

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

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«ФОРМУВАННЯ ЖИТТЄВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МОЛОДІ З
ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ»**

Виконав: студент 2 курсу, групи 8.2318-сп-13
спеціальності 231 «Соціальна робота»
освітньої програми «Соціальна педагогіка»
О. Павловська

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

Рецензент: доцент кафедри соціальної педагогіки,
доцент, к.пед.н. _____ Ю. Р. Мацкевич

Запоріжжя
2020

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 80 с., 7 таблиць, 2 рисунки, 89 джерел, 2 додатки.

Об'єкт дослідження: процес формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку.

Предмет дослідження: зміст, форми та методи формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити зміст, форми та методи формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку.

Методи дослідження: теоретичний аналіз джерел, спостереження, інтерв'ювання, опитування, вивчення особових справ, анкетування, соціально-педагогічний експеримент.

Теоретичне значення роботи полягає у комплексному підході до процесу формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку.

Практичне значення роботи полягає у розробці соціально-педагогічної програми з формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку у центрі соціального обслуговування.

Галузь використання: соціальні служби, заклади освіти, центри соціальних служб для дітей, сім'ї та молоді.

**ІНВАЛІДНІСТЬ, ПОРУШЕННЯ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ,
МОЛОДЬ, ЖИТТЄВА КОМПЕТЕНТНІСТЬ**

SUMMARY

Pavlovska O. The formation of life competence of youth with psycho-physiological development disorders.

The qualifying work consists of introduction, 2 parts, findings, list of literature (89 sources), and 2 addenda on 6 pages. The qualifying work volume is 103 pages long, 88 of them – main text. There are 7 tables and 2 illustrations.

The qualifying work gives theoretical review and describes the experimental research of the formation of life competence of youth with psycho-physiological development disorders in the conditions of the regional social service centre. It defines the content, forms and methods of forming the life competence.

The research object: forming of life competence of youth with psycho-physiological development disorders.

The research subject: the content, forms and methods of the life competence formation of youth with psycho-physiological development disorders.

The research purpose: theoretical background and experimental verification of the content, forms and methods of the life competence formation of youth with psycho-physiological development disorders.

The research tasks are:

- to define the essence of the notion «life competence of youth with psycho-physiological development disorders»;
- to reveal psycho-pedagogical features of youth with psycho-physiological development disorders;
- to develop and to implement the program on the formation of life competence of youth with psycho-physiological development disorders to the regional social service centre's work;
- to verify the effectiveness of the implemented program.

The part 1 «Theoretical backgrounds of the formation of life competence of youth with psycho-physiological development disorders» describes the essence of the

notion «life competence of youth with disability»; considers psycho-pedagogical features of youth; highlights features of forming of life competence of youth with psycho-physiological development disorders in the conditions of the regional social service centre.

The part 2 «Experimental work on the formation of life competence of youth with psycho-physiological development disorders» shows the results indicative and control phases of the research on the process the formation of life competence of youth with psycho-physiological development disorders.

The analysis of the results has proved the effectiveness of the developed and implemented program.

Key words: disability, psycho-physiological development disorders, youth, life competence.

ЗМІСТ

Вступ.....	8
Розділ 1. Теоретичні засади формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку	11
1.1. Сутність понять «компетентність» та «компетентнісний підхід»	11
1.2. Психолого-педагогічна характеристика молоді з порушеннями психофізичного розвитку	23
1.3. Особливості формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку	38
Розділ 2. Експериментальна робота з формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку	51
2.1. Дослідження вихідного рівня сформованості життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку	51
2.2. Розробка та впровадження програми з формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку	64
2.3. Перевірка ефективності впровадженої програми	81
Висновки	86
Список використаних джерел	89
Додатки.....	98

ВСТУП

Питання інвалідності та проблем, пов'язаних з нею наразі привертає особливу увагу нашого суспільства та держави, що пов'язано з певними причинами. По-перше, демократичне орієнтування соціальної політики нашої держави зумовлює прийняття, перегляд та внесення прогресивних змін у законодавчі акти, які регулюють стан людей з інвалідністю в Україні. Нормативно-правова база, що забезпечує захист та підтримку людей з інвалідністю постійно удосконалюється, з урахуванням новітніх європейських тенденцій. По-друге, активно розвивається науково-теоретичний пошук шляхів інтеграції людей з інвалідністю у соціум, підвищення якості їхнього життя та забезпечення реалізації прав. По-третє, фахівці, що працюють у сфері допомоги людям з інвалідністю стикаються з безліччю труднощів під час своєї роботи: відсутність механізмів захисту прав людини з інвалідністю, дискримінація, некомпетентність кадрів для роботи з даною категорією, тощо.

Означені причини поєднані між собою та становлять триєдину потребу сучасної України вийти на новий рівень соціального захисту людей з інвалідністю – забезпечення справедливої рівності, з урахуванням специфічних потреб цієї категорії громадян. У всіх сферах – законодавчій, науковій та практичній відбувається поступове удосконалення традиційних моделей підтримки та пошук нових ідей і можливостей їх реалізації. Компетентнісний підхід, який останнім часом посідає важливе місце у сфері освіти, поступово розширює свої можливості. На нашу думку, формування компетенцій та компетентностей як раз і може стати тим новим підходом у соціальній та соціально-педагогічній роботі з людьми з інвалідністю, який забезпечить імплементацію норм міжнародного права в означеній сфері.

На теоретичному рівні такий пошук відбувався у різних науках: філософії, психології, педагогіці, соціології та ін. Інтерес до проблем інвалідності спостерігався протягом всієї історії людства, і тільки за часів

Просвітництва він набуває систематичного характеру (А. Герцен, Ж. Руссо, Н. Флоренський та ін.). Поступово відбувалася інтенсифікація науково-теоретичних напрацювань – Х. Блум, Р. Мертон, Т. Парсонс та інші вчені у межах світоглядних гуманістичних теорій уперше почали розглядати інвалідність як специфічний соціальний феномен. Дослідженням питань соціального захисту дітей та молоді з обмеженими можливостями присвячені роботи багатьох науковців, серед яких: М. Зварник, Р. Кравченко, О. Палій, Т. Семигіна, Б. Сташків, В. Трощинський та інші. О. Безпалько, О. Дікова-Фаворська, В. Ільїн, Н. Софій, Г. Першко, М. Чайковський розглядали питання інтеграції молоді з інвалідністю у суспільство за допомогою навчання, освіти. Окремі аспекти підтримки даної категорії вивчались М. Гладиш, І. Івановою, В. Ляшенко, О. Молчан, Т. Соловйовою та ін.

Розроблення теоретико-методологічних основ упровадження компетентнісного підходу на пострадянському просторі займалися І. Агапов, С. Бондар, В. Болотов, І. Зимня, О. Овчарук, О. Пометун, В. Серіков, І. Родигіна, Г. Фрейман, А. Хуторської, В. Циба, С. Шишов та ін. У працях І. Єрмакова, О. Ляшенка, Л. Паращенко, О. Сохань, І. Яшук, упровадження компетентнісно орієнтованої освіти має сприяти соціальній адаптації молодій людині, становленню її як суб'єкта і проектувальника власного життя, усвідомленню свого призначення та життєвого шляху. Проблемні питання взаємозв'язку компетентностей і компетенцій, їх класифікація, а також критерії їх оцінювання висвітлені у працях Н. Бібік, Л. Ващенко, І. Єрмакова, М. Жалдака, О. Пометун, О. Савченко, С. Трубачова та ін.

Втім, незважаючи на численні напрацювання в означеній сфері, низка питань залишається недостатньо вивченою. Серед них формування життєвої компетентності молоді з інвалідністю. Зокрема, молоді, яка через серйозні порушення психофізичного розвитку позбавлена можливості отримувати подальшу освіту після закінчення школи. До теперішнього часу, коли в Україні нарешті починає формуватися інклюзивний освітній простір, більша частина дітей та молоді з особливими освітніми потребами навчалася у спеціальних

школах інтернатного типу або отримувала надомні освітні послуги. Звичайно, це суттєво звужувало можливості даної категорії щодо формування життєвої компетентності. У той же час, набуття молоддю з інвалідністю такої компетентності – одна з ключових умов її інтеграції у соціум та максимально незалежного життя. А це, у свою чергу, є одним з пріоритетних напрямів політики кожної розвиненої країни. Тому, темою нашого дослідження обрано «Формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку».

Об'єкт дослідження – процес формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку.

Предмет – зміст, форми та методи формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку.

Мета – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити зміст, форми та методи формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку.

Завдання дослідження:

- визначити сутність поняття «життєва компетентність молоді з порушеннями психофізичного розвитку»;
- розкрити психолого-педагогічні особливості молоді з порушеннями психофізичного розвитку;
- розробити та впровадити у роботу територіального центру соціального обслуговування програму з формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку;
- перевірити ефективність проведеної роботи.

Методи дослідження: методи теоретичного аналізу наукової літератури з теми дослідження; аналіз нормативних джерел; вивчення існуючого досвіду та синтез отриманих даних; комплекс психодіагностичних методик для вивчення параметрів сформованості життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку; констатувальний та формувальний етапи експерименту; кількісний та якісний аналіз результатів дослідження.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ЖИТТЄВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

1.2. Психолого-педагогічна характеристика молоді з порушеннями психофізичного розвитку

Молодь з порушеннями психофізичного розвитку – складна, багатогранна група населення, яка часто залишається поза увагою систем освіти та соціальних служб. Якщо робота з дітьми з обмеженими можливостями проводиться досить регулярно (розроблені спеціальні допоміжні програми навчання, функціонують спеціалізовані заклади освіти й виховання, працюють дитячі відділення реабілітації у районних територіальних центрах соціального обслуговування тощо), то досягнення ними 18-річного віку й закінчення спеціалізованих учбових закладів позбавляє їх звичного кола спілкування, кардинально змінює життєвий уклад. Подальше навчання або працевлаштування доступно далеко не всім, і найчастіше молоді люди залишаються на самоті [68].

У зв'язку з цим, у молодих людей з порушеннями психофізичного розвитку виникає низка проблем: соціальна ізоляція, втрата набутих навичок спілкування, неможливість створення сім'ї і кола друзів, звуження можливостей для подальшого розвитку, психологічні проблеми тощо. Необхідність допомоги молоді з обмеженими можливостями щодо вирішення означених проблем, доводить актуальність реабілітаційної роботи з даною категорією громадян.

Для вивчення особливостей означеної категорії населення вважаємо доцільним розглянути поняття інвалідності. В українській мові до кінця XVIII ст. людина з вадю розвитку тлумачилась як «каліка», «хромець», «слеpecь» (давньоруською), що знаходимо у пам'ятках давньоруської літератури. В Уставі

князя Володимира Святославовича серед переліку метрополітичних та церковних людей є список світських людей, які підлягають особливому судочинству, серед них — «каліка», «гронець».

На початку XVIII ст. у слов'янських мовах починає вживатися слово «інвалід» (від фр. – безсилий, слабкий, важкопоранений), яке до кінця XIX ст. мало значення «той, хто відслужив, заслужений воїн, непристосований до служби через каліцтво, поранення, старість» [75].

До сьогодні в Україні немає єдиного терміну стосовно осіб, які мають фізичні та психічні відхилення у здоров'ї. Так, у засобах масової інформації, спеціальній літературі вживаються поняття: інвалід; особи з обмеженими функціональними можливостями; люди з обмеженою дієздатністю; люди з особливими потребами; особи з вадами розвитку, люди з інвалідністю. Інвалід – особа, яка має порушення здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, зумовлене захворюванням, наслідками травми або дефектами, що призводять до обмеженої життєдіяльності та викликають необхідність її соціального захисту [2]. Інвалідність – це обмеження в можливостях, зумовлених фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дають змогу людині бути інтегрованою у суспільство і брати участь у житті сім'ї і держави на тих умовах, як і інші члени суспільства.

Існує декілька класифікацій відхилень у здоров'ї та розвитку. Однією з найпоширеніших є британська тризіркова шкала обмежених можливостей [2]:

- недуга – втрата чи аномалія психічних або фізіологічних функцій, елементів анатомічної структури, що утруднює певну діяльність;
- обмежена можливість – втрата здатності (унаслідок наявності дефекту) виконувати певну діяльність у межах того, що вважається нормою для людини;
- недієздатність – наслідок дефекту або обмежена можливість конкретної людини, що перешкоджає чи обмежує виконання нею певної нормативної ролі, виходячи з вікових, статевих або соціальних факторів.

