

## РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

щодо потреб дітей з інвалідністю та їхніх родин у соціальних послугах у  
місті Запоріжжі та підконтрольних громадах Запорізької області

Опитування проведено на замовлення Благодійної організації «100 відсотків життя. Запоріжжя» за підтримки Фонду «Аскольд і Дір», що адмініструється ІСАР Єднання в межах проекту «Сильне громадянське суспільство України – рушій реформ і демократії» за фінансування Норвегії та Швеції



виконавець — маркетингова агенція Defense  
2026 рік

# ЗМІСТ

<b>ВСТУПНИЙ ОПИС ПРОЄКТУ</b> .....	<b>3</b>
<b>МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ</b> .....	<b>4</b>
<b>КІЛЬКІСНИЙ ЕТАП</b> .....	<b>5</b>
СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ.....	5
ПОТОЧНА ДОПОМОГА.....	6
ВИБІР МІСЦЯ ОТРИМАННЯ ПОСЛУГ.....	9
ПОТРЕБИ.....	10
БАР'ЄРИ.....	1
1	
ГОТОВНІСТЬ ОТРИМУВАТИ ПЛАТНІ	
ПОСЛУГИ.....	12
ІНФОРМАЦІЙНА ОБІЗНАНІСТЬ.....	12
<b>ГЛИБИННЕ ОПИТУВАННЯ</b> .....	<b>13</b>
ПОШУК ІНФОРМАЦІЇ, ДОВІРА ТА КРИТЕРІЇ ВИБОРУ ПОСЛУГ.....	14
ФОРМАТ ПОСЛУГ: ЗАПИТ НА КОМПЛЕКСНІСТЬ ТА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД.....	16
ДОСВІД, БАР'ЄРИ ТА ПОТРЕБИ У ОТРИМАННІ ПОСЛУГ.....	16
ДОСТУПНІСТЬ ПОСЛУГ: ЛОГІСТИКА, ТРАНСПОРТ І ФОРМАТ НАДАННЯ.....	21
ОБІЗНАНІСТЬ ТА ДОСВІД КОРИСТУВАННЯ ПРОГРАМАМИ ПІДТРИМКИ ВІД ДЕРЖАВИ ТА БЛАГОДІЙНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ.....	23
СЕГМЕНТАЦІЯ ПО ВІКУ ТА СПЕЦИФІЦІ ПОТРЕБ.....	24
ПОТРЕБА У СПІЛКУВАННІ З ІНШИМИ БАТЬКАМИ.....	29
СТАВЛЕННЯ ДО ПЛАТНИХ ПОСЛУГ ТА ГОТОВНІСТЬ ОПЛАЧУВАТИ ЩОСЬ ДОДАТКОВО.....	30
РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА АБІЛІТАЦІЯ.....	30
БАЧЕННЯ ІДЕАЛЬНОГО ЦЕНТРУ ПІДТРИМКИ.....	33
ВИСНОВКИ.....	35
ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	37

# ВСТУПНИЙ ОПИС ПРОЄКТУ

**У межах проєкту проведено комплексне прикладне соціологічне дослідження, спрямоване на аналіз потреб дітей з інвалідністю та їхніх родин у соціальних послугах у місті Запоріжжі та підконтрольних громадах Запорізької області.**

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю отримання системного розуміння реального досвіду родин, які взаємодіють із системою соціальної підтримки, а також виявлення бар'єрів, що ускладнюють доступ до послуг. В умовах обмежених ресурсів та фрагментарності існуючих програм це дозволяє сформувати обґрунтовану аналітичну базу для подальшого прийняття рішень на рівні громад і регіону.

Цільовою аудиторією дослідження стали батьки, опікуни та вихователі дітей з інвалідністю, які безпосередньо взаємодіють із системою соціальної підтримки та мають практичний досвід отримання відповідних послуг.

У межах дослідження розглядалися такі групи дітей:

- діти з порушеннями розвитку віком 0–4 роки;
- діти з інвалідністю віком 4–18 років (всі нозології);
- діти та молодь з психоневрологічними розладами віком 15–23 роки.

## **Метою дослідження є:**

- аналіз поточного стану системи соціальних послуг у Запорізькій області;
- визначення реальних потреб родин, ключових бар'єрів та рівня задоволеності наявними послугами;
- оцінка ефективності існуючих програм і практик;
- формування аналітичної основи для підготовки рекомендацій щодо вдосконалення місцевих і регіональних політик у сфері підтримки дітей з інвалідністю.

Результати дослідження призначені для використання органами місцевого самоврядування, обласними державними структурами та громадськими організаціями з метою оновлення підходів до планування та реалізації соціальних послуг.

# МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проведено з використанням комбінованого підходу, що поєднує кількісні та якісні методи збору даних.

## Кількісний етап

- метод: телефонне опитування
- вибірка: 301 респондент
- інструмент: структурована анкета з фіксованими варіантами відповідей

Метою етапу було отримання узагальнених даних щодо:

- досвіду отримання послуг;
- рівня доступності;
- ключових бар'єрів;
- загального рівня задоволеності.

## Якісний етап

- метод: глибинні інтерв'ю
- формат: телефон / Zoom
- кількість: 15 респондентів

Метою етапу було:

- детальне вивчення індивідуального досвіду родин;
- виявлення прихованих бар'єрів;
- розуміння мотивацій, очікувань і логіки поведінки при виборі послуг.

Респонденти були відібрані з урахуванням вікових груп дітей та типів порушень, що дозволило охопити різні сценарії взаємодії із системою послуг.

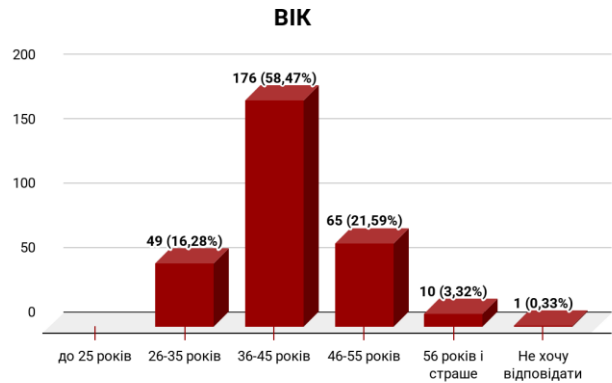
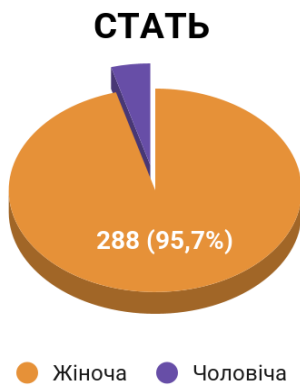
## Географія дослідження

м. Запоріжжя та підконтрольні громади Запорізької області.

З записом всіх розмов можна ознайомитись за [посиланням](#).

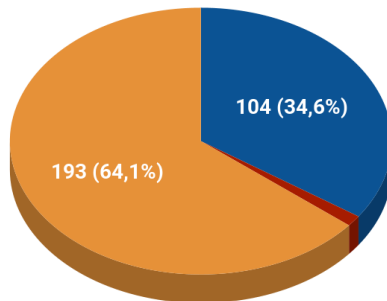
# КІЛЬКІСНИЙ ЕТАП

## СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ



### Чи є Ваша родина ВПО?

- Так, статус оформлений
- Так, статус не оформлений
- Ні



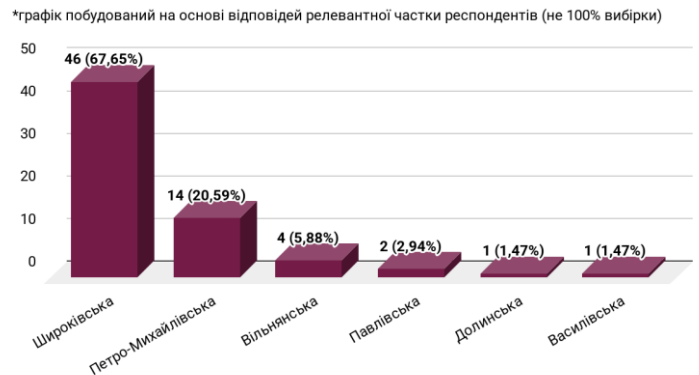
### Де проживає Ваша родина?



