

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«СОЦІАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В РОБОТІ З ДІТЬМИ З
ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ»**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 82318-сп
спеціальності 231 «Соціальна робота»
освітньої програми «Соціальна педагогіка»
Ю. С. Діоба

Керівник: доцент кафедри соціальної педагогіки,
доцент, к.пед.н. _____ Ю. Р. Мацкевіч

Рецензент: доцент кафедри соціальної педагогіки,
к.пед.н. _____ Т. Г. Соловйова

Запоріжжя

2020

ЗМІСТ

Вступ.....	8
Розділ 1. Теоретичні основи соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями	11
1.1. Діти з обмеженими можливостями як суб'єкт соціально-педагогічної роботи.....	11
1.2. Види соціальних технологій у роботі з діти з обмеженими можливостями	21
1.3. Теоретичні підходи до реабілітації дітей з обмеженими можливостями.....	41
Розділ 2. Експериментальна робота з соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.....	57
2.1. Дослідження соціальної адаптації дітей з обмеженими можливостями.....	57
2.2. Обґрунтування та впровадження програми соціальної адаптації для дітей з обмеженими можливостями	69
2.3. Перевірка ефективності проведеної роботи.....	79
Висновки	87
Список використаних джерел.....	90
Додатки.....	98

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 103 с., 5 таблиць, 5 рисунків, 87 джерел, 3 додатки.

Об'єкт дослідження: соціальна робота з дітьми з обмеженими можливостями.

Предмет дослідження: технології соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити технології соціальної реабілітації в роботі з дітьми з обмеженими можливостями.

Методи дослідження: теоретико-методологічний аналіз, системний аналіз, узагальнення, систематизація, спостереження, опитування, вивчення документації, анкетування, тестування, експеримент.

Теоретичне значення роботи полягає у комплексному підході до соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, що включає не лише соціально-педагогічну роботу з дітьми та сім'єю, але й передбачає роботу над соціальною адаптацією як першим завданням соціальної реабілітації.

Практичне значення роботи полягає у розробці соціально-педагогічної програми щодо сприяння соціальній адаптації дітей з обмеженими можливостями.

Галузь використання: соціально-реабілітаційні центри, інклюзивно-ресурсні центри, спеціальні заклади освіти, інклюзивні класи.

СОЦІАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ, ДІТИ З ОБМЕЖЕНИМИ
МОЖЛИВОСТЯМИ, СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, СОЦІАЛІЗАЦІЯ,
СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ

SUMMARY

Dioba J.S. Social Technologies in Work with Disabled Children.

The qualifying work consists of introduction, 2 parts, findings, list of literature (87 items), 3 addenda on 6 pages. The qualifying work volume is 103 pages long, 82 of them – main text. There are 5 tables and 5 illustrations.

The qualifying work gives theoretical survey and describes the experimental research of social pedagogical, theoretical and practical aspects of rehabilitation of disabled children. It defines the conditions and means of social pedagogical technologies work with adaptation of preschoolers with disabilities.

The research object: social work with disabled children.

The research subject: technologies of social rehabilitation of disabled children.

The research purpose: theoretical background and practical program approval of technologies of social rehabilitation in work with disabled children.

The research tasks are:

- 1) to define the types of social technologies in working with children with disabilities;
- 2) to analyze approaches and identify the difficulties of social and pedagogical rehabilitation of children with disabilities;
- 3) to select methods and diagnostic methods for studying the state of social adaptation of children with disabilities;
- 4) to formulate usage recommendations for program of social adaptation of preschoolers with disabilities;
- 5) to check the proposed system of measures.

The part 1 «Theoretical backgrounds of social rehabilitation in work with disabled children» describes the categories of disabled children its features, factors that course its origin; types of social technologies in work with disabled children; analyzes theoretical approaches to rehabilitation of disabled children.

The part 2 «Experimental work in social rehabilitation of disabled children» shows the results of ascertaining, forming and control stages of the experimental work of formation of social adaptation of disabled children; the program of social adaptation of preschooler with disabilities is grounded, implemented and checked.

The analysis of results has proved the effectiveness of formulated and implemented program of socially-pedagogical measures in work with social adaptation of preschooler with disabilities.

Keywords: social rehabilitation, social technologies, disabled children, social rehabilitation, socialization, social adaptation.

ВСТУП

Важливе місце у підготовці дітей з обмеженими можливостями до інтеграції в соціальне середовище займають питання їх соціальної реабілітації. Соціокультурна трансформація сучасного українського суспільства тісно пов'язана з розширенням сфери соціальної політики, одним із пріоритетів якої є забезпечення повноцінного функціонування суспільства, яке неможливе без створення умов для самореалізації кожної окремої людини. Об'єктами такої політики на сьогодні дедалі більше стають різноманітні групи населення, що потребують специфічних підходів та методів роботи. Процеси реформування соціального, економічного, культурного та політичного життя в Україні сприяли загостренню проблем невідповідності прав та можливостей окремих членів та груп суспільства. Особи, що мають обмежені фізичні можливості, часто неспроможні до повноцінної життєдіяльності внаслідок втрати частини соціально важливих функцій. Наприклад, часто вони не можуть адаптуватися до суспільних змін, інтегруватися у соціум, зайняти бажану економічну чи соціальну позицію тощо.

Інвалідність у дітей означає істотне обмеження життєдіяльності, вона сприяє соціальній дезадаптації, яка обумовлена порушеннями в розвитку, ускладненнями в самообслуговуванні, спілкуванні, навчанні, оволодінні в майбутньому професійними навичками. Освоєння дітьми з інвалідністю соціального досвіду, включення їх в існуючу систему суспільних відносин вимагає від суспільства певних додаткових заходів, засобів і зусиль (це можуть бути спеціальні програми, спеціальні центри по реабілітації, спеціальні навчальні заклади тощо). Але розробка цих заходів повинна ґрунтуватися на знанні закономірностей, задач, сутності процесу соціальної реабілітації.

Науковці намагаються дослідити інтеграцію дітей з обмеженими можливостями в соціальне середовище в теоретичному плані, визначити його суттєві ознаки та закономірності розвитку, виявити чинники та розкрити

соціально-педагогічні умови, що впливають на процес розвитку та інтегрування дітей з функціональними обмеженнями в соціальне середовище. Поряд із помітними напрацюваннями і здобутками вітчизняних і зарубіжних вчених проблема інтегрування людей з функціональними обмеженнями ще залишається недостатньо вивченою.

Соціально психологічні дослідження проблеми інвалідності висвітлено в працях Р. Кравченко, Н. Бастун, Н. Майорова, Є. Холостова, В. Курбатова, С. Толстоухова, Т. Губарева, В. Смірнова. Різні аспекти інвалідності розглядалися в працях таких науковців, як І. Зверева, О. Безпалько, Л. Міщик, В. Нікітіна, Е. Мастюкова, А. Московкіна, Л. Шипіцина, Н. Лур'є, В. Бочелюка, А. Турубарова, І. Богданова та І. Іванова.

Проблемою соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями займається велика кількість науковців: Н. Грабовенко, І. Іванова, А. Капська, Л. Коваль, І. Зверева, В. Ляшенко, М. Малафєєв, Т.Г. Соловійова, В. Тесленко тощо. На даний час у науці накопичений чималий досвід практичної роботи з дітьми-інвалідами (М. Болдіна, О. ВорошукЄ. Деєва, Т. Носова, Ж. Петрочко, О. ПольовикВ. Ткачова, К. Щербакова та ін.). Досвід соціальної роботи з дітьми даної категорії вивчають Г. Слозанська, Г. Гаврюшенко. Соціально-педагогічному захисту дитинства в Україні на державному, регіональному та місцевому рівнях присвятили свої роботи В. Алфімов, Л. Волинець, О. Бондаренко, І. Зверева, О. Зінченко, В. Зінченко, Л. Міщик. Відповідно, існує потреба в соціальній реабілітації та відновленні означених функцій таких осіб. Виходячи з вищесказаного, була визначена мета дослідження.

Мета – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити технології соціальної реабілітації в роботі з дітьми з обмеженими можливостями.

Об'єкт дослідження – соціальна робота з дітьми з обмеженими можливостями.

Предмет дослідження – технології соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що використання соціальних технологій в роботі з дітьми з обмеженими можливостями буде сприяти збереженню та зміцненню фізичного, психологічного та соціального здоров'я; формуванню соціально значущих орієнтацій у життєвому самовизначенні.

Для досягнення даної мети, нами були поставлені такі **завдання**:

1. Визначити особливостей категорій дітей з обмеженими можливостями та значення соціальної реабілітації у роботі з ними.

2. Розглянути види соціальних технологій у роботі з діти з обмеженими можливостями.

3. Дослідити підходи та визначити труднощі соціально-педагогічної реабілітації дітей з обмеженими можливостями.

4. Підібрати методи та діагностичні методики вивчення стану соціальної адаптації дітей з обмеженими можливостями.

5. Обґрунтувати та експериментально перевірити систему заходів для вирішення даної проблеми.

Для виконання поставлених завдань, ми будемо використовувати наступні методи:

- теоретичні – теоретико-методологічний аналіз, системний аналіз, узагальнення, систематизація;

- емпіричні – спостереження, опитування, вивчення документації, анкетування, тестування, експеримент.

Теоретичне значення роботи полягає у комплексному підході до соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, що включає не лише соціально-педагогічну роботу з дітьми та сім'єю, але й передбачає роботу над соціальною адаптацією як першим завданням соціальної реабілітації.

Практичне значення роботи полягає у розробці соціально-педагогічної програми щодо сприяння соціній адаптації дітей з обмеженими можливостями.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

1.1. Діти з обмеженими можливостями як суб'єкт соціально-педагогічної роботи

В теоріях символічного інтераціоналізма (Н. Залигіна, Дж. Г. Мид та ін.) інвалідність описується за допомогою системи символів, що характеризують цю соціальну групу осіб з обмеженими можливостями.

У рамках теорії наклеювання ярликів або теорії соціентальної реакції (Р. Беккер, Е. Лемертон) для позначення осіб з обмеженими можливостями з'являється поняття «девіанти». Інвалідність розглядається як відхилення від соціальної норми, носіям цієї девіації наклеюється ярлик «інвалід» [16].

Феноменологічний підхід відрізняє соціокультурну теорію нетиповості Е. Ярської-Смірної. Феномен «нетипової дитини» формується і транслюється всім його соціальним оточенням.

Згідно Декларації про права інвалідів (ООН, 1975 р.) інвалід – це будь-яка особа, яка не може самостійно забезпечити повністю або частково потреби нормального особистого і (або) соціального життя через недолік, будь-то природженого чи ні, його (її) фізичних або розумових можливостей [19].

Інвалідність у дітей визначається значним обмеженням життєдіяльності, що приводить до соціальної дезадаптації унаслідок порушень розвитку і зростання дитини, здібностей до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, навчання, спілкування, трудової діяльності в майбутньому [30].

Найпоширенішими в сучасній психолого-педагогічній і медико-соціальній літературі є поняття «діти з особливостями розвитку» і «діти з обмеженими можливостями». Поняття «діти з обмеженими можливостями»

охоплює категорію осіб, життєдіяльність яких характеризується будь-якими обмеженнями або відсутністю здатності здійснювати діяльність способом або в рамках, що вважаються нормальними для людини даного віку [30]. Це поняття характеризується непомірністю або недостатністю в порівнянні із звичайним в поведінці або діяльності, може бути тимчасовим або постійним, а також прогресуючим і регресивним.

В Україні поступово переходять від терміну «інвалід» до більш гуманного: «особа з обмеженими функціональними можливостями» або «людина з особливими потребами» [12].

Використання термінології, яка принижує гідність людини, є порушенням її прав і призводить до стигматизації інвалідів (у т.ч. дітей) та їхніх родичів, тобто створюються певні негативні стереотипи, соціальні установки та атитюди стосовно людей з інтелектуальною, фізичною, сенсорною вадою, інвалідів.

У сучасній педагогічній літературі вітчизняними та зарубіжними вченими з різних точок зору представлено поняття «дитина з обмеженими можливостями в розвитку» (В. Бондар, Т. Егорова, Н. Кисельова, Г. Коберник, В. Лапшин, І. Левченко, С. Нарзулаєв, В. Павлухіна, Г. Попов, Б. Пузанов, В. Синьов). Провідні вчені у галузі дефектології В. Синьов і Г. Коберник розкривають поняття «дитина з обмеженими можливостями» як «... дитина, у якої порушено нормальний перебіг загального розвитку. Таке порушення розвитку в дитини може бути спричинено тільки за наявності фізичного, інтелектуального або психічного дефекту» [59, 32].

Основними причинами інвалідності у дітей є: вродженні аномалії, деформації та хромосомні порушення, хвороби ЦНС, розлади психіки, девіантна поведінка. Основну частину дітей з функціональними обмеженнями становлять діти шкільного віку від 7 до 14 років це приблизно 50 %, 15-17 років – близько 25 % та від трьох до шести років близько 20 % [14].

С. Нарзулаєв, В. Павлухіна, Г. Попов висловлюють свою думку, що «діти з обмеженими можливостями» – це «...діти, які мають численні відхилення психічного або фізичного типу, які обумовлюють порушення загального

розвитку, перешкоджаючи дітям вести повноцінне життя» [7, 19]. Т. Єгорова в своїх роботах розглядає «дитину з обмеженими можливостями» як дитину, яка має значні відхилення від нормального психічного або фізичного розвитку, що утворилися внаслідок пологів або придбаних дефектів. Такі діти потребують спеціальних умов навчання та виховання [19].

І. Левченко, Н. Кисельова вказують у своїх роботах, що «діти з обмеженими можливостями» – це « ...діти, у яких внаслідок уроджених недоліків або придбаного внаслідок життєдіяльності органічного ураження сенсорних органів опорно-рухового апарату або центральної нервової системи розвитку має відхилення від норми. У деяких випадках порушення розвитку може виникати внаслідок мікросоціальних і середовищних причин, не пов'язаних з патологією аналізаторів або центральною нервовою системою [37].

Понятійно-термінологічний словник за редакцією В. Бондар пропонує таке визначення: «... дитина з обмеженими можливостями» – це дитина, яка має суттєві відхилення від нормального фізичного чи психічного розвитку, зумовлені вродженими або набутими дефектами, і потребує спеціальних умов навчання й виховання» [71, 51].

Н. Назарева розкриває поняття «дитина з обмеженими можливостями» як людини, яка має функціональні обмеження, нездатна до якоїсь діяльності в результаті захворювання, відхилень або вад розвитку, нетипового стану здоров'я внаслідок неадаптованості зовнішнього середовища до особливих потреб індивіда через негативні стереотипи, упередження, що виділяють нетипових людей у соціально-культурній системі. «Про недолік, відхилення в розвитку можна говорити там і тоді, де й коли виникає невідповідність можливостей дитини, ... тобто коли в наявності обмеження соціальних можливостей» [72, 134].

В. Лапшин, Б. Пузанов розглядають дитину з обмеженими можливостями, як дитину, у якої визначені різні форми порушення онтогенезу, тобто розвиток індивіда відбувається всупереч розвитку виду (філогенезу) [36].

При всьому тому діти з обмеженими фізичними можливостями – це складова нашої держави. Такі діти мають всі права, як і здорові діти. У міру своїх фізичних уражень і особистих інтересів і схильностей вони можуть навчатися, отримувати професійну освіту та в майбутньому приносити свою помірну користь суспільству та державі. Демократичний розвиток України, соціальний напрямок держави на допомогу людям з обмеженими фізичними можливостями передбачає низку комплексів і заходів реабілітаційної роботи з такими людьми. Виходячи з актуальності реабілітаційної роботи та педагогічної підтримки дітей з обмеженими можливостями, метою такої роботи є вивчення класифікації дітей з обмеженими можливостями та висловлювання українських педагогів у цьому напрямку. Така класифікація особливостей дітей з різними формами обмежених можливостей допоможе вибрати ефективні методи роботи з дітьми з різними відхиленнями у розвитку та вивчити педагогічний досвід провідних педагогів України. У спеціальній вітчизняній та іноземній літературі представлені різні види класифікацій «дитини з обмеженими можливостями» (Т. Власова, В. Липа, А. Маллер, М. Певзнер).

За класифікацією В. Лапшина, Б. Пузанова, «діти з обмеженими можливостями» мають такі порушення в розвитку:

- з порушенням слуху (глухі, ті, що слабочують і пізно оглухлі);
- діти з порушенням зору (сліпі, ті, що слабо бачать);
- діти з порушенням мовлення (логопати);
- діти з порушенням опорно-рухового апарату;
- діти з розумовою відсталістю;
- діти з затримкою психічного розвитку;
- діти з порушенням поведінки;
- діти з комплексними порушеннями психофізичного розвитку, з так званими складними дефектами (сліпоглухонімі, глухі або сліпі діти з розумовою відсталістю) [36].

В. Бондар поділяє «дітей з обмеженими можливостями» на такі обмеження в розвитку:

- з вадами слуху (глухі, ті, що слабочують, оглухлі);
- з вадами зору (сліпі, ті, що слабо бачать, осліплі);
- з вадами інтелекту (розумово відсталі з затримкою психічного розвитку);
- діти з мовленнєвими вадами;
- з порушеннями опорно-рухового апарату;
- зі складною структурою порушень (розумово відсталі глухі та ті, що слабочують, глухі та ті, що слабо бачать, сліпоглухонімі й ін.) [71].

За класифікацією А. Маллера «дітей з обмеженими можливостями» можливо поділити на такі категорії:

- глухі, слабочуючі; ті, що пізно оглухлі;
- незрячі; слабозорі;
- людина з порушеннями функцій опорно-рухового апарату;
- людина з порушеннями емоційно-вольової сфери;
- людина з порушенням інтелекту;
- людина з затримкою психічного розвитку;
- людина з тяжким порушенням мовлення;
- людина зі складним недоліком розвитку [42].

В. Липа дає таку класифікацію дітей з вадами психофізичного розвитку:

- розумово відсталі;
- із затримкою психічного розвитку;
- з порушеннями слуху, зору, мовлення;
- з порушеннями опорно-рухового апарату;
- з порушеннями спілкування та поведінки;
- зі складним (комбінованим) дефектом [38].

Т. Власова та М. Певзнер дають свою класифікацію дітей з вадами психофізичного розвитку:

- із сенсорною неповноцінністю (з порушеннями слуху, зору, мовлення, опорно-рухового апарату та сенсомоторики);
- із затримкою психічного розвитку;

- із астенічним чи реактивним станом і конфліктним хвилюванням;
- з психопатоподібними формами поведінки (емоційні порушення поведінки);
- з розумовою відсталістю (олігофрени у стані дебільності, імбецильності, ідіотії);
- з початковими проявами психічних захворювань (шизофренія, епілепсія, істерія та ін.) [1].

Г. Кобернік і В. Синьов дають таку класифікацію «дітей з обмеженими можливостями»:

- діти зі стійкими порушеннями слухової функції;
- діти з порушенням зору;
- діти із стійкими порушеннями інтелектуального розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи;
- діти з тяжкими мовленнєвими порушенням;
- діти с комплексними розладами;
- діти з порушенням опорнорухового апарату;
- діти з затримкою психічного розвитку;
- діти з психопатичними формами поведінки [59].

Існує і більш узагальнена класифікація, в основі якої є угруповання зазначених вище категорій порушень відповідно до локалізації порушення у тій чи іншій системі організму:

- тілесні (соматичні) порушення (опорно-руховий апарат, хронічні захворювання); сенсорні порушення (слух, зір);
- порушення діяльності мозку (розумова відсталість, порушення рухів, психічні та мовні порушення).

В основу класифікації поняття «діти з обмеженими фізичними можливостями» ми вводимо характер порушення, не пов'язаний з порушенням діяльності мозку, відповідно, «діти з обмеженими фізичними можливостями» – це діти, які мають такі відхилення розвитку:

- з порушенням слуху (глухі, ті, що слабо чують і ті, що пізно оглухлі);

- з порушенням зору (сліпі, ті, що слабо бачать);
- з порушенням мовлення (логопати);
- з порушенням опорно-рухового апарату;
- діти зі складним (комбінованим) дефектом, не пов'язаним з порушенням діяльності мозку.

Значна частина дітей з обмеженими фізичними можливостями, подорослішав, виявляються не підготовленими до життєдіяльності в загальному середовищі. Проте, результати досліджень провідних вчених у галузі педагогіки свідчать про те, що будь-яка людина, що має обмеження в розвитку, може у разі відповідної педагогічної, реабілітаційної та лікувальної діяльності стати повноцінною особистістю, отримати середню та професійну освіту, щоб забезпечувати себе в матеріальному відношенні та бути корисним суспільству. Вчасно та правильно організована педагогічна діяльність з дитиною, що має обмежені фізичні можливості, дає можливість такій дитині налагодити зв'язок із загальним середовищем, зі світом, контакти з однолітками та дорослими, спілкуватися з природою. Педагогічна діяльність з дітьми з обмеженими фізичними можливостями дає можливість дітям з вадами в розвитку розкрити свої здібності, таланти, виявити свої дарування, розвинути їх, приносити користь суспільству. Дитина з обмеженими фізичними можливостями не пасивний об'єкт реабілітаційної допомоги, а людина, що розвивається та має право на задоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні, творчості. Багато вітчизняних і зарубіжних вчених розглядали педагогічну роботу з дітьми з обмеженими фізичними можливостями з урахуванням їх особливостей в розвитку.

Формування ставлення суспільства та владних установ до дітей з особливими потребами у багатьох країнах світу пройшло період від застою до інклюзії, що проявляється як процес нормалізації та несе в собі ідею про те, що життя дітей з обмеженими можливостями має бути якомога більш наближеним до умов і стилю життя усього суспільства. Процес гуманізації суспільних відносин отримав своє відображення в міжнародних правових актах таких як:

Загальна декларація ООН прав людини (1948), Декларація ООН з про права інвалідів (1975), Конвенція про права дитини (1989) та ін. Зокрема, Декларація ООН про права інвалідів є першим нормативно-правовим документом щодо визнання осіб з особливими потребами суспільно повноцінною в соціальному сенсі меншиною, яка потребує соціального та правового захисту [75].

У Конвенції ООН про права дитини окреслено, що наявність інвалідності у дитини є підставою для захисту її від дискримінації, а неповносправна розумово чи фізично дитина повинна мати достойне життя в нормальних умовах, які сприяють підвищенню впевненості в собі та забезпечують її участь у житті суспільства. Дитина з інвалідністю має мати гідний рівень умов життя, що забезпечує максимальну самостійність і соціальну інтеграцію [75].