Вирізняють такі види відхилень у здоров'ї:

1) фізичні: тимчасові або постійні відхилення у розвитку і (або) функціонуванні органу (органів) людини, хронічні соматичні захворювання, інфекційні захворювання;

2) психічні: тимчасові або постійні відхилення у психічному розвитку людини (порушення мови; пошкодження мозку; порушення розумового розвитку; затримка психічного розвитку; психопатії);

3) складні: поєднання фізичних і психічних відхилень (дитячий церебральний параліч тощо);

4) важкі: поєднання фізичних і психічних відхилень, за яких оволодіння освітою в обсязі державних стандартів є неможливою (ідіотія, аутизм тощо).

За А. Капською, О. Безпалько [2] та іншими дослідниками, інвалідність у дітей визначається як стійка соціальна дезадаптація, зумовлена хронічними захворюваннями чи патологічними станами, що різко обмежує можливість включення дитини в адекватні до її віку виховні й педагогічні процеси, у зв'язку з чим вона постійно потребує догляду і допомоги. Це значне обмеження життєдіяльності, що призводить до соціальної дезадаптації внаслідок порушень розвитку і росту дитини, здібностей до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, навчання, спілкування, трудової діяльності у майбутньому [8]. З огляду на це можемо припустити, що інвалідність у молодій людини означає те ж саме, за виключенням того, що молоді притаманні дещо інші проблеми, серед яких проблеми профорієнтації та працевлаштування, проблеми взаємовідносин статей, проблеми можливостей самостійного проживання тощо, тобто все те, що по суті являє собою життєву компетентність особистості.

Отже, під терміном «молодь з порушеннями психофізичного розвитку» розуміємо молодих людей, віком від 18 до 35 років, які мають статус «людини з інвалідністю» та в силу певних порушень здоров'я і неадекватності оточуючого середовища мають ознаки соціальної дезадаптації, потребують постійної допомоги, догляду, підтримки. Через невизначеність термінології у сучасній науці, вважаємо синонімами такі поняття як «молодь з інвалідністю», «молодь з

особливими потребами», «молодь з обмеженими можливостями».

На думку вчених [18], незалежно від виду відхилень у здоров'ї, молодь з порушеннями психофізичного розвитку має ряд спільних проблем, які зумовлюють необхідність її психолого-педагогічної та соціальної підтримки. Будь-яка вада ускладнює існування людини у сучасному суспільстві, і в першу чергу, через неадекватне ставлення оточуючих до інвалідності та проблем, пов'язаних з нею. Існує певна двозначність у відношенні до людей з інвалідністю в суспільстві: позитивне ззовні та тенденція до неприйняття й уникнення тісних контактів фактично. Визначаючи основні напрямки і принципи роботи соціального педагога, слід пам'ятати, що інвалідність ставить перед людиною масу проблем у соціально-психологічному плані. Окрім особистих незручностей, пов'язаних з тією чи іншою патологією, практично завжди додається проблема взаємовідносин із суспільством. Слід пам'ятати, що людина інвалід – не обов'язково хвора людина. Часто такі люди мають якийсь недолік (сенсорні, опорно-рухові обмеження, інтелектуальні проблеми, тощо) і при цьому залишаються здоровими [68].

Молодь з розумовою відсталістю складає окрему групу серед інших людей з порушеннями психофізичного розвитку. Як вже зазначалося, закінчення спеціалізованого навчального закладу та досягнення віку 18-20 років передбачає виключення молоді із системи освіти. Включення у будь-які інші системи (охорони здоров'я, профнавчання, соціального захисту) відбувається не з кожним випускником з розумовою відсталістю. Зазвичай ці молоді люди залишаються вдома і починають втрачати ті соціальні навички, які були засвоєні у період навчання, таким чином втрачаючи і життєву компетентність взагалі.

Останнім часом, для такої молоді відкриваються спеціальні відділення денного перебування у територіальних центрах соціального обслуговування. Групи, які формуються у таких відділеннях достатньо різноманітні: поряд з молоддю, що страждає лише на олігофренію, знаходяться молоді люди із дитячим церебральним паралічем, сенсорними вадами, синдромом Дауна тощо.

Тому, вважаємо за необхідне розглянути психолого-педагогічні особливості означеної молоді, з тим, щоб чітко уявляти категорію, з якою проводитиметься робота.

Найбільш цінною та продуктивною у систематиці олігофренії є класифікація, розроблена М. Певзнер [53], побудована на основі клініко-патогенетичного принципу. Виділяють такі основні форми олігофренії: 1) основна неускладнена; 2) ускладнена порушенням нейродинаміки; 3) олігофренія з психопатоподібними формами поведінки; 4) олігофренія з порушеннями різних аналізаторів; 5) олігофренія з виразною лобною недостатністю.

Контингент відділення денного перебування складають різні клієнти, серед яких важливо розрізнати притаманні їм форми патології.

Основна неускладнена форма олігофренії характеризується недорозвитком складних форм пізнавальної діяльності за відносної збереженості нейродинаміки, емоційно-вольової сфери, працездатності, поведінки, цілеспрямованої діяльності. Такі діти складають основний контингент учнів допоміжної школи. Як правило, вони дисципліновані врівноважені, успішно засвоюють навчальну програму, охоче та самостійно виконують різноманітні доручення, люблять та вміють працювати. Достатня збереженість їхньої емоційно-вольової сфери сприяє формуванню позитивних рис особистості. Не рідко неускладнена олігофренія важко диференціюється у дошкільному віці, тому діти з такою формою недоумства приходять у допоміжну школу після 1-2 років неуспішного навчання у масовій школі.

Крім розуміння особливостей таких людей, що безумовно важливо для роботи з ними, зазначимо, що ці молоді люди можуть стати додатковим ресурсом для створення адаптаційного середовища для інших юнаків та дівчат з більш складними формами олігофренії.

При олігофренії, ускладненій нейродинамічними розладами, порушення пізнавальної діяльності поєднується з явищами психомоторної розгальмованості (збудливості), або загальмованості (гальмування). У першому

випадку працездатність та психічний розвиток дитини будуть порушуватись через підвищену імпульсивність, неврівноваженість, рухову розгальмованість. Ці діти не можуть тривало зберігати працездатність, вони неухайні, неохайні, не можуть цілеспрямовано виконувати завдання. Часто, у випадку невдачі, відмовляються працювати, плачуть, конфліктують з учителями та ровесниками. У другому варіанті інтелектуальний недорозвиток посилюється загальмованістю. Такі діти все роблять повільно, часто не розуміючи змісту словесних інструкцій; їх не цікавить гра і все, що їх оточує; навчальні та трудові навички формуються у них дуже повільно. З боку вчителя та вихователя необхідна систематична індивідуальна допомога [58].

Олігофренія, ускладнена психопатоподібними розладами, являє певну трудність для педагогічної роботи, оскільки психічний недорозвиток звичайно супроводжується виразною афективністю, патологією потягів (ненажерливістю, сексуальністю тощо). Основне завдання у роботі з цими дітьми полягає в упорядкуванні їхньої поведінки, підпорядкуванні вимогам вчителя та вихователя.

Олігофренія, ускладнена порушеннями у системі окремих аналізаторів, характеризується виразними локальними ураженнями головного мозку. При цьому недоумство поєднується з дефектами зору, слуху, мовлення, опорно-рухового апарата. Ця категорія дітей потребує додаткової корекційної допомоги окремих спеціалістів: тифло- чи сурдопедагога, логопеда, лікаря ЛФК [66].

При олігофренії, ускладненій важкими порушеннями функцій лобних ділянок мозку, виявляється грубий недорозвиток особистості з виразною некри-тичністю до ситуації. Недоліки пізнавальної діяльності у дітей виявляються на фоні порушених потреб, мотивів, інтересів, огрубленої емоційно-вольової сфери. Таких учнів у допоміжній школі небагато, проте вони потребують від педагогів підвищеної уваги та контролю, оскільки іноді у стані афекту можуть бути небезпечними для себе та оточуючих. Корекційна робота педагога повинна бути спрямована на виховання позитивних якостей, вирівнювання поведінки, на трудотерапію, пом'якшення недоліків пізнавальної

діяльності.

Знання особливостей молоді з різними формами олігофренії забезпечить максимально ефективну роботу з ними.

Молодь з синдромом Дауна та різним ступенем розумової відсталості. Синдром Дауна – це генетичне порушення, що обумовлює певний рівень утруднення в навчанні та характерний набір фізіологічних особливостей. Утруднення в навчанні суттєво впливає на здатність навчатися у порівнянні з однолітками, втім це не означає, що людина зовсім неспроможна навчатися [14].

У людей з синдромом Дауна всі або частина клітин організму містять 47 хромосом, оскільки з'являється додаткова копія хромосоми 21. Цей додатковий генетичний матеріал обумовлює низку фізичних ознак та особливостей розвитку, характерних для синдрому Дауна. Синдром Дауна однаково поширений серед людей будь-якої раси, релігії та економічного стану у всіх країнах світу. Це може статися з будь-ким. Хоча вірогідність народити дитину з синдромом Дауна збільшується з віком батьків, немовлята з цим синдромом народжуються у батьків будь-якого віку. Близько половини дітей з синдромом Дауна народжуються у матерів віком до 35 років.

Поки що невідомо, що спричиняє присутність додаткової хромосоми 21. Вона може бути як від матері (70 %), так і від батька (30 %). Не існує способу прогнозувати, чи має людина той чи інший ступінь вірогідності, що її яйцеклітина або сперма міститиме додаткову хромосому [53].

Низка певних фізичних ознак вказує на те, що дитина може мати синдром Дауна. Ці ознаки включають наступне:

- «м'язова млявість» через зниження тонусу м'язів (м'язова гіпотонія);
- характерні риси обличчя, такі як пласкість обличчя та перенісся, маленький ніс, косі розрізи очей та малий розмір ротової порожнини, внаслідок чого язик здається великим;
- надмірний проміжок між першим і другим пальцем стопи;
- єдина поперечна долонна борозна (мавпяча складка);

- вага та зріст при народженні нижче норми [53].

Крім вищеперелічених особливостей у людей з синдромом Дауна виявляються й інші характерні ознаки: маленька округла голова, гладка волога набрякла шкіра, сухі стоншені волосся, маленькі округлі вуха, маленький ніс, товсті губи, поперечні борозенки на язиці, який часто висунутий назовні, тому що не поміщається в порожнині рота. Пальці короткі й товсті, мізинець порівняно малий і зазвичай загнутий усередину. Відстань між першим і другим пальцями на кистях і стопах збільшено. Кінцівки короткі, зростання, як правило, значно нижче норми. Статеві ознаки розвинені слабко, і, ймовірно, в більшості випадків здатність до репродукції відсутня. Крім того, люди з хворобою Дауна дуже вразливі до інфекції і тому часто хворіють.

Інтелект хворих звичайно знижений до рівня помірної розумової відсталості. Коефіцієнт інтелектуального розвитку (IQ) коливається між 20 і 49, хоча в окремих випадках може бути вище або нижче цих меж. У дорослих хворих розумовий розвиток зазвичай не перевищує рівень нормальної семирічної дитини.

Традиційно описуються такі риси хворих з синдромом Дауна, як покірність, що дозволяє їм добре пристосовуватися до лікарняного життя, ласкавість, що сполучаються з упертістю, відсутністю гнучкості, схильність до наслідування, а також почуття ритму і любов до танців. Проте систематичні дослідження, проведені в Англії і США, не підтверджують цей образ [14].

Підкоряючись, в цілому, загальним закономірностям психічного розвитку, розвиток аномальної дитини має і ряд власних закономірностей, у визначенні яких важливу роль зіграли дослідження вітчизняних дефектологів, особливо Л. Виготського [25]. Ним була висунута ідея про складну структуру аномального розвитку дитини, згідно з якою наявність дефекту якогось одного аналізатора або інтелектуального дефекту не викликає випадіння однієї функції, а призводить до цілого ряду відхилень, в результаті чого виникає цілісна картина своєрідного атипового розвитку. Складність структури аномального розвитку полягає в наявності первинного дефекту, викликаного

біологічним фактором, і вторинних порушень, що виникають під впливом первинного дефекту в ході подальшого аномального розвитку.