### Чи має дитина встановлений статус інвалідності?

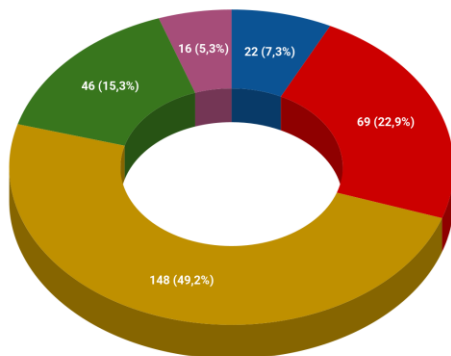


### Яка саме громада?

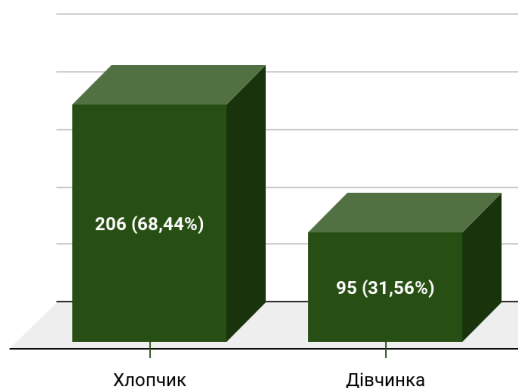


### Скільки повних років Вашій дитині?

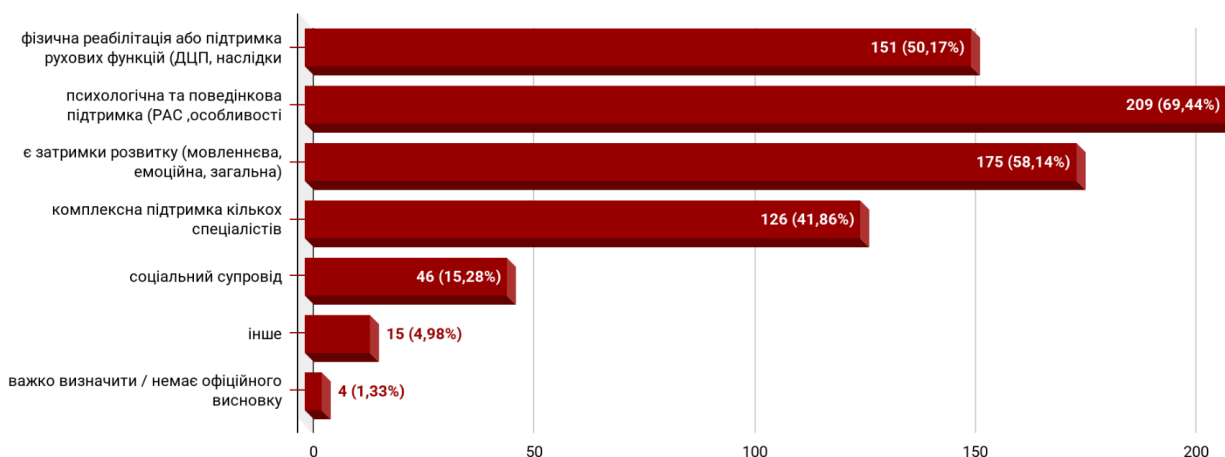
- 0–3 – раннє втручання
- 4–6 – дошкільний розвиток
- 7–14 – шкільний вік
- 15–18 – підлітки
- 19–23 – молодь з інвалідністю / перехід у дорослі послуги



### Стать дитини



### До якого напрямку підтримки наразі належать потреби вашої дитини?

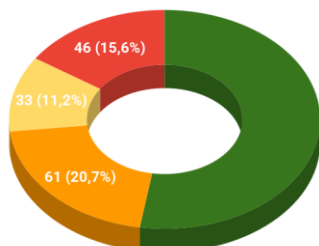


## ПОТОЧНА ДОПОМОГА

### Чи отримує ваша дитина спеціалізовану допомогу зараз?

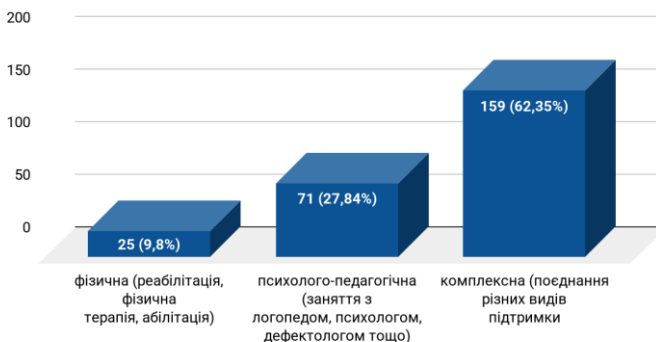
\*графік побудований на основі відповідей релевантної частки респондентів (не 100% вибірки)

- так, регулярно
- іноді/періодично
- раніше отримували
- не отримуємо



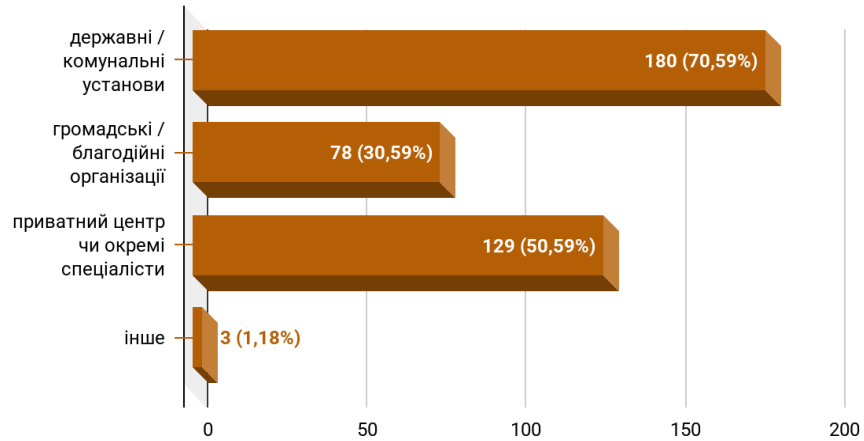
### Напрямок підтримки

\*графік побудований на основі відповідей релевантної частки респондентів (не 100% вибірки)



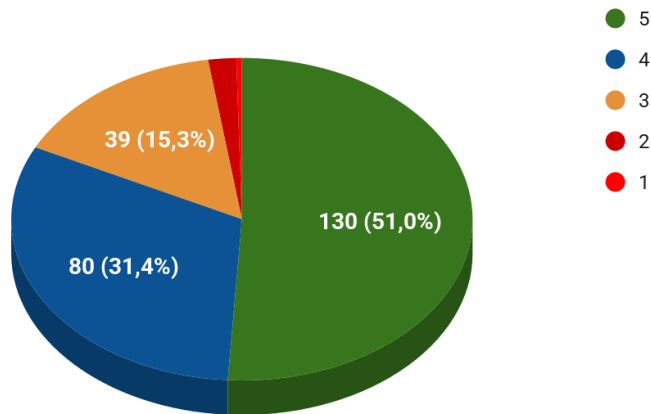
## Де саме Ваша дитина отримує допомогу?

\*графік побудований на основі відповідей релевантної частки респондентів (не 100% вибірки)



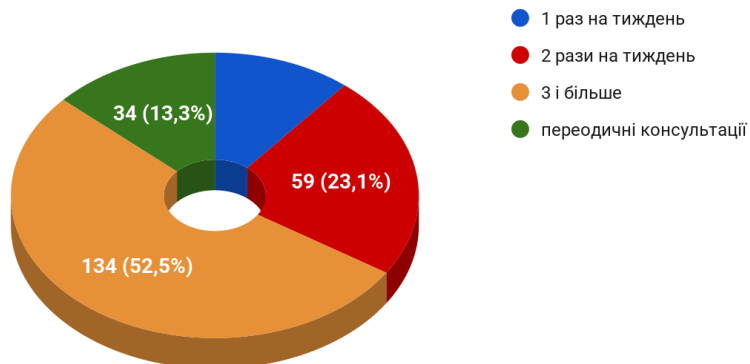
## Наскільки задоволені якістю послуг, які отримує Ваша дитина?

\*графік побудований на основі відповідей релевантної частки респондентів (не 100% вибірки)



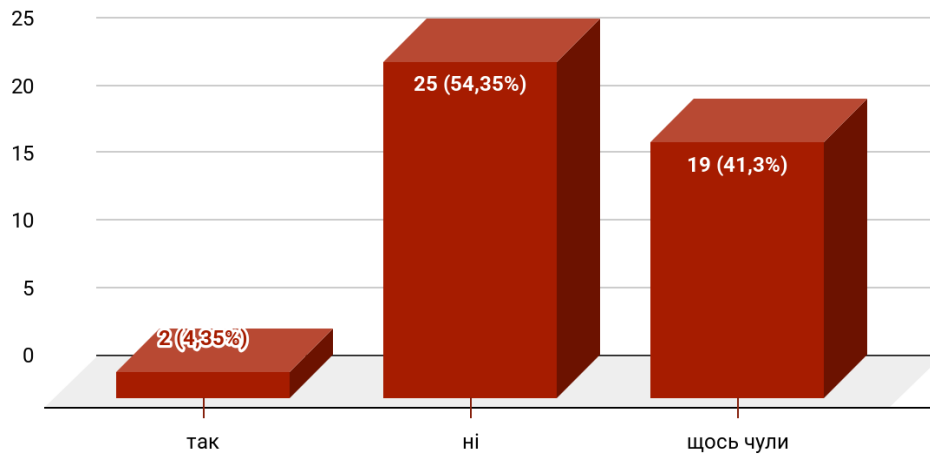
## Як часто Ваша дитина відвідує заняття?

\*графік побудований на основі відповідей релевантної частки респондентів (не 100% вибірки)



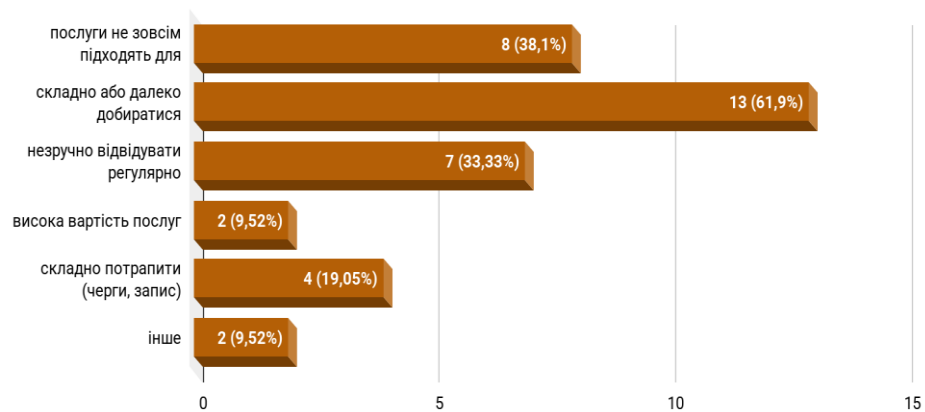
## Чи знаєте ви про існування закладів підтримки для дітей з інвалідністю, які є у Вашій громаді?