Термін «інвалід», міжнародне визначення якого вперше було зафіксовано в Декларації ООН «Про права інвалідів» у 1975 році, визначає дитину з інвалідністю, яка не може самостійно забезпечити повністю чи частково свої життєві потреби повноцінного особистого або соціального життя, через вроджені чи набуті фізичнорозумові вади. В останні роки під впливом руху за захист прав дітей з інвалідністю суспільне ставлення до таких осіб поступово реформується та набуває нового характеру. Введення у вжиток терміну «діти з особливими потребами» спонукає до сконцентрації уваги, перш за все, на дитині, її індивідуальності та особистості, а потім тільки на обмеженні чи ваді цієї особи як ознаки другорядної. Сама ж концепція інвалідності розглядається на рівні двох моделей: медичної і соціальної. Медична модель розглядає здоров'я людини як атрибут помилок, що викликане хворобою, травмою або вродженою вагою, тобто констатує хронічне захворювання дитини, яке вимагає медичного втручання. Реакція громадського суспільства в даному разі полягає, насамперед, в забезпеченні лікування, надання соціальної допомоги та створення сприятливих умов для реабілітації. Такі дії підкреслюють безпомічність та знедоленість дитини і не зменшують, а лише загострюють та обтяжують рівень її відчуження від суспільства. Саме тому в сучасних умовах така модель перестає відповідати очікуванням не тільки людей з інвалідністю, а

й оточуючих. Після ратифікації Україною у 1991 році Конвенції ООН про права дитини в країні почала формуватись соціальна модель, яка більш пов'язана з визнанням основних прав людини, і на відміну від медичної моделі, визнає інвалідність як соціальну проблему, а не як ознаку людини. Ця модель, таким чином, спрямована на зміну суспільства, а не людини на пристосування навколишнього середовища до її особливих потреб. В основу моделі покладена концепція цільового підходу, що відкриває шлях до реалізації та становлення прав і можливостей для кожної людини у суспільному житті і, перш за все, передбачає рівний доступ до якісної освіти.

Концепція ставить три основні вимоги:

- необхідність спеціалізованих методів обстеження, навчання та комунікації, соціалізації і адаптації, а також особливого ставлення під час навчання;

- забезпечення спеціальними технічно оснащеними пристосування – пристрої для пересування, інвалідні візки, слухові апарати тощо, аж до складних комп'ютерно-медичних технологій, а також підвищені безбар'єрності структур архітектури середовища;

- захищеність дітей у соціальному-правовому плані.

Законодавче закріплення якісно нового статусу дітей з особливими потребами зафіксовано у законах України «Про освіту» (1991), «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (1991), «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» (2000), «Про охорону дитинства» (2001), «Про соціальні послуги» (2003), «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (2005), в яких передбачено надання інклюзивних освітніх, медичних, соціальних послуг особам з обмеженими можливостями здоров'я, зокрема дітям з особливими освітніми потребами. Важлива роль у реалізації прав дітей з особливими потребами в українському суспільстві відіграють неурядові організації та батьки дітей з інвалідністю. Завдяки їх роботі стають все більш безбар'єрними умови існування та зміщується центр тяжіння дефектів та відхилень на розвиток та становлення дитини з обмеженими можливостями,

формується громадська думка та суспільне визнання.

Поняття «діти з особливими потребами» має в цілому узагальнений характер і конкретизує всіх дітей, чії потреби виходять за межі загальноприйнятих норм. Це стосується дітей з порушеннями психофізичного розвитку, зокрема дітей з інвалідністю, дітей із соціально вразливих груп, але перш за все – дітей. Дане поняття покликане витіснити з широкого вжитку терміни «аномальні діти», «діти з порушеннями розвитку», «діти з відхиленнями», які конкретизують їх як інвалідів, ідіотів та даунів, що вказує на ненормальність та неповноцінність людини. Підтвердженням логічності використання цього терміну може слугувати твердження видатного дослідника, дефектолога Л. Виготського: «Тим часом зрозуміло кожному, що сліпа чи глухоніма дитина насамперед є дитина і вже потім – дитина особлива, сліпа чи глухоніма» [75, 79].

Новий, недостатньо усталений термін «діти з особливими освітніми потребами» пов'язаний з утвердженням принципів інклюзивної (інтегрованої) освіти виникає, як правило, у всіх країнах світу при переході від унітарного суспільства до відкритого громадянського, коли суспільство усвідомлює потребу відобразити в мові нове розуміння прав дітей з порушеннями у психофізичному розвитку на отримання освіти. Він використовується як у широкому соціальному, так і в науковому контексті. Підтверджуючи відмову суспільства від ділення людей на повноцінну більшість і неповноцінну меншість, новий термін закріплює зміщення акцентів в характеристиці цих дітей з недоліків, порушень, відхилень до норми на фіксацію їх потреб в особливих умовах і засобах освіти, що вказує на відповідальність суспільства за виявлення і реалізацію цих потреб. Інклюзивна освіта в плані методології визнає, що всі діти – індивідууми з різними потребами в навчанні. Розробка нових підходів до викладання і навчання робить систему більш гнучкою для задоволення різних освітніх потреб, навчання стає більш ефективним. В результаті від зміни, які впроваджує інклюзивна освіта, виграють всі діти, не тільки діти з особливими потребами. В плані ідеологічному інклюзивна освіта

виключає будь-яку дискримінацію дітей та забезпечує рівне ставлення до всіх людей, але наразі створює особливі умови для дітей, що мають особливі освітні потреби.

Досвід показує, що в будь-якій не демократичній освітній системі певна частина дітей відраховується тому, що система не готова до задоволення особливих потреб таких дітей у навчанні, таким чином діти, що вибули стають відчуженими та відсторонюються від загальноосвітнього процесу системи. А система інклюзивної освіти забезпечує підтримку таких дітей у навчанні та досягненні успіху, що надає можливість для кращого життя.

1.2. Види соціальних технологій у роботі з діти з обмеженими можливостями

Соціальна технологія – найважливіший елемент механізму керування. Вона характеризується як сукупність методів вирішення тієї чи іншої соціальної проблеми [75].

Серед соціальних технологій, що доцільно використовувати у роботі з дітьми з обмеженими можливостями є соціальна діагностика, технологія соціальної експертизи, соціального проектування, соціального передбачення, соціальної профілактики та адаптації, технології соціальної реабілітації та терапія, соціальна робота з групою, консультування та посередництво.

Діагностика – загальний спосіб отримання вичерпної інформації про об'єкт чи процес, що вивчається. Значення діагностики в галузі соціальних відносин і процесів аналогічне «виявленню» характеру захворювання в медицині: якщо вчасно й правильно визначені ознаки та причини виникнення захворювання, то можна сподіватися на благополучний хід лікування і позитивні результати.

Соціальний діагноз передбачає збір інформації про клієнтів і умови їх життєдіяльності, визначення соціально-причинних зв'язків, породжених

умовами життя клієнтів соціального обслуговування з метою розроблення програми соціальної допомоги. Соціальна діагностика є ланкою перетворювальної практики в циклі «діагноз-прогноз-проект». Особливо важлива діагностика в підготовці управлінських рішень. Результатом соціальної діагностики є опис об'єкта в системі показників. Необхідною умовою соціальної діагностики є наявність норм, нормативів, орієнтирів сфери життєдіяльності, що діагностується.

Структура соціальної діагностики зводиться до трьох елементів:

- оцінка стану реального соціального об'єкта чи режиму його роботи. Вона здійснюється на основі наперед визначеного набору показників, що створюють «поле» для подальшого аналізу;

- визначення тим чи іншим способом еталонного (нормативного) стану об'єкта чи режиму його роботи;

- визначення ступеня взаємозв'язку еталонного і реального стану (режиму) даного об'єкта, на основі чого готується управлінське рішення.

Соціальна діагностика – досить складний і відповідальний вид діяльності, який повинен підпорядковуватися принципам: конфіденційності; науковій обґрунтованості; результати аналізу повинні бути достовірними і надійними; непричинення шкоди; об'єктивності; ефективності; верифікації соціальної інформації; системності ; клієнтоцентризму.

Систему методів соціальної діагностики умовно можна розділити на 2 основні групи: методи проведення діагностичного дослідження і методи аналізу діагностичної інформації.

Соціальна діагностика є одним із початкових і дуже відповідальних етапів у загальній системі технологізації соціальної роботи. Від обґрунтованості і достовірності діагностичних даних, уміння правильно їх інтерпретувати залежить ефективність наступної профілактичної і корекційно-реабілітаційної роботи з клієнтами [81].

Термін «експертиза» походить від латинського *expertus* – досвідчений. Головна специфічна риса експертизи полягає в тому, що вона являє собою

вивчення завдання, яке погано піддається кількісному аналізу і важко – формалізації, але яке вирішується шляхом формування думки спеціаліста, здатного заповнити нестачу інформації з досліджуваного питання, опираючись на свої знання, інтуїцію, досвід вирішення подібних завдань, «здоровий глузд», і систематизувати цю інформацію.

Опитування експертів дозволяють вирішувати ряд складних і важливих завдань:

- оцінити різні ситуації і діагностувати «соціальні хвороби», а також виявити сутнісні характеристики досліджуваних об'єктів;
- створити умови для вибору із декількох варіантів пропонованих соціальних моделей, нововведень одного, оптимального варіанту;
- бути основою у соціальному прогнозуванні, побудові моделей майбутнього і пошукові шляхів та засобів їх реалізації.

У соціальній сфері є значна кількість завдань, що нелегко піддаються точним розрахункам (важко формалізованих завдань), тому експертні оцінки тут знаходять дуже широке застосування. Найчастіше вони мають вигляд висновку стосовно того чи іншого нормативного документа чи його проекту (закон і законопроект, програма соціально-економічного розвитку, соціальний проект, що присилається на конкурс та ін.). У сукупності різні види оцінювання рішень чи проектів рішень у соціальній сфері являють собою соціальну експертизу.

Отже, експертиза є дослідженням, що здійснюється спеціалістами (експертами) і включає діагностику стану соціального об'єкта, встановлення достовірності інформації про нього й оточуюче середовище об'єкта, прогнозування його наступних змін і впливу на інші соціальні об'єкти, а також вироблення рекомендацій для прийняття управлінських рішень та соціального проектування в умовах, коли дослідницьке завдання важко піддається формалізації.

Загальний структуру експертної оцінки можна представити у вигляді схеми на рисунку 1.1.

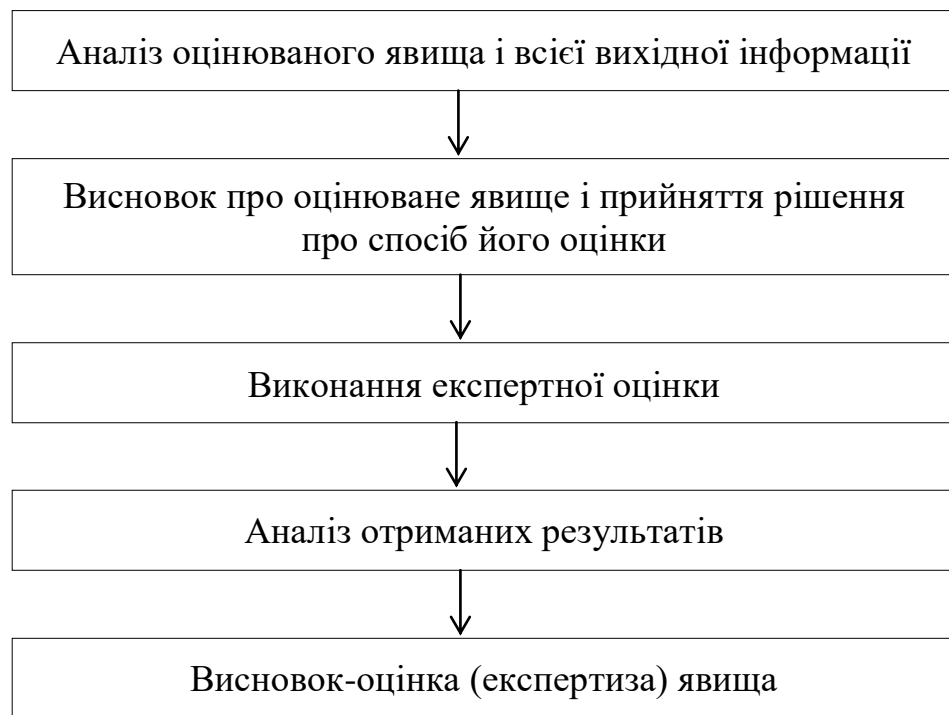


Рисунок 1.1. – Структура експертної оцінки.

Проектування – специфічна діяльність, результатом якої є науково-теоретично і практично обґрунтоване визначення варіантів прогнозованого і планового розвитку нових процесів і явищ. Проектування – одна із форм відображення дійсності, процес створення прообразу (прототипу) об’єкта, явища чи процесу.

Метою проектування є перетворення об’єктивної дійсності, коли створюються (чи передбачається створення) об’єкти, явища, процеси, які б відповідали бажаним якостям.

За своєю сутністю проектування охоплює практично всі сфери діяльності людини і суспільства, тісно взаємодіючи, з однієї сторони, із прогнозуванням, з іншої – з плануванням та іншими функціями управління.

У сучасних умовах зростаючою потребою стає проектування соціальних систем, яке в принципі зводиться до визначення майбутнього стану конкретного соціального об’єкта, процесу в межах певної програми і плану.

Умовно виділяють такі етапні цілі соціального проектування:

- визначення проектної проблеми;

- проведення проектних досліджень;
- розробка проектної програми;
- формування проектного цілого;
- реалізація проектного зразка [71].

Прогнозування – процес наукового передбачення, розробка прогнозів. Розрізняють екологічне прогнозування, геологічне прогнозування, гідрометеорологічне прогнозування, економічне, соціальне та інші види.

Соціальне прогнозування – передбачення ходу соціальної хвороби, що ґрунтується на її розпізнання, діагнозі, а також конкретне судження про стан певного соціального явища в майбутньому.

Технології соціального прогнозування – незамінний інструментарій соціального передбачення, дослідження і вирішення соціальних проблем сучасного світу. Мета прогнозування – не просто передбачити ті чи інші явища майбутнього, а сприяти більш ефективному впливу на них у потрібному напрямі.

Соціальне прогнозування побудоване на трьох взаємопов'язаних способах отримання інформації про майбутнє:

1) екстраполяція в майбутнє сучасних тенденцій і закономірностей розвитку суспільства (передбачаючи, що і на певну перспективу ці тенденції будуть зберігатися без істотних змін);

2) оцінка можливого чи бажаного в майбутньому стану того чи іншого явища (насамперед експертна оцінка);

3) моделювання прогнозованих явищ (розуміючи під моделлю будь-яке умовне, спрощене для зручності дослідження схематичне уявлення про об'єкт прогнозування – сукупність показників, сценарій можливого чи бажаного розвитку подій і т. ін., до чітко формалізованих математичних моделей-управлінь). перетворення до технологій прогнозування не послаблюється.

У технологіях соціального прогнозування особливе місце займає інформаційний аспект – сукупність знань, свідчень, даних і повідомлень, що формуються і відтворюються в суспільстві індивідами, групами, організаціями,

класами, різними соціальними інститутами для регулювання соціальної взаємодії, суспільних відносин між людиною, суспільством та природою. Для соціального передбачення особливого значення набувають такі види соціальної інформації, як економічна, політична і правова, а також джерела інформації: громадська діяльність, різноманітні документи, книги, патенти і т. ін.

Соціальне прогнозування тісно пов'язане з інноваційною діяльністю, тому що являє собою прийоми, спрямовані на технологічне забезпечення реалізації ініціатив, які викликають якісні зміни в різних сферах соціального життя, дають можливість раціонально використовувати прогностичні знання, матеріальні та інші ресурси суспільства [71].

Поетапно процес соціального прогнозування може бути представлений так:

- вибір об'єкта прогнозування;
- вибір напрямку дослідження: економічне, соціологічне, власне соціальне і т. ін.; в дослідженнях соціальної сфери досить важко дотримуватися певного напрямку, тому значна частина досліджень має комплексний характер;
- підготовка і обробка інформації з прогнозної проблеми; інформація, що відповідає вимогам, – одна з гарантій достовірності прогнозу, а значить, ключовий момент технології соціального прогнозування;
- вибір способу прогнозу, одного із методів чи сукупності методів у певній послідовності, що відповідають вимогам науковості дослідження;
- власне прогнозне дослідження;
- обробка результатів, аналіз отриманої інформації стосовно проблеми дослідження;
- визначення достовірності прогнозу.

Соціальна профілактика – це науково обґрунтований і такий, що своєчасно застосовується, вплив на соціальний об'єкт з метою збереження його функціонального стану та попередження можливих негативних процесів у його життєдіяльності. Ефективність здійснення соціальної профілактики багато в чому визначається професіоналізмом суб'єкта впливу і комплексним

характером її застосування [71].

Соціальна профілактика створює передумови для процесу нормальної соціалізації особистості, що ґрунтується на пріоритеті принципів законності і моралі. Соціальна профілактика (попередження, превенція) – діяльність з попередження соціальної проблеми, соціального відхилення чи втримання їх на соціально терпимому рівні через усунення або нейтралізацію причин, що їх породжують. Вона спрямована на попередження можливих фізичних, психологічних чи соціокультурних колізій в окремих індивідів і «груп ризику», збереження, підтримку та захист нормального рівня життя і здоров'я людей; сприяння їм у досягненні поставлених цілей та у розкритті їхнього внутрішнього потенціалу.

Найбільш поширеним є метод профілактичної бесіди. Така бесіда може бути ефективною, якщо витримуються її профілактичні етапи.

Перший етап – консультант встановлює емоційний контакт із співбесідником, виявляючи доброзичливість, співчуття і особливу коректність. Другий етап – консультант намагається встановити першопричини проблеми, що назріває. Третій етап – консультант разом з клієнтом намагається сформуванати нову модель його поведінки, яка б дозволила попередити негативний розвиток подій. Четвертий етап – завершальний, консультанту важливо досягти внутрішнього прийняття його співбесідником нової моделі поведінки чи іншого розуміння проблеми, а також налаштованості на успіх.

Адаптація займає істотне місце в змісті соціальної роботи. Вона характеризує, з однієї сторони, процес взаємодії об'єкта соціальної роботи з соціальним середовищем, а з іншої – є відображенням певного результату соціальної роботи, який може виступати критерієм її ефективності.

Під соціальною адаптацією розуміється процес активного пристосування людини до нових для неї соціальних умов життєдіяльності шляхом активного їх засвоєння; вид взаємодії особистості чи соціальної групи з соціальним середовищем.

Соціальна адаптація – це інтегративний показник стану індивіда, що

відображає його можливості виконувати певні біосоціальні функції, а саме: адекватне сприйняття оточуючої дійсності і власного організму; адекватна система ставлення і спілкування з оточуючими; змінність (адаптивність) поведінки відповідно до ролевих очікувань інших [71].

Соціальна адаптація є одним із основних механізмів соціалізації, одним із шляхів більш повної соціалізації.

Змістом соціальної адаптації є зближення цілей і ціннісних орієнтацій групи і індивіда, який входить в неї, засвоєння ним норм, традицій, групової культури, входження в рольову структуру групи.

У ході соціальної адаптації здійснюється не тільки пристосування індивіда до нових соціальних умов, а й реалізація його потреб, інтересів і прагнень; особистість входить у нове соціальне оточення, стає його повноправним членом, самостверджується і розвиває свою індивідуальність. У результаті адаптації формуються соціальні якості спілкування, поведінки і діяльності, що прийняті в суспільстві, завдяки яким особистість реалізовує свої прагнення, потреби, інтереси і може самовизначитися.

Процес соціальної адаптації передбачає прояв різноманітних комбінацій прийомів, способів, стратегій соціальної адаптації. Поняття «стратегія» в загальному можна визначити як спрямовуючий, організуючий спосіб ведення дій, поведінки, розрахованих на досягнення не випадкових, щоденних, а значущих, визначальних цілей.

Стратегія соціальної адаптації являє собою індивідуальний спосіб адаптації особистості до суспільства і його вимог. Для нього визначальним є досвід ранніх дитячих переживань, неусвідомлюваних рішень, що приймаються відповідно до суб'єктивної схеми сприйняття ситуацій, і свідомий вибір поведінки, зроблений відповідно до цілей, прагнень, потреб, системи цінностей особистості.

Соціальна реабілітація – комплекс заходів, спрямованих на відновлення людини в правах, соціальному статусі, на покращання її здоров'я, дієздатності. Цей процес спрямований також і на зміну соціального середовища, умов

життєдіяльності, порушених чи обмежених з певних причин.

Здійснення соціальної реабілітації значною мірою залежить від дотримання її основних принципів: етапності, диференційованості, комплексності, спадковості, послідовності, безперервності у проведенні реабілітаційних заходів, доступності і переважної безоплатності для тих, хто її найбільше потребує (особи з інвалідністю, пенсіонери, біженці та ін.).

Реабілітація – комплекс медичних, соціально-економічних, педагогічних, професійних і юридичних заходів, спрямованих на відновлення (чи компенсацію) порушених функцій, дефекту, соціального відхилення.

Реабілітація може бути стихійною чи організованою. У першому випадку передбачається, що особистість інтуїтивно налагоджує відносини з власним організмом і оточуючим середовищем на більш чи менш прийнятному для себе рівні. Організована реабілітація ставить своєю метою скоротити терміни відновлення соціальної норми, підвищити якість самостійної роботи особистості за рахунок професійної допомоги. Процес соціальної реабілітації має тривалий характер.

Важливою є розробка індивідуальної комплексної програми реабілітації. Вона являє собою систему, яка включає на кожному із виділених етапів ряд заходів у різних сферах реабілітації (соціально-побутовій, медико-фізіологічній, медико-психологічній, психолого-педагогічній, соціально-трудою).

Слід враховувати, що ефективність соціальної реабілітації досягається всім комплексом реабілітаційних заходів (медичних, психологічних, професійних, соціальних, педагогічних). Ступінь її ефективності визначається також рівнем соціалізації клієнта, його здатністю адаптуватися в суспільстві.

Соціальна терапія тісно пов'язана з психотерапією, в якій використовуються методи впливу на психіку. Це систематичні, цілеспрямовані заходи з надання допомоги особі чи групі осіб у питанні урегулювання почуттів, імпульсів, думок, ставлень і зняття психологічних симптомів, які викликають тривожність, дискомфорт у пацієнтів.

Відомі чотири основні моделі психотерапії:

- психотерапія як метод лікування, тобто вплив на соматичний чи психічний стан клієнта (медична модель психотерапії);
- психотерапія як метод маніпулювання, що служить цілям суспільного контролю (соціологічна модель);
- психотерапія як метод, що приводить в дію процес навчання особистості (психологічна модель);
- психотерапія як комплекс явищ, що виникає в ході взаємодії між людьми (філософська модель).