Ще однією важливою закономірністю аномального розвитку є співвідношення первинного і вторинного дефектів. «Чим далі відстоїть симптом від первинного, тим він більш піддається корекційному впливу», - пише Л. Виготський [25]. Іншими словами, чим далі розведені між собою першопричини і вторинний симптом, тим більше можливостей відкривається для корекції і компенсації останнього за допомогою раціональної системи навчання та виховання.

Окремої уваги заслуговує молодь з розумовою відсталістю, яка має в анамнезі ще й дитячий церебральний параліч. Такі люди також становлять значну кількість серед людей з розумовою відсталістю: від 15 до 20 %. Вони, як правило, страждають складним поєднанням дефектів: поряд з розумовою відсталістю у них відзначається дизартрія і в значній мірі більш глибоке загальне недорозвинення мови, обумовлене утрудненням рухового праксису та у зв'язку з цим скороченням практичного досвіду. Поєднання інтелектуального дефекту з руховими та мовними порушеннями породжує картину глибокої розумової відсталості. Між тим, як показує досвід, саме люди з ДЦП в більшості випадків при систематичній і досить кваліфікованій педагогічній та логопедичній роботі дають істотне просування в розумовому і мовному розвитку. На таких людей має бути звернено особливо пильну увагу спеціалістів з метою надання їм всебічної корекційної допомоги та виявлення серед них здатних до подальшого навчання і пристосування до посильної праці [34].

Серед молоді з важкою розумовою відсталістю можна спостерігати досить велику групу з особливо вираженими порушеннями мови [41]. Як вже було сказано вище, мова людей цієї категорії в цілому характеризується пізньою появою і грубим недорозвиненням. При поєднанні розумової відсталості з важким мовним порушенням зазвичай також створюється картина глибокого інтелектуального дефекту, але ступінь розумової відсталості в цих

випадках може бути різним.

Окрему групу складає молодь з аутичними розладами у поєднанні з різними формами розумової відсталості. Згідно вікіпедії, аутизм (грец. autos – «сам»; аутизм – «занурення в себе») – вроджене психічне захворювання, що характеризується нездатністю хворого до взаємодії із зовнішнім світом – і виникаючими з цього факту порушеннями в соціалізації. Хворий типово уникає спілкування: усяке порушення повсякденного розпорядку й стереотипів виявляється йому трагедією; проте інтелект аутиста понижений далеко не завжди, часто виявляються так звані «острівці знання» – області, в яких здібності хворого досягають нормального або навіть геніального рівня.

Аутизм як самостійний розлад вперше був описаний Л. Каннером в 1942 р.; в 1943 р. подібні розлади у старших дітей описав Г. Аспергер, а в 1947 р. – С. Мнухін. Аутизм – тяжке порушення психічного розвитку, при якому перш за все страждає здатність до спілкування, соціальній взаємодії. Поведінка людей з аутизмом характеризується також жорсткою стереотипністю (від багаторазового повторення елементарних рухів, таких, як потряхивання руками або підстрибування, до складних ритуалів) і нерідко деструктивністю (агресія, самопошкодження, крики, негативізм та ін.) [58].

Рівень інтелектуального розвитку при аутизмі може бути самим різним: від глибокої розумової відсталості до обдарованості в окремих галузях знань і мистецтва; в ряді випадків у людей з аутизмом немає мови, відзначаються відхилення у розвитку моторики, уваги, сприйняття, емоційної та інших сфер психіки. Понад 80 % дітей з аутизмом мають групу інвалідності.

Виключна різноманітність спектру порушень та їх тяжкості дозволяє обґрунтовано вважати навчання і виховання людей з аутизмом найбільш складним розділом корекційної педагогіки.

Процес входження у доросле життя у людей з інвалідністю часто протікає болісно: найчастіше діти з особливими потребами навчаються (а часто й проживають) у спеціальних закладах інтернатного типу, тобто в осередку «собі подібних». Закінчення навчання й повернення до звичайного оточення за

містом проживання стає серйозним випробуванням для подорослішої дитини – вона стикається з упередженим ставленням до себе, ставленням як до людини нижчого сорту. Не менше неприємних почуттів викликає і демонстрація жалості та не завжди потрібного співчуття.

Реакція молоді з обмеженими можливостями на негативне, байдуже, зневажливе ставлення оточуючих буває різною, – іноді люди замикаються в собі, перестають шукати контактів у суспільстві «здорових», сприймають подібне ставлення до себе як належне; іноді реакція буває більш бурхливою – людина з обмеженими можливостями протиставляє себе світу, починає вважати, що «їй всі винні», проявляє агресивність щодо оточення, близьких тощо. Будь-яка із реакцій викликана, в першу чергу, образою на людей, на суспільство в цілому, яка підсилює стрес та дезадаптацію людини з особливими потребами, викликає різні хворобливі стани: депресію, психосоматичні розлади тощо.

Крім того, вчені виокремлюють декілька основних бар'єрів, з якими стикаються люди з особливими потребами [46]. По-перше – фізичний бар'єр – тобто людина через фізичні, сенсорні чи інтелектуальні вади, без спеціальної підтримки та допомоги, залишається ізольованою від суспільства. Дослідники вживають терміни «дружнє» або «недружнє» середовище.

Недружнє середовище зумовлює ізоляцію інваліда, - це обумовлено або фізичними, або сенсорними, або інтелектуально-психічними недоліками, які заважають йому самостійно пересуватися й (або) орієнтуватися в просторі. З іншого боку, фактори зовнішнього середовища можуть збільшити або, навпаки, компенсувати вплив цих індивідних недоліків. Це обмеження спричиняє багато наслідків, що ускладнюють положення інваліда, і вимагає вживання спеціальних заходів, що усувають просторову, транспортну, побутову ізоляцію інваліда, емоційну депривацію й забезпечують можливість трудової адаптації.

По-друге – трудова сегрегація – у сучасних ринкових умовах людина з інвалідністю найчастіше виявляється неконкурентоспроможною, коло доступних професій різко звужене, на ринку праці для інвалідів пропонується

низькооплачувана некваліфікована робота.

Інші бар'єри, серед яких малозабезпеченість, інформаційний, емоційний та комунікативний бар'єри виникають як самостійно так і як наслідок перших двох. Інформаційний, емоційний та комунікативний бар'єри мають двохсторонній характер, тобто проблеми виникають як з боку самої людини з особливими потребами так і з боку оточення. Це обумовлює такі проблеми як замкненість, відчуженість ізоляція та самоізоляція, хибна соціальна перцепція тощо.

Існує багато міфів стосовно людей з особливими потребами, саме вони породжують негативне ставлення та відкрите упередження. Серед найбільш розповсюджених стереотипів такі: люди з особливими потребами пасивні, слабкі, неприємні, залежні, недружні, жалюгідні, тягар для суспільства, вони не в змозі працювати і конкурувати на відкритому ринку праці, неосвічені, потребують благодійної допомоги, від них немає духовної користі суспільству [6].

Через нездатність інтегруватися в звичайне суспільство люди з порушеннями психофізичного розвитку часто створюють власний мікросоціум, до якого входять лише люди з особливими потребами з певними групами дефектів.

Нездатні самореалізуватись у соціумі, люди з особливими потребами формують занижену самооцінку, відчувають свою несхожість на інших та виробляють комплекс неповноцінності. Порушення, яке перешкоджає нормальному спілкуванню, гальмує засвоєння соціального досвіду. Особливе місце посідають особистісні реакції, що здебільшого виявляються в почутті власної неповноцінності в разі соціального порівняння. В цьому випадку привабливі люди розглядаються соціумом як більш соціалізовані і мають більше позитивних рис та властивостей порівняно з тими, хто має гірший вигляд. З іншого боку, особи з особливими потребами, отримуючи постійне знехтування та негативну оцінку з боку суспільства, поведуться так, що наражаються на справжнє відторгнення [71].

Референтною групою для людини з особливими потребами виступає мікрогрупа інших людей з особливими потребами. Порівнюючи себе з особами, рівними їй, людина з особливими потребами може зосередити увагу на власних позитивних якостях, сильних сторонах та певних перевагах, формуючи адекватну самооцінку.

У даному контексті слід зазначити, що серед людей з особливими потребами є особи, які використовують власну неповноцінність для пояснення всіх своїх невдач і прикросів у житті. В цьому випадку усвідомлення власної недієздатності є захисним механізмом психіки. Такі люди підсвідомо не прагнуть до «зцілення», навіть якщо з'являється надія на нього. Бути «зціленим», позбутись статусу «людини з особливими потребами» означає докорінні зміни власного стилю життя, необхідність працювати, самій заробляти, не сподіваючись на підтримку держави. Крім того, їй доведеться самій відповідати за своє життя, невдачі та провали, без змоги пояснити їх негативним ставленням соціуму чи несправедливістю долі. У той же час, дослідники відзначають, що більшість людей з особливими потребами прагнуть самостійно працювати, відповідати за своє життя, не сподіваючись на підтримку держави, та часто досягають значних успіхів в обраній сфері [46].

Вираженість негативних реакції залежить від того, чи є вада вродженою чи набутою. У цьому контексті слід зазначити, що вроджена інвалідність викликає більший ступінь неприйняття, ніж набута. Це пов'язано з дією механізмів ідентифікації та емпатії [71].

Людина буде більш прихильно оцінювати іншу особистість, яка набула інвалідності через травму на виробництві, автомобільну аварію та зовсім інакше буде сприймати людину, котра народилась зі статусом «людина з особливими потребами». Це відбувається тому, що в першому випадку людина ідентифікує себе з людиною з особливими потребами, розуміючи, що і вона могла б опинитись на його місці, і відчуває до нього співпереживання та співчуття. В протилежному випадку людина не знаходить з нею нічого спільного та відчуває до нього негативні емоції [18].

Рівень освіти та культури впливає на ставлення до людей з особливими потребами. Чим нижчий рівень освіченості, тим ширшими та глибшими є прояви негативного ставлення, яке може набувати різних форм – від уникнення взаємодії до фізичної розправи. Агресія, як прояв негативного ставлення, може бути вербальною та фізичною. Вербальна агресія має широкий спектр прояву, починаючи від недолугих коментарів щодо причин інвалідності та закінчуючи образливими висловами із застосуванням ненормативної лексики, що використовується для опису поведінки людини з особливими потребами та його зовнішності. Крайнім проявом негативного ставлення є фізична агресія, яка виявляється у формі побоїв та знущань.

Заперечення специфічних потреб людини з особливими потребами та нерозуміння особливостей її життя, спричинених інвалідністю, є проявом негативного ставлення, яке ґрунтується на низькому рівні культури та освіти. Наприклад, здорова людина повідомляє людині з особливими потребами, що вона така, як усі, і, відповідно, створення для нього спеціальних умов є недоречним, недоцільним та даремною тратою коштів. А якщо вона не може адаптуватися до життя у здоровому суспільстві, то її місце вдома.

Таким чином, більшість проблем молоді з інвалідністю залежать від ставлення до інвалідності у суспільстві. Це зумовлюється поширенням негативного ставлення як соціальної проблеми та призводить до негативізму як риси індивідуальності. Прогрес медичної науки в хірургії, біохімії, створенні штучних органів привів до збільшення середньої тривалості життя людей з особливими потребами. Технологічні досягнення надають таким особам змогу бути більш мобільними. Створення нових протезів, часто з використанням комп'ютерних технологій, зменшує залежність людей з особливими потребами від інших і підвищує їхню інтеграцію у суспільство. Визнано, що будинки і тротуари повинні бути вільні від бар'єрів, а нові архітектурні стандарти забезпечують в'їзд і свободу переміщення інвалідних колясок.

Наразі хоча б теоретично стала загальновизнаною ідея про необхідність використання трудового, інтелектуального, творчого потенціалу всіх

соціальних груп населення, зокрема й людей з порушеннями психофізичного розвитку. Негативне ставлення до можливостей людей з особливими потребами робить їх пасивними, байдужими до власного суспільного статусу, змушує шукати шляхи пристосування до життєвих ситуацій. Все це доводить, що створення сприятливого соціального середовища та застосування різних методів реабілітації є необхідним механізмом щодо покращення якості життя молоді з інвалідністю. На нашу думку, формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку неодмінно підвищить і якість їхнього життя. Тому наступний підрозділ присвячено особливостям формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку.