\*графік побудований на основі відповідей релевантної частки респондентів (не 100% вибірки)



## Якщо Ви знаєте про такі заклади, але не звертаєтесь, з чим це пов'язано?

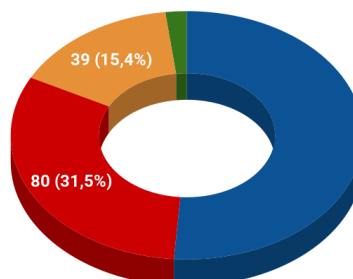
\*графік побудований на основі відповідей релевантної частки респондентів (не 100% вибірки)



## Якщо у Вашому місті буде створено заклад комплексної підтримки дітей, чи розглядали б ви можливість звернутися?

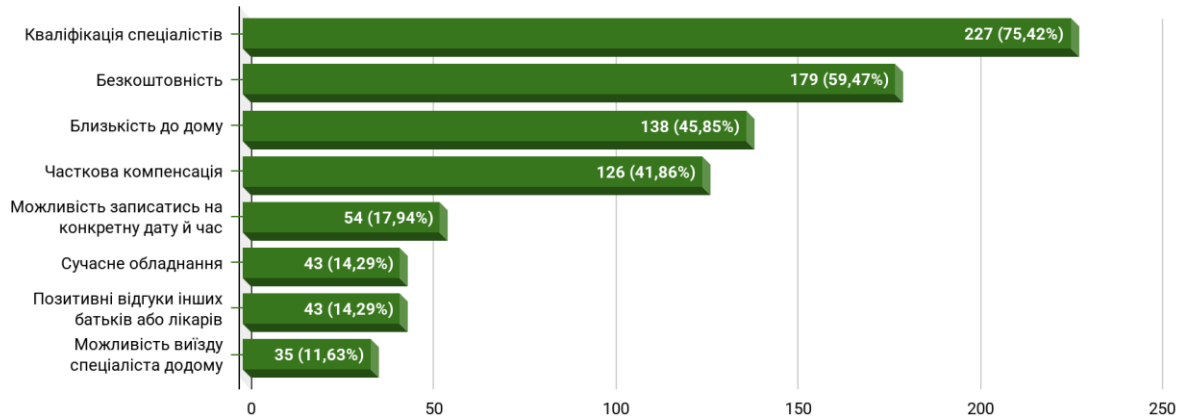
\*графік побудований на основі відповідей релевантної частки респондентів (не 100% вибірки)

- так, точно
- скоріше так
- не впевнений
- скоріше ні



# ВИБІР МІСЦЯ ОТРИМАННЯ ПОСЛУГ

Що для вас буде вирішальним при виборі подібного місця отримання послуг?



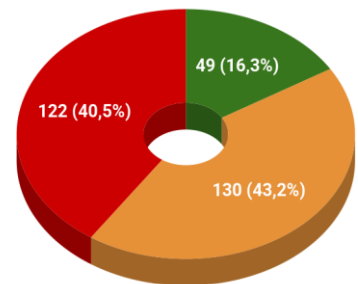
Наскільки важливо, щоб такий заклад мав адаптований ОКРЕМИЙ простір для дітей з інвалідністю?

\*графік побудований на основі відповідей релевантної частки респондентів (не 100% вибірки)

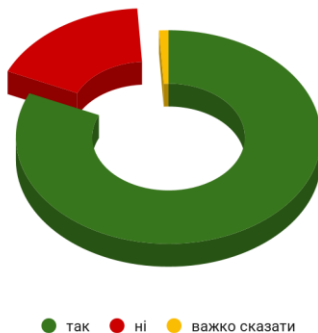


Чи потрібен додатковий простір для батьків на час, коли з дитиною займається спеціаліст?

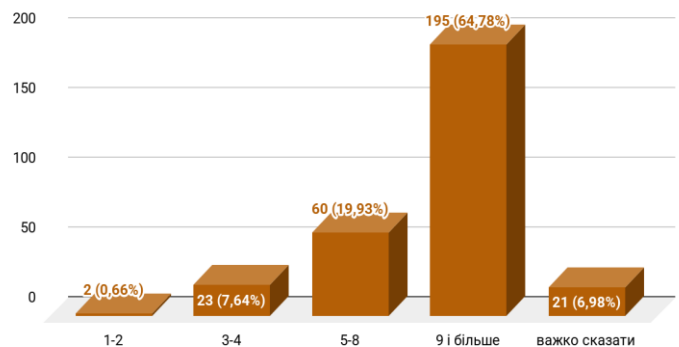
- критично важливо
- бажано
- не принципово



Якби центр відкрився завтра, чи звернулися б ви протягом перших 3 місяців?

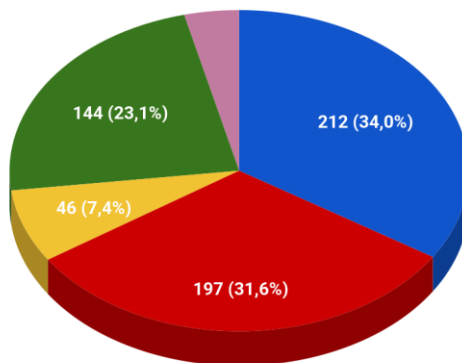


На вашу думку, яка кількість занять на місяць є необхідною для помітного прогресу?



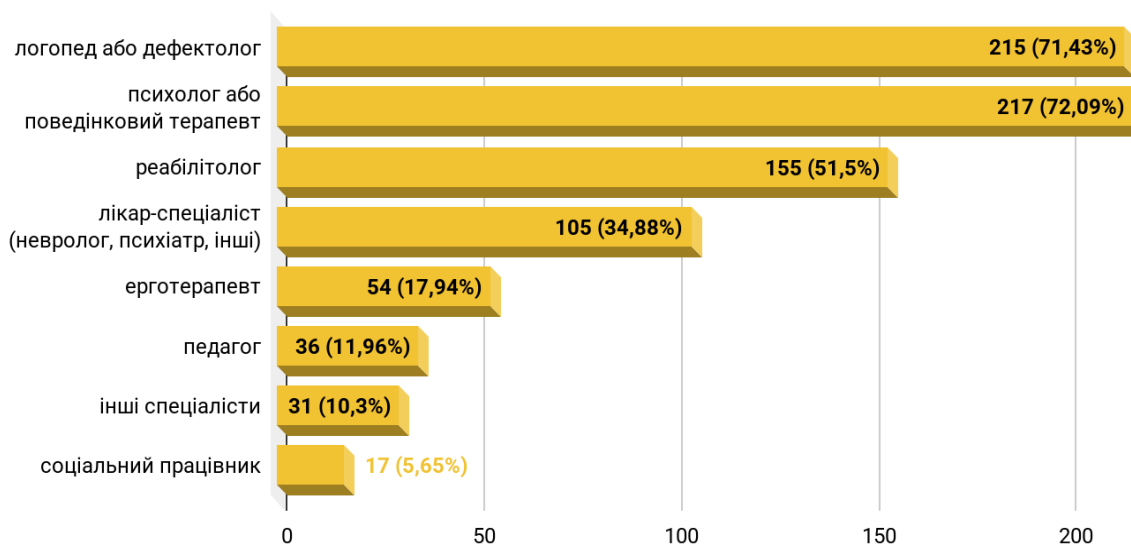
### Який формат допомоги для Вас найбільш актуальний?

- регулярні індивідуальні заняття для дитини
- комплексна програма з кількома спеціалістами
- періодичні консультації
- групові заняття
- онлайн-заняття



## ПОТРЕБИ

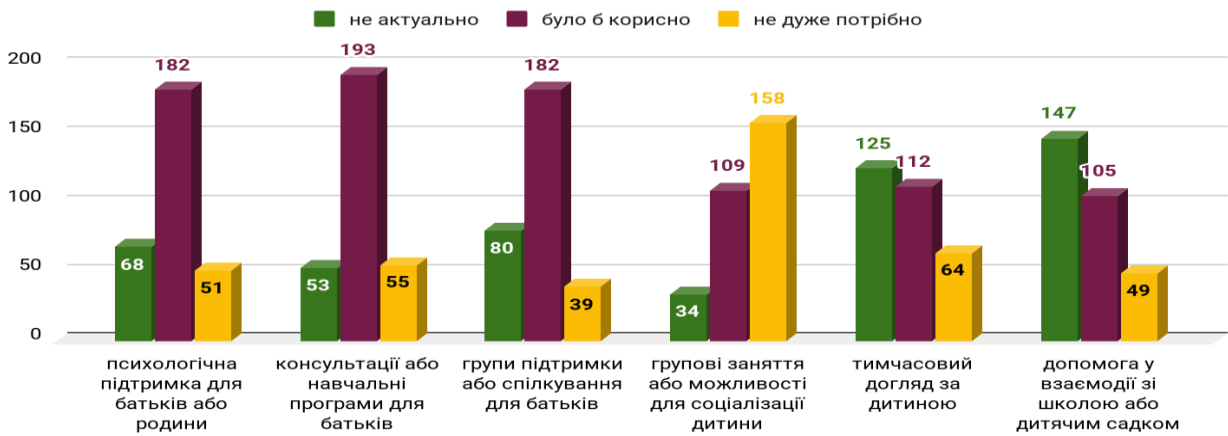
### Послуги яких спеціалістів для Вашої дитини найбільш актуальні?



### Кілька можливих умов, які можуть полегшити отримання послуг для дитини. Наскільки це було б корисно для вашої родини?