Соціальний працівник у процесі роботи! з індивідами чи соціальними групами постійно зіштовхується з соматичними та психологічними проблемами, тому йому необхідно володіти основними терапевтичними і практичними методами, що застосовуються психотерапевтами. Для надання першої допомоги він повинен сам проводити терапевтичну роботу, або організувати її спільно з іншими спеціалістами. Якщо ж виявляються серйозні відхилення у здоров'ї клієнта, то соціальний працівник рекомендує звернутися до лікаря чи психотерапевта для більш повного проведення необхідного лікування.

Групова терапія у взаємодії з індивідуальною збагачує і доповнює терапевтичний вплив, дозволяє клієнту подивитись на себе очима групи, відкоригувати поведінку. Для формування і активізації групових процесів у вирішенні соціальних проблем велике значення мають психотерапевтичні процедури. Це можуть бути загальні вправи (наприклад, релаксація, пантомімічні сцени, участь у «конструктивній суперечці», розігрування рольових ситуації, виклад біографій, обговорення анонімної історії хвороби).

Зупинимось на деяких найбільш важливих терапевтичних загальних і конкретних технологіях.

Трудова терапія. Вона заснована на тонізуючій та активізуючій дії праці на психофізичну сферу людини. Робота піднімає життєвий тонус, і як метод відновлювального лікування має важливе значення для поступового

повернення хворих до звичайного життєвого ритму, підвищує соціальний статус людини. Ця проблема досить гостро постає у пенсійному віці. Терапія посиленою зайнятістю повинна як обов'язковий компонент входити в комплекс соціально-терапевтичних заходів з особами літнього віку.

Терапія самовиховання. Самовиховання – це активний процес формування людиною себе як особистості відповідно до поставленої мети на основі соціально зумовлених уявлень про ідеал власного «Я». Метод самовиховання є найбільш успішним, якщо застосовувати його на базі аутогенного тренування. У технологічному аспекті цей метод включає такі прийоми:

- самооцінка;
- переоцінка власної особистості;
- самоаналіз, переоцінка минулого, вияв індивідуальних «психологічних бар'єрів»;
- створення бажаного образу «Я»;
- формування індивідуальних формул наміру;
- використання прийомів самопереконання, самозаохочення і самонавіювання;
- сюжетна сенсорна репродукція поведінки «Я-образу» в різних ситуаціях діяльності і спілкування;
- «накладення» стереотипів «Я-образу» на реальну поведінку в процесі повсякденного життя і діяльності.

Соціотерапія – вплив на соціальне оточення клієнта з допомогою державних і громадських організацій.

Арттерапія – лікування мистецтвом. Існує декілька варіантів цього методу:

- використання уже існуючих творів мистецтва через їх аналіз і інтерпретацію клієнтами;
- спонукання клієнтів до самостійної творчості;
- використання творів мистецтва і самостійна творчість клієнтів;

- творчість самого спеціаліста – ліплення, малювання тощо, спрямовані на взаємодію з клієнтом.

Значна роль в арт-терапії належить театральному мистецтву. Воно активізує розумові і духовні здібності, що приспані в кожній людині, підвищує взаємний інтерес людей один до одного, збільшує прагнення зрозуміти один одного. Театральне мистецтво – глибока культура розуму, висока естетична культура, гарні манери. Театр налаштовує на оптимістичний лад, сприяє створенню позитивного психологічного клімату в колективі, створює атмосферу святковості і розкутості. Театральне мистецтво здійснює вплив на всі сторони людської психіки: інтелект, почуття, моральні якості й риси характеру, життєві звички, установки, орієнтації, мотиви поведінки і оцінки.

Епістолярна терапія дозволяє досягнути реставрації міжособистісних стосунків у випадку, коли мовний контакт порушено чи він взагалі не існує. Можливі форми роботи з епістолярної терапії: лист до уявного (реального) друга; лист самому собі; лист до улюбленого героя (літературного, історичного); лист в майбутнє.

Натурпсихотерапія – лікування природою. Значення цього методу буде зростати внаслідок урбанізації соціального середовища.

Ігрова терапія. Залежно від теоретичних орієнтацій існують різні форми ігрової терапії. З дітьми, які пережили насильство, використовується клієнт-центрована ігрова терапія. Цей напрям терапії визначається дослідниками як динамічна система міжособистісних відносин між дитиною та терапевтом, який навчений процедурам ігрової терапії, забезпечує дитину ігровим матеріалом і полегшує побудову безпечних взаємин для того, щоб дитина могла найбільш повно виразити і дослідити власне «Я» (почуття, думки, переживання і вчинки) з допомогою гри – природного для дитини засобу комунікації. Однією з найцікавіших психокорекційних технік (аналіз відомих дитячих казок, створення казки «по слову від кожного», вигадування кінця казки чи початку нової казки та ін.) є казкотерапія. Особлива значущість казкотерапії виявляється у роботі з дітьми молодшого віку [71].

Соціальна робота з групою – сукупність методів, які використовуються з метою надання людині допомоги через передачу групового досвіду для розвитку її фізичних і духовних сил. Нині 6-10 % соціальних працівників використовують цей метод як основний. Але оскільки і сім'ю можна визначити як «найбільш впливову групу», а певну організацію як сукупність декількох малих груп, то на практиці будь-який соціальний працівник має справу з групою.

Групові методи в соціальній роботі почали застосовуватися у кінці XIX ст., коли у західних країнах і Росії отримали поширення робітничі будинки, «гуртожитки», що створювалися релігійними та благодійними організаціями.

Одним із перших досліджень у цій галузі стала робота Г. Лебона «Натовп», в якій аналізувався процес поширення інфекційних захворювань у групі. Значний вклад у розробку теорії групи вніс Ч. Кулі, який ввів поняття «первинна група». Вагомий вплив на ранню теорію груп здійснили роботи П. Кропоткіна, який протиставив дарвіністській ідеї про боротьбу за існування принцип співробітництва як основний фактор, який сприяє виживанню людства.

Остаточне визнання теорія груп як метод соціальної роботи отримала в 30-і рр. XX ст., коли була створена Національна асоціація США з вивчення групової роботи (1936 р.) і почав видаватися журнал «Групи в освіті, рекреації і соціальній роботі».

Під технологіями групової роботи слід розуміти спільну діяльність людей, які, працюючи в групах по 2-10 чоловік над певними завданнями і проблемами, самостійно спрямовують свою діяльність, вибирають засоби своєї роботи і встановлюють норми взаємодії.

Найбільш важливим результатом групової роботи є перетворення внутрішнього світу її учасників. Основа цих перетворень – переосмислення життєвих цінностей. Сприяння цьому процесові зі сторони спеціаліста отримало назву «аксікреація» – породження, «виращування» у людини чи групи нових чи переосмислення старих цінностей [71].

Консультування як технологічний спосіб вирішення соціальних завдань – це процедура, що часто використовується у соціальній роботі, в медичній, юридичній практиці спеціалістами різних напрямів з метою орієнтації громадян, окремих осіб, сімей, груп, общин шляхом порад, вказівок і забезпечення необхідною інформацією.

Консультування – технологія соціальної роботи, яка полягає в дослідженні проблеми клієнта, знаходженні разом з ним позитивних шляхів її вирішення, наданні порад і рекомендацій щодо наявності для цього соціальних ресурсів.

У багатьох роботах, присвячених консультуванню в соціальній роботі, підкреслюється, що найбільш важливим у ньому є «дозвіл людям почути самих себе».

Консультування є процесом, в якому людина досягає більш високого рівня особистішої компетентності. М. Катц писав, що консультування займається не тим, щоб навчити людей приймати мудрі рішення, а тим, щоб навчити їх приймати рішення по-мудрому. Саме таким чином можна досягти дійсного само-посилення (тобто збільшення і більш широкого використання власного потенціалу) клієнта. У консультуванні не заохочуються пасивність і залежність клієнта. Навпаки, створюється ситуація, коли клієнт відчуває себе людиною, яку розуміють, чують, поважають. Це сприяє розвитку довіри клієнта до самого себе і зростанню його здатності приймати власні рішення.

Інформація консультанта може реалізовувати різні функції консультування: бути каталізатором і фасилітатором, що прискорює і полегшує роботу, виступати засобом мобілізації ресурсів особистості, засобом, що формує мотивацію дій. У своїй більшості консультації допомагають особі, яка кон-сультується, комплексно і об'єктивно оцінити проблеми, глибше їх усвідомити й здійснити оптимальний вибір варіанту дій, поведінки. Консультант сприяє ліквідації дефіциту інформації про об'єкт та предмет дослідження чи перетворення, озброює клієнта новими підходами, інноваційною інформацією [71].

Результатами консультування можуть бути: покращання розуміння (проблеми, себе, оточуючих); зміна емоційного стану; здатність до прийняття рішення; здатність до здійснення даного рішення; підтвердження своїх думок, почуттів, рішень; отримання підтримки; пристосування до ситуації, яку неможливо змінити; пошук і вивчення альтернатив; отримання практичної допомоги через прямі дії (консультанта й інших спец-іалістів, яких залучив консультант); розвиток наявних умінь і навичок, набуття нових; отримання інформації; реагування на дії інших людей та ситуацію.

Соціальне посередництво – це сприяння у досягненні згоди між суб'єктами для вирішення соціальних проблем одного із них і надання йому допомоги. У ролі такого суб'єкта виступає група, колектив, окрема особа, сім'я та ін. Для вирішення соціальних проблем можуть залучатися декілька суб'єктів (державний соціальний заклад, громадські організації, комерційні структури, спеціалісти і т. ін.).

Бути соціальним посередником – означає пояснювати інтереси і погляди однієї сторони іншій. Якщо посередницькі зусилля спрямовані на мобілізацію сил і засобів для надання конкретної допомоги, то соціальний працівник повинен вміти встановлювати зв'язки з суб'єктами, здатними надати соціальну підтримку, переконати їх у необхідності такої допомоги. Нерідко спеціаліст виступає в ролі посередника між конфліктуючими сторонами. У такому випадку він може опинитися «поміж двох вогнів», і йому слід бути готовим вислуховувати звинувачення на свою адресу в упередженому ставленні. На все це слід реагувати спокійно, аргументовано відводити звинувачення, продовжуючи посередницькі зусилля.

Консультування і посередництво – це процес взаємовпливу, де дієвість впливу соціального працівника залежить не стільки від його слів, скільки від його особистості. На ньому лежить серйозна моральна відповідальність, яку можна виразити правилом: «Будь такою людиною, через котру ти хотів би впливати на інших». Соціальному працівникові як консультанту (посереднику) необхідно розвивати готовність увійти в духовний світ іншої людини і самому

розвиватися в цьому процесі [71].

Головним завданням психолого-педагогічного просвітництва є надбання дітьми знань і навичок, які допоможуть їм успішно взаємодіяти з іншими людьми, розвинути мотивацію життєдіяльності, активність. Особливою умовою є те, що необхідно враховувати індивідуальні та вікові особливості дитини, рівень її розвитку, готовність до засвоювання знань. Консультування розраховано на роботу з дітьми старшого віку, як правило, це індивідуальний вид роботи, який організовується по запиті самих дітей або по результатам психодіагностичного обстеження. Воно може мати різний зміст, стосуватися багатьох проблем розвитку та особистого самовизначення, взаємодії з іншими людьми та інші.

Розвиваюча та корекційна діяльність. Цей напрямок є центральним в соціально-реабілітаційній діяльності з дітьми. Зміст, форми та методи розвиваючої та колекційної роботи повинні забезпечувати цілісний вплив на особистість дитини.

Розвиваюча робота традиційно орієнтована на розвиток пізнавальної, емоційної, вольової та соціальної сфер особистості. Її зміст визначається програмою та індивідуальним планом корекції і розвитку особистості кожної дитини. Реалізація цієї програми здійснюється шляхом включення дитини у різні форми спілкування та діяльності. В процесі взаємодії у дитини поступово розвивається не тільки інтелектуальна сфера, а й розширюється досвід соціальних відносин.

Психокорекційна робота орієнтована на рішення конкретних проблем, зв'язаних з вторинними порушеннями в розвитку дитини. Психокорекційна робота здійснюється у двох формах: індивідуальна та групова. Вибір форм та корекційних методик визначається завданнями, які поставлені перед кожною дитиною.

Діяльність з охорони здоров'я та безпеки життєдіяльності. Охорона здоров'я дитини є особливим завданням реабілітаційних заходів. Фахівець повинен знати закономірності виникнення, течії та наслідки хвороби як бази

для визначення та розробки основних підходів соціальної реабілітації дитини. В завдання оздоровчої роботи входить розвиток та укріплення фізичних сил, та можливостей дитини [10; 23].

Соціально-диспетчерська робота. Її ціль – надання дітям, батькам та колегам соціальної та психологічної допомоги, для цього їй необхідно мати банк даних о службах та фахівцях, які змогли б оказати допомогу дитині. В рамках соціально-диспетчерського напрямку вирішуються наступні завдання: визначення характеру проблеми та можливостей її рішення; пошук служби або фахівця, який зможе надати допомогу; підготовка необхідного супроводу; аналіз результатів взаємодії дитини з фахівцем; контроль за організацією допомоги дитині в умовах освітнього закладу.

Процес соціальної реабілітації визначається компетентністю фахівця.

До дітей з обмеженими можливостями потрібен особливий підхід, тому дуже важливо обрати правильні засоби, методи та форми реалізації дітей-інвалідів.

Процес соціальної реабілітації, навіть при сприятливому збігу обставин, розгортається нерівномірно й може бути сповнений рядом труднощів, кутів, що вимагають спільних зусиль дорослого й дитини. Якщо зрівняти процес соціалізації з дорогою, по якій повинна пройти дитина з світу дитинства в світ дорослих, то вона не скрізь викладена рівними плитами й не завжди супроводжується чіткими дорожніми показниками, на ній є ділянки з ярами й сипучими пісками, хибкими містками й розвилками.

Під труднощами соціалізації розуміється комплекс труднощів дитини при оволодінні тією або іншою соціальною роллю. Найчастіше причинами виникнення цих труднощів є невідповідність вимог до дитини в процесі її взаємин із соціумом і готовності дитини до цих відносин.

Труднощі оволодіння соціальною роллю виникають найчастіше тоді, коли дитина не інформована про цю роль, або інформація носить помилковий характер, або в дитини немає можливостей спробувати себе в даній ролі (відсутність умов для соціальних проб).

Труднощі реабілітації можуть бути пов'язані й з тим, що усередині соціуму спостерігається «розмитість» образів рольової поведінки (наприклад, стираються границі між знаннями про впевненість і агресивною поведінкою, між чоловічим і жіночим способом життя).

У зв'язку із цим у дитини періодично з необхідністю встає завдання самовизначення, як із приводу змісту самої соціальної ролі, так із приводу способів її втілення.

Умови організації життєдіяльності дітей в інтернатах створюють зовнішні труднощі для успішної соціальної реабілітації, однак, у даної групи дітей існують внутрішні труднощі, які пов'язані з особливостями їхнього психічного розвитку.

Найбільш серйозним наслідком інвалідності є втрата «базової довіри до світу», без якого стає принципово неможливим розвиток таких найважливіших новоутворень особистості як: автономія, ініціативність, соціальна компетентність, умілість у праці, статеві ідентичність і ін.

Без цих новоутворень дитина не може стати суб'єктом міжособистісних відносин і сформуватися в зрілу особистість. Втрата базової довіри до світу проявляється й у підозрливості, недовірливості, агресивності дитини, з одного боку, і формуванні невротичного механізму – з іншого.

Злиття блокує, а іноді робить зовсім неможливим розвиток автономності дитини, її ініціативності й відповідальності за свою поведінку. Злиття можливо з конкретною людиною (вихователь, батько, учитель тощо), а також із групою людей. У більш пізньому віці дія цього механізму може провокувати формування алкогольної, наркотичної або токсикологічної залежності.

Новою, але визнаною в багатьох країнах світу є форма освіти, яка реалізує безумовне право кожної дитини навчатись у загальноосвітньому закладі за місцем проживання і забезпеченням усіх необхідних для цього умов є інтегрована та інклюзивна форма освіти. Діяльність соціального педагога в загальноосвітньому закладі інтегрованої й інклюзивної орієнтації безпосередньо пов'язана з усіма членами педагогічного колективу.

Першочерговим завданням роботи соціального педагога в такій школі є встановлення зв'язків та співпраці з дирекцією школи, спеціалістами соціальної сфери, які допомагають у методичному й практичному здійсненні розвиваючої та корекційно-відновлювальної роботи з учнями з особливими освітніми потребами. Соціальний педагог співпрацює з учителями, психологом, дітьми з особливими потребами, батьками й здоровими учнями.

Основними орієнтирами соціально-педагогічної діяльності в загальноосвітній школі інтегрованої та інклюзивної орієнтації є:

- формування цілей і завдань соціально-педагогічної роботи в школі;
- дослідження факторів позитивного та негативного впливу соціуму мікрорайону, сім'ї, вулиці на соціалізацію учнів з особливими потребами й планування складу суб'єктів соціально-педагогічної роботи в загальноосвітній школі;
- розробка та обґрунтування соціально-педагогічної концепції закладу освіти, оформлення соціальних паспортів класів;
- здійснення соціально-педагогічної підтримки учнів з особливими потребами з надання їм допомоги в адаптації до нових для них умов навчання;
- налагодження партнерських стосунків з батьками і громадськістю мікрорайону;
- здійснення соціально-педагогічної діяльності, спрямованої на подолання негативних впливів життя мікрорайону на соціалізацію учнів з особливими потребами;
- створення умов для їхнього навчання, а також організація корисного дозвілля за місцем проживання дітей;
- проведення реабілітаційної, соціально-профілактичної, просвітницької, організаційно-масової роботи, що спрямована на посилення соціалізуючого впливу загальноосвітньої школи засобом використання діагностичних методів вивчення ступеня задоволення учнів з особливими потребами умовами шкільного середовища;
- здійснення соціально-профілактичної та соціально-педагогічної роботи з

батьками учнів з особливими потребами шляхом координації соціально-педагогічного впливу школи, місцевих органів влади, громадських організацій, медичних служб у справах неповнолітніх, сім'ї й молоді;

- створення умов для культурного розвитку учнів з особливими потребами шляхом вивчення можливостей використання виховного простору школи;

- залучення до активної участі в соціально-педагогічній діяльності всіх її суб'єктів;

- планування та проведення індивідуальної і групової роботи з учнями з особливими потребами, а також здійснення профорієнтаційної роботи з цими учнями;

- підготовка до вступу до ВНЗ чи працевлаштування випускників з обмеженими можливостями на основі ознайомлення їх з особливостями навчання в обраних навчальних закладах та місцях працевлаштування;

- пропаганда здорового способу життя серед учнів з особливими потребами [44].

Соціальний педагог та психолог-реабілітолог як невід'ємна частина будь-якого реабілітаційного процесу, здійснюють координацію соціальної адаптації та інклюзію «особливих» учнів в шкільне середовище, а саме: з дітьми з особливими освітніми потребами проводяться індивідуальні та групові, розвиваючі та корекційні заняття, враховуючи особливості та можливості учнів. Для покращення адаптації та комунікативної активності школярів даної категорії соціальний педагог розробляє та проводить програму занять з елементами арт-терапії, яка включає заняття, спрямовані на подолання бар'єрів у спілкуванні з однолітками та розкриття талантів дітей. Постійно проводяться індивідуальні й групові консультації з метою вивчення проблем у взаємовідносинах з однолітками, батьками та вчителями.

На жаль, на сьогодні вирішена проблема інтеграції лише в початковій школі. У планах – адаптувати приміщення основної школи для навчання дітей з особливими потребами, заснування батьківської організації, розширення

співпраці з міською соціальною службою для молоді, управлінням праці та соціального захисту населення.

1.3. Теоретичні підходи до реабілітації дітей з обмеженими можливостями

У сучасній науці існує значна кількість підходів до теоретичного осмислення проблем інвалідизації в цілому і соціальної реабілітації інвалідів.

На основі соціоцентристських теорій розвитку особи Е. Дюркгейма, Т. Парсонса, Р. Спенсера розглядалися соціальні проблеми конкретного індивіда за допомогою вивчення суспільства в цілому. На основі антропоцентристського підходу Р. Андрєєвой, Л. Виготського, Е. Еріксона, Ф. Гиддінгса, І. Кона, А. Мудрика, Ж. Піаже, Г. Тарда, Ю. Хабермаса, та інших учених розкриваються психологічні аспекти повсякденної міжособистісної взаємодії. У структурно-функціональному підході (К. Девіс, Р. Мертон, Т. Парсонс) розглянуті проблеми інвалідності як специфічного соціального стану індивіда (модель ролі хворого Т. Парсонса), соціальної реабілітації, соціальної інтеграції, соціальної політики держави по відношенню до інвалідів, що конкретизується в діяльності соціальних служб по підтримці сімей, дітей-інвалідів [25; 69; 32].

У рамках соціально-антропологічного підходу (Е. Дюркгейм) відносно інвалідизації досліджувалися стандартизовані та інституційні форми соціальних відносин (соціальна норма і девіація), соціальні інститути, механізми соціального контролю [62].

Під реабілітацією дітей з обмеженими можливостями також прийнято розуміти систему медичних, педагогічних, психологічних, соціально-економічних та інших заходів, направлених на ліквідацію або корекцію патологічних змін, що порушують хід нормального розвитку дитячого організму і на максимально повну і ранню соціальну адаптацію дитини,

формування у неї позитивного відношення до життя, суспільства, сім'ї, навчання, трудової діяльності; це процес включення дитини з відхиленнями в розвитку в соціальне середовище, в нормальну суспільно корисну діяльність і адекватні взаємостосунки з однолітками [27; 31; 86].

Соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями передбачає поетапну роботу: організаційний етап, прогностичний, етап підтримки та стимуляції, активно-реабілітаційний [29; 77]. Процес соціальної реабілітації, навіть при сприятливому збігу обставин, розгортається нерівномірно і може бути обумовлений низкою складнощів, тупиків, що вимагають сумісних зусиль дорослого і дитини.

Згідно Закону «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» реабілітаційними є заклади, що здійснюють процес реабілітації інвалідів у відповідності до реабілітаційних програм. У процесі соціальної реабілітації розв'язуються три групи задач: адаптація, автоматизація і активізація особи.

Вирішення цих задач, по суті суперечливих і в той же час діалектично єдиних, істотно залежить від багатьох зовнішніх і внутрішніх чинників. Процес соціальної реабілітації, навіть при сприятливому збігу обставин, розгортається нерівномірно і може бути обумовлений низкою складнощів, тупиків, що вимагають сумісних зусиль дорослого і дитини.