1.3. Особливості формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку

Проблема життєвої компетентності привертає увагу в контексті аналізу різних аспектів проблеми людини і її буття в світі, перш за все проблеми мистецтва жити. І. Степаненко актуалізує питання життєвої компетентності в сучасних умовах, пов'язаних зі зростанням соціальних ризиків та визначає поняття «мистецтво жити» як готовність людини до життя у нових ситуаціях підвищеного ризику і небезпеки, сформованість у неї особливої культури соціальної та індивідуальної життєдіяльності з дотриманням вимог антропологічної, соціальної, екзистенціальної безпеки у їх взаємозв'язку [72, 142]. Мистецтво жити це, в першу чергу, процес, причому процес постійний. І одна з ключових філософських думок пов'язана з необхідністю навчання протягом усього життя для постійного оволодіння цим мистецтвом.

Розглянемо детальніше складові поняття «життєва компетентність» – «життєва» або «життя» та «компетентність». У нашому випадку під «життєвим» або «життям» розуміємо звичайні життєві ситуації, які вимагають від людини постійного вирішення поточних проблем, пов'язаних з

повсякденним буттям. За матеріалами словника іншомовних слів [67] «компетентність» (від лат. *competens (competentis)* – належний, відповідний), означає поінформованість, обізнаність, авторитетність. Компетентність означає коло питань, у яких людина добре обізнана, має знання та досвід. Компетентність також визначається як набута у процесі навчання інтегрована здатність особистості, яка складається із знань, досвіду, цінностей і ставлення, що можуть цілісно реалізовуватися на практиці. Академічний тлумачний словник української мови [1] визначає компетентність через властивість «компетентний», тобто 1) той, який має достатні знання в якій-небудь галузі; який з чим-небудь добре обізнаний; тямущий; 2) той, хто має певні повноваження, повноправний, повновладний. Звичайно, це лише базові визначення, а, власне, компетентність – це більш широке поняття.

Взагалі компетентнісний підхід є відносно новим віянням у сучасному суспільстві. І, першою на нові вимоги життя реагує система освіти, яка активно запроваджує означений підхід – головне не інформування учнів (це пов'язано, у першу чергу, зі значним поширенням та збільшенням джерел інформації, їх доступністю та інтенсивними змінами соціального буття, що змушує людину постійно адаптуватися), а його вміння вирішувати проблеми, які виникають у різних ситуаціях, по аналогії. Отже, формування компетентностей наразі вважається найбільш перспективним напрямком розвитку особистості. І, коли йдеться про таку специфічну категорію як люди з інвалідністю, це набуває нового значення. Об'єктивні та суб'єктивні обмеження життя людини з інвалідністю у разі ускладнюють процеси її адаптації та соціалізації. Суттєві розбіжності в умовах соціалізації, у факторах, які активно на неї впливають породжують необхідність їх урахування у процесі формування компетентностей молоді з інвалідністю.

Розглянемо деякі погляди на проблему формування компетентності особистості. Так, І. Бех у своїх роботах розкриває структуру формування компетентності особистості. На думку вченого, компетентність формується і проявляється на двох рівнях, пов'язаних з віком. На першому рівні вікового

розвитку суб'єкт шляхом проб і помилок, або ж за допомогою механізму наслідування опановує низку різних практичних способів дій. Визначальними характеристиками цього рівня компетентності автор виокремлює недостатню узагальненість і обмеження перенесення засвоєваних практичних способів дій на інші об'єкти. Центральним мотивом цього рівня компетентності виступає необхідність суб'єкта жити в соціумі, пристосовуватися до вимог, які ставить життя. Для другого рівня характерним є сформованість у суб'єкта наукового поняття «компетентність» як єдності, де науково орієнтовна основа дії визначає логіку її практичного виконання, яка полягає в інтелектуально-моральній саморегуляції, спрямованій на ефективне вирішення суб'єктом певних життєвих проблем [13, 6].

На нашу думку, формування компетентності першого рівня є провідним завданням при роботі з молоддю з інвалідністю. У той час як компетентність другого або вищого рівня залишається недосяжною для багатьох людей, у тому числі, і великої частини людей з інвалідністю. В першу чергу йдеться про людей з інвалідністю з дитинства, особливо тих, які мають порушення інтелектуального розвитку.

Дещо по-іншому розглядає дане питання В. Вербицький. За його визначенням [24, 33], компетентність – здатність (потенціал), здійснювати складні види діяльності. Автор розрізняє компетентності за видами: ключові, базові і функціональні. Особливий інтерес для нас становлять ключові компетентності, які необхідні для життєдіяльності людини і пов'язані з її успіхом у швидкозмінному суспільстві. Автор зауважує, що діяльність людини, зокрема й засвоєння будь-яких знань, умінь і навичок, складається з конкретних дій, операцій, що їх виконує людина. Виконуючи ці дії, розмірковуючи над їх виконанням, усвідомлюючи потребу в них та оцінюючи їх важливість для себе або для суспільства, людина тим самим розвиває компетентність в тій чи іншій життєвій сфері. Якщо сфера життя, в якій людина відчуває себе здатною ефективно функціонувати (тобто компетентною), є достатньо широкою, йдеться про так звані «ключові» чи життєві компетентності. Як бачимо,

науковець аргументовано ототожнює ключові і життєві компетентності.

Наведемо декілька визначень різних науковців щодо життєвої компетентності. Так, В. Дячук [32] пропонує визначення життєвої компетентності як оволодіння комплексом компетенцій, які передбачають здатність людини до вирішення життєвих завдань, продуктивного здійснення життя як індивідуального проекту, стійкої життєдіяльності в умовах сучасного динамічного простору. Автор також уточнює поняття з точки зору системного підходу та розглядає її як сукупність структурних елементів, функціональних зв'язків та відносин, що зумовлюють певну цілісність, стійкість та внутрішню організацію.

Г. Короткова та А. Верховцев [44] визначають компетентність як актуальну здатність людини «до вирішення питань в даній сфері діяльності, в умовах реальної дійсності». На думку авторів, під компетентністю необхідно розуміти глибинне психологічне утворення, яке пов'язане з розвитком ментального особистісного досвіду людини, що проявляється в її загальній здатності і готовності до певної діяльності, основа якої знання і досвід, набуті в процесі навчання і соціалізації і орієнтовані на самостійну і успішну участь у певній діяльності.

У своєму дисертаційному дослідженні І. Дікун [31] обґрунтовує поняття «життєва компетентність» як систему компонентів життєдіяльності особистості, яка визначає успішність її взаємодії з соціумом в сутнісних людських сферах з опорою на внутрішні ресурси особистості. І, хоча дослідження автора стосується вихованців інтернатних закладів, на нашу думку, визначення автора є цінним для нас, через те, що підкреслює соціальну складову цього поняття – успішність взаємодії з соціумом.

Життєву компетентність у підлітків з помірним та важким ступенем розумової відсталості у спеціальній освіті характеризує Л. Сафонова [64]. Автор розглядає компетентність як здатність і готовність діяти в життєво важливих ситуаціях. Наголошується, що це не тільки здатність робити щонебудь добре, ефективно, але і готовність до діяльності, заснованої на знаннях і

досвіді, орієнтованих на самостійність і поведінкову зрілість. Компетентнісний підхід, на думку автора, забезпечує зв'язок отриманих знань з життям, без чого неможлива активна соціальна адаптація в суспільстві людей з інтелектуальними порушеннями.

Н. Буланова, розглядаючи питання життєвої компетентності для осіб з інтелектуальними порушеннями говорить, що «життєва компетентність» відноситься до ключових видів компетентності, яка проявляється через здатність вирішувати життєві проблеми різного характеру в контексті конкретної ситуації життєдіяльності людини на основі використання інформації, комунікації, соціально-правових основ поведінки особистості в громадянському суспільстві.» [20]. Ми згодні з автором, у тому, що ідеологія навчання та виховання означених осіб має будуватися на двох взаємодоповнюючих компонентах: академічних результатах та життєвих компетенціях. І чим важче порушення інтелектуального розвитку, тим вагомішим стає саме другий компонент.

Теоретичний аналіз визначень, поданих у сучасній науковій літературі дають змогу зробити висновок про те, що незважаючи на певні розбіжності, ключова ідея у визначенні життєвої компетентності зберігається і полягає у тому, що компетентність передбачає певну цілісну характеристику особистості. Це не є лише комплекс знань, вмінь та навичок, а якісне утворення, яке забезпечує людині можливість адаптуватися у сучасному житті. На відміну від комплексу знань, вмінь і навичок, компетентність передбачає здатність використовувати та поповнювати наявний досвід для вирішення нових завдань у нових умовах. Різні уточнення цього поняття, подані науковцями охоплюють саме ту сферу, у якій проводиться кожне конкретне дослідження.

Отже, спираючись на напрацювання науковців у даній сфері спробуємо визначити сутність поняття життєвої компетентності стосовно молоді з інвалідністю. Звичайно, коли йдеться про цю категорію, йдеться про дуже велику та різноманітну групу людей. По-перше, вважаємо доречним поділення цієї групи на осіб, які мають вроджені порушення розвитку (інвалідність з

дитинства) та осіб, які отримали інвалідність у результаті травми або хронічного захворювання. Таке розділення вважається важливим, через те, що соціально-психологічні характеристики цих двох груп, за даними науковців і практиків, суттєво відрізняються. Крім того, існує декілька класифікацій за типом порушення. З невеликими відмінностями розрізняють сенсорні порушення, порушення інтелектуальної сфери, опорно-рухової, емоційно-вольової, комплексні множинні порушення та ін. Також важливим є визначення ступеня порушення (за британською тризірковою шкалою – недуга, обмежені можливості, недієздатність) та ступеня виразності функціональних розладів (помірно виражені, виражені або значно виражені).

Особливої уваги заслуговує той факт, що у чистому вигляді, тобто ізолювано, достатньо рідко спостерігаються порушення тільки в одній сфері. Часті випадки, коли порушення мають комплексний характер [20]. Іноді це результат вторинних відхилень, іноді – від самого початку інвалідність передбачає поєднання декількох порушень. На думку науковців, будь яке порушення обов'язково тягне за собою й інші. Так, порушення слуху тягне за собою проблеми формування або розвитку мовлення, порушення інтелектуальної сфери, опорно-рухового апарату або зору суттєво впливають на сприйняття оточуючого світу тощо. Отже, людина, яка має інвалідність безумовно потребує профілактики та корекції вторинних відхилень. І іноді у цьому і полягає сутність реабілітації взагалі.

На нашу думку, класифікація порушень безумовно важлива, і, індивідуально-психологічні характеристики різних представників молоді з інвалідністю будуть відрізнятися. Втім, останнім часом, коли в суспільстві активно впроваджується соціальна модель інвалідності, означені характеристики набувають дещо іншого сенсу. На думку Л. Сердюк, «на передній план все частіше висуваються загальнопсихологічні та соціально-психологічні проблеми, а саме порушення виступає не стільки як поле для корекційної роботи психолога, скільки в якості умов чи системи умов для неї; сфера уваги психологічних досліджень спрямована на вивчення та розвиток

ресурсів адаптації та самореалізації осіб з інвалідністю та переважно перестає бути нозоспецифічною.» [65, 3]. Тобто, інвалідність поступово починає розглядатися не як явище в рамках патології або відхилень від норми суто в спеціальній (корекційній) сфері, а з позиції індивідуальних психологічних відмінностей, варіацій норми, особливостей розвитку та наявності у суспільстві певних бар'єрів.

Питання бар'єрів щодо людей з інвалідністю наразі стає все більш популярним, а усунення цих бар'єрів – однією з найважливіших умов переходу від медичної моделі інвалідності, яка панує в Україні, до більш гуманної та прогресивної соціальної моделі. У межах останньої, інвалідність розглядається не як проблема кожної окремої людини чи сім'ї, а як проблема всього суспільства. Бар'єри «виключають» людину з порушеннями з суспільства, і саме вони, а не інвалідність перешкоджають нормальному існуванню людини. Також додамо, що означена точка зору не тільки наголошує на необхідності повного включення людини з інвалідністю у суспільство, а й важливість та необхідність цього включення для всього суспільства. Тобто, виключаючи людину з інвалідністю із суспільства суспільство втрачає безліч можливостей. І вже звичайна людина виявляється неспроможною спілкуватися та/або взаємодіяти з людиною з інвалідністю. І чим складніші бар'єри, тим ширше коло непорозумінь з обох боків.