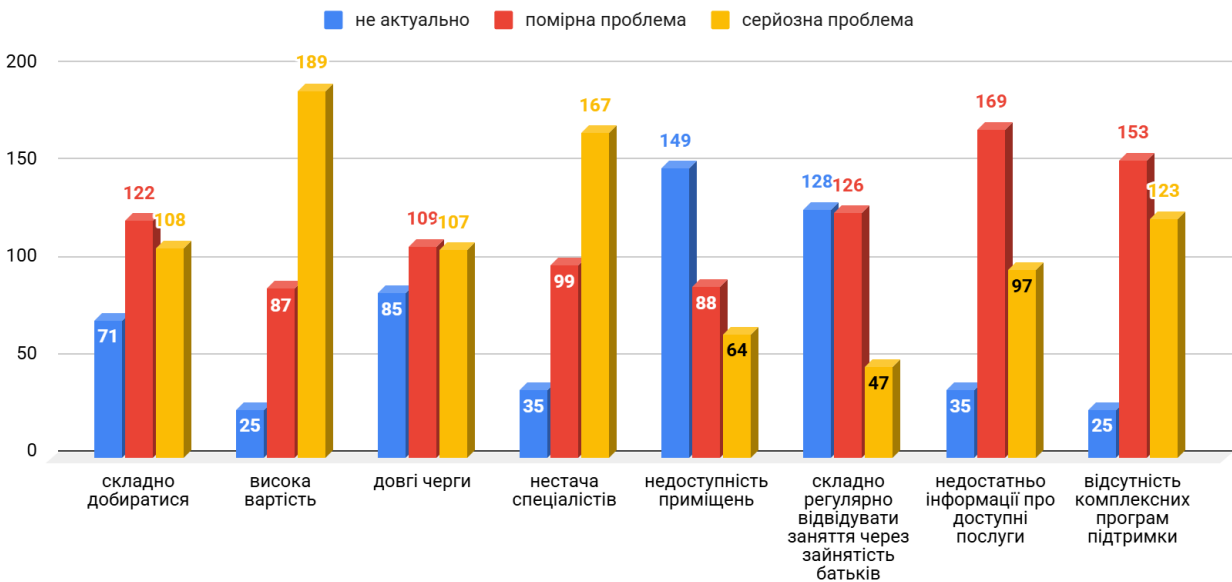


### Окрім допомоги для дитини, яка підтримка для вашої родини могла б бути корисною?



## БАР'ЄРИ

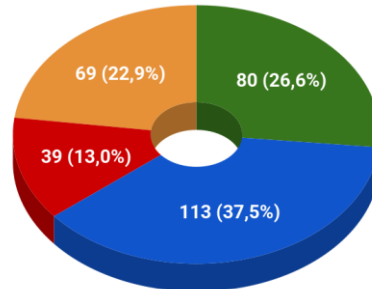
### З якими труднощами ви стикаєтесь при отриманні послуг?



## ГОТОВНІСТЬ ОТРИМУВАТИ ПЛАТНІ ПОСЛУГИ

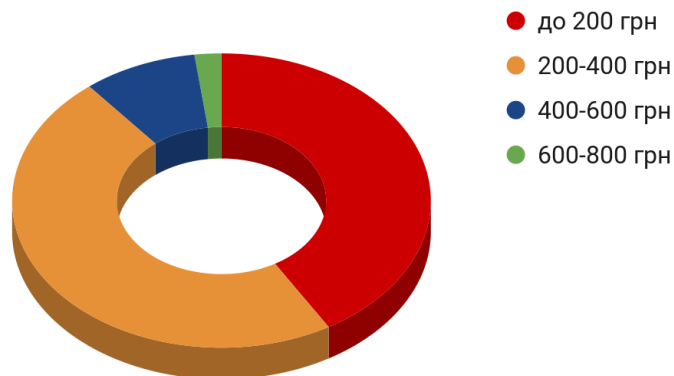
Чи готові ви оплачувати послуги допомоги дитині, якщо вони не будуть повністю покриватися державою?

- так
- лише частково
- ні, лише за державний кошт
- важко відповісти



Яка сума за одне заняття / консультацію є для вашої родини максимально прийнятною?

\*графік побудований на основі відповідей релевантної частки респондентів (не 100% вибірки)

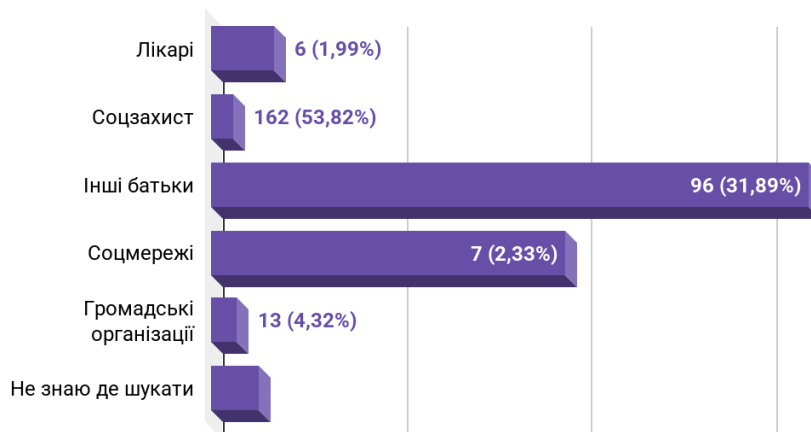


## ІНФОРМАЦІЙНА ОБІЗНАНІСТЬ

Чи знаєте ви про програми/послуги підтримки дітей з інвалідністю?

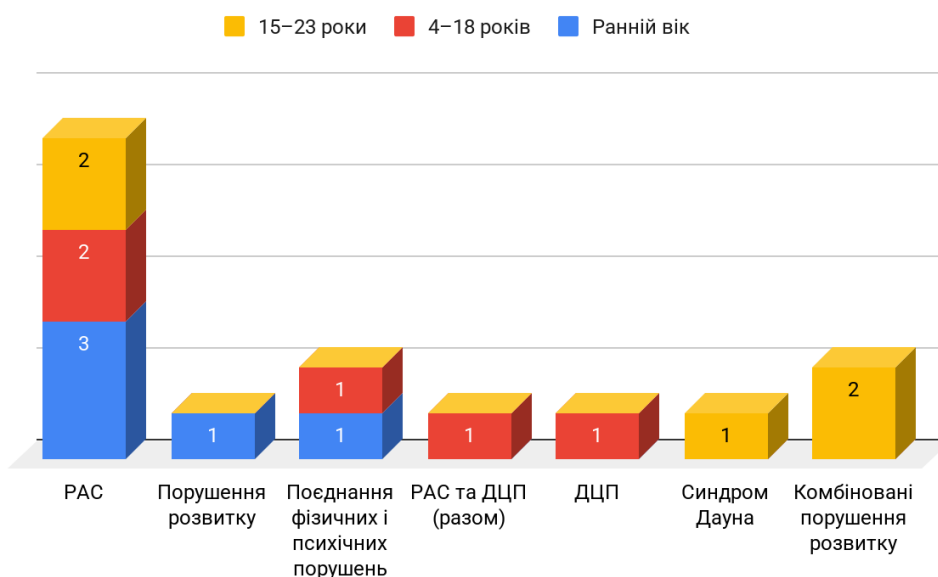


## Звідки ви зазвичай отримуєте інформацію про доступні послуги?



## ГЛИБИННЕ ОПИТУВАННЯ

Для якісного етапу дослідження респонденти були відібрані з числа учасників кількісного опитування з урахуванням трьох вікових та функціональних груп: по 5 батьків з кожної групи. Основу вибірки склали мешканці м. Запоріжжя. Також по 1 респонденту з Петро-Михайлівської та Широківської громад.

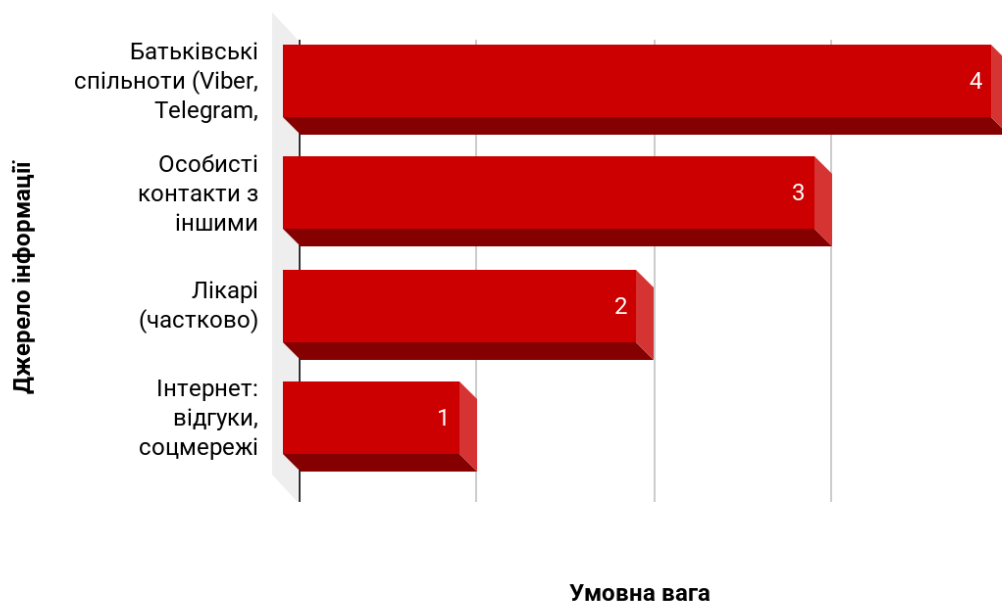


Структура вибірки дозволила охопити різні типи порушень. Це допомогло зібрати різноплановий досвід родин та виявити як спільні, так і специфічні потреби залежно від віку дитини та характеру порушень.

## ПОШУК ІНФОРМАЦІЇ, ДОВІРА ТА КРИТЕРІЇ ВИБОРУ ПОСЛУГ

### Як батьки знаходять інформацію

Пошук інформації має хаотичний, неструктурований характер. Основний канал — неформальні джерела.



Основні проблеми:

- інформації недостатньо або вона розпорошена
- немає єдиного джерела чи маршруту дій
- складно знайти актуальні можливості (швидко закриваються групи, набори)
- інформація в чатах губиться, не структурується
- лікарі часто не інформують або дають обмежену інформацію

«Якщо не групи і не інші батьки — ти не отримаєш інформації». За словами респондентів: системного джерела інформації немає; державні структури та соцслужби практично не виконують функцію інформування, а інколи навіть приховують.