Труднощі реабілітації можуть бути пов'язані і з тим, що усередині соціуму спостерігається «розмитість» образів рольової поведінки (наприклад, стираються межі між уявленням про упевненість і агресивну поведінку, між чоловічим і жіночим способом життя). У зв'язку з цим у дитини періодично знеобхідністю встає задача самовизначення, як з приводу змісту самої соціальної ролі, так з приводу способів її втілення.

Умови організації життєдіяльності дітей в інтернатах створюють зовнішні труднощі для успішної соціальної реабілітації, проте, у даної групи дітей існують внутрішні труднощі, які пов'язані з особливостями їх психічного розвитку [22].

Труднощі соціальної реабілітації, як правило, породжують

гіпертрофовану адаптованість до соціальних процесів, тобто соціальний конформізм або гіпертрофовану автономність, тобто повне неприйняття норм відносин, що складаються в соціумі.

Причини виникнення проблем входження дитини в систему соціальних відносин можуть бути самими різними, перш за все, вони пов'язані з неадекватним сприйняттям дітьми-інвалідами тих вимог, які пред'являє навколишній соціум [46].

Головне, що повинен враховувати соціальний педагог, – це те, що його діяльність є не вузькоспеціалізованою, а є широким спектром послуг, що надаються дітям-інвалідам та їх сім'ям. Причому діти, розвиток яких істотно порушений, звичайно відразу потрапляють в поле зору фахівця, і потреби в створенні системи професійної допомоги, як правило, очевидні. Навпаки, розпізнавання дітей, яким лише загрожує ризик порушення розвитку, може бути ускладнено, і характер і форми професійних послуг в цьому випадку також не представляються очевидними.

Зазначимо, що заходи соціальної реабілітації та підтримки дітей-інвалідів можуть мати більший ефект, якщо вони проводитимуться в умовах реабілітаційного центру. Протягом багатьох років соціальна робота у відношенні до дітей-інвалідів розвивалася від елементарного догляду у спеціальних закладах до навчання дітей-інвалідів та до реабілітації людей, які стали інвалідами у дорослому віці [5].

Провідним завданням організації соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями є створення рівних можливостей. Створення рівних можливостей в умовах дискримінаційного законодавства, недоступного державі архітектурного середовища і консервативності повідношенню до дітей з функціональними обмеженнями суспільної свідомості полягає в організації процесу, завдяки якому такі загальні системи суспільства, як фізичне і культурне середовище, житлові умови і транспорт, соціальні служби і служби охорони здоров'я, доступ до освіти і праці, культурного і соціального життя, робляться доступними для всіх. Другою, але не менш важливою групою завдань

тут можна вважати навчання дітей-інвалідів та батьків умінням і навичкам незалежного життя.

Таким чином із врахуванням завдань створення рівних можливостей та навчання необхідно виділити керівні принципи організації соціальної роботи з дітьми з функціональними обмеженнями [78]:

1. Діти з інвалідністю повинні продовжувати жити у своїх громадах і вести, за необхідної підтримки, звичайний спосіб життя.

2. Діти з інвалідністю повинні брати активну участь в усіх сферах життя суспільства.

3. Діти з інвалідністю повинні отримувати необхідну допомогу в рамках звичайних систем освіти, охорони здоров'я, соціальних служб тощо.

4. Діти з інвалідністю повинні брати участь в загальному соціальному економічному розвитку суспільства, а їх потреби повинні враховуватися у національному плані розвитку.

Тобто, створення рівних можливостей означає, що державна політика повинна використовувати всі засоби таким чином, щоб кожна дитина мала рівні можливості для особистісного розвитку, щоб вона могла у подальшому виконувати повною мірою свої обов'язки як член суспільства. Особливістю організації соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями є те, що надання допомоги таким дітям є неможливою без одночасної організації соціально-педагогічного виховання. Соціально-педагогічний аспект соціальної роботи має на меті виховання, навчання та розвиток дитини для підготовки до життя в суспільстві та можливості отримання всіх законодавчо закріплених видів допомоги. Також специфічна особливість та закономірність організації соціальної роботи з дітьми, що мають обмежені функціональні можливості полягає в об'єднанні зусиль сукупного потенціалу соціуму для найбільш повного задоволення потреб дитини з проблемами здоров'я та розвитку. В даному випадку йдеться про інтеграцію діяльності як державних органів, так і громадських, приватних ініціатив різного профілю з метою найбільш повного задоволення потреб даної категорії дітей та їх сімей у їх самореалізації,

розкритті власної корисності.

Зазначена закономірність відображає залежність результатів соціальної роботи від міривпливу сукупного потенціалу соціуму як багатомірного явища: життєве середовище, соціальне мікросередовище, середовище проживання конкретної людини, життєвий простір, соціальний простір [30].

Проблеми інвалідності не можуть бути зрозумілі поза соціокультурним оточення людини – сім'ї, будинку-інтернату і т.д. Інвалідність, обмежені можливості дитини не відносяться до розряду суто медичних явищ. Набагато більше значення для розуміння цієї проблеми та подолання її наслідків мають соціально-медичні, соціальні, економічні, психологічні та інші фактори. Саме тому організація допомоги дітям-інвалідам ґрунтується на соціально-екологічній моделі соціальної роботи. Відповідно до цієї моделі люди з обмеженими можливостями зазнають функціональні складності не тільки внаслідок захворювання, відхилення чи вад розвитку, а й непристосованості фізичного і соціального оточення до їх спеціальним проблем [19].

Тобто, організація соціальної роботи має стосуватися не лише дитини-інваліда, а й усього його соціального оточення, оскільки особливе значення для дітей з інвалідністю має норма, яка стверджує, що за наявності фізичних чи розумових обмежень людина повинна жити в своїй родині або з прийомними батьками та брати участь у житті суспільства. Ще одна специфічна особливість організації соціальної роботи з дітьми-інвалідами полягає в тому, що на практиці її здійснює соціальний працівник, який має знаходитись у постійному пошуку ефективних форм, методів, напрямків соціальної роботи з даною категорією дітей, що вимагає від нього певних особистісних та професійних якостей. Робота з дітьми та підлітками з обмеженими можливостями вимагає від кожного, хто обрав цю професію, цілковитої самовіддачі, безмежної любові, поваги і віри у можливість дитини, що здається безнадійним, глибоких професійно-теоретичних і практичних знань. Діяльність фахівця, що займається соціальною роботою, включає в себе два основні характеристики: об'єктивну і суб'єктивну, які є необхідними передумовами ефективності його праці. До

об'єктивних характеристик відносяться знання та вміння, якими він володіє, а також результати соціальної роботи, тобто ті зміни у соціальному, психічному та особистісному житті. До суб'єктивних – його особистісні особливості.

Для успішної соціальної роботи з дитиною з обмеженими можливостями, фахівець з соціальної роботи повинен володіти глибокими і різнобічними знаннями. У зв'язку з цим йому необхідні по-перше, знання про особливості розвитку людини як особистості; по-друге, знання про основні тенденції суспільного розвитку і вимоги, що пред'являються суспільством до людини; по-третє знання вікових та індивідуальних особливостей психічного та особистісного розвитку дитини як в нормі, так і в патології; по-четверте знання особливостей міжособистісних відносин та їх вплив на розвиток особистості; по-п'яте знання власне соціальних, психологічних та правових основ, володіння практичним досвідом, майстерністю та інтуїцією. Ці знання є необхідними, оскільки соціальний працівник в процесі взаємодії з дитиною, що має обмежені можливості та її сім'єю виступає в різних ролях: вихователя, консультанта, психолога. Тому він має володіти якостями, які передбачає орієнтування в системі зв'язків, присутніх у кожному виді діяльності і між її різними видами. Мова йде про особисто значущу домінанту, тобто про визначення головного, зосередженні уваги на ньому. У діяльності відбувається освоєння нових соціальних ролей і осмислення їх значущості.

Включення дітей з обмеженими можливостями в соціальну діяльність є процес, в ході якого відбувається наступне:

- вироблення критеріїв, що визначають вибір діяльності;
- формування свого ставлення до діяльності та участь в ній;
- придбання досвіду діяльності.

Найбільші труднощі для дітей з обмеженими можливостями має рішення першого завдання, тому що в них обмежені можливості як вибору, так і способів його здійснення.

Соціальне самовизначення дитини залежить від реалізації двох найважливіших умов. Першим з них є забезпечення включеності дітей з

обмеженими можливостями в реальні соціальні відносини, тобто виникнення у них особистісного ставлення до діяльності, що несе в собі об'єктивний і суб'єктивний компоненти.

Другою умовою є самореалізація дітей в процесі соціальної взаємодії. Ці умови передбачають надання можливості дитині більш повно розкрити себе у відносинах з оточуючими.

Важливою стороною, що забезпечує соціалізацію дитини, є спілкування.

Третьою умовою соціальне реабілітаційне самопізнання особистості, яке передбачає становлення в людині «образу власного Я», що виникає у нього не відразу. Цей образ складається протягом усього життя людини під впливом численних соціальних впливів. Найбільш поширена схема самопізнання свого «Я» включає три компоненти: пізнавальні (знання себе); емоційні (оцінка себе); поведінкові (відношення до себе).

Процес соціальної реабілітації передбачає єдність змін всіх трьох означених сфер.

Труднощі соціальної реабілітації, як правило, породжують гіпертрофічну адаптованість до соціальних процесів, тобто соціальний конформізм або гіпертрофовану автономність, або повне неприйняття норм відносин, що складаються в соціумі. Внаслідок наслідків аномальної соціалізації необхідно назвати такі явища, як соціальний аутизм (відсторонення від навколишнього світу), відставання в соціальному розвитку.

Причини виникнення труднощів входження дитини в систему соціальних відносин можуть бути різноманітні, але, насамперед не пов'язані з неадекватним сприйняттям дітьми-інвалідами тих вимог, які пред'являє навколишній соціум.

Критеріями подолання цих труднощів можуть бути наступні:

1. Готовність до адекватного сприйняття виникаючих соціальних проблем і рішення цих проблем відповідно до норм відносин, що зклалися в соціумі (соціальна адаптованість), тобто здатність адаптуватися до існуючої системи відносин, опанувати відповідну соціально-рольову поведінку і мобілізувати не

тільки свій потенціал для вирішення соціальної проблеми, але й використовувати ті умови, у яких складаються відносини дитини.

2. Стійкість до несприятливих соціальних впливів (автономність), збереження своїх індивідуальних якостей, сформованих установок і цінностей.

3. Активна позиція в рішенні соціальних проблем, реалізована готовність до соціальних дій, саморозвиток і самореалізація у виникаючих важких ситуаціях (соціальна активність), здатність до самовизначення й розширення границь просторової життєдіяльності.

Кожний з перерахованих критеріїв не свідчить про підготовку дитини до подолання труднощів соціальної реабілітації. Вони можуть розглядатися тільки в комплексі. Подолання труднощів соціальної адаптації, реабілітації, інтеграції в суспільство дітей-інвалідів, дітей з обмеженими можливостями – процес, що розтягується на довгі роки. Його успішність, ефективність залежить від безлічі факторів, але, у першу чергу, від готовності близьких людей, педагогів і ін. фахівців до надання допомоги цій категорії дітей і від сформованості їхньої професійної позиції, іншими словами – їхнього професіоналізму.

У процесі соціальної реабілітації вирішуються три групи завдань: адаптація, автоматизація й активізація особистості. Рішення цих завдань, по суті суперечливих і в теж час діалектично єдиних, істотно залежить від багатьох зовнішніх і внутрішніх факторів.

Перш ніж говорити про напрямки організації соціальної роботи з дітьми-інвалідами необхідно визначитись з моделями, на основі яких і розробляються ті чи інші напрямки. Зокрема така робота має базуватися на чотирьох провідних моделях: медичній, політико-правовій, соціальній та моделі культурного плюралізму [78].

Сьогодні в межах медичної моделі організація соціальної роботи включає: патронаж дітей з обмеженими функціональними можливостями вдома; медичне обслуговування; забезпечення медикаментами; санаторне лікування; виплату коштів та реалізацію пільг, гарантованих державою [17].

Стрижнем соціальної моделі є взаємозв'язок між людиною з обмеженими

можливостями та соціумом, а не відхилення у здоров'ї та розвитку. Обмежені можливості розумуються як наслідок того, що соціальні умови звужують можливості самореалізації дітей-інвалідів, тобто такі діти розглядаються скоріше як дискримінована група, ніж аномальна. Щоб подолати це, необхідною є організація інтеграції людей з обмеженими можливостями в суспільство через створення їм умов для максимально можливої самореалізації, а не шляхом пристосування дітей-інвалідів до норм та правил життя здорових людей. Завданням політико-правової моделі організації соціальної роботи полягає у захисті прав дітей з обмеженими функціональними можливостями, що має бути закріплено законодавчо і реалізуватись через стандартизацію положень і правил в усіх сферах життєдіяльності дитини. А завданням моделі культурного плюралізму є формування толерантного ставлення в суспільстві до дітей з обмеженими функціональними можливостями.

Таким чином, важливим напрямком організації соціальної роботи, як зазначено в даних моделях, був і залишається соціальний захист дітей-інвалідів, особливо тих, які мають обмежену здатність до самообслуговування та виховуються вдома. У суспільстві поки що мало змінилися психологічні стереотипи у ставленні до інвалідів, так само мало змінилося ставлення до проблем інвалідів з боку фахівців. У нашій країні ідея рівних прав та надання рівних можливостей дитині-інвалідові ще не є загально визнаною, багато дітей позбавлені права на навчання, бракує сучасних підходів до питань соціального захисту та допомоги родинам, що виховують дитину-інваліда за умов мінімальної підтримки з боку держави. Загалом соціальний захист – система гарантованих засобів, спрямованих на створення умов, що зможуть забезпечити дітям-інвалідам рівні з іншими дітьми можливості участі усіх сферах суспільного життя. А сферу соціального захисту складають медико-соціальні заходи, реабілітація, організація забезпечення їх життєдіяльності і здійснюються у залежності від характеру та ступеня потреби дитини-інваліда у тих чи інших видах соціального захисту. Правова парадигма соціального захисту дітей-інвалідів, як провідний напрям організації соціальної роботи,

почала формуватися на початку 50-х років нашого століття після прийняття у 1948 році Всесвітньої декларації прав людини, в якій першочергове значення приділяється підтвердженню принципів віри в права людини і основні свободи.

У декларації підкреслюється, що всі люди народжуються вільними і рівними у своїх правах, вони наділені розумом та совістю і повинні діяти один щодо одного у дусі братерства. Сьогодні ж соціальний захист дітей-інвалідів з боку держави полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, протезування, орієнтації та сприйняття інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки або стороннього догляду, а також пристосуванні забудови населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікації зв'язку до особливостей інвалідів. Крім того в Законі України «Про державну соціальну допомогу дітям-інвалідам та інвалідам з дитинства» встановлюються права і гарантії дітей і батьків на отримання пенсій і соціальної допомоги [13].

На даному етапі розвитку нашої країни в організації напрямку соціального захисту дітей з інвалідністю активно бере участь Міністерство праці і соціальної політики, напрямки діяльності якого полягають у розробці напрямів соціальної політики та проектів нормативно-законодавчих актів щодо організації соціального захисту дітей-інвалідів, розробці цільових програм, забезпеченні спеціальними засобами пересування, забезпеченні дітей з обмеженими можливостями засобами протезування і індивідуальними механічними та електрифікованими засобами пересування і реабілітації, забезпеченні дітей-інвалідів санаторно-курортним лікуванням, упровадженні нових методів лікування, навчання дітей-інвалідів, координації діяльності органів соціального захисту населення з питань соціальної політики, надання методичної та практичної допомоги, а також контролі за наданням пільг дітям та їх сім'ям, передбачених чинним законодавством [78].

Життєва компетентність здорової дитини якісно відрізняється від життєвої компетентності дитини з певними вадами здоров'я. Існуючі відмінності пов'язані з тими утрудненнями, які виникають у дітей з інвалідністю у зв'язку з їх обмеженнями у фізичному та інтелектуальному

розвитку. У дітей-інвалідів життєва компетентність має дещо специфічний характер і зумовлена тим, що вони, постійно долають вади свого фізичного та інтелектуального розвитку, живуть в умовах постійної підвищеної уваги до своїх відхилень у здоров'ї, мають значні обмеження у соціальному розвитку.

Особливість та своєрідність життєвої компетентності дітей з інвалідністю полягає у тому, що вона охоплює у собі декілька складових: загальні (фізичний, когнітивний, мовленнєвий, психологічний, соціальний, сенсорний, інтелектуальний розвиток) та спеціальні (знання та вміння стабілізації внутрішніх та зовнішніх обставин, досвід оцінки стану свого розвитку та можливостей, вміння оцінювати життєву ситуацію та адекватно діяти, наявність інструментарію вирішення завдань життєдіяльності).

З метою формування життєвої компетентності та здійснення освітньо-виховного впливу на дітей з обмеженими можливостями здоров'я в Україні створено мережу центрів ранньої соціальної реабілітації. Зміст, форми та методи їх діяльності спрямовані на те, щоб надати своєчасну педагогічну допомогу дітям з інвалідністю, створити умови для послідовного формування життєвого досвіду. У дослідженні з'ясовано передумови утворення в Україні центрів ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, розкрито їх освітньо-виховні та реабілітаційні можливості, виділено основні принципи формування життєвої компетентності дітей-інвалідів.

Зазначено, що центри ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів є установами якісно нового типу, які поєднують в собі зусилля педагогів, медичних та соціальних працівників, дають можливість сім'ї брати безпосередню участь в реабілітаційному процесі, забезпечують умови вихованцям вже з перших днів виконання реабілітаційних програм жити у відкритому суспільстві, формувати свою життєву компетентність. Система ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів зорієнтована на дитину та її родину, поєднує соціальну, загальноосвітню, педагогічну, медичну та технічну допомогу дітям з інвалідністю та їх сім'ям. Це система реабілітаційних та корекційно-відновлювальних заходів, які застосовуються для дітей з

інвалідністю з метою зменшення або подолання фізичних та інтелектуальних вад, набуття знань, умінь та навичок, формування здатності до самореалізації та життєтворчості, які б давали змогу дитині з обмеженими можливостями здоров'я інтегруватись у дитячі колективи дошкільних закладів та загальноосвітніх шкіл і не перебувати в інтернатних установах.

Генералізуючою основою діяльності центрів ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів є організаційно-педагогічне забезпечення та створення необхідних педагогічних умов для ефективного формування у дітей з обмеженими можливостями здоров'я життєвого досвіду. Досягнення бажаних результатів у вирішенні зазначеної проблеми стає можливим, якщо педагогічний вплив буде мати системний характер і охоплювати найважливіші параметри цього процесу: орієнтаційний, змістовий, комунікативний, технологічний, особистісний та професійний.

Згідно орієнтаційного параметру важливим є забезпечення спрямованості цього процесу на досягнення головної мети, вирішення основних завдань, реалізацію визначених функцій і напрямів діяльності центрів ранньої соціальної реабілітації. З урахуванням комунікативного характеру потрібно забезпечувати тісний взаємозв'язок та активну співпрацю батьків і центру соціальної реабілітації. На основі особистісного параметру вкрай необхідним виявляється створення реабілітаційного середовища, завдяки якому дитина-інвалід буде почувати себе нормально. З урахуванням змістового параметру доцільним є послідовне збагачення життєвого досвіду дітей-інвалідів та залучення їх до найважливіших сфер життєдіяльності. На технологічному – важливо досягти того, щоб питання формування життєвої компетентності дітей з інвалідністю успішно вирішувалися на основі використання комплексу форм, методів та засобів педагогічного впливу. На основі професійного параметру видається актуальним забезпечення належної педагогічної освіти батьків та розвитку педагогічної майстерності працівників центру ранньої соціальної реабілітації.

Індивідуальна програма реабілітації інваліда включає в себе комплекс

оптимальних для його реабілітації заходів. Розробляється на основі рішення Державної служби медико-соціальної експертизи, воно містить як реабілітаційні заходи, що надаються інваліду безкоштовно відповідно до федеральної базовою програмою реабілітації інвалідів, так і такі, в оплаті яких бере участь і сам інвалід, або інші особи та організації.

Як вважають фахівці, реабілітація дітей-інвалідів має починатися на самих ранніх стадіях хвороби, здійснюватися безперервно до досягнення в мінімально можливі терміни максимального відновлення або компенсації порушених функцій, в індивідуальних комплексних програмах реабілітації дітей-інвалідів повинні бути відображені не тільки основні аспекти реабілітації (медичний, психологічний, педагогічний, соціальний, соціально- побутовий), а й реабілітаційні заходи, їх обсяг, терміни проведення та контролю.

Програма реабілітації – це чіткий план, схема спільних дій батьків і фахівців, що сприяють розвитку здібностей дитини, її оздоровлення, соціальної адаптації (наприклад, професійної адаптації), причому в цьому плані обов'язково передбачаються заходи щодо інших членів сім'ї: придбання батьками спеціальних знань, психологічна підтримка сім'ї, допомога сім'ї в організації відпочинку, відновлення сил і т.д. Кожен період програми має мету, яка розбивається на ряд підцілей, оскільки належить працювати відразу в декількох напрямках, підключаючи до процесу реабілітації різних фахівців.

Припустимо, необхідна програма, яка включатиме наступні заходи:

- медичні (оздоровлення, профілактика);
- спеціальні (освітні, психологічні, психотерапевтичні, соціальні), спрямовані на розвиток загальної чи точної моторики, мови та мовлення дитини, його розумових здібностей, навичок самообслуговування і спілкування.

При цьому іншим членам родини необхідно розбиратися в тонкощах дитячого розвитку, вчитися спілкуванню один з одним і з малюком, щоб не посилити первинні дефекти розвитку несприятливими впливами ззовні. Тому до програми реабілітації будуть входити організації сприятливого оточення дитини (включаючи обстановку, спеціальне обладнання, способи взаємодії,

стиль спілкування в сім'ї), придбання нових знань і навичок батьками дитини і його найближчим оточенням.

Після початку виконання програми здійснюється моніторинг, тобто регулярне відстеження ходу подій у вигляді регулярного обміну інформацією між фахівцем-куратором та батьками дитини. При необхідності куратор сприяє батькам, допомагає долати труднощі, ведучи переговори з потрібними фахівцями, представниками установ, роз'яснюючи, відстоюючи права дитини і сім'ї. Куратор може відвідувати сім'ю, щоб краще розібратися в труднощах, що виникають при виконанні програми. Таким чином, програма реабілітації є циклічний процес.

Програма реабілітації передбачає, по-перше, наявність міждисциплінарної команди фахівців, а не ходіння сім'ї, яка має дитину-інваліда, за багатьма кабінетах чи установам, а по-друге, участь батьків у процесі реабілітації, яке являє собою найбільш складну проблему.

Встановлено, що дітям вдається досягти набагато кращих результатів, коли в реабілітаційному процесі батьки і фахівці стають партнерами і разом вирішують поставлені задачі.