Повертаючись до життєвої компетентності молоді з інвалідністю, необхідно враховувати, що успішність її формування прямо залежить від наявності чи відсутності цих самих бар'єрів у суспільстві. Однобічний підхід у цьому питанні унеможлиблює опанування людиною з порушеннями розвитку ключових складників життєвої компетентності.

Отже, теоретичний аналіз даного питання дозволив визначити життєву компетентність молоді з інвалідністю як динамічну особистісну характеристику, що передбачає її здатність та готовність самостійно вирішувати питання, пов'язані з повсякденною життєдіяльністю і включає комплекс ключових компетентностей у побутовій, санітарно-гігієнічній,

економічній, культурно-правовій та соціальній сферах, необхідних для успішної соціальної адаптації та оптимальної організації власного життя. Звернемо увагу, що сучасні наукові дослідження підтверджують, що недостатнім виявляється формування конкретних знань, вмінь та навичок у певних сферах життєдіяльності. Світ, який постійно змінюється вимагає від людини опанування все нових і нових компетентностей. І саме компетентнісний підхід пов'язує отримані знання з реальним життям, і, відповідно стає підґрунтям успішної соціальної адаптації. Ми поділяємо думку дослідників, які стверджують, що як сукупність певного досвіду особистості життєва компетентність не може бути сталою, - це динамічне явище, яке постійно розвивається і ускладнюється.

У своїх дослідження Т. Лісовська також зазначає, що на відміну від академічних знань, вмінь та навичок, які спрямовані, в першу чергу, на забезпечення майбутньої реалізації людини, - життєва компетентність передбачає розвиток взаємовідносин з оточенням у теперішньому [45, 197]. Отже, життєва компетентність молоді з інвалідністю має формуватись «тут і тепер», і для сьогоденного життя, і як основа для розвитку такої компетентності у майбутньому. Основним критерієм розвитку компетентності у будь якій сфері вважаємо достатність у людини знань, вмінь та навичок, для того щоб зрозуміти ситуацію та діяти відповідно, - як у конкретній ситуації, так і у наступних подібних.

Деякі різні бачення спостерігаємо у науковців, які розглядають структуру життєвої компетентності. Так, О. Цільмак [78] пропонує розуміння компетентнісного механізму на базовій та діяльнісній основі. Базовою основою науковець називає певні підстави (темперамент, вікові, статеві властивості психіки, здібності, індивідуальні риси та ін.), завдяки яким розвиваються і формуються в особистості певні компетентності. Діяльнісна основа – це когнітивні, афективні, вольові якості, досвід та мотивація.

Л. Сохань пропонує розглядати структуру життєвої компетентності як систему, що складається з основних підсистем: знання; уміння і навички;

життєтворчі здібності; життєвий досвід; життєві досягнення [69]. Означені підсистеми, у свою чергу, мають свої компоненти та підкомпоненти.

Блоки компетенцій – аксіологічний, когнітивний, операційний та поведінковий у структурі життєвої компетентності визначають І. Єрмаков та Д. Пузіков [36], які у своїх працях доводять, що означені блоки динамічно взаємодіють у конкретних життєвих ситуаціях. На думку авторів, успішність життєдіяльності особистості визначається дотриманням основного принципу розвитку життєвої компетентності: особистість повинна бути мінімально (достатньо) компетентною у всьому в житті, але абсолютно компетентною в найнеобхіднішому життєвому мінімумі. Перекладаючи останнє у проблемне поле інвалідності, вважаємо, що підвищення рівня життєвої компетентності у молоді з порушеннями психофізичного розвитку набуває особливого значення. Для багатьох з них об'єктивно неможливо стати абсолютно компетентними у певних сферах, але наявність потреби підвищити власну компетентність та робота у цьому напрямку безумовно стають необхідними умовами їхньої соціальної адаптації та соціалізації.

Розглядаючи структуру життєвої компетентності крізь призму дитячої інвалідності, науковці Н. Бабкіна, Н. Буланова розглядають її як певний набір життєвих компетенцій у різних сферах життя, які по суті є механізмами постійної адаптації дитини з порушеннями розвитку до різних умов життя [5; 20]. Т. Лісовська пропонує представити структуру життєвої компетентності дитини з інвалідністю у вигляді актуальних видів діяльності, що витікають з життєво важливих потреб та актуального вітагенного досвіду. Такий досвід формується та накопичується завдяки багатократним спеціально організованим ситуаціям, що тренує здатність людини до його використання.

Отже, на нашу думку, молода людина з інвалідністю, у якої сформована життєва компетентність, може вирішувати повсякденні життєві ситуації, активно взаємодіє з оточуючим світом, здатна оптимізувати свій життєвий простір та організувати власне життя, намагається бути максимально незалежною, і, відповідно, успішно адаптується до сучасних динамічних

соціальних змін.

Таким чином, життєва компетентність вказує на достатність знань і навичок, які дозволяють людині діяти в різноманітних життєвих ситуаціях. Додамо, що компетентність передбачає й відповідальність. Оскільки кожний рівень відповідальності має свої власні вимоги, компетентність може виникнути в будь-який період життя людини або на будь-якому етапі розвитку.

Короткий розгляд вищезазначених складових життєвої компетентності дозволить визначити їх взаємозв'язок та взаємозумовленість. Так, побутова складова життєвої компетентності людини з інвалідністю передбачає здатність до основних трудових видів діяльності, що забезпечують її власний побут: ведення домашнього господарства та самообслуговування. Санітарно-гігієнічну складову розглядаємо як здатність дотримуватись санітарно-гігієнічних норм щодо власного тіла та житла. Економічна складова – здатність людини раціонально використовувати матеріальні та фінансові ресурси. Показниками культурно-правової складової, у нашому випадку, виступають здатність дотримуватись правил соціально адекватної поведінки, норм соціальної взаємодії та здатність до реалізації своїх прав. І, нарешті, соціальна складова як здатність людини ефективно функціонувати у соціумі, передбачає встановлення соціальних зв'язків, розвиток соціальних потреб, мотивів та самореалізацію.

На нашу думку, органічне поєднання структурних складових і забезпечують формування й розвиток життєвої компетентності молоді з інвалідністю. Втім, пропонуємо не розглядати структуру життєвої компетентності людини з інвалідністю лише як систему, і вважати, що «випадіння» однієї або кількох складових унеможливорює розвиток життєвої компетентності людини з інвалідністю. Так, наприклад, відсутність розвинутої економічної складової не обов'язково зробить людину некомпетентною в повсякденних (життєвих) економічних питаннях, якщо збережена соціальна складова, і людина здатна звернутись по допомогу. Або відсутність у людини здатності самостійно вести домашнє господарство також не обов'язково знизить рівень її життєвої компетентності, якщо у неї є родина, яка веде це саме

господарство.

Втім, деякі складові виявляються більш важливими для формування життєвої компетентності. Так, відсутність санітарно-гігієнічної чи культурної складової унеможливить або значно знизить шанси людини встановити соціальні зв'язки, ефективно взаємодіяти з оточенням. А, відтак, ці дві складові багато у чому визначатимуть формування соціальної складової. Отже, розглядаємо життєву компетентність як комплексне утворення, яке безумовно має ознаки системи, але не зводиться до неї. У деяких випадках, для розвитку життєвої компетентності буває достатньо лише соціальної складової і – навпаки. Відсутність або недостатній розвиток одних складових може компенсуватись за рахунок добре розвинутих інших. А, отже, незважаючи на труднощі, пов'язані з об'єктивними умовами життя людини, бар'єрами у суспільстві і, власне, типом порушення, розвиток життєвої компетентності молоді з інвалідністю залишається можливим і необхідним.

Сутність життєвої компетентності молоді з інвалідністю виявляється через її функції. Так, Д. Пузіков та інші науковці виокремлюють такі функції життєвої компетентності особистості: захисну; функцію життєпізнання і самопізнання; життєвого передбачення; життєвого самовизначення; самореалізації; організації і вдосконалення життєдіяльності. Аналіз напрацювань зарубіжних дослідників [36; 60] дозволив виокремити такі функції життєвої компетентності як адаптивну, профілактичну, соціалізуючу. Підсумовуючи функціональний потенціал життєвої компетентності молоді з інвалідністю, зазначимо, що врешті решт життєва компетентність людини багато в чому визначає якість життя. На нашу думку, до основних функцій життєвої компетентності молоді з інвалідністю можна віднести такі:

- захисна функція – захист від життєвих ризиків, допомога у складних життєвих обставинах;
- прогностична та профілактична функція – можливість передбачати наслідки дій (як власних, так і дій оточуючих);
- функція життєпізнання та самопізнання – формування адекватних

уявлень про власне життя, життєві перспективи; розуміння власних можливостей та призначення;

- функція самовизначення та самореалізації – забезпечення оптимальних умов для визначення життєвого шляху та умов для його реалізації;

- функція оптимальної організації власного життя – організація життя, відповідно до життєвих планів, з урахуванням конкретних обмежень та можливостей;

- адаптивна функція – забезпечення пристосування до постійних змін та розвиток, власне, життєвої компетентності.

Звичайно цей перелік не є вичерпним та може варіюватись, доповнюватись, змінюватись, але головне те, що життєво компетентна людина з інвалідністю здатна в певній мірі оцінити життєву ситуацію та діяти адекватно та ефективно. Рівень життєвої компетентності залежить від багатьох факторів (вік, тип та ступінь порушення, соціальні умови, бар'єри тощо) і прямо визначає якість життя людини.

Таким чином, питання життєвої компетентності молоді з інвалідністю є актуальним, а її формування – однією з головних умов інтеграції молоді з інвалідністю у соціум. Під формуванням життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку розуміємо як складний процес, у результаті якого людина здобуває якості, необхідні їй для життєдіяльності в суспільстві, оволодіває соціальною діяльністю, комунікативними вміннями. Чинниками формування життєвої компетентності є:

- навчання, яке формує необхідні для життя в соціумі знання, уміння та навички;

- спілкування як особлива умова існування людини у суспільстві;

- оточуюче середовище.

Визначено, що існує кілька підходів до розуміння цього поняття, відповідно до галузі дослідження та категорії. Уточнено сутність поняття життєвої компетентності молоді з інвалідністю, під якою розуміємо динамічну особистісну характеристику, що передбачає здатність та готовність молоді

самостійно вирішувати питання, пов'язані з повсякденною життєдіяльністю і включає комплекс певних компетентностей, необхідних для успішної соціальної адаптації та оптимальної організації власного життя. Компетентність вказує на достатність знань та навичок, що дозволяють людині діяти у різних життєвих ситуаціях.

Серед факторів, які особливо впливають на формування життєвої компетентності молоді з інвалідністю – бар'єри у суспільстві, тип і складність порушення (об'єктивні можливості та обмеження), умови повсякденного життя тощо. Виокремлено структурні елементи життєвої компетентності молоді з інвалідністю, які включають побутову, санітарно-гігієнічну, економічну, культурно-правову та соціальну складові. Серед функцій життєвої компетентності можна виокремити захисну, прогностично-профілактичну, функцію життєпізнання, самопізнання, самовизначення, самореалізації та адаптивну. У самому загальному вигляді, функціональний потенціал життєвої компетентності молоді з інвалідністю забезпечує підвищення якості життя людини та сприяє її максимальній незалежності.

Проведене теоретичне дослідження проблеми формування життєвої компетентності молоді з інвалідністю зумовило розробку соціально-педагогічної програми формування такої компетентності в умовах територіального центру соціального обслуговування, а наступний розділ присвячений експериментальній роботі з даного питання.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З ФОРМУВАННЯ ЖИТТЄВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

2.1. Дослідження вихідного рівня сформованості життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку

У процесі формування життєвої компетентності одним із ключових питань є оцінювання результативності цього процесу. Діагностика готовності й здатності молоді з інвалідністю планувати й здійснювати ефективне життя вимагає розробки відповідних критеріїв, показників і рівнів сформованості життєвої компетентності.