**Що, на думку респондентів, могло б полегшити пошук:**

- єдина платформа / сайт / додаток з фільтрацією (місто, діагноз, послуга)
- структурований каталог послуг і центрів
- відгуки інших батьків у відкритому доступі по типу форумів
- чіткий маршрут дій після встановлення діагнозу, описаний вже на прийомі у лікаря (друковані матеріали: пам'ятка, брошура)
- активне інформування через офіційні канали (розсилки чи дзвінки соцслужби)

## Кому довіряють при виборі

Ключове джерело довіри — інші батьки:

- особистий досвід
- результати у дітей
- рекомендації у спільнотах

Важливо:

- відгуки без підтвердженого результату не працюють
- формальні регалії спеціаліста мають меншу вагу, ніж реальний контакт і результат

## На що звертають увагу при виборі центру або спеціаліста

Ключові критерії:

### 1. Кваліфікація спеціаліста

- досвід роботи саме з подібним діагнозом
- розуміння стану дитини
- здатність пояснити підхід і програму

### 2. Контакт з дитиною

- реакція дитини на спеціаліста
- відсутність примусу, криків, негативного досвіду
- залученість дитини у процес

*«Якщо дитина не хоче йти — ми не будемо ходити»*

### 3. Результат

- наявність прогресу
- приклади інших дітей
- відчутна динаміка

### 4. Індивідуальний підхід

- адаптація під конкретну дитину
- врахування обмежень і стану


- підбір методик

## ФОРМАТ ПОСЛУГ: ЗАПИТ НА КОМПЛЕКСНІСТЬ ТА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД

Для більшості респондентів наявність різних спеціалістів в одному місці — дуже важлива умова. Це не просто про зручність, а про зниження навантаження на сім'ю і дитину.

### ПЕРЕВАГИ КОМПЛЕКСНОСТІ: «ВСЕ В ОДНОМУ МІСЦІ»

**Ключовий інсайт:** Життя батьків у режимі постійної логістики — це додатковий стрес.

 <b>ЕКОНОМІЯ ЧАСУ І РЕСУРСУ</b> *«приїхав в одне місце і все закрит»	 <b>МЕНШЕ СТРЕСУ ДЛЯ ДИТИНИ</b> *транспорт, зміна локацій, нові люди
 <b>МЕНШЕ ВИСНАЖЕННЯ ДЛЯ БАТЬКІВ</b> *«не бігати по всьому місту»	 <b>МОЖЛИВІСТЬ КОМБІНУВАТИ ЗАНЯТТЯ</b> *«готовність сидіти тут і 5-6 годин, аби все разом»
 <b>ЗРУЧНІСТЬ ДЛЯ ПРАЦЮЮЧИХ БАТЬКІВ</b> *можна залишити дитину на кілька годин	 <b>ВІДЧУТТЯ СИСТЕМНОСТІ</b> *дитина «в процесі», а не в хаотичних заняттях

**ПРИМІТКА:** Результат та кваліфікація спеціаліста залишаються пріоритетом. Батьки готові жертвувати зручністю заради сильного спеціаліста.

## ДОСВІД, БАР'ЄРИ ТА ПОТРЕБИ У ОТРИМАННІ ПОСЛУГ

Для більшості респондентів адаптованість простору є важливою, але рівень критичності залежить від стану дитини. Адаптація — це базова умова доступу, але її цінність зростає при фізичних обмеженнях і сенсорних потребах.

## ДОСТУПНІСТЬ ТА АДАПТОВАНІСТЬ ПРОСТОРУ

Що входить у запит



### ФІЗИЧНА ДОСТУПНІСТЬ

Пандуси, ліфти, поручні, адаптовані вбиральні.



### ЗРУЧНА ІНФРАСТРУКТУРА

Парковка, розташування кабінетів на першому поверсі.



### СЕНСОРНІ ТА ІГРОВІ ЗОНИ

Сенсорні кімнати, басейни з кульками, батути для розвантаження.



### ЗОНУВАННЯ ПРОСТОРУ

Відчуття безпеки для дітей з різними типами порушень.



### БАЗОВИЙ КОМФОРТ ДЛЯ БАТЬКІВ

Вода, кухня, місця для відпочинку та побутові речі.

Частина батьків не вважає адаптацію критичною, якщо дитина мобільна. Є запит на реальну, а не формальну доступність. Згадували місцеву поліклініку, де фактично немає умов для дітей на візках і маломобільних людей. Частина кабінетів знаходиться на другому поверсі або вище, але піднятися туди складно — ліфт не пристосований для візків. Пандуси ніби є, але через занадто крутий нахил ними неможливо скористатися. Виходить, що інфраструктура формально є, але по факту вона не працює: *«Пандус роблять просто для того, щоб він був, але він нефункціональний»*.

Крім того, в сучасних реаліях адаптація розширюється до безпекового питання (укриття під час тривоги): *«Можна було б в цих спеціалізованих закладах зробити укриття, щоб діти могли навіть в повітряну тривогу продовжити навчання»*.

## Досвід отримання послуг: позитивні моменти та системні бар'єри

Досвід батьків нерівномірний: від дуже позитивного до критично негативного. Результат залежить не від системи, а від конкретного місця і спеціаліста.

Які заклади виділяють батьки, як сильні установи:

- *«Я всі відповіді отримала по дитині в **школі ментального здоров'я**. Реально рада, що ми туди потрапили»*
- *«Колектив **Прометею** мою дитину багато чому навчив»*
- *«Мені дуже сподобалося там, де ми зараз — **Хортицька реабілітаційна академія**. У них є підхід і досвід. Реабілітація там безкоштовна протягом 3 місяців»*
- *«Наш **інтернат у Володимирівському**... там просто ідеальний персонал»*
- *«У **Карітасі** дуже добре. Тут спеціалісти — у нас тут усе дуже хороші»*
- *«Оформляю реабілітацію в **Sovenok** і в **Smart**. Дякую, що за ці кошти ми можемо їздити.»*

Основні проблеми:

#### 1. Бюрократія і доступ

- складні процеси оформлення
- черги, відсутність запису
- відсутність єдиної системи

➤«Довго, знаєте, оця бюрократична штука — піди туди, оформи то, а потім ще чекай»

➤«Аби була якась обща база, откуда можна було це все раз і підтягнуть»

➤«Оце ще попасти в пенсійний фонд. Реально туди дуже важко. Не з першого разу»

➤«Не можеш записатися, бо нема вікон... треба дві-три години простоїти»

➤«Одного дня нам не хватило на допомогу 6500. Мені було за свою дитину обідно» (мається на увазі, що батьки не встигли подати документи на отримання «зимової» допомоги через бюрократичні процедури — їм фактично не вистачило одного дня для завершення подачі)

➤«До 1 квітня потрібно було подати заяву, а мені призначили комісію тільки на 7 квітня... вже це зараз не повернеш»

#### 2. Фінансовий бар'єр: висока вартість послуг і обстежень

Часто критичні медичні послуги або дуже дорогі, або недоступні через відмову лікарів працювати з дітьми з інвалідністю. Особливо це стосується стоматології, вузьких спеціалістів і регулярних процедур.

➤«Обстеження — це дуже дорого коштує... 19 000 грн... 26-28 000 грн». «Ціни просто заоблачні»

➤«Ми витратили на того логопеда 5000 гривень в нікуди і отримали стрес»

#### 3. Дефіцит спеціалістів

- мало фахівців
- перевантаженість
- довгий запис відповідно

#### 4. Якість послуг (нестабільна)

- сильна залежність від конкретного спеціаліста
- випадки непрофесійності

#### 5. Умови та організація

- формальність у державних закладах (програми задля галочки, без доказової результативності)
- переривання занять (тривоги, регламент)

*«15 хвилин і вже дитину витурили. Ми ж туди ходим за результатом, а не для галочки»*

Упередження та дискримінація під час надання послуг не є масовим досвідом, але все ж інколи присутні. Проявляються у ставленні, доступі («Він заборонив щоб дитина у візку приїжджала») або ціні («Тільки кажеш що дитина з інвалідністю — зразу ціна злітає»).

## **Нестача допомоги та потреби батьків**

Потреби батьків значно ширші, ніж просто реабілітаційні послуги для дитини — вони охоплюють фінанси, емоційний стан, побут і соціальне життя. Батьки живуть у режимі постійного перевантаження, і потребують не лише послуг для дитини, а й підтримки для себе.

### **Основні групи потреб:**

#### **1. Фінансова підтримка**

Одна з найбільш критичних потреб.

“

*«Компенсація за обстеження... це було б чудово»  
«Дитина ще в підгузках — це основна стаття витрат»  
«Харчування... банка на 3 дні — 600 грн»*

#### **2. Доступ до послуг і спеціалістів**

Запит не лише на наявність послуг, а на їх стабільність і безперервність. Батьки стикаються з тим, що реабілітація надається хвилями: кілька місяців є — потім пауза, що обнуляє результат. Важливо мати можливість працювати з одними й тими ж фахівцями на постійній основі.

“

*«Хотілось би знайти своїх і залишатися з ними»  
«Щоб це було постійно, безперервно»*

#### **3. Фізична реабілітація та активності**

Є сильний дефіцит саме фізичного напрямку для дітей з психоневрологічними

порушеннями. Існуючі послуги переважно фокусуються на когнітивному розвитку, тоді як фізична активність часто відсутня або важкодоступна.

“

*«Нам не вистачає басейну»  
«Потрібна фізична рухова активність»  
«Іпотерапія, масаж, ЛФК і басейн»*

Окремий запит — на спеціалізовані спортивні гуртки (танці, акробатика і т.і.) адаптовані під дітей з різними порушеннями:

- безпечне середовище
- тренери, які розуміють специфіку
- формат, де дитина не випадає і не заважає іншим
- 

#### 4. **Психологічна підтримка батьків**

Емоційне вигорання є масовим явищем.

“

*«Я зараз на антидепресантах»  
«Для батьків також потрібні психологи»  
«Розгрузка голови для мами»*

#### 5. **Освітня та інформаційна підтримка**

- навчання батьків (як займатися з дитиною)
- семінари, практичні інструкції
- юридичні консультації
- навігація по системі послуг

#### 6. **Перепочинок**

Одна з найгостріших, але недозакритих потреб.

