).

Загалом у молодіжній підгрупі навчається 29,62% (231 особа), в середній підгрупі – 24,75% (193 особи), у старшій підгрупі – 9,49% (74 особи). Тобто загалом як і в нормативній вибірці (без інвалідності), частка молодих людей з інвалідністю, що навчаються, з віком зменшується.

Щодо сфери праці, то до 18 років молоді люди, як правило, якщо й працевлаштовуються, то не офіційно, тому ми цю вікову підгрупу не рахували. Серед середньої підгрупи 7,18% (56 осіб) працюють, а серед старшої підгрупи – 13,84% (108 осіб).

Водночас у кожній віковій підгрупі є частка осіб, котрі не залучені ні до сфери навчання, ні до сфери праці. І в кожній з підгруп ця частка невпинно зростає. Тобто, якщо до 18 років лише незначна частка (1,28%) молодих людей з інвалідністю залишаються вдома, адже загалом вони можуть не лише законно перебувати або в закладі загальної середньої освіти, або ж в іншому (як от, реабілітаційному центрі), а й таке перебування стимулюється. То після 18 років, коли освіта, згідно українського законодавства, не є обов'язковою, їх частка зростає. Зокрема,

Таблиця 1

Розподіл молодих людей з інвалідністю за ступенем обмеження життєдіяльності (ОЖ)

Вид порушення функцій		Ступінь ОЖ	Помірно виражене ОЖ		Виражене ОЖ		Значне ОЖ	
			%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть
Порушення психічних функцій	вроджене		4,61	36	1,41	11	-	-
	набуте		0,26	2	0,26	2	-	-
Порушення статодинамічних функцій	вроджене		7,69	60	4,74	37	-	-
	набуте		2,31	18	2,95	23	-	-
Порушення функцій дихання, травлення тощо	вроджене		5,13	40	4,23	33	-	-
	набуте		8,59	67	1,92	15	-	-
Порушення сенсорних функцій	вроджене		5,25	41	6,54	51	-	-
	набуте		6,03	47	2,44	19	-	-
Мовні порушення	вроджене		4,10	32	4,10	32	-	-
	набуте		0,77	6	-	-	-	-
Порушення, які викликають спотворення	вроджене		5	39	3,85	30	-	-
	набуте		3,72	29	4,10	32	-	-
Комплексні порушення	вроджене		-	-	-	-	7,05	55
	набуте		-	-	-	-	2,95	23
Загалом			53,46	417	36,54	285	10	78

Таблиця 2

Розподіл молодих людей з інвалідністю за видом їх зайнятості

Місце основної зайнятості		Вікова група		Молодіжна підгрупа (14-18 р.)		Середня підгрупа (18-24 р.)		Старша підгрупа (24-35 р.)	
		%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть		
НАВЧАЮТЬСЯ	Заклади загальної середньої освіти (інклюзивне навчання)	15,13	118						
	Спеціальні школи	2,44	19						
	Навчально-реабілітаційні центри	3,97	31	4,49	35	2,95	23		
	Заклади професійно-технічної освіти (в тому числі за направленням центру зайнятості)	8,08	63	2,95	23	3,08	24		
	Заклади вищої освіти (ЗВО)			7,18	56	1,92	15		
	ЗВО – філії ВМУРоЛ «Україна» (інклюзивне навчання)			10,13	79	1,54	12		
ПРАЦЮЮТЬ	«Звичайні» організації, власний бізнес тощо			3,21	25	7,82	61		
	Спеціальні підприємства			3,97	31	6,02	47		
НІДЕ НЕ НАВЧАЮТЬСЯ І НЕ ПРАЦЮЮТЬ		1,28	10	3,97	31	9,87	77		
ВСЬОГО		30,90	241	35,90	280	33,20	259		

це 9,87% у старшій підгрупі. На нашу думку, це теж один із показників соціальної активності. Адже після завершення середньої освіти молодій людині з інвалідністю, а в багатьох випадках, передусім її батькам, потрібно прийняти рішення про подальші напрямки життєвого шляху. І тут включається страх наразити дитину на додаткові ризики, невпевненість у майбутньому, небажання щось змінювати. Вказані стереотипні форми реагування засвоюються молодими людьми і продукуються вже під час самостійного життя, коли обмежується коло спілкування, відкидається допомога інших осіб, поступово прагнення до соціальної участі зменшується і починає простежуватися тенденція до мейнстрімінгу (лише спільне дозвілля зі здоровими ровесниками), потім до ексклюзії та повної ізоляції.