Для визначення критеріїв та показників рівня сформованості життєвої компетентності проаналізовано й узагальнено відповідні підходи науковців (табл. 2.1.): Р. Безлюдного [9], В. Нищети [51], Д. Пузікова [59], О. Сас [63], І. Ящук [83], які в своїх працях розробляли цю проблему.

Таблиця 2.1.

Порівняльний аналіз наукових підходів до визначення критеріїв
сформованості життєвої компетентності

Критерії	Р. Безлюдний	В. Нищета	Д. Пузіков	О. Сас	І. Ящук
Когнітивний	+		+	+	+
Поведінковий	+			+	
Діяльнісний	+				+
Діяльнісно-процесуальний			+		
Праксеологічний					+

Продовження таблиці 2.1.

Емоційно-мотиваційний	+				
Ціннісно-мотиваційний			+		
Ціннісний		+			+
Мотиваційний		+			
Емоційна сфера		+			
«Я-концепція»		+			
Відповідальність		+			
Полікультурна компетентність		+			
«Я-динамічне»		+			
Особистісна зрілість		+			
Комунікативний		+		+	+

Так, можна спостерігати, що більшість дослідників серед критеріїв сформованості життєвої компетентності виділяють когнітивний (4 збіги), діяльнісний (2 збіги), поведінковий (2 збіги), ціннісний (2 збіги), комунікативний (3 збіги). Крім того, за класифікацією Р. Безлюдного, В. Нищети, Д. Пузікова серед критеріїв можна виокремити мотиваційний. Для оцінювання сформованості життєвої компетентності засобами проектної діяльності в процесі вивчення українознавчих предметів, В. Нищета наголошує на необхідності застосування таких критеріїв, як «Я-концепція», відповідальність, емоційна сфера, особистісна зрілість, «Я-динамічне», що, на нашу думку, можна вважати показниками емоційного та мотиваційного критеріїв.

Таким чином, з огляду на зміст структурних компонентів життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку, а також враховуючи рекомендації науковців, було обрано такі критерії сформованості досліджуваного феномена:

- 1) когнітивний;
- 2) емоційно-ціннісний;

3) діяльнісний (поведінковий).

Показниками сформованості життєвої компетентності молоді з інвалідністю за когнітивним критерієм є знання: про світ, про власні можливості й здібності, альтернативу життєвого вибору, про засоби та норми соціальної взаємодії.

Емоційно-ціннісний критерій виявляється в ступені сформованості у молоді ставлень і ціннісних орієнтацій, а саме: ціннісного ставлення до власного життя, життя оточення; моральних принципів (взаємоповага, людяність, чесність, стійкість, працелюбність тощо) і національних цінностей у процесі соціальної життєдіяльності; емоцій щодо власного життєздійснення.

Показниками сформованості життєвої компетентності молоді з інвалідністю за діяльнісним (поведінковим) критерієм є уміння: життєтворчі (визначати власну перспективу, будувати ієрархію життєвих цілей, контролювати процес реалізації життєвих цілей, робити моральний вибір у складних життєвих ситуаціях); навички взаємодії із соціальним оточенням, санітарно-гігієнічні та побутові навички, навички вирішення повсякденних життєвих ситуацій.

На підставі вищезазначених критеріїв і показників було визначено три рівні сформованості життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку, а саме: достатній, середній, початковий.

Так, достатній рівень сформованості життєвої компетентності молоді з інвалідністю передбачає наявність стійких знань про оточуючий світ, про власні можливості й здібності, альтернативи життєвого вибору, про засоби та норми соціальної взаємодії. У молоді сформоване ціннісне ставлення до власного життя, життя оточення; високі моральні принципи – вони демонструють взаємоповагу, людяність, чесність, стійкість, працелюбність тощо). Молодь вміє визначати власну перспективу, будувати ієрархію життєвих цілей, контролювати процес реалізації життєвих цілей, робити моральний вибір у складних життєвих ситуаціях; має розвинуті навички взаємодії із соціальним оточенням, санітарно-гігієнічні та побутові навички, навички вирішення

повсякденних життєвих ситуацій.

Середній рівень сформованості життєвої компетентності молоді з інвалідністю передбачає наявність певних знань про оточуючий світ, про власні можливості й здібності, альтернативи життєвого вибору, про засоби та норми соціальної взаємодії. У молоді недостатньо сформоване ціннісне ставлення до власного життя, життя оточення; моральні принципи нестійкі або мінливі, залежно від ситуації. Молодь не вміє чітко визначати власну перспективу, будувати ієрархію життєвих цілей, контролювати процес реалізації життєвих цілей, молодим людям нелегко робити моральний вибір у складних життєвих ситуаціях; мають середні навички взаємодії із соціальним оточенням, санітарно-гігієнічні та побутові навички потребують вдосконалення, навички вирішення повсякденних життєвих ситуацій сформовані слабо.

Початковий рівень сформованості життєвої компетентності молоді з інвалідністю передбачає відсутність необхідних знань про оточуючий світ, про власні можливості й здібності, альтернативи життєвого вибору, про засоби та норми соціальної взаємодії. У молоді недостатньо сформоване ціннісне ставлення до власного життя, життя оточення; моральні принципи нестійкі або мінливі, залежно від ситуації. Молодь не вміє визначати власну перспективу, будувати ієрархію життєвих цілей, контролювати процес реалізації життєвих цілей, вони не можуть здійснювати моральний вибір у складних життєвих ситуаціях; не мають достатніх навичок взаємодії із соціальним оточенням, санітарно-гігієнічні та побутові навички потребують вдосконалення, навички вирішення повсякденних життєвих ситуацій майже не сформовані.

Отже, на нашу думку, діагностика рівня сформованості життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку, повинна здійснюватися за когнітивним, емоційно-ціннісним та діяльнісним (поведінковим) критеріями та визначеними показниками: знання про світ, власні можливості й здібності, про засоби та норми соціальної взаємодії, ставлення до власного життя, моральні принципи, уміння визначати власні перспективи, моральний вибір у складних життєвих ситуаціях, навички

соціальної взаємодії, санітарно-гігієнічні та побутові навички.

Визначені критерії та їх показники дозволили зробити підбір діагностичного інструментарію для проведення дослідження вихідного рівня сформованості життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку. У якості діагностичного інструментарію було використано: спостереження, інтерв'ю, співбесіду, метод експертних оцінок, аналіз документів. Розглянемо детальніше означені діагностичні методи.

Спостереження – метод пізнання і дослідження, який використовується при вивченні зовнішніх проявів поведінки людини без втручання в протікання його діяльності. Соціально-педагогічний нагляд вимагає певної підготовки: щоб успішно вивчати поведінку, потрібно виробити вміння точно спостерігати за всіма зовнішніми проявами (дії, рухи, мова, міміка), а головне, навчитися правильно тлумачити їх соціальне значення. Вивчення поведінки людини в мікросоціумі не зводиться до випадкових наглядів над окремими діями, висловами. Тільки систематична, ретельно продумана фіксація вчинків і висловів може розкрити дійсні особливості особи і закономірності її становлення [26].

Спостереження звичайно проводиться в природних умовах, без втручання в хід діяльності та спілкування. Коли потрібно, вчинки і слова спостережуваного записуються, ретельно аналізуються. Перед спостереженням необхідно скласти план, що передбачає те, на що треба звернути особливу увагу. Спостереження як метод психологічного дослідження відрізняється від звичайного спостереження тим, що попередньо планується і проводиться з дотриманням певних вимог. Зокрема, воно передбачає етап висування і перевірки гіпотези – судження про природу і сутність явища, що вивчається. Спостереження ведеться за планом, фіксується, в тому числі й з використанням технічних засобів. Застосування цього методу потребує спостережливості дослідника – вміння помічати характерні риси людини. Недоліки цього методу – вплив на результати спостереження рівня кваліфікації та індивідуально-психологічних особливостей спостерігача, його ставлення до об'єкта

спостереження, невідконтрольність досліджуваного об'єкта, часто довга тривалість цього методу дослідження. Проте лише спостереженню психіка відкриває себе як осередок життя людини, тобто у її цілісності й повноті [70].

Позитивною стороною спостереження є також те, що під час спостереження не порушується природний хід психологічних явищ. Недоліком – те, що дослідник змушений чекати, коли виникне явище, яке його цікавить.

Бесіда – у соціально-педагогічній роботі метод отримання і коректування інформації на основі вербальної (словесної) комунікації, що є важливим способом проникнення у внутрішній світ особи і розуміння її затруднень. Успіх бесіди залежить від заздалегідь встановленого контакту; від ступеня її підготовленості; від уміння соціального педагога вибудовувати бесіду. Початку бесіди передує короткий вступ, де висловлюються тема, цілі і задачі опиту. Потім пропонуються питання найпростіші, нейтральні за значенням. Складніші питання, що вимагають аналізу, роздумів, активізації пам'яті, розміщуються в середині бесіди. При цьому перехід до нового напрямку бесіди повинен супроводжуватися поясненнями, перемиканнями уваги.

Інтерв'ю передбачає наперед підготовлені питання, адресовані кожному конкретному клієнту. Інтерв'ю організовується і спрямовується так, щоб максимально пристосувати питання до можливостей відповідаючого. Вимоги до організації інтерв'ю [79]:

- проведення інтерв'ю в звичних для особи умовах або в умовах, пов'язаних з предметом опиту (домашня або робоча обстановка);
- визначення достатньої кількості часу;
- усунення або зменшення впливу третіх осіб;
- формулювання питань, розраховане не на читання, а на ситуацію бесіди (розмовний стиль).

Види інтерв'ю:

- вільне інтерв'ю (проводиться без наперед підготовленого опитувальника або розробленого плану, визначається тільки тема; напрям бесіди, її логічна структура, послідовність питань, формулювання яких залежать від

індивідуальних особливостей того, хто проводить інтерв'ю; одержана інформація не потребує статистичної обробки; інформація цінна і цікава своєю унікальністю);

- фокусує інтерв'ю (його метою є збір думок, оцінок з приводу конкретної ситуації; учасників інтерв'ю наперед знайомлять з предметом бесіди, питання також готують наперед; кожне питання обов'язкове, хоча їх послідовність може мінятися);

- формалізоване інтерв'ю (строго регламентоване детально розробленими запитальником та інструкцією);

- стандартизоване інтерв'ю (переважають закриті питання);

- інтерв'ю з відкритими питаннями (за часом більш витратна форма дослідження) [70; 79].

Метод експертної оцінки заснований на анкетуванні або інтерв'юванні, за допомогою яких виявляється інформація, що відображає знання, думки, ціннісні орієнтації і установки клієнтів, їх відношення до подій, явищ дійсності. На практиці використовується в ситуаціях, коли та або інша проблема потребує оцінки компетентних осіб – експертів, що мають глибокі знання про предмет або об'єкт дослідження.

Досвід осіб іменується експертним, а результати опитів – експертними оцінками. Процедура опиту експертів може бути очною або заочною. Одна з найпростіших форм експертного діагнозу – обмін думками всіх експертів за «круглим столом», де відбувається виявлення домінуючої позиції з дискусійного питання. Оптимальне число експертів за «круглим столом» – не більше 12 осіб. Подібна форма вироблення загальної думки або оцінки здійснюється по схемі, коли кожний учасник «круглого столу» бере на себе певну роль [26]:

- «генератор ідей» – активно висуває всілякі припущення про діагностоване явище;

- «селектори» – оцінюють і відбирають найзначущі ідеї, що висуваються «генераторами ідей»;

- «стимулятори» – стимулюють «генераторів ідей» до вироблення різних оцінок, формулюючи все нові і нові припущення;
- «регулятори» – стежать за тим, щоб полеміка не набувала хаотичного характеру, залишалася в рамках об'єктивного обговорення; не переходила в русло взаємної оцінки компетентності один одного;
- «президент «круглого столу» – утримує увагу експертів на центральній темі дискусії.

Обговорення проблеми може відбуватися в декілька турів, поки не вдасться виробити деяку більш-менш узгоджену оцінку. Узагальнена оцінка може складатися на основі аналізу і узагальнення письмових думок експертів з тієї або іншої проблеми.

Варіантом методу експертних оцінок виступає метод експертного прогнозу. Полягає у виробленні злагоджених думок шляхом багатократного повторення опиту одних і тих же експертів. Алгоритм використання даного методу: перший опит експертів; узагальнення результатів; повідомлення підсумків; повторний опит експертів.