“

*«Мені її просто нема з ким залишити»  
«Хоча б на 2–3 години видихнути»  
«Нянечка... таких немає»*

#### 7. **Побутова та доглядова допомога**

Особливо для сімей з важкими дітьми.

“

*«Хтось, хто поміняє памперс, погодує, щоб мамі можна було поїхати полікувати зуби»*

## 8. Соціалізація та дозвілля

Потреба не тільки в розвитку, а й у «нормальному житті».

“

*«Я забула, що таке кіно»  
«Хотілось би якісь заходи, спорт»  
«Табори для особливих дітей»*

## 9. Транспорт і мобільність

Логістика часто стає бар'єром.

“

*«Машини немає — дуже довго транспортом»  
«Потрібен транспорт, щоб добиратися»*

## 10. Підтримка підлітків і дорослих (15+)

Потреби змінюються, але система їх не покриває.

“

*«Підліткам потрібне спілкування»  
«З ними ніхто це не пропрацьовує»  
«Після 16–17 вже ні з ким займатися»*

# ДОСТУПНІСТЬ ПОСЛУГ: ЛОГІСТИКА, ТРАНСПОРТ І ФОРМАТ НАДАННЯ

## 1. Залежність від авто — це базова умова доступу

У більшості випадків без власного авто регулярне відвідування занять є дуже важким процесом. Громадський транспорт або фізично не підходить, або створює сильний стрес для дитини.

*«Тільки на машині, я не можу дозволити собі їхати маршруткою. Він не влізе»*

*«У звичайному транспорті з такими дітьми дуже важко»*

Навіть за наявності авто це додаткове фінансове навантаження: «Є машина, тому зручно, але є ще ціна питання палива»

## **2. Віддаленість і концентрація послуг у центрі**

Часто спеціалісти і центри знаходяться далеко від місця проживання. Це змушує витратити багато часу і ресурсів на дорогу.

*«Центри знаходяться десь в центрі... Година дороги»*

*«Я не можу кататися з дитиною на інший кінець міста»*

В умовах безпеки це стає критичним фактором: *«Місто обстрілюється, я не кожен раз возила дитину, бо це далеко»*

## **3. Таксі як єдина альтернатива — але фінансово важкодоступна**

Для частини сімей єдиний варіант — таксі, що робить навіть безкоштовні заняття дуже затратними фінансово: *«Мені потрібно на руках мати 600 грн, щоб заплатити за таксі»*

## **4. Потреба у локальних послугах (у районах / громадах)**

*«Якщо буде у своїй громаді — буде просто шикарно»*

## **Формат послуг: дім / виїзд**

Запит на виїзд спеціалістів додому — неоднозначний. Більшість не підтримує такий формат для регулярних занять.

### **1. Дім — не середовище для занять**

Діти вдома не сприймають це як роботу/терапію.



*«Він дома просто балуваний... нам краще ходити кудись»  
«Він не буде займатися так, як там. Він має відчувати, що він на чужій території»*

### **2. Соціалізація важливіша за комфорт**

Поїздки — це частина розвитку дитини



*«Нам треба соціалізуватися,  
нам треба виїжджати з дому»*

### **3. Винятки — медичні або важкі випадки**

Формат «додому» актуальний для:

- дітей з важкими формами (ДЦП, лежачі)
- окремих послуг (масаж, лікар при гострих станах)

## ОБІЗНАНІСТЬ ТА ДОСВІД КОРИСТУВАННЯ ПРОГРАМАМИ ПІДТРИМКИ ВІД ДЕРЖАВИ ТА БЛАГОДІЙНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

### 1. Низька обізнаність — ключовий бар'єр

Частина батьків або взагалі не знає про програми, або дізнається випадково, зазвичай, через інших батьків.

*«Я чула про якусь «Посмішку» і все. Більше нічого не чула»*

*«Про 309 постанову я просто не знала... і ніхто ніде ніколи не пропонував»*

Навіть існуючі можливості не використовуються через відсутність інформування.

### 2. Найбільш відомі та використовувані — точкові програми

Серед тих, хто користувався, найчастіше згадують:



#### Державні програми

- Постанова №309
- Інклюзивно-ресурсні центри (ІРЦ)



#### Благодійні фонди

- «100% життя»
- «Посмішка»
- «Щаслива дитина»
- інші локальні ініціативи

### 3. Програми короткострокові та нестабільні

Одна з головних проблем — відсутність системності.

*«Всі державні програми тимчасові... на місяць і все»*

*«Виходить тільки два тижні, а я хочу на місяць, щоб результат був»*

Це нівелює ефект реабілітації, бо дітям потрібна регулярність.

### 4. Складність доступу та бюрократія

Навіть коли програми є — ними складно скористатися:

- черги
- обмеження за критеріями
- несумісність виплат
- *«Ви не маєте права взяти дві допомоги»*

- «Черга така, що ми ще не вписалися»

Окремо — заплутаність процесів і нестача пояснень від спеціалістів: *«Лікарі самі нічого не знають... багато батьків втрачають можливості»*

## СЕГМЕНТАЦІЯ ПО ВІКУ ТА СПЕЦИФІЦІ ПОТРЕБ

У цьому розділі результати дослідження структуровано за віковими сегментами (за трьома ключовими сегментами), оскільки потреби, бар'єри та очікування сімей суттєво відрізняються залежно від віку дитини.

Далі для кожного сегменту окремо розглянуто відповіді респондентів на вузьконаправлені питання, актуальні саме для цього віку: досвід отримання послуг, ключові труднощі, а також запити та очікування щодо підтримки. Результати подані у вигляді основних тез.

### РАННЄ ВТРУЧАННЯ (діти з порушеннями розвитку віком 0–4 роки (раннє втручання))

1.3 таким поняттям як «раннє втручання» респонденти:



Зачасту саме з таким терміном їх знайомлять лікарі: *«Невролог сказала, що треба дитинці раннє втручання. І ото ми знайшли спеціалістів»*. У одному з випадків основний фокус у зв'язку із діагнозом — це фізична реабілітація. Тому батьки не завжди ідентифікують інші послуги як раннє втручання, хоча з опису отримують ці послуги.

2. Раннє втручання оцінюється як корисне, з помітним результатом навіть після окремих занять: *«Результат буває після кожного заняття», «Всё идёт в пользу. Хоть какую-то крупиночку, ну, даёт ребёнку»*. Ключове обмеження — недостатня тривалість програм: *«Вісім занять — це зовсім ні про що... це максимум один місяць»*.

3. Що, на думку батьків, повинна включати хороша програма раннього втручання:



Тобто батьки орієнтуються не на складні формати, а на базові речі, які дають результат.

## ДІТИ З ІНВАЛІДНІСТЮ 4–18 РОКІВ

Батьки прямо пов'язують розвиток дитини з регулярністю занять. Прогрес фіксується як у фізичній, так і в когнітивній площині.

*«Це як повітря... настільки важливо для розвитку»  
 «Ножки не работали — оно стало работать»  
 «Якщо 2 роки тому він не говорив «так/ні», зараз говорить прості фрази»*

При цьому підкреслюється, що результат — це наслідок системної і тривалої роботи, а не окремих курсів.

Ключова проблема — відсутність стабільності: зміна спеціалістів, перерви в заняттях, обмежені курси.

*«Хотілося б знайти своїх спеціалістів і залишатися з ними»  
 «Нам не вистачає... стабільності в спеціалістах»*

Окремо фіксується дефіцит конкретних напрямів:

- басейн
- остеопатія
- системна фізична реабілітація

1. Батьки очікують не окремі послуги, а системну модель:

- мультидисциплінарна команда: (логопед, психолог, остеопат, ЛФК, нейропсихолог, лікарі)
- регулярність і структура: *«Два-три рази на тиждень... поетапна робота»*
- поєднання напрямів: фізичний розвиток + когнітивний + сенсорний + соціалізація
- концентрація в одному місці: *«Бажано, щоб це було все в одному місці»*

2. Запит виходить за межі «занять» і включає базові умови:

- місця для гігієни (зміна памперсів для старших дітей)
- можливість приготувати або підігріти їжу
- доступність (парковка, пандуси, ліфти)

Без вищевказаного дітям з фізичними порушеннями користування послугами ускладнюється або стає неможливим.

3. Окремий блок запиту — можливість тимчасово передати базовий догляд за дитиною (як базова потреба, а не додаткова опція):

- короткотривале перебування за межами дому (аналог садка)
- підготовлений персонал для допомоги в межах дому (няні, молодший медперсонал)

4. Ставлення до групових активностей неоднорідне:

- для частини дітей — критично важливо (навички взаємодії, поведінка): *«Йй потрібна комунікація... це не замінити»*
- для частини — ефективні лише індивідуальні формати: *«Реагує тільки, коли працюють один на один»*

Ключова умова: **групи мають відповідати рівню розвитку дитини**, інакше виникає або ізоляція, або відсутність прогресу.

## ПІДЛІТКИ ТА МОЛОДЬ 15+

1. Поточна підтримка дає ефект, але тримається переважно на окремих ініціативах або батьках. Там, де є системні середовища (центри, групи), фіксується реальний прогрес:

- «Став більш емпатичним, навчився краще говорити»
- «Він навчився ходити боком, задом... сформувалася зв'язка в голові і тілі»
- «Стала більш самостійна, соціалізується»

2. Після 15–18 років — різкий провал у доступності послуг. Це найкритичніша точка в усьому шляху.

- мало спеціалістів готових працювати з підлітками
- державна підтримка фактично завершується
- нових форматів не з'являється

*«Коли чують «аутизм 16 років» — вже не беруться»  
«Після 18 ти зовсім нікому не потрібен»*

Результат — різка зупинка розвитку і ізоляція: *«Путівка в життя, яка закінчується сидінням на кухні...»*

3. Ключовий дефіцит — соціалізація та змістовне дозвілля. Після школи діти втрачають середовище взаємодії:

- немає клубів, гуртків, просторів
- немає регулярних активностей
- немає «життя поза домом»

*«Підліткам 15+ дуже потрібні заходи»*

*«Не вистачає спілкування... послуг в плані дозвілля»*

4. Відсутність системної підготовки до дорослого життя. Навіть при наявності навчання — воно не покриває базові життєві навички.