Деякі батьки часом не висловлюють ніякого бажання співпрацювати, не просять допомоги або ради. На перший погляд дитина інвалід повинен бути центром уваги своїй сім'ї. Насправді ж цього може і не відбуватися в силу конкретних обставин кожної родини і певних чинників: бідність, погіршення здоров'я інших членів сім'ї, подружні конфлікти і т.д. У цьому випадку батьки можуть неадекватно сприймати побажання чи настанови фахівців. Часом батьки розглядають реабілітаційні послуги в першу чергу як можливість отримати перепочинок для самих себе: вони відчують полегшення, коли дитина починає відвідувати школу або реабілітаційні установи, тому що в цей момент можуть, нарешті, відпочити або зайнятися своїми справами.

При всьому цьому важливо пам'ятати, що більшість батьків хочуть брати участь в розвитку своєї дитини. Взаємодія з батьками передбачає деякі складнощі. Потрібно бути готовим до труднощів і розчарувань. Зняття

міжособистісних чи культурних бар'єрів, зменшення соціальної дистанції між батьком і соціальним працівником може вимагати певних зусиль. Однак потрібно пам'ятати, що при відсутності взаємодії фахівців і батьків результат роботи з дитиною може бути нульовим: відсутність подібної взаємодії набагато знижує ефективність соціально-реабілітаційних послуг – це може підтвердити будь-який педагог школи інтернату для дітей з обмеженими можливостями або фахівець реабілітаційного центру.

Працюючи з батьками, необхідно враховувати різноманітність виховних стилів і стратегій. Навіть подружжя може дуже відрізнятись один від одного своїми установками та очікуваннями. Тому те, що виявилось вдалим у роботі з однією родиною, зовсім не обов'язково буде сприяти успішному партнерству. Крім того, не слід очікувати від сімей одних і тих же, уніформних емоційних реакцій або поведінки, однакового ставлення до проблем. Потрібно бути готовим слухати, спостерігати і досягати компромісу.

Якщо дитина в змозі приймати участь в діалогах фахівців і батьків, він може стати ще одним партнером, думка якого, можливо, відрізняється від думки дорослих і який може несподівано запропонувати нове рішення проблеми своєї реабілітації. Таким чином уявлення про потреби дітей розширюються за рахунок думки самих дітей.

Успіх будь-якого партнерства заснований на дотриманні принципів взаємної поваги учасників взаємодії та принципу рівноправності партнерів, оскільки жоден з них не є більш важливим чи значним, ніж інший.

Тому соціальному працівнику бажано консультиватися у батьків так само часто, як вони консультиються у нього. Слід заохочувати батьків обмінюватися знаннями, визнавати успіхи дитини, розуміти важливість тих чи інших занять, проявляти ініціативу. Якщо експерт зловживає своєю позицією, підкреслює свою важливість, вважає за краще односторонню передачу знань, існує ризик збільшення залежності від нього батьків, зниження їх самостійності і впевненості в собі. Соціальний працівник повинен певною мірою ділитися своїми почуттями, демонструвати відкритість, тоді й батьки не буду відчувати,

скрутність в його присутності. Зрозуміло, батькам і команді фахівців слід спільно приймати рішення.

У силу досвіду, освіти та тренінгу фахівець із соціальної реабілітації при встановленні партнерства з батьками дітей інвалідів повинен:

- уникати уніформності і вітати різноманітність; слухати, спостерігати і досягати домовленості;
- питати настільки ж часто, як запитують його, проявляти щирість, щоб встановити довірчі відносини з батьками;
- давати необхідні пояснення;
- не приймати нічого поодиночі.

Дослідження психологів свідчать про те, що головною цінністю, діти з обмеженими можливостями, вважають силу, яка здатна їх захистити.

Виділяють три сфери, в яких відбувається процес становлення особистості: діяльність, спілкування, самосвідомість.

Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями – це складний процес, що потребує переорієнтації, і насамперед, у напрямі розробки методології і методики соціально-педагогічної та психологічної моделі соціальної роботи. Специфіка такого підходу викликає необхідність суттєвих змін у ставленні до дітей-інвалідів, які потребують не тільки матеріальної, фінансової, гуманітарної підтримки і заходів реабілітації (медичної, професійної, соціально-побутової), а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, моральному і духовному самовдосконаленні.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

2.1. Дослідження соціальної адаптації дітей з обмеженими можливостями

Соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями має носити комплексний та поступовий характер. Робота має будуватись цілеспрямовано, планомірно та охоплювати всі рівні життєдіяльності дитини. Сучасна прогресивна корекційна педагогіка, оцінюючи перспективи розвитку дітей з обмеженими можливостями та їх соціально-особистісної реабілітації, твердо базується на позиціях реального оптимізму. Виходячі з них цілі покладання та формування очікувань від педагогічного втручання будується відповідно до актуального стану спроможностей кожної дитини та об'єктивних рівнів оволодіння знаннями, вміннями, навичками, нормами соціальної поведінки, комунікативними вміннями [60].

О. Агарков визначає такі цілі соціальної реабілітації:

- відновлення соціального статусу, соціальної позиції суб'єкта;
- досягнення суб'єктом певного рівня соціальної, матеріальної і духовної незалежності;
- підвищення рівня соціальної адаптації суб'єкта до нових умов життєдіяльності.

А також, на думку О. Кононко, соціальна адаптація є першою з трьох фаз соціального становлення особистості дошкільника (адаптація, індивідуалізація, інтеграція) і передбачає засвоєння норм тієї соціальної спільноти, до якої він належить. Особливостями соціальної адаптації старшого дошкільника автор вважає:

- усвідомлення ним себе суб'єктом діяльності; бажання бути включеним у

нове оточення;

- орієнтація на суспільні функції людей, норми, сенс їхньої поведінки та діяльності;

- суб'єктивне ставлення до соціальних цінностей, розуміння своєї належності до дитячого колективу;

- прагнення до розширення соціальних контактів;

- прихильне ставлення до одних груп дітей та відмова від спілкування з іншими [75].

Таким чином, соціальна адаптація становить першу базову ланку в соціальних реабілітаційних заходах для дітей з обмеженими можливостями що спонукає нас дослідити рівні та особливості її сформованості.

Теоретико-методологічні основи дослідження соціальної адаптації закладено в наукових дослідженнях М. Вебера, Ч. Дарвіна, Р. Дарендорфа, Е. Дюркгейма, А. Дюссера, Е. Еріксона, А. Маслоу, Р. Мертона, Дж. Міда, І. Павлова, Т. Парсонса, Ж. Піаже, К. Роджерса, Г. Спенсера, Г. Тарда, О. Ухтомського, В. Франкла, З. Фрейда, Е. Фромма та ін. Праці вчених присвячено вивченню загальних проблем соціальної адаптації людини.

Має місце досить велика кількість досліджень окремих аспектів соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю. Це праці А. Воробця, Н. Максимової, М. Матвєєвої, К. Мілютіної, В. Піскун, В. Синьова, В. Сорочинської, О. Хохліної, в яких глибоко проаналізовано можливості створення психолого-педагогічних умов з метою здійснення корекційного впливу на розвиток дітей з порушеннями інтелекту та визначено, що соціальна адаптація є процесом і результатом досягнення особистістю або соціальною спільністю ідентичності із соціальним середовищем у поєднанні з усвідомленням себе як його органічної частини й активним прийняттям середовищем прагнення до такої ідентичності, в основі якого лежать соціальні, психологічні та соціально-психологічні механізми. «Процес соціальної адаптації включає в себе соціальну реабілітацію, але не зводиться до неї. Основою всіх реабілітаційних заходів є апеляція до особистості індивіда,

відновлення його втрачених чи послаблених суспільних зв'язків і відносин унаслідок інвалідності. Однак для досягнення соціальної адаптації цього замало. Специфіка адаптаційного процесу за участю осіб з розумовою відсталістю полягає в тому, що для досягнення позитивного результату акцент повинен зміститися із суб'єкта на об'єкт адаптації. Суспільство повинно не тільки спостерігати за прагненням індивіда щодо досягнення ідентичності з ним, а й бути готовим прийняти таке прагнення, усіляко сприяти його реалізації» [40].

Відправним пунктом дослідження повинні бути потреби особистості і способи їх реалізації. Саме вони визначають напрямки поведінки людини і характер його взаємодії з об'єктами предметної і соціальної середовища. Структура потреб і мотивів людини, як відомо, має складний багаторівневий характер (А. Маслоу, В. Ядов, Л. Божович та ін.). Вона формується в онтогенезі і може бути підставою періодизації процесів адаптації. Кожен рівень потреб відповідає ситуації взаємодії між суб'єктом і соціальним світом, він же визначає кордон осмислення соціальної ситуації.

Дослідницька робота спрямована на виявлення стану соціальної адаптації дітей дошкільного віку з обмеженими можливостями проводилась на базі ясел-сада комбінованого типу № 244 «Біла лілея» м. Запоріжжя.

У дослідженні барали участь 7 дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення (з логопедичними заключеннями – загальне недорозвинення мовлення III-IV рівня).

Констатувальний етап дослідження мав на меті визначення стану соціальної адаптації дітей дошкільного віку з обмеженими можливостями. Для цього було визначено критерії та показники, за допомогою яких стане можливою перевірка рівнів соціальної адаптації.

Стан соціальної адаптованості дітей до умов дошкільного закладу вивчалася за нижче викладеними критеріями.

1. Емоційний стан та емоційне ставлення до відвідування дитячого садка (стабільний, емоційно позитивний стан; нестабільний емоційно позитивний стан;

стабільний емоційно негативний стан; стан мінливого емоційного ставлення до відвідування дитячого садка).

2. Мотиваційна готовність до відвідування дошкільного навчального закладу (позитивна мотивація; нестабільна позитивна мотивація; негативна мотивація).

3. Активність в ігровій діяльності (позитивно-ініціативне ставлення до діяльності; позитивне ставлення до гри; негативне ставлення до гри; пасивно-очікувальне ставлення до гри [88]).

На першому етапі дослідження (вересень 2019 р.) вивчався стан соціальної адаптованості дітей до умов дошкільного закладу. Для збору фактичного матеріалу і його первинній систематизації використовувались методи емпіричного дослідження анкетування, тестування, опитування.

На другому етапі (жовтень-листопад 2019 р.) проведено обробку отриманих даних, кількісних та якісних показників аналізу та розроблена програма соціально-психологічної адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення.

За допомогою критеріїв та їх показників було визначено чотири рівні розвитку емоційної сфери, емоційного ставлення, мотиваційної готовності та виділені рівні соціальної адаптованості дошкільників з порушеннями мовлення.

Методика дослідження включала: спостереження, зокрема, включене, опитування бітьків, вихователів, тест вивчення соціальних емоцій М. Люшера, проєктивна методика «Дерево». Під час констатувального етапу експерименту на кожного учасника було заведено картку, в якій фіксувалися результати дослідження за кожним критерієм. Також фіксувалися результати загального спостереження та опитування батьків, вихователів.

Для опитування батьків ми розробили опитувальник, в змісті питань якого відображена сутність адаптації дошкільника до середовища навчального закладу, однолітків, особистості вихователя, змін у соціально-рольовій поведінці, розливі реакції погіршення самопочуття дитини, прояви хворобливості (див. додаток А).

Для визначення актуального емоційного стану кожної дитини ми

використали тест вивчення соціальних емоцій М. Люшера (див. додаток Б).

Суть його полягає в тому, що кожний з восьми кольорів тесту має своє значення і відповідає актуальному емоційному стану. Функціональне значення кольору визначається його місцем в системі ранжування. Послідовність вибору кольору від найбільш значущого до найменш значущого дає змогу визначити емоційний стан дитини в період адаптації. Відповіді занотувалися в протоколі.

Також, методика була адаптована для дітей з порушеннями мовлення, що мають складність з експресивним мовленням. Проведення проби передбачало показ відповідної картки з кольором як відповідь на запитання.

Інструкція: «Ми з тобою намалюємо картинку, але все об'єкти на ньому будуть різнокольорові. Обери тільки один колір для того, що я назву (садок, вихователь, друзі, діти в групі, помічник вихователя, логопед, батьки тощо).

Щоб вивчити емоційне ставлення дітей до відвідування дошкільного закладу, ми розробили проєктивну методику «Новачок у групі» з використанням картинки з проєктивної методики «Дерево» (див. додаток В). Метою методики стало: з'ясувати, чи співвідносять «новачки» себе або інших дітей, які вперше прийшли до дитсадка, з зображенням на картинці «новачком»; як вони ставляться до відвідування ДНЗ; що треба зробити, щоб полегшити адаптацію. Бесіду за картинкою проводили за наступними питаннями (з урахуванням статі дітей).

1. Як звуть зображеного на картинці «новенького» хлопчика? (Дівчинку?).

2. Як ти гадаєш, йому (їй) подобається у дитячому садку? Чому? У разі негативної відповіді на це запитання ми питали дитину:

3. Як ти вважаєш, що треба зробити, щоб хлопчик (дівчинка) охоче відвідувала дитячий садок?

Результати проведеної роботи щодо вивчення емоційного стану дають нам підстави для розподілу дітей за актуальними емоційними станами. Чотирирівнева градація оцінки здобутих даних дозволяє конкретизувати показники соціально-емоційного стану дітей у період адаптації і виділити 4

групи дітей з різними рівнями розвитку емоцій.

1 група – соціальні емоції дітей характеризуються впевненістю, поведінка – стабільністю. Таких дітей було 20 % в експериментальній та 23 % – у контрольній групі.

2 група – невпевнені, емоційно залежні діти; поведінка – напружена. В експериментальній групі їх було 21 %, у контрольній – 25 %.

3 група – агресивні, гарячкуваті діти, емоційно невірноважені, соціально дезорієнтовані. В експериментальній групі їх зафіксовано 33 % і 35 % – у контрольній.

4 група – емоції дітей з цієї групи характеризуються частими змінами, мінливі також і стиль поведінки, емоційні реакції на атмосферу в дитячому садку та своє перебування в ньому. Цю групу утворили 13 % дітей з експериментальної та 17 % – з контрольної групи.

Відсоткові показники продемонстровані та рисунку 2.1.

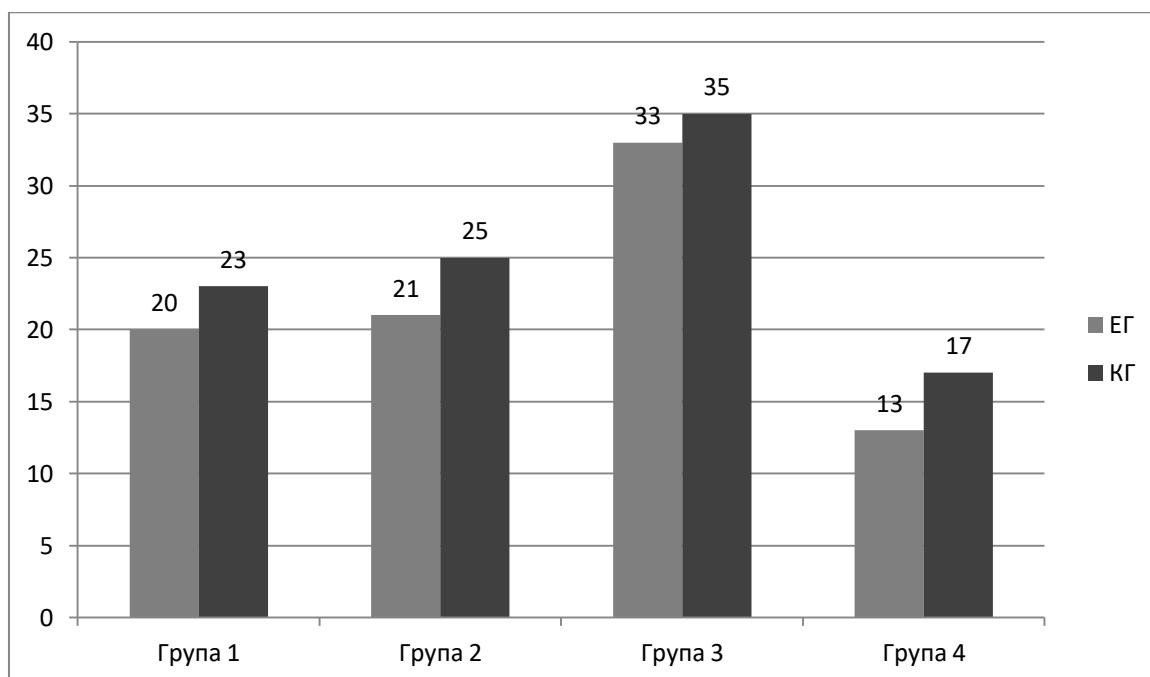


Рисунок 2.1. – Результати вивчення соціально-емоційного стану дітей у період адаптації.

Таким чином, отримані дані засвідчили наявність різних емоційних станів у «новачків», що дало змогу виявити потенційні можливості полегшення

соціальної адаптації старших дошкільників через цілеспрямовану корекцію їхніх емоційних станів.

Аналіз відповідей бесіди «Новачок у групі» показав, що 38 % «новачків» експериментальної і 35 % з контрольної групи співвідносять з «новачком» на картинці або себе, кажучи: «Це – я», або з іншим «новачком» у групі. «Це – ..., бо він (вона) недавно прийшов (ла) до дитячого садка». Відповіді типу: «Ні, це не новачок» дали 19 % дітей з експериментальної і 20 % з контрольної групи. Відповідали: «Не знаю», «Не можу назвати» 26 % дошкільнят з експериментальної і 27 % – з контрольної групи, «Я не впевнений, що це «новачок», але може бути», «Дуже схожа на новеньку дівчинку в нашій групі» – визнали 17 % дітей з експериментальної та 18 % з контрольної групи.

На запитання експериментатора, чи подобається «новачкові» у дитячому садку, типовими були такі відповіді: «Так, він (вона) задоволений (на)», «Йому (їй) тут подобається» – 37 % відповідей в експериментальній групі і 40 % – в контрольній. Відповіді типу: «Він (вона) сумний (а), бо нікого тут не знає», «Не звик (ла) ще до дитячого садка, бо тут треба слухатися і спати», «Його (її) ніхто не запрошує гратися» дали 32 % дітей з експериментальної і 35 % – з контрольної групи. Відповіді, що складно визначити, подобається дитині в дитячому садку чи ні, дали 21 % з дітей експериментальної та 19 % – з контрольної групи («Я ще не знаю, подобається мені в дитячому садку чи ні»); про невизначене емоційне ставлення до відвідування дитячого садка свідчить 9 % відповідей піддослідних з експериментальної та 6 % – з контрольної групи («Мабуть, іноді подобається, а іноді – ні»).

На запитання, що треба зробити, щоб «новачок» охоче йшов до дитячого садка, були зафіксовані такі відповіді: «Треба, щоб діти з ним гралися». «Щоб у нього в групі був друг». Пропонувалася власна допомога: «Я розказала б, що в дитячому садку весело, добре», «Я став би з ним спілкуватися», «Ми разом гралися б на майданчику», «Я сказала б, що у дитячому садку багато дітей та іграшок» тощо.

Виходячи з того, що емоційно позитивне ставлення до відвідування ми

розуміємо як бажання дитини відвідувати дошкільний заклад, отримувати задоволення від спілкування та максимальну реалізацію дитячої потреби в ігровій діяльності, здобуті результати проєктивної методики «Новачок у групі» та власні спостереження за перебуванням дітей у дошкільному закладі дають підстави для розподілу дошкільнят на чотири групи за показниками емоційного ставлення дітей до відвідування дошкільного закладу:

1 група: стабільне емоційно позитивне ставлення мають 25 % дітей з експериментальної та 30 % – з контрольної групи.

2 група: нестабільне емоційне ставлення зафіксовано у 27 % дітей з експериментальної та 25 % – з контрольної групи.

3 група: стабільне емоційно негативне ставлення було виявлено в 31 % дітей з експериментальної та 30 % – з контрольної групи.

4 група: мінливе емоційне ставлення до відвідування дитячого садка виявили 17 % дітей з експериментальної групи та 15 % – з контрольної.

Відсоткові показники продемонстровані та рисунку 2.2.

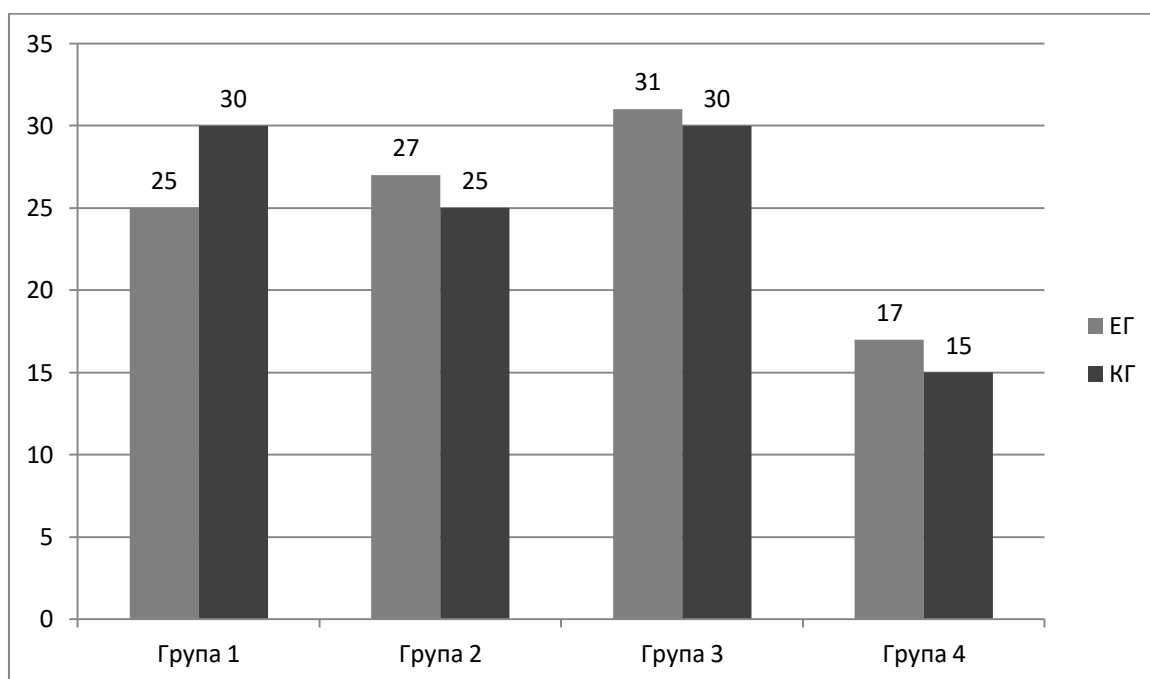


Рисунок 2.2. – Результати дослідження емоційного ставлення дітей до відвідування дошкільного закладу.