Вплив сім'ї на специфіку процесу соціальної інтеграції молодих людей, на нашу думку, можна простежити, проаналізувавши так звану соціальну ситуацію передусім у молодіжній підгрупі, тобто той контекстний аспект, про який ми говорили вище. Типи сімей, у яких проживають неповнолітні молоді люди з інвалідністю, подано у табл. 1.3. Як свідчать отримані дані, доволі значна частка неповнолітніх з інвалідністю виховується у сім'ях соціально-вразливих категорій, причому часто не за одним, а за кількома параметрами, як от, сім'я неповна та малозабезпечена тощо. Звісно, такі неповнолітні піддаються додатковим чинникам соціального ризику, мають

менші можливості для так званого «соціального старту», а тому потребують особливої соціальної підтримки та допомоги як зі сторони суспільства загалом, так і з боку найближчого оточення.

Окрім того, оскільки анімаційна діяльність здебільшого проходить у позанавчальний та вільний час, деяка частина батьків може не забезпечувати належну участь неповнолітніх у таких заходах як з причини матеріальної незабезпеченості, так і просто неможливості організувати доставку (недостатність часу, ресурсів), а також й елементарної необізнаності щодо можливостей такої діяльності, допоміжних служб того, неготовності як самих батьків, так і молодих людей до такої діяльності.

Висновки. Підсумовуючи вищеозначене, можемо константувати, що саме біопсихосоціальний підхід дозволяє комплексно підійти до розв'язання проблеми ефективної соціальної інтеграції молоді з інвалідністю, уникнути тієї незбалансованості, що виникає за надання переваги медичній чи соціальній моделі інвалідності, та забезпечити потребу молодих людей з інвалідністю в соціальній допомозі, підтримці та захисті у процесі взаємодії із середовищем. Зважаючи на вище означене нами було організовано експериментальне дослідження та проаналізовано його результати за трьома ступенями обмеження життєдіяльності. В межах кожного ступеня проводилося порівняння відповідно за віковими параметрами, видом зайнятості, впливом сім'ї.

Таблиця 3

Розподіл молодих людей з інвалідністю (молодіжна підгрупа) за типом їх батьківської сім'ї

Тип батьківської сім'ї	ЗЗСО (118 осіб)		НРЦ, спеціальна школа-інтернат (50 осіб)		Заклад ПТО (63 особи)	
	ЗЗСО	Інші	НРЦ	Школа-інтернат	ПТО	Інші
Діти-сироти	0,85	1	2	1	3,17	2
Діти-напівсироти	3,39	4	6	3	7,94	5
Діти, позбавлені батьківського піклування	0,85	1	4	2	1,59	1
З неповної сім'ї	11,01	13	18	9	6,35	4
З багатодітної сім'ї	5,93	7	8	4	7,94	5
З малозабезпеченої сім'ї	3,39	4	10	5	4,76	3
Діти, батьки яких беруть участь у бойових діях / загинули під час виконання службових обов'язків	0	-	0	-	1,59	1
ЗАГАЛОМ	25,42	30	48	24	33,34	21

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Інструкції про встановлення груп інвалідності. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11#Text>
2. Мартинюк Т.А. Методологія та методика дослідження соціальної інтеграції молоді з інвалідністю: методичні рекомендації. Луцьк : ПП Іванюк, 2019. 77 с.
3. Мартинюк Т.А. Основні підходи до визначення критеріїв соціальної інтеграції молоді з інвалідністю засобами соціокультурної анімації. *Інноваційна педагогіка. Науковий журнал*. 2020. № 22. С. 77–82.
4. Lehman B. J., David D. M., Gruber J. A. Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Social and Personality Psychological Compass*. 2017. Vol. 11. Issue 8. P. 1–17. URL : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/spc3.12328>
5. Wade D. T., Halligan P. W. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*. 2017. Vol. 31 (8). P. 995–1004. URL : <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269215517709890>

REFERENCES

1. Instruksii pro vstanovlennia hrup invalidnosti [Instructions for establishing disability groups]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11#Text>
2. Martyniuk, T.A. (2019). Metodolohiia ta metodyka doslidzhennia sotsialnoi intehratsii molodi z invalidnistiu: metodychni rekomendatsii [Methodology and methods of research of social integration of youth with disabilities: methodical recommendations]. Luts'k : PP Ivaniuk, 77 p. [in Ukrainian]
3. Martyniuk, T.A. (2020). Osnovni pidkhody do vyznachennia kryteriiv sotsialnoi intehratsii molodi z invalidnistiu zasobamy sotsiokulturnoi animatsii [Basic approaches to determining the criteria of social integration of young people with disabilities by means of socio-cultural animation]. *Innovatsiina pedahohika. Naukovyi zhurnal*, no. 22, pp. 77–82.
4. Lehman, B. J., David, D. M., Gruber, J. A. (2017). Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Social and Personality Psychological Compass*, vol. 11, issue 8, pp. 1–17. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/spc3.12328>
5. Wade, D. T., Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, vol. 31 (8), pp. 995–1004. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269215517709890>