На цьому етапі можливі варіанти: експерти або підтверджують свою точку зору, виказану на першому етапі, або змінюють свою оцінку відповідно до думки більшості. Дана схема повторюється 3-4 рази, поки не виробляється узгоджена оцінка. При цьому не ігнорується думка тих, хто після неодноразових опитів залишився на своїй позиції [26; 79].

Аналіз документів – один з найбільш часто використовуваних методів у соціально-педагогічній роботі. Документи підрозділяються:

- за ступенем персоніфікації – на особисті і безособові;
- залежно від статусу документального дослідження – на офіційні і неофіційні;
- за джерелом інформації – на первинні (включаючи дані, одержані на основі прямого нагляду або опиту) і вторинні (узагальнюючі або що описують первинні документи).

За надійністю інформації офіційні документи більш надійні, ніж

неофіційні, а особисті більш надійні, ніж безособові. При використуванні вторинних джерел важливо встановити їх первинне джерело, оскільки надійність одних документів залежить від надійності інших. Перевірка надійності документа припускає розрізнення і оцінної інформації щодо події, аналіз цільових намірів і мотивів укладача документа, з'ясування загальної обстановки, в якій складений документ.

Даний метод економічний, дозволяє оперативно одержати фактографічні дані про об'єкт, які в більшості випадків носять об'єктивний характер. До числа основних обмежень методу можна віднести наступні:

- облікова і звітна інформація не завжди буває достовірною і потребує контролю за допомогою спостережень і опитів;
- окремі блоки інформації дуже швидко застарівають;
- цілі створення документів частіше за все не співпадають з тими завданнями, які вирішує дослідник, інформація, що міститься в документах, не є переробленою, переосмисленою;
- переважна більшість даних у документах не містить інформації про свідомість, мотиви, ціннісні установки, спрямованість людини [15].

Проведена підготовча робота з визначення критеріїв, показників та добору діагностичних методів передумовила вибір експериментальної бази дослідження, якою стало відділення денного перебування Запорізького міського територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг). У дослідженні взяли участь 27 молодих людей, віком від 18 до 35 років з різними обмеженнями здоров'я. Серед них 18 осіб з діагнозом дитячий церебральний параліч різного ступеню важкості, у тому числі й ті, хто пересувається у інвалідному візку та ті, у кого ДЦП поєднано з іншими порушеннями (розумова відсталість, епісиндром, цукровий діабет тощо), 4 особи з сенсорними порушеннями (слух, зір), 4 молодих людей з психічними порушеннями (епісиндром, синдром Дауна, розумова відсталість), 1 – має інвалідність, пов'язану з загальним захворюванням.

З дозволу та за допомогою керівництва організації, молодим людям було

запропоновано взяти участь у експерименті, протягом п'яти місяців (зустрічі відбувалися двічі-тричі на місяць). З етичних міркувань, було вирішено не поділяти молодь з обмеженими можливостями на контрольну та експериментальну групи.

Констатувальний етап експерименту передбачав проведення дослідження вихідного рівня сформованості життєвої компетентності молоді з інвалідністю. Діагностику було проведено протягом одного місяця (лютий 2019 року) із залученням психолога відділення та експертів (завідувача відділення та двох фахівців, які працюють у даній групі на постійній основі). Для здійснення експерименту на кожного члена групи було заведено картку, в якій фіксувалися результати дослідження за кожним критерієм.

Показники когнітивного критерію досліджувались за допомогою спостереження, інтерв'ю, співбесіди. Показники емоційно-ціннісного критерію – за допомогою спостереження, методу експертних оцінок. Показники діяльнісного (поведінкового) критерію – за допомогою спостереження, співбесіди, методу експертних оцінок.

Спостереження здійснювалось протягом чотирьох зустрічей по дві-три години. Під час спостереження фіксувалися моделі поведінки молоді у різних ситуаціях – як звичайних, так і штучно створених. Інтерв'ю та співбесіда містили низку запитань, які стосувались здатності молоді вирішувати повсякденні життєві ситуації, її взаємодії з оточуючим світом, здатності оптимізувати свій життєвий простір та організувати власне життя.

Окремо вивчалась здатність молоді бути максимально незалежною та адаптуватися до сучасних динамічних соціальних змін. Ставилися запитання щодо організації власного життя, знань у культурно-правовій, побутовій та санітарно-гігієнічній сферах. Відповіді фіксувалися на картках. Залежно від результатів дослідження кожному молодому людині за кожним показником умовно було віднесено до одного з трьох рівнів.

Отже, за першим, когнітивним критерієм було отримано такі дані (табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

Результати дослідження за когнітивним критерієм, у %

Рівні / показники	Дані опитування	Дані спостереження	Середні значення
Достатній	18,52	14,81	16,67
Середній	44,44	44,44	44,44
Початковий	37,04	40,74	38,89

Як бачимо з таблиці, за першим критерієм, достатній рівень (тобто у молоді відмічається наявність стійких знань про оточуючий світ, про власні можливості й здібності, альтернативи життєвого вибору, про засоби та норми соціальної взаємодії) притаманний 16,67 % респондентів; середній рівень (тобто відмічається наявність деяких знань про оточуючий світ, про власні можливості й здібності, альтернативи життєвого вибору, про засоби та норми соціальної взаємодії) – 44,44 %; початковий (відсутність необхідних знань про оточуючий світ, про власні можливості й здібності, альтернативи життєвого вибору, про засоби та норми соціальної взаємодії) – у 38,89 % респондентів.

Дослідження за другим критерієм – емоційно-ціннісним – також відбувалося за допомогою вищезазначених методів. Досліджувалися ціннісне ставлення до власного життя, життя оточення; моральні принципи). Загальні результати по другому критерію відображено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Результати дослідження за емоційно-ціннісним критерієм, у %

Рівні / показники	Ставлення до власного життя	Ставлення до життя оточуючих	Моральні принципи	Середні значення
Достатній	29,63	22,22	29,63	27,16
Середній	55,56	62,96	44,44	54,32
Низький	14,81	14,81	25,93	18,52

Отже, за другим критерієм виявлено 27,16 % респондентів достатнього рівня (у молоді сформоване ціннісне ставлення до власного життя, життя оточення; високі моральні принципи – вони демонструють взаємоповагу, людяність, чесність, стійкість, працелюбність тощо); 54,32 % – середнього рівня (у молоді недостатньо сформоване ціннісне ставлення до власного життя, життя оточення; моральні принципи мінливі, залежно від ситуації) та 18,52 % початкового рівня (відмічаються проблеми ціннісного ставлення до власного життя, життя оточення; моральні принципи нестійкі або мінливі, залежно від ситуації).

Третій критерій – діяльнісний (поведінковий) – перевірявся за допомогою спостереження, зокрема, включеного спостереження, співбесіди та аналізу документів. Результати відображено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Результати дослідження за діяльнісним критерієм, у %

Рівні / показники	Навички вирішення повсякденних проблем	Навички міжособистісної взаємодії	Побутові та сан.-гіг. навички	Середні значення
Достатній	18,52	33,33	22,22	24,69
Середній	66,67	44,44	59,26	56,79
Низький	14,81	22,22	18,52	18,52

За третім критерієм достатній рівень притаманний 24,69 % респондентів (тобто молодь має навички вирішення повсякденних проблем; має розвинуті навички взаємодії із соціальним оточенням, санітарно-гігієнічні та побутові навички); середній – 56,79 % (слабкі навички вирішення повсякденних проблем; недостатньо розвинуті навички взаємодії із соціальним оточенням, санітарно-гігієнічні та побутові навички); та початковий – 18,52 % молодих людей з особливими потребами (відсутні навички вирішення повсякденних проблем; недостатньо розвинуті навички взаємодії із соціальним оточенням,

недостатні санітарно-гігієнічні та побутові навички).

Отримані дані по всім трьом критеріям було підраховано (визначено середні значення) та визначено середні рівні сформованості життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку. Результати констатувального етапу експерименту відображено на рисунку 2.1.

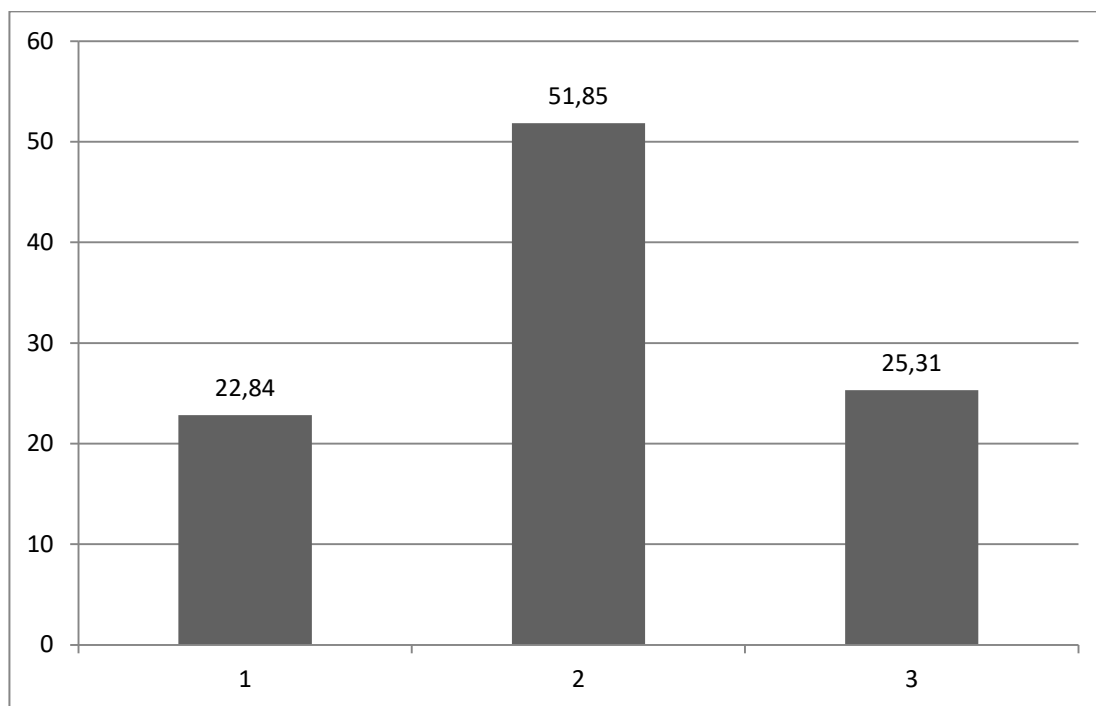


Рисунок 2.1. – Результати констатувального етапу експерименту, у %.

На рисунку перший стовпчик відповідає достатньому рівню, другий – середньому, третій – початковому рівню сформованості життєвої компетентності молодих людей з інвалідністю, які відвідують територіальний центр соціального обслуговування.

Таким чином, проведений констатувальний етап експерименту довів, що у групі молоді з інвалідністю існують певні проблеми, пов'язані з недостатньою сформованістю життєвої компетентності. Четверть досліджуваних показала результати початкового рівня. Тому, наступним кроком було розроблення та впровадження соціально-педагогічної програми з підвищення рівня сформованості життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку.

2.2. Розробка та впровадження програми з формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку

Сьогодні, коли відбуваються процеси гуманізації суспільства та євроінтеграції України, особлива увага звернена на людей з особливими потребами. Тенденції розвитку освітніх процесів характеризуються переходом від традиційної репродуктивної моделі навчання і виховання до розвиваючо-конструктивної, орієнтованої на результат. Розширилась функція навчального закладу: не тільки навчання та виховання, але і формування життєвої компетентності, розвиток соціально значимих якостей з метою їх ефективної соціалізації. Втім, люди з інвалідністю, після закінчення навчальних закладів, як правило залишаються сам-на-сам зі своїми проблемами та потребами. Система соціального захисту, в першу чергу, передбачає створення певних умов для більш менш гідного існування, але означена система не приділяє достатньої уваги проблемі формування життєвої компетентності особистості. Отже, в межах нашої роботи, спробуємо розробити та впровадити у практичну діяльність закладу соціального захисту програму з формування такої компетентності.