Аналіз результатів проєктивної методики «Новачок у групі» свідчить про

наявність стану уособлення, відчуженості від дитячого колективу й підтверджує дані попередньої методики про переважання почуттів нестабільності, невпевненості у стані «новачків» у період звикання до умов суспільного виховання, а також потребує створення певних педагогічних умов для гармонійної адаптації: з моменту приходу до дитячого садка діти не повинні почувати себе самотніми, а бути включені в режимні процеси, залучені до змістовної ігрової взаємодії, активного спілкування та отримувати підтримку з боку дорослих та дітей.

Експериментальні дані проведеної бесіди з новачками дали нам змогу виділити чотири групи старших дошкільників за різним рівнем мотиваційної готовності до відвідування дитячого садка.

1 група – переважають відповіді з адекватним уявленням про дитячий садок, з позитивним ставленням до нього. Наприклад: «Я охоче ходжу до дитячого садка», «У дитячому садку добре: багато дітей і весело», «У дитячому садку є різні ігри та іграшки. Ними можна гратися», «В дитсадку всього навчають» тощо. Таких відповідей було дано по 38 % в експериментальній та контрольній групі.

2 група – в основі відповідей дітей цієї групи лежить позитивне ставлення до відвідування дитсадка, але відчуваються й елементи примусу, необхідності. Наприклад: «Мама і тато сказали, що так треба», «Діти ходять до садка, як батьки на роботу», «Хочу гратися з дітьми, тому й приходжу в дитячий садок», «Я б краще була вдома з мамою, але вона працює». Діти цього рівня мотиваційної готовності віддавали перевагу аргументації дорослих. 24 % таких відповідей зафіксовано в експериментальній та 21 % – контрольній групі.

3 група – відповіді ґрунтуються на негативних відгуках інших дітей про дошкільний заклад або на власному досвіді: «Не хочу ходити до дитячого садка, бо там усі кричать», «Там ображають, тому дома краще», «Моїй сестрі там не подобалося й мені теж», «Довго сидимо на заняттях і мало граємося» тощо. Негативна мотивація запозичена здебільшого із соціального досвіду інших дітей. За результатами діагностування зафіксовано по 19 % відповідей у дітей з експериментальної та 21 % – з контрольної групи.

4 група – діти мають ніби то правильні уявлення про суть відвідування дитсадка, але відповіді їх доволі суперечливі: «Ходжу до дитячого садка, але хочу до «звичайної» школи», «Я знаю, як треба поводитися в дитячому садку, але часто забуваю», «Не все подобається, але я звик», «Діти мало граються, а я люблю гратися». В експериментальній групі так відповідали 19 % дітей, у контрольній – 20 %. Відсоткові показники продемонстровані та рисунку 2.3.

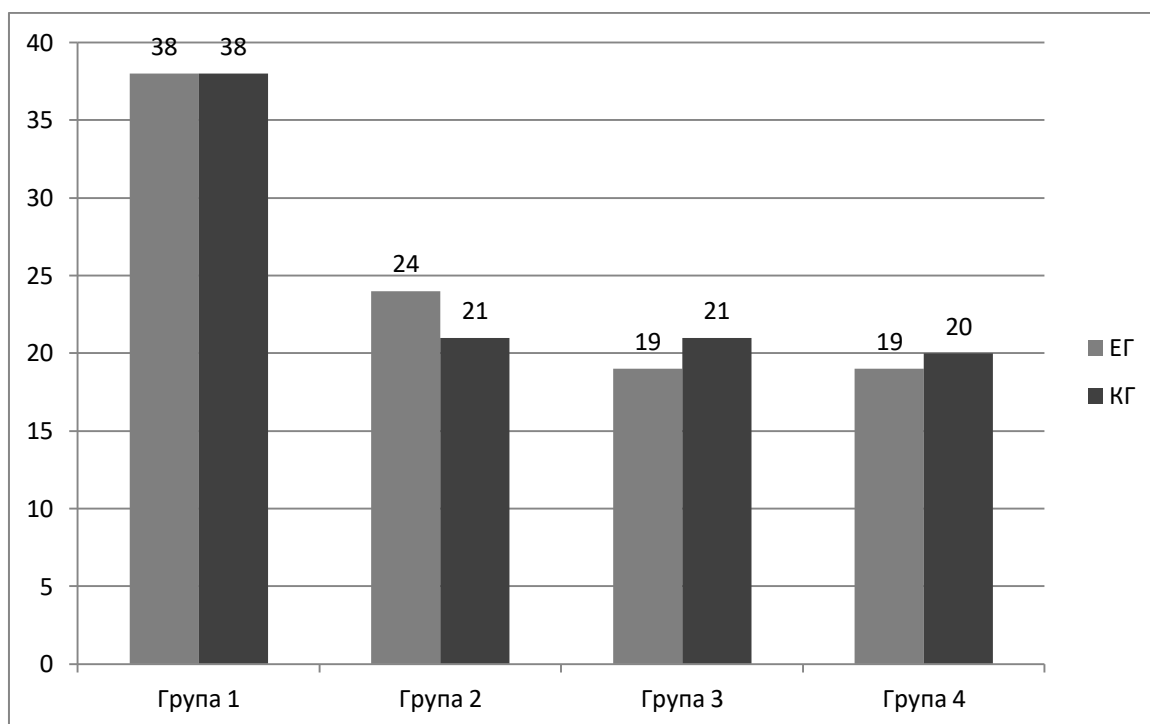


Рисунок 2.3. – Результати дослідження мотиваційної готовності до відвідування дитячого садка.

Дослідження показало, що в дітей експериментальної та контрольної груп різні рівні мотиваційної готовності до відвідування дитячого закладу, але тенденція позитивної мотивації пов'язана насамперед з включенням в ігрову діяльність та дитяче середовище.

За результатами експериментального дослідження та відповідно до визначених критеріїв соціальної адаптації нами визначені такі рівні адаптованості старших дошкільників до умов дошкільного навчального закладу: високий, середній, низький.

До групи з високим рівнем адаптації були віднесені вихованці з

адекватним уявленням про дитячий садок, позитивним емоційним ставленням, стабільно врівноваженою поведінкою, впевнені у собі, доброзичливі, задоволені новим соціальним оточенням, своїм місцем та роллю в ньому. Діти ініціативні в грі та спілкуванні, охоче відгукуються на пропозиції інших дітей, беруть на себе різні ігрові ролі, розгортають сюжет, будують позитивні ігрові стосунки та переносять їх у повсякденне спілкування; цікавляться іншими видами дитячої діяльності, у конфліктних ситуаціях поведуться дипломатично. Кількість таких дітей в експериментальній групі становила 30 % та у контрольній – 32,2 %.

До групи, яка характеризується середнім рівнем адаптованості, ввійшли діти з адекватним уявленням про функції дитячого садка, але до його відвідування ставляться певною мірою як до необхідності, частково незадоволені своїм перебуванням у дошкільному закладі; зрідка проявляють хвилювання, тривогу, емоційно залежні, невпевнені у собі. Ці діти входять в ігрові контакти, але посідають при цьому лише погоджувальну позицію, рідко ініціюють ігрові контакти, навички ігрової діяльності недостатньо розвинені, ролі беруть вибірково, ігрові взаємини напружені; кількість ігрових дій недостатня, цікавляться іншими видами діяльності, проте – малоініціативні. Не схильні до асоціальних форм поведінки, переважає потреба в стабільності. Кількість таких дітей в експериментальній групі становила 26,2 %, в контрольній – 24,5 %.

Групу з низьким рівнем соціальної адаптації утворили діти з елементарними уявленнями про життя у дитячому садку, емоційно невірноважені, запальні, агресивні, з негативним ставленням до відвідування дитячого садка (вважають, що роблять це з примусу дорослих), незадоволені цією ситуацією, почуваються покинутими; важко входять в ігрові контакти. У них низький рівень ігрових умінь та ігрових дій, не вміють розгортати ігровий сюжет, брати на себе різні ролі, в ігрових взаєминах конфліктні; відсутній потяг до взаємодії, не вміють вести коректні за змістом та з відповідним інтонуванням розмову, схильні до асоціальних проявів, легко ображаються,

потребують уваги, піклування, співчуття та захисту. Кількість таких дітей в експериментальній групі становила 28,8 %, у контрольній – 28,5 % (3 група).

Відсотковий показник відображений на рисунку 2.4.

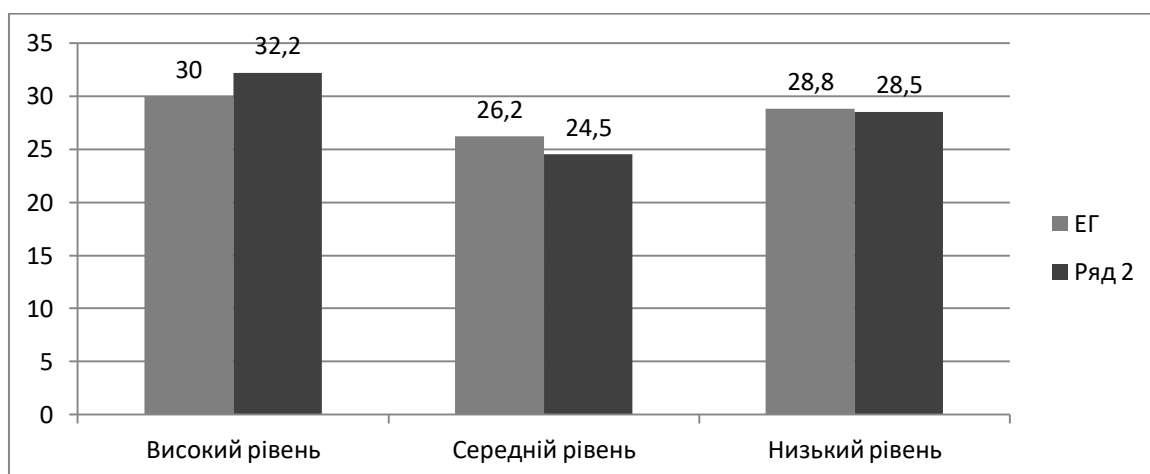


Рисунок 2.4. – Рівні соціальної адаптації старших дошкільників з порушеннями мовлення до умов дитячого садка.

За даними спостережень, опитування, аналізу проєктивних методик було визначено, що діти старшого дошкільного віку становлять досить неоднорідну категорію. Діти були поділені на 3 групи за рівнем соціальної адаптації, проте велику роль відігравав стан мовленнєвого розвитку та супутні особливості протікання психічних процесів.

Діти, що мали неврологічні прояви або загальний недорозвиток мовлення демонстрували більші показники проявів тривожності, страхів та складність встановлення міжособистісних стосунків у групі однолітків. За дани експертних оцінок батьків виявлено, що дітям порушеннями мовлення різного генезу також важче адаптуватися до дошкільного середовища через часті захворювання й відсутність на режимних моментах групи.

Тому, в цілях комплексної соціально-психологічної адаптації дітей має супроводжувати команда фахівців, що представлена вихователем групи, помічником вихователя, корекційним педагогом, психологом, логопедом та реабілітологом (ЛФК), що зможе підвищити шанси до самостійної та повноцінної соціальної активності дітей.

Результати діагностування зумовили складання програми для підвищення рівня соціальної адаптації дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення.

2.2. Обґрунтування та впровадження програми соціальної адаптації для дітей з обмеженими можливостями

Старший дошкільний вік при типовому варіанті розвитку – кінцевий стан початкової ланки соціалізації особистості на рівні дошкільного навчального закладу. Похід у дитячий садок потребує від дитини оволодіння системою таких складових соціальної адаптації як: усвідомлення соціальної ролі «Я-дошкільник», розуміння нового періоду свого диття, уміння прилаштуватися до життя в закладі, особистісна активність у встановленні гармонійних зв'язків із соціальним оточенням, дотримання норм, правил групи, що потребує вміння унормовано поводитися, відстоювати власні думки, позицію [79].

Входження в нове соціальне середовище, яким для дитини є дитячий садок, ускладнюється необхідністю зорієнтуватися в незнайомій ситуації та активізувати адаптаційні ресурси. У непідготовленої дитини дотримання нового режиму і ритму життя, виконання нових вимог, обов'язків та функцій викликають певні труднощі, провокують виникнення таких явищ як адаптаційний синдром.

У дошкільний період життя дитини формуються основи її соціальної компетентності. Соціально-компетентна дитина здатна до самовизначення у взаєминах з іншими людьми та вирішення ситуації моральної поведінки. Для формування такої позиції дитині необхідне позитивне сприйняття себе та інших.

Успішне при звичання дитини до нового середовища залежить від багатьох чинників: від статусу її здоров'я, особливостей нервової системи, розвитку комунікативних навичок, обізнаності з різними видами діяльності, а також від уміння дорослих забезпечити їй належний спокій, захищеність,

повноцінне здоров'я та активізацію адаптаційних ресурсів.

В цілому соціально-психологічна адаптація до соціуму дітей з розладами мовлення ускладнюється низкою причин, серед яких виділяють порушення пізнавальної діяльності, своєрідність емоційно-особистісної сфери, проблеми інтелектуального, сенсомоторного, мовленнєвого розвитку. Діти з порушеннями мовлення відчують певні труднощі у процесі вибору та конструювання оптимальних форм спілкування. Такі діти часто пасивні, безініціативні, не вміють налагоджувати взаємодію, організовувати власну діяльність згідно із загальноприйнятими вимогами [14].

У дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення адаптаційні механізми утруднюються складністю комунікативної поведінки (невербальної, вербальної), недостатністю аудіального каналу збору та переробки інформації та, як наслідок, недостатністю усвідомлення ролі дошкільника та поведінкових норм [39].

Отже, важливим напрямком роботи дошкільного закладу має стати турбота про збагачення соціального досвіду вихованця, що складається з:

- орієнтовної діяльності (дійового пошуку і знаходження орієнтирів, установлення зв'язків та найпростіших залежностей, визначення власного місця у предметному та людському оточенні);
- пристосування (звикання, адаптація до нових умов життя, до незвичайних вимог соціуму та своїх потреб);
- перетворення (корисний, доцільний, оптимальний вплив на навколишні предмети, людей, саму себе).

Соціальна адаптація є засобом оптимізації відносин дитини з відносно широким соціальним докільям, у якому з'являється дитяче співтовариство та спілкування в системі «дитина-дитина», «дитина-дорослий». Через адаптацію відбувається формування соціальної сутності дитини. Соціальна-адаптація – це дієва складова певної успішної соціалізації дитини в суспільстві. За таких підходів саме дошкільні навчальні заклади стають тією інституцією, яка компенсує недоліки сімейного виховання та забезпечує соціальний розвиток

дитини як один з головніших напрямків її особистісного становлення [79].

Цілі програми:

- відновлення почуття довіри до себе, до інших, до світу;
- створення нової когнітивної моделі життєдіяльності;
- формування позитивної «Я-концепції»;
- поглиблення саморозуміння, самопізнання.

Завдання програми:

- оволодіння засобами позитивного мислення і спілкування;
- розвиток почуття власної гідності;
- підвищення впевненості в собі;
- реалізація себе в поведінці і діяльності;
- твердження своїх прав і власних цінностей.

Крім основних завдань, на кожному занятті реалізуються завдання по створенню позитивного контакту в групі, здорового емоційного збудження, бадьорого настрою. Специфіка і структура організації занять. На заняттях використовуються такі прийоми: тренінгові вправи та рольові ігри сприяють формуванню позитивної «Я-концепції», поглибленню саморозуміння, самосвідомості.

Метод ігротерапії допоможе в оволодінні способами позитивного мислення і спілкування, дозволить підвищити впевненість в собі.

Арт-прийоми, казкотерапія і когнітивно-поведінкова терапія допоможуть розкрити свої сильні сторони і відновити почуття довіри до себе, до інших, до світу.

Курс складається з 8 занять. Заняття проводяться 1 раз в день, тривалістю від 0,5 до 1 година. Дітей в групі повинно бути не менше 7 осіб, але не більше 12. Заняття зручно проводити спільно з психологом.

Заняття складається з 3 етапів:

1 етап – встановлення контакту в групі.

Мета: створення сприятливих умов для роботи в групі, створення позитивної мотивації до майбутнього заняття, поглиблення процесів

саморозкриття.

2 етап – основні вправи, спрямовані на розвиток умінь і навичок самоаналізу, зміцнення самооцінки, пізнання себе за допомогою групи.

3 етап – рефлексія.

Мета: активізація процесу самопізнання, навчитися знаходити в собі головні індивідуальні особливості.

Таблиця 2.1.

Тематичне планування та зміст програми

№	Тема	Зміст
1	Виховання моральних почуттів і естетичного свідомості.	Метою даного напрямку виховної діяльності є навчання вихованців нормам і правилам, прийнятим в культурному суспільстві, прищеплення їм елементів естетичного самосвідомості і почуття прекрасного через зіткнення з загальнокультурних морально моральними і етичними цінностями народної і світової цивілізації.
2	Виховання екологічної свідомості	Даний напрямок ставить перед собою завдання на різних етапах розвитку особистості донести цінності природного оточення людини, його крихкість і одночасно силу, яку воно має над людиною.
3	Основи охорони здоров'я. Безпека життєдіяльності	Основною ідеєю цього напрямку виховної діяльності є засвоєння дитиною знання про себе і своє тіло, про його здібностях і недоліки, вміння орієнтуватися в своїх почуттях і емоціях, а також дбайливо ставитися до свого здоров'я та здоров'я оточуючих, розуміти сенс пропонованих

Продовження таблиці 2.1.

		оздоровчих заходів і дотримуватися їх.
4	Соціально-побутове орієнтування	самообслуговування, допомоги іншим, мати уявлення про основні форми і методи функціонування сучасного суспільства, вміти коректно реагувати на стандартні ситуації в суспільстві і замкнутому колективі
5	Навчання комунікативним навичкам	Важливу роль навіть для дитини з порушеннями мовлення відіграє комунікація, тому метою даного напрямку стає навчання вихованців методів і прийомів ведення як вербального, так і невербального спілкування, правилами бесіди, дискусії, суперечки, вмінню слухати і сприймати думку і бажання співрозмовника, дотримуватися норм комунікативної взаємодії, прийнятих в суспільстві.

Основні методи реалізації програми:

Теоретичні:

1. Заняття з розвитку мовлення.
2. Заняття по темі «Навколишній світ».
3. Основи безпеки життєдіяльності.
4. Логопедичні заняття.
5. Заняття у психолога.
6. Бесіди.

Практичні:

1. Предметно-практична і ігрова діяльність.
2. Господарсько-побутова праця.
3. Самообслуговування.

4. Заняття в гуртках, секціях.
5. Участь в календарно тематичних заходах інтернату.
6. Експерсії, музейна і театральна освіта.
7. Участь у виставках, конкурсах.

Методичні прийоми: дидактичні та спортивні ігри, практичні і теоретичні вправи, бесіди та читання тематичної літератури, презентації за оголошеними темами, відеофільми, театралізовані постановки, календарні святкові заходи і ін. При реалізації даної програми використовуються наступні форми корекційно розвиваючих заходів:

- фронтальні – одночасна робота з усіма учнями;
- групові – організація роботи в малих групах,
- колективно-групова – виконання завдань малими групами, подальша презентація результатів виконання завдань і їх узагальнення,
- в парах – організація роботи по парам,
- індивідуальна – індивідуальне виконання завдань, вирішення проблем.

Очікувані результати

1. Я-концепція: зовнішня і внутрішня.

Знати своє ім'я та прізвище. Знати будову власного тіла. Знати органи чуття, розуміти основні смакові градації. Орієнтуватися в просторі: право-ліво, верх-вниз. Вміти показати, що болить або навпаки подобається. Вміти спостерігати за самим собою, розпізнавати власний настрій. Вміти спостерігати за іншими і діяти, не пригнічувати їх інтереси.

2. Я і моє предметне оточення.

Користуватися особистими предметами догляду за волоссям, обличчям, руками. Вміти підготуватися до прийому їжі. Вміти користуватися туалетом. Вміти правильно оцінити свій зовнішній вигляд. Вміти одягатися і роздягатися при прогулянках і відходу до сну. Знати назви предметів побуту і їх призначення, вміти володіти деякими з них.

3. Я й колектив.

Засвоїти розпорядок дня і правила поведінки в закладі. Вміти

встановлювати мовленнєвий / немовленнєвий контакт з дітьми і дорослими. Орієнтуватися в поняттях дружба і взаємодопомога. Уміння сприймати інструкції вихователя під час занять і намагатися дотримуватися їх. Вміти попросити про допомогу або висловити своє бажання під час спілкування з однолітками і дорослими.

4. Я і соціум.

Знати елементарні правила безпеки життєдіяльності. Засвоїти необхідний мінімум правил поведінки на вулиці і при контакті з незнайомими людьми. Вміти спостерігати погодні і природні явища.

Процес створення необхідних умов для того, щоб інтеграція дітей з особливими потребами в систему соціальних відносин проходила максимально ефективно, є складним. Педагоги у своїй роботі повинні дотримуватися послідовності подачі навчальною матеріалу, враховуючи індивідуальні можливості кожної дитини засвоювати тойчи інший матеріал, а також «зону найближчого розвитку». Щоб заняття були більш цікавими педагогам слід ретельно добирати наочний та роздатковий матеріал.

Наочність – це невід’ємна складова, що допомагає зробити їх пізнавальними, цікавими та емоційно насиченими. Доступним у роботі є використання площинних чи об’ємних зображень предметів і явищ, фотографії, настільних ігор, натуральних предметів, муляжів, спеціальних, аудіовізуальних засобів, комп’ютера тощо.

Широке використання наочності у роботі з дітьми сприяє:

- збагаченню їх словникового запасу;
- формуванню граматичних категорій та зв’язного мовлення;
- навчанню дошкільників у рамках наочно-дійового мислення, що переважає в дітей з особливими потребами;
- виробленню вміння зосереджувати увагу на змісті завдань;
- розвитку зорового сприймання та пам’яті;
- розвитку інтересу до пізнавальної діяльності.

Враховуючи особливості психомовленневогорозвитку дітей з особливими

потребами, під час ігор-занять бажано використовувати реальні предмети. Варто пам'ятати, що живий об'єкт, маніпулювання ним викликають значно більше мовленнєвих реакцій, аніж його зображення на малюнку.

Дошкільники з особливими потребами у процесі проведення ігор-занять, режимних моментів, на практичному рівні оперуючи реальними предметами, засвоюють (закріплюють) їх назви. Завдяки цьому відбувається збагачення словникового запасу, уточнення уявлень дітей про знайомі предмети та явища, їх ознаки та властивості.

Нами були виділені п'ять рівнів потреб, що визначають напрямки адаптаційної соціальної активності особистості.