Ключові розриви:

- побутові навички (готування, прибирання, самообслуговування)
- здатність самостійно діяти в типових життєвих обставинах (відвідувати магазин, лікарню, школу, користуватися транспортом; вміти звернутися по допомогу або поставити запитання; орієнтуватися у просторі; розуміти правила поведінки в публічних місцях)
- можливість залишатися певний час без супроводу (приймати рішення, виконувати прості дії, планувати)

*«Він буде читати, але не зрозуміє, що таке закрити двері»*

Позитивні поодинокі кейси показують, що це працює: *«Разом готують, миють посуд — це реально навчає»*. Батьки відзначають, що ці ж навички діти потім використовують у повсякденному житті.

5. Очікування від програм: практичні навички + соціалізація + підтримка. Запит зміщується від «розвитку» до прикладного функціонування:

-  навички самостійного життя, ерготерапія
-  базова трудова підготовка
-  соціальні навички
-  фізична активність, спорт, ЛФК
-  терапія з тваринами

*«Різати, готувати, ходити в магазин»*

*«Щоб могли чомусь навчити і кудись взяти на роботу»*

6. З'являється запит на довгострокові рішення:

- підтримане проживання (коли людина живе окремо від родини, але з регулярним супроводом фахівця для допомоги в побуті та розвитку навичок самостійного життя)
- тьютор / супровід
- середовище поза сім'єю

*«Щоб пожили з іншими людьми і навчилися самостійності»*

Це сигнал про потребу переходу від дитячих сервісів до дорослих моделей підтримки.

7. Головна системна проблема — немає наступного етапу: програм працевлаштування, зрозумілого маршруту розвитку, переходу в доросле життя

*«Що йому робити після школи? В Україні програм працевлаштування немає»*

Після 15–18 років система підтримки фактично обривається. Основний запит — не на окремі послуги, а на повноцінну модель життя: зайнятість, соціалізація, навички самостійності та довгостроковий супровід.

## **ПОТРЕБА У СПІЛКУВАННІ З ІНШИМИ БАТЬКАМИ**

Більшість вважає це важливим або частково важливим.

### **Цінність спільнот**

- обмін практичною інформацією
- емоційна підтримка
- відчуття «я не один/одна»
- неформальні поради (часто більш корисні за офіційні)

## Формати взаємодії



## Бар'єри

- відсутність часу і ресурсу
- емоційне виснаження
- небажання додаткового навантаження
- обмежена доступність офлайн-форматів

Рівень потреби батьків залежить від етапу життя дитини: вищий на початку. Батьки, в кого діти старші, часто відзначають, що на спілкування в них просто немає часу; а коли є вільна хвилинка, хочеться просто *«полежати»*. Тобто, спільнота особливо критична на етапі постановки діагнозу або у періоди криз. З часом же потреба може зменшуватися, але зачасту не зникає повністю. Може адаптуватися в формат дружніх стосунків з вузьким колом людей.

## СТАВЛЕННЯ ДО ПЛАТНИХ ПОСЛУГ ТА ГОТОВНІСТЬ ОПЛАЧУВАТИ ЩОСЬ ДОДАТКОВО

Більшість батьків сприймає платні послуги як вимушену норму: *«якщо потрібно — платимо»*. Готовність платити напряму залежить від видимого прогресу дитини і довіри до спеціаліста. Відсутність результату — це фактична відмова від послуги.

У значній частині сімей працювати має змогу лише один з батьків. Інший не має змоги працювати через догляд за дитиною. Тому часто навіть базові послуги є важкодоступними. При цьому в рамках саме персонального інтерв'ю більшість батьків зазначають, що готові витратити більшу частину доходу на послуги

реабілітації дітей, жертвувати власними потребами, у крайніх випадках — продавати майно.

Батьки, прагнучи забезпечити дитині максимальний розвиток і результат, комбінують платні та безкоштовні послуги: ключові, критично необхідні для функціонування (медичні, корекційні, фізична реабілітація), вони готові оплачувати, тоді як додаткові активності (розвиткові, дозвіллеві) частіше покривають за рахунок безкоштовних програм чи фондів. При цьому бюджет та інтенсивність занять постійно переглядаються: поява безкоштовних опцій тимчасово знижує навантаження на платні послуги, дозволяючи одночасно підтримувати розвиток дитини та оптимізувати витрати.

## Ключові бар'єри

- висока вартість регулярної реабілітації (15–20 тис. грн/міс)
- рівень доходу сім'ї не забезпечує можливості системно фінансувати реабілітацію без ризику для базового рівня життя (харчування, побутові витрати, базова стабільність)
- цінова дискримінація: зростання ціни через діагноз. Описано випадок, коли при зверненні до одного й того ж спеціаліста спочатку озвучувалася стандартна вартість послуги, однак після уточнення, що йдеться про дитину з інвалідністю, ціна підвищувалася.

## РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА АБІЛІТАЦІЯ

### 1. Як респонденти розуміють реабілітацію

Реабілітація сприймається не як окрема медична категорія, а як **комплексна практична допомога дитині**, що включає:



Фокус у визначеннях зміщується з терміну на результат:

*«комплекс заходів для покращення стану дитини»*

*«допомога для розвитку і компенсації труднощів»  
«повернення або наближення до більш самостійного функціонування»*

## **2. Практичне сприйняття абілітації**

Абілітація не виділяється як окрема категорія послуг. У більшості випадків:

- термін не відомий
- або автоматично включається в поняття «реабілітація» / «розвиток дитини»
- або інтерпретується інтуїтивно як навчання новим навичкам

Окремого змістового розмежування між реабілітацією та абілітацією респонденти фактично не роблять.

## **3. Ключова особливість сприйняття**

У відповідях домінує не термінологічне, а **практичне мислення**:

- важливо не як називається послуга, а що вона дає
- оцінка будується через результат у дитини (мовлення, поведінка, рухові навички, соціалізація)
- будь-яка системна робота з фахівцями автоматично відноситься до «реабілітації»

Відповіді на блок про реабілітацію та абілітацію фактично узагальнюють досвід респондентів, які в попередніх питаннях згадувалися опосередковано. Тут вони структуровані й зібрані в окремі змістові блоки. Для зручності сприйняття подані у вигляді узагальненого маркованого списку.

### **Де отримують послуги / джерело**

- державні центри (ІРЦ, лікарні, реабілітаційні відділення)
- приватні спеціалісти та центри
- благодійні програми та фонди
- змішані маршрути (комбінація державних і приватних)

### **Формат надання послуг**

- виїзні заняття / домашні візити
- стаціонарно (у центрі, пансіонаті)
- індивідуальні заняття
- групові заняття

### **Основні типи послуг**

Найчастіше згадуються:

- логопедичні заняття

- психологічна допомога
- фізична реабілітація (ЛФК, масаж)
- сенсорна інтеграція
- дефектологічна підтримка
- арт- та іпотерапія
- навчально-корекційні заняття в центрах/школах

## Доступність і організація

Характерні моделі доступу:

- курси раз на кілька місяців
- щотижневі відвідування
- чергування різних закладів і спеціалістів
- замість цілісної програми в одному місці, батьки фактично виступають як менеджери процесу, які самі збирають необхідний набір послуг:  
Пошук спеціалістів: окремо логопед, окремо психолог, окремо реабілітолог  
Комбінування різних закладів: державні + приватні + благодійні  
Планування графіку: узгодження різних занять у різні дні та години  
Логістика: організація поїздок у різні частини міста або інші міста  
Адміністративні питання: записи, черги, документи, оформлення програм  
Фінансове управління: розподіл бюджету між різними послугами

Типові особливості:

- поєднання державних і приватних послуг є нормою
- значна частина занять оплачується родинами
- державні програми часто сприймаються як обмежені за інтенсивністю чи часом

## Суб'єктивна оцінка корисності

Основні ефекти, які відзначають:



## Основні труднощі

Системні бар'єри:

- нестача кваліфікованих спеціалістів
- обмежена кількість місць і черги
- висока вартість приватних послуг
- нерівномірною якість послуг

Організаційні проблеми:

- фрагментарність (різні центри, різні локації)
- нерегулярність курсів
- відсутність безперервності підтримки

Інфраструктурні та соціальні:

- транспортні складнощі
- відсутність адаптованого середовища (укриття, доступність)
- бар'єри для пересування

Інформаційні:

- недостатня поінформованість про доступні програми
- слабка координація між установами

## **БАЧЕННЯ ІДЕАЛЬНОГО ЦЕНТРУ ПІДТРИМКИ**

**Ключова ідея:** комплексний центр «повного циклу» в одному місці

- всі послуги інтегровані
- мінімізація переміщень по місту
- можливість проводити в центрі повноцінний день

### **Географічне розташування**

- зручна транспортна доступність
- ідеально — філіали у межах району проживання, або хоча б центр міста
- уникнення довгих переїздів через місто

### **Фізична доступність**

- повна безбар'єрність (пандуси, ліфти, адаптовані санвузли)
- зручна парковка
- можливість заїзду з коляскою у всі зони
- організований трансфер до центру

## Обов'язкові спеціалісти (в одному місці)



## Додаткові послуги/простори



## Формат роботи

- перебування 3–6+ годин
- поєднання занять і дозвілля
- чіткий розклад (структурований день, чергування активностей, баланс навантаження і відновлення)
- не короткі курси, а системна підтримка
- супровід дитини в динаміці
- можливість безкоштовного або частково покритого доступу, інтеграція з державними програмами

## Підхід спеціалістів до роботи

- досвід роботи саме з дітьми з відповідними видами порушень
- вміння адаптуватися під конкретну дитину і її потреби
- можливість змінювати спеціаліста, якщо дитині він не підійшов
- фокус на результаті

## Інфраструктура для комфорту

Для дітей

- безпечний, закритий простір
- адаптовані зони відпочинку
- кімнати гігієни (включно з пеленальними місцями)

Для батьків та супроводжуваних

- зона очікування
- кухня / вода / базові зручності
- окрема кімната для відпочинку
- ігрова кімната для братів/сестер
- супровід соціального працівника

## **Підтримка та освіта батьків**

- психолог, групи підтримки
- неформальні активності
- проведення семінарів, консультацій
- надання юридичної підтримки

## **Додатково: підготовка до дорослого життя для старших дітей**

- навчання побутовим навичкам
- профорієнтація
- соціальні активності (спілкування, дозвілля)

Ідеальний центр — це **доступний, комплексний простір з сильними спеціалістами, де дитина отримує безперервну підтримку, а батьки — ресурс і полегшення.**

## **ВИСНОВКИ**

### **1. Система працює як набір розрізнених можливостей, а не як маршрут для сім'ї**

Послуги формально є, але вони не з'єднані між собою в зрозумілу логіку. Після встановлення діагнозу сім'я не отримує ні маршруту, ні супроводу — далі все будується через власний пошук, випадкові контакти та поради інших батьків. У результаті доступ до допомоги визначається не потребою дитини, а тим, наскільки батьки в курсі можливостей, мають час, ресурс і витривалість.