Перший рівень потреб – це базові, фізіологічні потреби, задоволення яких опосередковується взаємодією зі дорослими. Цей рівень соціальних потреб формується в дитячому віці через повнuzалежність дитини від дорослого. Навколишні люди сприймаються дитиною як джерело задоволення своїх фізіологічних потреб. На цьому рівні формується маніпулятивні форми відносин з соціальним оточенням.

Другий рівень – потреба в спілкуванні з дорослим. Уже до кінця дитячого віку діти виділяють близьких дорослих і бурхливо реагують на їх появу. Завдяки присутності дорослого і безпосередньо-емоційному спілкуванню з ним у дитини формується бажання перебувати поруч з дорослим, взаємодіяти з ним. Ці потреби можна охарактеризувати як потреби в любові і підтримці. Спілкування з близькими людьми стає самоцінним для дитини.

Третій рівень пов'язаний з потребою в активній соціальній діяльності. Дорослий при цьому виступає як об'єкт для наслідування. Цей рівень також можна назвати сюжетно-рольовим, так як діяльність передбачає реалізацію сюжетів, рольову поведінку. При цьому дитина «розчиняється» в ролях, які він реалізує під впливом зовнішніх обставин. Важливою характеристикою цього рівня є бажання і можливість вийти за межі актуальної ситуації, реалізовувати діяльність з опорою на образи пам'яті, уяву і фантазію [56].

Четвертий рівень виникає як бажання керувати діяльністю і людьми.

Дитина-дошкільник схильна експериментувати, щоб з'ясувати реакцію дорослого на свої дії, і таким чином визначити межі рольової поведінки. Осмислення меж рольової поведінки призводить до усвідомлення норм і правил. При цьому дитина починає абстрагуватися від безпосереднього програвання сюжету і усвідомлює загальні правила і норми діяльності, яких потрібно притримуватися. Здатність до абстрагування впливає і на розвиток самосвідомості, так як дитина починає відокремлювати себе, своє «Я» як особистість від рольового розігрування в грі. Звідси у дітей старшого дошкільного віку народжується інтерес до особистосних якостей і особливостей інших людей і себе. З точки зору М. Лісіної, це прояв «позаситуативно-особистісних» потреб [88].

Можна припустити, що подальше розвиток дитини призводить до необхідності опанування правилами і нормами діяльності, щоб довести істинність того чи іншого правила, дитина змушена звертатися до більш стабільних і абстрактних реалій, ніж норми діяльності.

Так формується п'ятий рівень потреб – ціннісний. Він формується в процесі інтерпретації своєї поведінки та поведінки інших. Особливо важливим це стає в ситуації аналізу ролевих конфліктів, коли кожна зі сторін конфлікту, реалізуючи свої рольові правила, намагається обґрунтувати правоту своїх дій реаліями більш високого порядку, ніж норми і правила. На цьому рівні діти опановує символічні і знакові способи задоволення своїх потреб, привчається «читати» символіку в діях інших людей. При цьому межі актуальної ситуації у них розширюються, вони починають мислити стратегічно, включаючи в усвідомлення актуальної ситуації минулі і майбутні дії і події.

На кожному рівні потреб формуються та розвиваються певні особистісні якості. Їх послідовність порібно враховувати у корекційно-педагогічній роботі з дітьми з обмеженими можливостями задля проведення діагностики реального та потенційного рівнів розвитку особистісних якостей.

Рівень потреб: задоволення базових фізіологічних потреб із врахуванням соціальних умов.

Особистісні якості:

- здатність задовільняти свою потребу із врахуванням соціальних вимог та умов;

- здатність побороти безпосереднє бажання взяти (відібрати в іншого) предмет потреби;

- здатність дякувати іншій людині за предмет потреби (словами, діями).

Рівень потреб: потреба у спілкуванні.

Особистісні якості:

- вміння входити в контакт;

- здатність проявляти активність в пошуку своїх батьків або друзів;

- формування віри в допомогу близьких і друзів у важких ситуаціях;

- здатність попросити допомоги у іншого;

- формування почуття «ми».

Рівень потреб: потреба у активній діяльності.

Особистісні якості:

- вміння відмовитись від звичного задля досягнення нового;

- реалізація потреби в пізнанні;

- здатність вчитися в інших;

- здатність проявляти активність і наполегливість при досягненні мети;

- діючи, враховувати закони природи;

- діючи, враховувати інтереси інших;

- дотримуватися встановлених правил, норм і ритуалів діяльності.

Рівень потреб: потреба керувати діяльністю і людьми.

Особистісні якості:

- формування мотиву влади;

- формування мотиву служіння людям;

- усвідомлення якостей інших людей і самого себе;

- розуміння відмінностей між грою і реальністю (значення «понарошку», «начебто»);

- розуміння правильного розподілу обов'язків у групі;

- розуміння необхідності керувати діяльністю групи, координувати дії її учасників;
- вміння розпізнавати хитрощі і маніпуляції інших людей;
- розуміння неприпустимості впливати на інших за допомогою хитрощів й обману.

Рівень потреб: потреба у цінностях.

Особистісні якості:

- здатність вирішувати рольові конфлікти з позицій цінностей (добра, справедливості, порядку);
- розуміння необхідності досягати цінностей через випробування;
- здатність долати страхи і труднощі з опорою на цінності (віру в добро, справедливість, порядок);
- здатність розрізняти термінальні і інструментальні цінності (цінності-цілі і цінності-засоби). Наприклад: цінності- цілі – добро, справедливість, чесність, добробут, здоров'я. А цінності-засоби – це працьовитість, творчість, кмітливість, дотримання завітів старших, послух [57].

2.3. Перевірка ефективності проведеної роботи

Контрольний етап дослідження мав на меті визначення нового рівня сформованості соціальної адаптації дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення до закладу. Для цього було використано ті ж самі критерії та показники, які було визначено на констатувальному етапі. За допомогою цих критеріїв та їх показників було визначено нові рівні сформованості соціальної адаптації.

Діагностичний інструментарій використовувався такий же як і на констатувальному етапі (спостереження, опитування, тестування, метод експертних оцінок, проєктивні методики). Для здійснення контрольного експерименту на кожного члена групи також було заповнено картку, в якій

фіксувалися результати дослідження за кожним критерієм.

При проведенні повторного опитування батьків були відмічено, що діти проявляють себе більш розкуто, активно при спілкуванні з однолітками. Дошкільники розповідають про друзів, що з'явилися у групі, їх ігри один з одним. Батьки спостерігають, що відрубання садка стало більш позитивно забарвленою подією, дитина охоче збирається зранку, знизилась кількість істерик та капризів з цього приводу. У меншій кількості проявляється частота та вираженість захворювань на грип, ОРВІ, тому вихованці частіше відвідують садок, більше часу проводять з колективом на заняттях та інших режимних моментах. Вихователі в свою чергу відмітили, що загальна атмосфера в групі стало дружнішою, легше відбувається взаємодія як дітей між собою, так і при спілкуванні з дорослими (батьками, вихователями, помічниками вихователів тощо). Відмічається підвищення рівня самообслуговування, діти схильні самостійно вирішувати побутові завдання, або звертаються за словесною підказкою, схваленням.

При проведенні тесту Люшера діти були схильні обирати яскравіші кольори (жовтий, червоний, зелений, синій), особливо як відповідь на запитання, які стосуються дошкільного закладу, дітей-однолітків, вихователів, батьків.

Під час аналізу результатів проєктивної методики «Дерево» було виявлено, що вихованці старшої дошкільної групи у більшості випадків почали обирати позиції 1, 3, 6, 7, що позначають установку на подолання перешкод; позиції 2, 11, 12, 18, 19, які характеризують дитину як дружню, товариську; позиції 10, 15 відображають комфортний стан дитини, її нормальну адаптацію. Набагато рідше зустрічались варіанти обрання позицій 5 та 8 – втомлюваність, нестача сил, відстороненість та замкненість.

Результати проведеної роботи щодо вивчення емоційного стану дають нам підстави для розподілу дітей за актуальними емоційними станами. Чотирирівнева градація оцінки здобутих даних дозволяє конкретизувати показники соціально-емоційного стану дітей у період адаптації

і виділити 4 групи дітей з різними рівнями розвитку емоцій.

1 група – соціальні емоції дітей характеризуються впевненістю, поведінка – стабільністю. Таких дітей було 25 %. Це на 5 % більше ніж значення в констатувальному етапі.

2 група – невпевнені, емоційно залежні діти; поведінка – напружена. Їх відсоток становить 17 %, що на 5 % нижче по відношенню до результатів констатуючого експерименту.

3 група – агресивні, гарячкуваті діти, емоційно неврівноважені, соціально дезорієнтовані. Таких дітей зафіксовано 25 %, на 8 % відрізняється від даних констатуючого етапу.

4 група – емоції дітей з цієї групи характеризуються частими змінами, мінливі також і стиль поведінки, емоційні реакції на атмосферу в дитячому садку та своє перебування в ньому. Цю групу утворили 9 % дітей, що на 4 % відрізняється від попереднього етапу експерименту.

Таблиця 2.2.

Результати вивчення соціально-емоційного стану дітей у період адаптації

Групи дітей	Кількість дітей, %
1	25
2	17
3	25
4	9

Аналіз відповідей бесіди «Новачок у групі» показав, що 30 % «новачків» співвідносять з «новачком» на картинці або себе, кажучи: «Це – я», або з іншим «новачком» у групі. «Це – ..., бо він (вона) недавно прийшов (ла) до дитячого садка», що відрізняється на 8 % від минулого етапу експерименту. На запитання експериментатора, чи подобається «новачкові» у дитячому садку, типовими були такі відповіді: «Так, він (вона) задоволений (на)», «Йому (їй) тут подобається» – 29 % відповідей (на 9 % менше). Відповіді типу: «Він (вона) сумний (а), бо нікого тут не знає», «Не звик (ла) ще до дитячого садка, бо тут

треба слухатися і спати», «Його (її) ніхто не запрошує гратися» дали 26 % дітей (на 6 % менше). Відповіді, що складно визначити, подобається дитині в дитячому садку чи ні, дали 18 % з дітей, що становить різницю у 3 % з констатуючим експериментом («Я ще не знаю, подобається мені в дитячому садку чи ні»); про невизначене емоційне ставлення до відвідування дитячого садка свідчить 5 % відповідей піддослідних, що на 4 % менше («Мабуть, іноді подобається, а іноді – ні»).

На запитання, що треба зробити, щоб «новачок» охоче йшов до дитячого садка, були зафіксовані такі відповіді: «Треба, щоб діти з ним гралися». «Щоб у нього в групі був друг». Пропонувалася власна допомога: «Я розказала б, що в дитячому садку весело, добре», «Я став би з ним спілкуватися», «Ми разом гралися б на майданчику», «Я сказала б, що у дитячому садку багато дітей та іграшок» тощо.

Можемо зробити висновок, що емоційно позитивне ставлення до відвідування ми розуміємо як бажання дитини відвідувати дошкільний заклад, отримувати задоволення від спілкування та максимальну реалізацію дитячої потреби в ігровій діяльності, здобуті результати проєктивної методики «Новачок у групі» та власні спостереження за перебуванням дітей у дошкільному закладі дають підстави для розподілу дошкільнят на чотири групи за показниками емоційного ставлення дітей до відвідування дошкільного закладу:

1 група: стабільне емоційно позитивне ставлення мають 20 % дітей, що складає різницю у 5 % з констатуючим етапом дослідження.

2 група: нестабільне емоційне ставлення зафіксовано у 23 % дітей (на 4 % менший показник).

3 група: стабільне емоційно негативне ставлення було виявлено в 25 % (на 6 % менші дані, спів ставляючи з констатуючим етапом) дітей з експериментальної та 30 % – з контрольної групи.

4 група: мінливе емоційне ставлення до відвідування дитячого садка виявили 14 % дітей, що складає 3 % різниці.

Таблиця 2.3.

Результати дослідження емоційного ставлення дітей до відвідування
дошкільного закладу

Групи дітей	Кількість дітей, %
1	20
2	23
3	25
4	14

Аналіз результатів проєктивної методики «Новачок у групі» свідчить про створення певних педагогічних умов для гармонійної адаптації: з моменту приходу до дитячого садка діти не почували себе самотніми, а бути включені в режимні процеси, залучені до змістовної ігрової взаємодії, активного спілкування та отримувати підтримку з боку дорослих та дітей

Експериментальні дані проведеної бесіди з новачками дали нам змогу перевірити, як змінилась мотиваційної готовності до відвідування дитячого садка й виділити чотири групи старших дошкільників за різним рівнем.

1 група – переважають відповіді з адекватним уявленням про дитячий садок, з позитивним ставленням до нього. Наприклад: «Я охоче ходжу до дитячого садка», «У дитячому садку добре: багато дітей і весело», «У дитячому садку є різні ігри та іграшки. Ними можна гратися», «В дитсадку всього навчають» тощо. Таких відповідей було дано по 28 %, що відрізняється від констатуючого етапу на 10 %.

2 група – в основі відповідей дітей цієї групи лежить позитивне ставлення до відвідування дитсадка, але відчуваються й елементи примусу, необхідності. Наприклад: «Мама і тато сказали, що так треба», «Діти ходять до садка, як батьки на роботу», «Хочу гратися з дітьми, тому й приходжу в дитячий садок», «Я б краще була вдома з мамою, але вона працює». Діти цього рівня мотиваційної готовності віддавали перевагу аргументації дорослих. 20 % таких відповідей зафіксовано й різниця складає 4 %.

3 група – відповіді ґрунтуються на негативних відгуках інших дітей про дошкільний заклад або на власному досвіді: «Не хочу ходити до дитячого садка, бо там усі кричать», «Там ображають, тому дома краще», «Моїй сестрі там не подобалося й мені теж», «Довго сидимо на заняттях і мало граємося» тощо. Негативна мотивація запозичена здебільшого із соціального досвіду інших дітей. За результатами діагностування зафіксовано по 16 % відповідей у дітей і це менше на 3 %.

4 група – діти мають ніби то правильні уявлення про суть відвідування дитсадка, але відповіді їх доволі суперечливі: «Ходжу до дитячого садка, але хочу до «звичайної» школи», «Я знаю, як треба поводитися в дитячому садку, але часто забуваю», «Не все подобається, але я звик», «Діти мало граються, а я люблю гратися». Так відповідали 11 % дітей, що відрізняється на 8 % від попереднього етапу дослідження.

Таблиця 2.4.

Результати дослідження мотиваційної готовності до відвідування дитячого садка

Групи дітей	Кількість дітей, %
1	28
2	20
3	16
4	11

За результатами формуючого експериментального дослідження та відповідно до визначених критеріїв соціальної адаптації нами визначені такі рівні адаптованості старших дошкільників до умов дошкільного навчального закладу: високий, середній, низький.

До групи з високим рівнем адаптації були віднесені вихованці з адекватним уявленням про дитячий садок, позитивним емоційним ставленням, стабільно врівноваженою поведінкою, впевнені у собі, доброзичливі, задоволені новим соціальним оточенням, своїм місцем та роллю в ньому. Діти

ініціативні в грі та спілкуванні, охоче відгукуються на пропозиції інших дітей, беруть на себе різні ігрові ролі, розгортають сюжет, будують позитивні ігрові стосунки та переносять їх у повсякденне спілкування; цікавляться іншими видами дитячої діяльності, у конфліктних ситуаціях поведуться дипломатично. Кількість таких дітей в групі становила 36 % і це на 6 % більший показник.

До групи, яка характеризується середнім рівнем адаптованості, ввійшли діти з адекватним уявленням про функції дитячого садка, але до його відвідування ставляться певною мірою як до необхідності, частково незадоволені своїм перебуванням у дошкільному закладі; зрідка проявляють хвилювання, тривогу, емоційно залежні, невпевнені у собі. Ці діти входять в ігрові контакти, але посідають при цьому лише погоджувальну позицію, рідко ініціюють ігрові контакти, навички ігрової діяльності недостатньо розвинені, ролі беруть вибірково, ігрові взаємини напружені; кількість ігрових дій недостатня, цікавляться іншими видами діяльності, проте – малоініціативні. Не схильні до асоціальних форм поведінки, переважає потреба в стабільності. Кількість таких дітей в експериментальній групі становила 34 %, що становить різницю у 8 %.

Групу з низьким рівнем соціальної адаптації утворили діти з елементарними уявленнями про життя у дитячому садку, емоційно неврівноважені, запальні, агресивні, з негативним ставленням до відвідування дитячого садка (вважають, що роблять це з примусу дорослих), незадоволені цією ситуацією, почуваються покинутими; важко входять в ігрові контакти. У них низький рівень ігрових умінь та ігрових дій, не вміють розгортати ігровий сюжет, брати на себе різні ролі, в ігрових взаєминах конфліктні; відсутній потяг до взаємодії, не вміють вести коректні за змістом та з відповідним інтонуванням розмову, схильні до асоціальних проявів, легко ображаються, потребують уваги, піклування, співчуття та захисту. Кількість таких дітей в експериментальній групі становила 22,4 %, що менше на 6 % від результатів попереднього етапу експерименту.

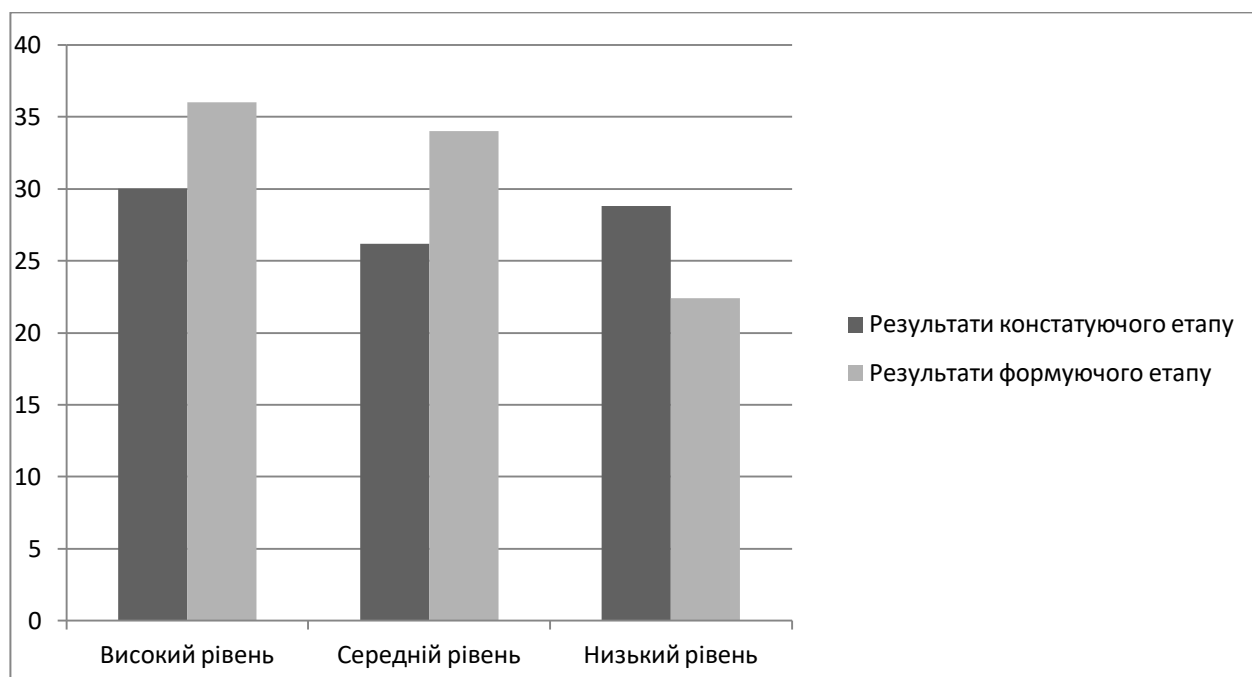


Рисунок 2.5. – Рівні соціальної адаптації старших дошкільників з порушеннями мовлення до умов дитячого садка

Отже, рівень соціальної адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення підвищився після соціально-педагогічного впливу. Менші зміни спостерігалися у дітей, які мають більш складний психо-емоційний стан та потребують довшої педагогічної підтримки. Проте, особливості адаптації програми відповідно до категорії дітей з особливостями розвитку потрібно розглядати окремо.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та експериментальне дослідження проблеми соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, розкрито підходи та визначити труднощі соціально-педагогічної реабілітації. Визначено теоретичні підходи та види технологій, спрямовані на соціальну реабілітацію дітей з обмеженими можливостями. Розроблені критерії та методика діагностики рівнів соціальної адаптації дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку. На основі здійсненої роботи нами були отримані такі висновки, що в Україні існує комплекс проблем пов'язаних з інтеграцією дітей-інвалідів в суспільство.

Ставлення суспільства до аномальної дитини є певним мірилом його цивілізованості. Донедавна питання дитячої аномалії, інвалідності у нас замовчувалося. Інвалідів намагалися ізолювати від суспільства в спеціальних закладах. Дитина-інвалід та її близьке оточення опинялися сам на сам зі своєю бідною.

Перебуваючи в умовах інтернатного закладу або на вихованні у сім'ї, діти з інвалідністю та їх сім'ї деякою мірою ізолювані від суспільства і позбавлені можливості вести повноцінний образ життя у відкритому середовищі, яке аж ніяк не відповідає їхнім особливим потребам.

З роками повільна і невпинна гуманізація суспільної свідомості, а також досягнення в різних галузях науки і техніки поставили питання про необхідність інтеграції людей з психофізичними вадами, як соціальної групи, з рештою суспільства, тобто про їхню соціальну реабілітацію.

Провідним компонентом соціальної роботи з даною категорією дітей є формування індивідуальності, її соціалізація з урахуванням потенційних можливостей і потреб кожної дитини. Побудова взаємозв'язків дитини з мікро- і макросередовищем, розвиток її збережених психофізичних можливостей здійснюється шляхом розширення сфери спілкування, організації дозвілля,

творчої та ігрової діяльності, допомоги у самообслуговуванні і пересуванні, забезпечення ліками і продуктами харчування, організації оздоровлення.

У даній роботі розглянуті і проаналізовані основні проблеми соціально-педагогічної реабілітації дітей з обмеженими можливостями, що існують на рівні суспільства в цілому, пов'язані з регіональними умовами і їхнім найближчим оточенням.

Ідеї спільного навчання можуть бути використані й у таких формах роботи як клубі спілкування, творчі лабораторії, ігротеки, літні табори, гуртки з декоративно-прикладної, художньої та літературної творчості, дитячі журнали, конкурси і фестивалі художньої творчості, бібліотечне обслуговування тощо.

Аналізуючи історію розвитку соціальної реабілітації і її сучасний етап, ми прийшли до висновку, що спільне навчання дітей-інвалідів і їх здорових одноліток повинно стати пріоритетним у педагогічній практиці.

Соціальна адаптація припускає активне пристосування індивіда до умов соціального середовища, а соціальна автоматизація – реалізацію сукупності установок на себе; стійкість у поведінці й відносинах, що відповідає уявленню особистості про себе, її самооцінці. Рішення завдань соціальної адаптації й соціальної автоматизації регулюється суперечливими мотивами «Бути з усіма» і «Залишатися самим собою». У той же час людина з високим рівнем соціалізації повинна бути активною, тобто в неї повинна бути сформована реалізована готовність до соціальних дій.

Соціальна адаптація є засобом оптимізації відносин дитини з відносно широким соціальним докільям, у якому з'являється дитяче співтовариство та спілкування в системі «дитина-дитина», «дитина-дорослий». Через адаптацію відбувається формування соціальної сутності дитини. Соціальна-адаптація – це дієва складова певної успішної соціалізації дитини в суспільстві. За таких підходів саме дошкільні навчальні заклади стають тією інституцією, яка компенсує недоліки сімейного виховання та забезпечує соціальний розвиток дитини як один з головніших напрямків її особистісного становлення. Важливою складовою роботи над соціальною адаптацією становить взаємодія з

педагогами та батьками, що комплексно й паралельно вирішують завдання з підвищення емоційно-мотиваційного рівня по відношенню дитини до дошкільного навчального закладу, покращення соціальної взаємодії з однолітками, педагогами та батьками. Також, важливим завданням стає формування й прийняття дитиною «Я-концепції». Це у свою чергу потребує наукового розвитку ідеї спільного навчання, розробки концепцій, методик роботи педагогічних колективів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агарков О. А., Попович В. М. Правові засади соціальної роботи: навчальний посібник з грифом МОН України. Запоріжжя : Просвіта, 2011. 312 с.
2. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. Москва : ВЛАДОС, 2003. 368 с.
3. Актуальні проблеми спеціальної психології та педагогіки: зб. наук. праць / наук. ред. Вишемирський В.С. та ін. Херсон : ПП Вишемирський В.С., 2005. 202 с.
4. Антонов А. И., Медков В. М. Социология семьи. Москва : Изд-во МГУ: Изд-во Международного университета бизнеса и управления («Братья Карич»), 2000. 304 с.
5. Архипова С. Методи та технології роботи соціального педагога. Черкаси : Слово, 2008. 456 с.
6. Безпалько О В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі: навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 208 с.
7. Бойко М. Д. Право соціального забезпечення України : навч. посібник. Вид. 3-тє, доп. та переробл. Київ : Атіка, 2006. 380 с.
8. Бондар В., Одинченко Л., Постовойтов Є. Благодійна діяльність як передумова розвитку суспільної допомоги дітям з психофізичними вадами. *Дефектологія*. 1996. №4. С. 78-84.
9. Василькова Ю. В. Методика и опыт работы социального педагога. Москва : Академія, 2001. 160 с.
10. Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. Москва : Просвещение. 1973. 189 с.
11. Воробець А. Ю. Соціальна адаптація осіб з розумовою відсталістю: автореф. дис. ... канд. соц. наук: 22.00.04. Запоріжжя, 2011. 20 с.

12. Власова Т. А., Певзнер М. С. Дети с отклонениями. Москва : [б. и.], 1973. 67 с.
13. Грабовенко Н. Обґрунтування змісту і форм соціально педагогічної роботи з сім'ями, що виховують дітей з обмеженими фізичними можливостями в умовах реабілітаційних центрів. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2007. №3. С. 60– 6.
14. Гладченко І. В., Супрун М. О., Висоцька А. В. Соціалізація дитини з обмеженими розумовими можливостями в сучасному освітньому вимірі. Київ : Інститут спеціальної педагогіки, 2014. 214 с.
15. Дементьева Н. Ф., Устинова Э. В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан; ЦНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов. Москва : [б. и.], 1991. 134 с.
16. Дементьева Н. Ф., Багаева Г. Н., Исаева Т. Н. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями. Москва : Институт социальной работы, 1996. 121 с.
17. Дегтяренко Т. М., Дегтяренко Т. Н. Корекційно-реабілітаційна діяльність: навч. посібник. Суми : Університетська книга. 2017. 403 с.
18. Дитинство в Україні: права, гарантії, захист; зб. док. / голов. ред. В. І. Довженко. Київ : Столиця, 1998. Ч. 1. 248 с
19. Егорова Т. В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями. Балашов : Николаев, 2002. 80 с
20. Про соціальну роботу з дітьми та молоддю: Закон України від 21.06.2001 р. № 2558-III. *Відомості Верховної Ради*, 2001. №42. 213 с.
21. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: Закон України від 21.03.1991 № 875-XII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/875-12>
22. Про охорону дитинства: Закон України від 26.04.2001 р. № 2402-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2001. № 30. С. 142
23. Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон України від 19.12.2017 № 2249-VII. *Відомості Верховної Ради України*. 2006. № 2-3. С. 36.

24. Зверєва І. Д., Іванова І. Б. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями. *Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції*. Київ : [б.в.], 1995. С. 4–10.
25. Іванова І. Б. Організація соціально-педагогічної та психологічної допомоги інвалідам у системі соціальних служб для молоді. *Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції*. Київ : [б.в.], 1995, С. 28-32.
26. Іванова І. Б. Програма діяльності центрів ССМ щодо соціальної роботи з дітьми та молоддю з особливими потребами. *Соціальна робота з молоддю в Україні: Збірник інформаційно-методичних матеріалів*. Київ : Столиця, 1997. 168 с.
27. Ілляшенко Т. Інтеграція дітей з освітніми потребами у загальноосвітньому навчальному закладі. *Психолог*, 2009. №10. С.14-18.
28. Інформаційно-методичний збірник. Одеса : ООЦССМ, 2001. 162 с.
29. Каган Л. Реабілітація – шлях до інтеграції у суспільне життя. *Соціальний захист*. 2004. №12. С. 12-16.
30. Капська А. Й. Соціальна робота: навч. посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2005. 328 с.
31. Кизименко Л. Д., Бедна Л. М. Словник-довідник соціального працівника (для студентів та соціальних працівників). Львів : ДЦ МОУ, 2000. 67 с.
32. Кононко О. Л. Виховуємо соціально компетентного дошкільника: навч.-метод. посіб. до Базової програми розвитку дитини дошк. віку «Я у Світі»; АПН України, Ін-т пробл. виховання. Київ : Світич, 2009. 201 с.
33. Концептуальні підходи до соціально-педагогічної підтримки осіб з фізичними вадами в Україні на основі експериментальних досліджень, надбань вітчизняного і зарубіжного досвіду. *Обучение, воспитание, адаптация детей с ограниченными физическими или умственными возможностями: сборник научных трудов I научно-практической конференции (Феодосия, октябрь 1998 года.)*. Київ : РУНЦ «ДИНИТ», 1998. С. 5-9.
34. Крижанівська О. П., Каленська О. О. Етимологія поняття «діти з

- особливими потребами» у вітчизняному освітньому просторі. Національного технічного університету України "Київський політехнічний інститут". *Політологія. Соціологія. Право*. 2012. № 3. С. 87-91.
35. Кузнецова Л. П. Основные технологии социальной работы: уч. пособие. Владивосток : Изд-во ДВГТУ, 2002. 92 с.
 36. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии. Москва : Просвещение, 1990. 144 с.
 37. Левченко И. Ю., Киселева Н. А., Психологическое изучение детей с нарушениями развития. Москва : Издательство «Книголюб», 2008. 110 с.
 38. Липа В. А. Основы коррекционной педагогики: учебное пособие. Донецк : Либідь, 2001. 328 с.
 39. Лисина М. И. Формирование личности ребенка в общении. Санкт-Петербург : Питер; 2009. 320с.
 40. Лукашевич М.П., Мигович І.І. Теорія і методи соціальної роботи: навч. посіб. 2-ге вид., доп. і випр. Київ : МАУП, 2003. 168 с.
 41. Майдигов И. М. Основы социологии. Москва : Ин-т эксперимент. социологии, 1999. 268 с.
 42. Маллер А. Р. Ребенок с ограниченными возможностями: книга для родителей. Москва : Педагогика-Пресс, 2006. 284 с.
 43. Матющенко І. М. До проблеми соціалізації дітей з тяжкими порушеннями мовлення. *Логопедія*. №2. 2012. С.53-56.
 44. Мерсіянова Г. М. Професійно-трудове навчання у спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах для розумово відсталих дітей: навч. посібник. Київ : Педагогічна думка, 2012. 80 с.
 45. Москаленко В. В. Соціалізація особистості : монографія. Київ : Фенікс. 2013. 540 с.
 46. Мошняга В. Т. Технологии социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями. Москва : Инфра-М, 2003. 348с.
 47. Нарзулаев С. Б., Павлухина В. И., Попов Г. Н. Подвижные игры для детей с ограниченными возможностями здоровья: уч.-метод.

- пособие. Томск : ТГПУ, 2006. 98 с.
48. Національна доповідь про стан і перспективи розвитку освіти в Україні / за заг. ред. В. Г. Кременя. Київ : Педагогічна думка, 2016. 448 с.
 49. Пальчевський С.С. Соціальна педагогіка: Навчальний посібник. Київ : Кондор, 2005. 560 с.
 50. Панченко Т. Л. Особливості соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями мовлення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 27. С. 149-152.
 51. Пахомова Н. Г. Спеціальна психологія : навч. посіб. для студентів спец. 6.010105 «Корекційна освіта» Полтав. нац. пед. ун-т ім. В. Г. Короленка. Полтава : АСМІ, 2015. с. 348-352.
 52. Пономаренко О. В, Носов А. Д. Соціально-правовий захист дітей та молоді з особливими потребами в Україні. *Вісник Запорізького національного університету*. № 2(13). 2010. С. 113-120.
 53. Про становище інвалідів України та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами: Державна доповідь. Київ : Соцінформ, 2002. с. 160.
 54. Рогальська І. П. Теоретико-методичні засади соціалізації особистості у дошкільному дитинстві: автореф. дис. ... д-ра пед. наук : спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка». Луганськ : Луганський національний університет імені Тараса Шевченка, 2009. 43 с.
 55. Ромм М. В. Философия и психология адаптивных процессов. Воронеж : Издательство НПО «МОДЭК», 2006. 296 с.
 56. Савчук Л. Навчання в інклюзивному класі. Особливості організації. *Психолог*. 2014. №2 (530). С. 46-48.
 57. Симановский А. Э., С. Н. Воронина. Социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья средствами мультипликационной анимации. *Ярославский педагогический вестник. Коррекционная педагогика*. 2014. Т. 2. Психолого-педагогические науки.

№ 2. С.173-178.

58. Синьов В., Шевцов А. Нова стратегія розвитку корекційної педагогіки в Україні. *Дефектологія*. 2004. № 2. С. 6-1.
59. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології: навч. посібник. Київ : Вища школа, 1994. 144 с.
60. Синьов В. М., Шульженко Д. І. Психологія інклюзивної освіти учнів зі спектром інтелектуальних та аутистичних порушень. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : зб. наук. пр.* / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2017. Вип. 9. Т. 2. С. 251-258.
61. Социальная работа / под общ. ред. В. И. Курбатова. Ростов-на-Дону : Феникс, 2003. 576 с.
62. Социальная работа с инвалидами. Настольная книга специалиста. / под ред. Е. М. Холостовой. Москва : Институт социальной работы, 2004. 210 с.
63. Соціальна педагогіка: мала енциклопедія / за заг. ред. проф. Д. Звереві. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 336 с.
64. Соціальна педагогіка: навч. посіб. / за ред. А. Й. Капської. Київ : Центр учбової літератури, 2000. 488 с.
65. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю / за заг. редакцією Толстоухової С.В., Пінчук І.М. Київ : УДЦССМ, 2000. 184 с.
66. Соціальна робота в Україні: навч. посібник за ред. І. Д. Звереві, Г. М. Лактіонова. Київ : ДЦССМ, 2003. 254 с.
67. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник. Київ : ДЦССМ, 2002. 536 с.
68. Соціальна робота: технологічний аспект: навч. посіб. / за ред. А. Й. Капської. Київ : Центр навчальної літератури, 2004. 352 с.
69. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з обмеженими функціональними можливостями / за ред. А. Й. Капської. Київ : ДЦССМ 2003. 146 с.
70. Софій Н. З., Найда Ю. М. Концептуальні аспекти інклюзивної освіти /

- Інклюзивна школа: особливості організації та управління: навч.- метод. посібник / за заг. ред. Л. І. Даниленко. Київ : [б.в.], 2007. 128с.
71. Спеціальна педагогіка: понятійно-термінологічний словник / за ред. акад. В. І. Бондаря. Луганськ :Альма матер, 2003. 436 с.
 72. Специальная педагогика: учеб. пособ. для студ. высш. пед. учеб. заведений / под ред. Н. М. Назаровой. 2-е изд., стер. Москва : Академия, 2002. 400 с.
 73. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів. Права інвалідів в Україні. Київ : Сфера, 2002. 178 с.
 74. Тарабасова Л. Г. Соціалізація особистості дитини в контексті дошкільної освіти. *Гілея: науковий вісник*. 2015. Вип. 100. С. 217-219.
 75. Тексти лекцій з курсу «Соціальні технології» (для студентів 3 курсу денної форми навчання напряму 0502 (6.030601) «**Менеджмент**» спеціальності 6.050200 «Менеджмент організацій» / укл.: Віноградська О. М., Белова Л. О. Харків : ХНАМГ, 2009. 135 с.
 76. Технології соціальної роботи: навчальний посібник з грифом МОН України / О.А. Агарков та ін. Запоріжжя : вид. комплекс АТ «Мотор-Січ», 2015. 487 с.
 77. Технології соціально-педагогічної роботи: навч. посібник / за заг. ред. проф. А.Й. Капської. Київ : ДЦССМ ,2000. 372 с.
 78. Тюптя Л. Т. Соціальна робота (теорія і практика): навч. посіб. для студентів вищих начальних закладів. Київ : ВМУРОЛ «**Україна**», 2004. 408 с.
 79. Холодій О. М. Соціальна адаптація дітей з особливими потребами до навчання в школі: навч.-метод. посібник .Черкаси : [б.в.], 2014. 125 с.
 80. Холостова Е. И. Социальная реабилитация: уч. пособие. Москва : Изд-во корпорация «Дашков и К», 2002. 421 с.
 81. Храпылина Л. П. Основы реабилитации инвалидов. Москва : Издательство «Экзамен», 2006. 415 с.
 82. Шахрай В. М. Технології соціальної роботи: навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2006. 464 с.
 83. Шведов А. Відкрита модель соціальної реабілітації. *Повір у себе*. 2002.

№45. С. 21–24.

84. Шишова І. О. Творча праця як складова психокорекційної діяльності. *Ідеї гуманної педагогіки та сучасна система інклюзивного навчання* : зб. матеріалів Всеукр. науково-метод. конференції, присвяченої 97-річчю від дня народження В. Сухомлинського, 29–30 вересня 2015 р. Кіровоград : Ексклюзив-систем, 2015. С. 431–436.
85. Шишова І. О. Феномен Г. С. Костюка і сучасна корекційна освіта. *Наукова спадщина Григорія Костюка і сучасні проблеми особистісно орієнтованої освіти*: зб. матер. Всеукр. науково-метод. інтернет-конфер. Кіровоград : Ексклюзив-Систем, 2016. С. 383–393
86. Щербакова К. В. Реабілітація дітей з функціональними обмеженнями засобами мистецтва: навч. посібник. Київ : ДЦССМ, 2002. 217 с.
87. Янченко К. М. Експериментальне вивчення соціальної адаптованості дітей старшого дошкільного віку. *Збірник наукових статей студентів спеціальності «Дошкільна освіта»* / за заг. ред. проф. О.Л. Кононко. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2013. 151с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник для батьків щодо соціальної адаптації дошкільника до навчального закладу

1. Охарактеризуйте ваш стиль сімейного виховання (авторитарний, демократичний, ліберальний).
2. З яким настроєм дитина відправляється зранку в дитячий садок?
3. Чи змінився стан здоров'я дитини з початку відвідування дитячого садка? (з вересня).
4. Чи розповідає дитина про друзів, що має у садку та ігри, що з ними проводить?
5. Як ви вважаєте ваша дитина ставиться до вихователя групи?
6. Що змінилось у поведінці вашої дитини з початку відвідування дитячого садку?
7. Який рівень самообслуговування має ваша дитина? (самостійна, потребує дозованої чи постійної допомоги ін.)?
8. Чи проявляє дитина тривожність, побоювання,страхи (взагалі чи останнім часом)?
9. Які ілюблені види ігрової діяльності, іграшку у вашої дитини?
10. Чи проситься ваша дитина додому з дитячого садочка/ залишитись вдома протягом робочих днів тижня?

Додаток Б

Тест вивчення соціальних емоцій М. Люшера

Характеристика кольорів (по Максу Люшеру) включає в себе 4 основних і 4 додаткових кольори.

Основні:

№ 1 – синій. Символізує спокій, стан спокою, потребу у відпочинку, емоційну стабільність і задоволеність, душевну прихильність, гармонію. Особистісні характеристики кольору: чесність, справедливість, незворушність, доброта і сумлінність.

№ 2 – зелений. Символізує вольове зусилля, напругу і наполегливість, високий рівень домагань і самовпевненість, прагнення до самовираження, успіху і влади, діловитість, наполегливість і завзятість у досягненні цілей, упертість, енергійний захист своїх позицій. Самостійність, незворушність, черствість.

№ 3 – червоний. Символізує силу волі, активність, що доходить в ряді випадків до агресивності, прагнення до успіху через боротьбу, наступальність і владність, потребу діяти і витратити сили, лідерство та ініціативність, збудженість. Особистісні характеристики: чуйність, рішучість, енергійність, напруженість, дружелюбність, впевненість, товарицькість, дратівливість, привабливість, діяльність.

№ 4 – жовтий. Символізує активність, прагнення до спілкування і сприйнятливості до всього нового, оптимізм, радість і веселість, розслабленість і розкутість, оригінальність і прагнення до розширення своїх можливостей. До особистісних характеристик відносяться: балакучість, природність, відкритість, товарицькість, енергійність.

Додаткові:

№ 5 – фіолетовий. Символічне значення: вразливість, емоційна виразність, чутливість, інтуїтивне розуміння, зачарованість і мрійливість,

захоплення і фантазії. Особистісні характеристики: несправедливість, нещирість, егоїстичність, самотійність.

№ 6 – коричневий. Уособлює комфорт тілесних відчуттів, прагнення до затишку і спокою, фізичну легкість і сенсорну задоволеність. Для коричневого кольору були отримані такі особистісні характеристики, як поступливість, залежність, спокій, сумлінність і розслабленість.

№ 7 – чорний. Символізує в першу чергу заперечення, закінчення чого-небудь і відмову, зречення і неприйняття, протест проти чого- або кого-небудь. У граничній формі символізує небуття. Особистісні характеристики чорного кольору: непривабливість, мовчазність і замкнутість, упертість, егоїстичність, незалежність, ворожість.

№ 0 – сірий. Символізує нейтральність і «безбарвність», неучасть, соціальну відгородженість, свободу від зобов'язань, неврівноваженість, млявість і розслабленість, невпевненість, несамотійність і пасивність.

Вважається, що тестування необхідно проводити:

- при природному освітленні, а не під світлом ламп в приміщенні;
- неприпустимо вплив на таблицю кольорів прямого сонячного світла;
- за допомогою тільки оригінальних кольорових карток (стимульного матеріалу).

М. Люшер дав приблизну характеристику обраних позицій.

1-а позиція відображає засоби досягнення мети (наприклад, вибір синього кольору говорить про намір діяти спокійно, без зайвої напруги);

2-а позиція показує мету, до якої прагне досліджуваний;

3-а і 4-а позиції характеризують перевагу кольору і відображають відчуття досліджуваним істинної ситуації, в якій він знаходиться, або ж образ дій, який йому підказує ситуація;

5-а і 6-а позиції характеризують байдужність до кольору, нейтральне до нього ставлення. Вони ніби свідчать, що досліджуваний не зв'язує свій стан, настрій, мотиви з даними кольорами. Однак у певній ситуації ця позиція може

містити резервне трактування кольору, наприклад, синій колір (колір спокою) відкладається тимчасово як невідповідний у даній ситуації;

7-а і 8-а позиції характеризують негативне ставлення до кольору, прагнення придушити будь-яку потребу, мотив, настрій.

Додаток В

Проективна методика «Дерево»

Методика спрямована на дослідження шкільної мотивації та адаптації. Вона була створена для школярів з метою перевірити, як вони освоїлися в школі за перші три роки. Проте пізніше з'ясувалося, що тест актуальний і для дорослих.

Методика була запропонована на семінарі шкільних психологів в Одесі англійськими психологами Джоном і Дайаной Лампен (1997 р.) для забезпечення можливості більш повного вивчення особистості учня. Даний тест дітям дуже подобається.

Форма проведення: групова.

Час проведення: 10-15 хвилин.

Обладнання: бланк, червоний і синій олівці.

Інструкція для дітей:

Учням пропонуються аркуші з готовим зображенням сюжету: дерево, на якому розташовуються чоловічки. Кожен учень одержує лист із таким зображенням (але без нумерації фігурок). Завдання дається в наступній формі: «Розглянете це дерево. Ви бачите на ньому і поряд з ним безліч чоловічків. У кожного з них – різний настрій і вони займають різне положення. Візьміть червоний фломастер і обведіть того чоловічка, що нагадує вам себе, схожий на вас, має такий же настрій як у вас. Ми перевіримо, наскільки ви уважні. Тепер візьміть зелений фломастер і обведіть того чоловічка, яким ви хотіли б бути і на чиєму місці ви хотіли б знаходитися».

Інтерпретація результатів: Позичії, які вибирає учень є ототожненням свого реального і ідеального положення, чи є між ними розходження?

Вибір позицій № 1, 3, 6, 7 характеризує установку на подолання перешкод;

№ 2, 19, 18, 11, 12 – товариськість, дружню підтримку;

№ 4 – стійкість положення (бажання домагатися успіхів, не переборюючи труднощі);

№ 5 – стомлюваність, загальна слабкість, невеликий запас сил, сором'язливість;

№ 9 – мотивація на розваги;

№ 13, 21 – відстороненість, замкнутість, тривожність;

№ 8 – характеризує відстороненість від навчального процесу, відхід у себе;

№ 10, 15 – комфортний стан, нормальна адаптація;

№ 14 – кризовий стан, “падіння в прірву”.

Позицію № 20 часто вибирають як перспективу учні з завищеною самооцінкою й установкою на лідерство.