### **2. Запит родин — не на окремі послуги, а на безперервну систему підтримки**

Батькам потрібні не епізодичні втручання, а довготривалий, стабільний процес: з одними спеціалістами, зрозумілою динамікою і прогнозованим результатом.

Критично важливими є не тільки самі послуги, а умови доступу до них:

- інформація
- фінансова посильність
- логістика
- можливість не випадати з процесу.

Окремий великий розрив — відсутність рішень для підлітків і молоді (15+), де підтримка фактично обривається.

### **3. Основні бар'єри — не лише в ресурсах, а в тому, як організована система**

Навіть там, де послуги існують, сім'ї стикаються з однаковими обмеженнями:

- інформація розпорошена і неактуальна
- процеси складні і не пояснені
- доступ ламається об супутні витрати (транспорт, обстеження)
- географія і безпека ускладнюють регулярність
- інфраструктура часто формально доступна, але фактично — ні

Це означає, що проблема не тільки в нестачі послуг, а в тому, що до них складно дійти і неможливо стабільно користуватись.

### **4. Досвід сімей нерівномірний: або дуже добре, або ніяк**

Якість залежить не від системи, а від конкретного місця чи спеціаліста. Є сильні приклади, які дають результат, але вони не масштабуються і не формують загальну модель.

При цьому батьки змушені самі збирати для дитини конструктор із різних послуг: шукати, комбінувати, координувати графік, вирішувати бюрократію і фінанси. Фактично вони виконують роль менеджера.

### **5. Поточні програми дають точковий ефект, але не закривають життєвий цикл потреб**

Існуючі ініціативи працюють як короткі або ізольовані втручання: вони можуть давати результат тут і зараз, але не забезпечують його накопичення.

Найбільш цінними для сімей є ті формати, де є:

- регулярність
- тривалість
- адаптація під дитину
- поєднання різних напрямів (а не один спеціаліст)

**Коротко: система зараз — це набір опцій, якими можуть скористатися найресурсніші; запит родин — на зрозумілу, безперервну і фізично доступну модель підтримки.**

# ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

## 1. Впровадження функції кейс-менеджменту

### Що саме зробити:

- Ввести в існуючих структурах (ЦНАП, соцслужби, ІРЦ) роль **координатора випадку**
- Закріплювати його за сім'єю після встановлення діагнозу

### Функції:

- складання індивідуального маршруту послуг
- нагадування про строки подачі документів
- допомога у заповненні заяв
- інформування про відкриті програми

### Як реалізувати без створення нової системи:

- через перерозподіл функцій існуючих соцпрацівників
- через пілот на рівні громади (1–2 людини на район)

## 2. Створення «єдиного входу» в систему послуг

**Проблема:** інформація є, але вона розпорошена

**Варіанти рішень** — не велика платформа, а **простий агрегатор:**

- Google-сайт / простий реєстр
- чат-бот у Telegram/Viber

### Наповнення:

- перелік послуг
- актуальні набори
- контакти
- короткі пояснення кому підходить

**Ключове, щоб система не «вмирала» після запуску:**

Оновлення інформації має здійснюватися децентралізовано: кожна установа самостійно відповідає за актуальність власних даних у системі, що забезпечує оперативність і знижує ризик застарілої інформації.

### **Як це може виглядати технічно**

- у кожного центру є доступ до свого кабінету / форми
- або проста Google-форма для оновлення
- або бот, де можна змінити статус (наприклад: «набір відкрито / закрито»)

### **Чому це важливо:**

- інформація оновлюється швидше (без посередника)
- знімається навантаження з однієї структури
- зменшується кількість застарілих даних

## **3. Модель фінансування**

Замість спроби фінансувати всю реабілітацію, зробити фокус на критичних бар'єрах. На даний момент механізми часткової компенсації вже існують, однак вони не утворюють цілісної системи і не орієнтовані на усунення конкретних бар'єрів доступу. У результаті навіть за наявності фінансування частина сімей не може скористатися послугами.

### **Як це може працювати системно:**

#### **а. Визначається перелік «що саме компенсуємо»**

На рівні громади фіксується обмежений список послуг, пріоритезуються найбільш вразливі групи:

- транспорт до занять (компенсація або розширення роботи соціального таксі)
- дорогі обстеження
- перші 1–3 місяці занять (старт входу)

#### **б. Вводиться простий інструмент — умовний соціальний ваучер**

Не складна програма, а фіксована сума або відсоток на конкретну категорію витрат. Наприклад:

- 2000 грн/міс на транспорт
- 50% компенсації обстеження (з лімітом)

#### **в. Джерела фінансування комбінуються**

Це не одна програма. Це мікс:

- частина — з місцевого бюджету (навіть невелика)
- частина — донорські кошти
- частина — через партнерські фонди

Найважливіше: всі ініціативи йдуть в одну логіку, а не окремо існують

#### **г. Громада стає оператором, а не донором**

Тобто не сама все фінансує, а веде облік потреб, визначає пріоритети, розподіляє ресурси (включно з донорськими).

#### **д. Мінімальна бюрократія**

Максимально просто:

- заявка (онлайн/офлайн)
- підтвердження витрати (чек/направлення)
- компенсація

### **4. Формат безперервності: через пакети послуг, а не нескінченне фінансування**

**Проблема:** неможливо фінансувати всіх постійно. Зараз часто є короткі курси або точкові послуги (наприклад, 10 занять), після яких фінансування закінчується. Потім дитина випадає з процесу. Як результат: багато людей отримують трохи допомоги, але без стабільного результату. Те, що пропонується — це перейти на формат **пакетів послуг із чітким циклом**.

Як це виглядає на практиці:

#### **а. Вхід (оцінка + старт)**

Дитина заходить у програму, проходить оцінку стану/потреб. Формується план: що саме потрібно (наприклад, реабілітація, консультації, супровід).

#### **б. Інтенсив (основний період, 3–6 місяців)**

Це ключовий етап, де дається основний обсяг допомоги: регулярні заняття, робота зі спеціалістами, активна підтримка. Тобто не 10 занять і кінець, а системна робота протягом кількох місяців.

#### **в. Підтримуючий режим**

Після інтенсиву дитин не випадає, а переходить у легший формат:

- рідші зустрічі

- консультації за потреби
- контроль динаміки

Це дозволяє закріпити результат і не втратити його одразу після завершення курсу.

#### **г. Співфінансування**

Після базового (інтенсивного) періоду частина витрат може поступово переходити на отримувача послуги (якщо є така можливість). Це потрібно, щоб не тримати всіх на повному фінансуванні безкінечно і дати можливість заходити новим людям у програму.

Благодійна організація в такому випадку може виступати в ролі:

- **координатора** — організовує процес, але послуги дають партнери
- **ініціатора** — керує і задає правила

### **5. Розвиток адаптивного спорту — через інтеграцію в існуючі секції**

**Не створювати окрему систему**, а вводити **адаптаційні групи** у звичайних секціях; навчати тренерів базовим підходам.

#### **Модель:**

- старт: малі групи (однорівневі), де дитина адаптується, вчиться правил
- далі: часткова інтеграція в загальні

### **6. Підтримка батьків — через вбудовані, а не окремі сервіси**

Не окремі програми, а інтеграція в існуючі центри.

#### **Приклади:**

- паралельні групи підтримки під час занять дітей
- кімнати очікування з функцією відпочинку
- короткі консультації психолога за запитом

### **7. Пілоти для підлітків (15+), як окремий напрям**

Можна не масштабувати одразу, а запускати пілоти: починати з тимчасових форматів (1–4 тижні). Логічна довгострокова структура:

- групи соціалізації (базові навички взаємодії)
- побутові тренінги (вчимо «як жити»)
- коротка програма самостійного життя (пробний самостійний режим)
- підтримане проживання (окреме або майже окреме проживання без батьків, але з регулярною допомогою фахівців)

## **8. Забезпечення реальної безбар'єрності для людей з фізичними обмеженнями**

Йдеться не лише про формальне виконання вимог, а про створення **функціонального, безпечного і реально доступного середовища** у всіх типах просторів — як соціальних, так і громадських.

У кожному центрі або установі (соціальні служби, реабілітаційні центри, освітні простори, лікарні) мають бути не номінальні, а робочі рішення:

- пандуси з правильним кутом нахилу, які дозволяють самостійний підйом/спуск
- ліфти або підйомники, доступні без супроводу
- поручні у коридорах, на сходах, у зонах пересування
- доступні туалети (ширина дверей, поручні, простір для маневрування)
- відсутність порогів або критичних перепадів висоти

Доступність має бути не лише в соцстановах, а й у міському житті:

- театри, кінотеатри, концертні зали
- музеї та виставкові простори
- спортивні та розважальні майданчики