Процес входження молоді з інвалідністю в доросле життя супроводжується необхідністю дати відповіді на вічні питання людського буття: «Хто я в цьому світі?», «Яка мета і зміст мого життя?», «Міра моєї відповідальності за те, що відбувається навколо». Окрім того аналіз наукових досліджень [27] дозволяє припустити, що існують три групи проблем, які перешкоджають зробити об'єктивні висновки щодо поставлених питань, зокрема:

- відсутність навичок спілкування (особливо з дорослими людьми, офіційними особами), вміння розбиратися в мотивах вчинків оточуючих людей;
- несформованість вмінь і навичок самопізнання, незнання прийомів самопрезентації та технік самореалізації (організаційної, інтелектуальної, емоційної);

- низький рівень підготовки до розв'язання ділових і життєвих конфліктів.

У формуванні необхідних якостей важливе місце належить підвищенню рівня психологічної культури особистості, що передбачає розуміння самого себе, усвідомлення свого місця в соціумі, сформованість навичок рефлексії, вміння враховувати потреби та інтереси оточуючих, володіння прийомами конструктивного вирішення проблем. З метою ефективної реалізації цих завдань було розроблено соціально-педагогічну програму «Життєва компетентність особистості». Змістовною основою програми слугували програми, розроблені для учнів середньої школи [22; 83 та ін.]. З огляду на специфіку нашої категорії, програми були модифіковані, з урахуванням можливостей молоді з інвалідністю.

Програма розрахована на 24 години (дванадцять зустрічей по 2 години) та складається з трьох модулів:

Модуль 1. «Мій внутрішній потенціал» – сприяє особистісному зростанню молоді, їх самопізнанню, визначенню свого подальшого життєвого шляху.

Модуль 2. «Мої стосунки з оточуючими» – направлений на розвиток комунікативних здібностей, а саме володіння засобами комунікації та використання їх у діяльності, аналіз власної діяльності, опанування нових засобів ефективної комунікації.

Модуль 3. «Психологія сімейних стосунків» – надає конкретні знання про сімейне життя, вчить терпимості і толерантності в стосунках з близькими людьми, допомагає опанувати шляхи вирішення проблемних ситуацій у сімейних взаєминах.

Зміст програми передбачає створення умов для ознайомлення з власним потенціалом, вироблення стратегій конструктивної поведінки, психологічної гнучкості; набуття навичок самоорганізації, проектування власного майбутнього. Заняття, передбачені програмою, спрямовані на формування адекватної самооцінки, рефлексії, набуття практичних навичок розв'язання

актуальних міжособистісних та внутрішніх конфліктів, конструктивного спілкування та взаємодії в різних сферах життя.

Формування життєвої компетентності молоді є багатограним процесом, який охоплює кілька аспектів: загальносоціальний, моральний, психологічний, правовий, господарсько-економічний, естетичний, інтимно-сексуальний. Всі вони тісно пов'язані між собою, доповнюють один одного, мають за мету формування компетентності у різних сферах життя [28].

Загальносоціальний аспект передбачає завершення освіти, якщо це можливо, здобуття професії, початок самостійної трудової діяльності або самостійного життя. З цим нерозривно пов'язана соціально-економічна складова, сутність якої полягає в можливості молодих людей самостійно матеріально забезпечити себе і свою сім'ю, і усвідомлення ними відповідальності за близьких людей. Загальносоціальний аспект також передбачає ознайомлення молоді із суспільною сутністю шлюбно-сімейних стосунків, із значенням сім'ї в житті людини і суспільства, основними соціальними ролями.

Моральна складова передбачає формування почуття відповідальності, доброти, чуйності, обов'язку, терпеливості, турботливості тощо, а також усвідомлення правил поведінки в суспільстві та сім'ї.

Правова складова має на меті ознайомлення молодих людей з основними положеннями права. У процесі реалізації програми молоді люди засвоюють права і обов'язки громадян, особисті правовідносини, майнові відносини, правовідносини між батьками і дітьми. Важливо також розкрити положення кримінального права про кримінальну відповідальність за ухилення від лікування венеричних хвороб, зґвалтування, розбещення неповнолітніх тощо.

Господарсько-економічна складова передбачає формування умінь і навичок економічного і господарського характеру, необхідних у домашньому побуті: ведення домашнього господарства, рівномірний розподіл обов'язків між членами сім'ї, подолання хибних установок щодо поділу домашньої праці на жіночу і чоловічу, планування і дотримання сімейного бюджету тощо.

Естетична складова зорієнтована на формування уявлень про естетичну культуру людини, основами етикету у взаєминах з людьми; на виховання поваги до сімейних традицій, бажання їх примножувати, вміння організувати сімейні свята. У її процесі формуються правильні уявлення про естетику побуту, з'являється бажання вносити прекрасне у свій побут, розвивається хороший смак (вміння одягатися, користуватися прикрасами, косметикою). Дуже важливо, щоб молодь усвідомила значення мистецтва в житті, що допоможе цікаво організувати дозвілля та відпочинок людини.

Психологічна складова спрямована на формування здатності розуміти іншу людину, підтримувати її і психологічно розвантажувати. А це передбачає виховання в собі таких якостей, як емпатія (здатність співпереживати), емоційна гнучкість, розуміння потреб оточуючих, вміння пристосуватися до особливостей характеру інших. Важливим також є вміння створювати спокійний морально-психологічний клімат в близькому оточенні, готовність підтримувати обстановку радості, бадьорості і оптимізму, здатність регулювати складні конфліктні ситуації. Цій меті підпорядковано розвиток психологічної привабливості особистості, її здатності до контактів з іншими людьми, вміння спілкуватися і співпрацювати.

Інтимно-сексуальна складова полягає у формуванні в молоді певного рівня сексуальної культури. Важливим її елементом є емоційне багатство особистості, вміння надавати своєму почуттю різних відтінків, здатність до переживання насолод, віднайдення засобів вираження почуття кохання. Одним з невід'ємних атрибутів сексуально вихованої людини є дотримання нею гігієнічних вимог. Підготовка молоді до виконання материнських і батьківських функцій передбачає освоєння нею репродуктивної функції сім'ї. Це усвідомлення ролі дітей в подружньому житті, їхнього впливу на родинне життя та відповідальності за життя та здоров'я дітей.

Отже, метою програми стало підвищення рівня життєвої компетентності молоді з інвалідністю. Основні завдання логічно витікають з критеріїв, які було визначено на попередньому етапі:

1) надання молоді певних знань про світ, про власні можливості й здібності, альтернативу життєвого вибору, про засоби та норми соціальної взаємодії;

2) формування ціннісного ставлення до власного життя, життя оточення; моральних принципів (взаємоповага, людяність, чесність, стійкість, працелюбність тощо) і національних цінностей у процесі соціальної життєдіяльності; емоцій щодо власного життєздійснення;

3) формування життєтворчих умінь; навичок взаємодії із соціальним оточенням, санітарно-гігієнічні та побутові навички, навички вирішення повсякденних життєвих ситуацій.

Плани реалізації.

В рамках реалізації програми, протягом п'яти місяців (з лютого 2019 р. до червня 2019 р.), планувалось забезпечити 27 молодих людей з інвалідністю, які відвідують територіальний центр соціального обслуговування соціально-педагогічною підтримкою щодо питань формування життєвої компетентності.

Окрім загальних принципів соціально-педагогічної роботи, окремо підкреслимо важливі саме у даній роботі:

- узгоджена взаємодія між всіма учасниками програми. Тобто молодь, батьки (опікуни), спеціалісти, залучені до програми;

- диференційованість завдань, методів та форм роботи з урахуванням віку, ступеню та форм відхилень у здоров'ї, можливостей реабілітації, наявності супутніх патологій тощо;

- систематичність – усі заходи зведені у систему, яка не суперечить, а органічно вписується у загальну роботу конкретного відділення.

Початком реалізації етапу впровадження програми стали виступи на зборах (як працівників так і клієнтів відділення разом з опікунами), які висвітлювали мету, завдання, сутність експерименту та дослідної роботи, зокрема. Колектив та опікуни молоді інвалідністю по-різному відреагували на пропозицію про здійснення запланованої роботи. Серед соціальних працівників та опікунів простежувались як оптимізм так і скепсис щодо необхідності такої

роботи. Проте, в цілому було відзначено необхідність такої роботи.

Основні форми та методи роботи:

- консультації для молоді;
- консультації та семінари для батьків;
- тренінгові заняття для молоді;
- методи театралізації;
- методи програвання життєвих ситуацій;
- спільні культурно-масові заходи;
- підготовка буклетів, листівок, пам'яток для молоді, для батьків;
- метод «рівний-рівному» (у даному випадку запрошення на групові зустрічі представників молоді з інвалідністю, яка має досвід успішної самореалізації тощо).

1. Консультації для молоді та їх батьків проводились за запитами і за допомогою спеціалістів відділення. Питання стосувались, у першу чергу, можливостей максимально незалежного, самостійного життя молодої людини з обмеженими можливостями.

Незалежне життя людей з інвалідністю передбачає можливість самим визначати і вибирати такий спосіб життя, який дозволяє самостійно приймати рішення і вільно управляти обставинами в різних життєвих ситуаціях. Це право людини бути невід'ємною частиною сучасного суспільства, і беручи активну участь в соціальних і політичних процесах, мати свободу вибору. Можливість мати право повної участі в процесах медичної та соціальної реабілітації, і бути головним експертом в оцінці їх якості. Це право людини мати вільний доступ до житла і середовища проживання, соціальної інфраструктури і транспорту, роботи та освіти, медичного обслуговування та соціальних послуг. Тобто все те, що дає можливість інваліду вважати себе Особистістю і бути незалежною людиною.

2. У рамках програми було проведено семінар для зацікавлених батьків, на якому батькам було надано інформацію щодо питань самостійного життя молоді з обмеженими можливостями. Обговорювались проблеми, з якими

стикається молодь з інвалідністю з початком самостійного життя. Розбиралися шляхи подолання таких проблем. Особливу увагу було приділено самоменеджменту батьків. Як вже відзначалось, багато батьків молоді з інвалідністю самі потребують допомоги. Без позитивного настрою, конструктивного підходу навряд чи вони зможуть підготувати дорослу дитину до самостійного життя. Тому підготовка батьків є вкрай важливою. Спеціалісти рекомендують батькам молоді з інвалідністю наступну пам'ятку [85].

Позбувайтесь занепокоєння і підтримуйте себе. Можливість позитивних змін в життєдіяльності подорослівшої дитини обумовлено, в першу чергу, вірою в саму можливість таких змін, тому необхідно навчитися бачити перспективу ситуації і знайти спокій.

Орієнтуйтеся на людину. У кожній ситуації корисно питати себе: Чи потрібно їй зараз те, що ми збираємося зробити? Для чого це потрібно? Як вона зможе це використовувати в подальшому?

Враховуйте індивідуальність. Спроби підвести людину з інвалідністю під віковий стандарт, як правило, виявляються джерелом стресу. Звертайте увагу на індивідуальні форми пристосування до світу і використовуйте їх сильні сторони для формування більш складних поведінкових реакцій.

Розширюйте власні емоційні контакти, емоційно оцінюйте ситуацію. Взаємодія завжди має два полюси, тому дуже важливо налагодити чуттєвий фон вашого спілкування. Ваш гарний настрій і доброзичливий настрій сприятимуть формуванню необхідного стану. Позитивна емоційна оцінка, спільне емоційне переживання розширює межі соціальної поведінки.

3. Тренінгові заняття для молоді з обмеженими можливостями були ключовою формою роботи (див. додаток А). Заняття проводились один раз на тиждень-два по 2 години, протягом 4 місяців. Всього було проведено 12 занять.

Пропонований курс тренінгових занять складається з двох взаємозалежних тематичних блоків. Перший блок поєднує заняття, присвячені усвідомленню учасниками деяких своїх особистісних особливостей, визначення своєї власної ідентичності, формуванню адекватних міжособистісних,

оптимізації міжособистісного спілкування. Він містить вправи, спрямовані на розвиток психологічних можливостей особистості, її соціально-перцептивних і комунікативних здібностей, усвідомлення звичних способів спілкування, аналіз помилок у міжособистісній взаємодії. Особливе значення в цьому блоці приділяється системі прийомів невербальної комунікації, відпрацюванню навичок оптимального спілкування і взаємодії.

Другий блок орієнтований на усвідомлення учасниками себе в системі спілкування і діяльності. На цьому етапі основний акцент робиться на відпрацювання вправ, спрямованих на розвиток широкого кола здібностей, навичок і умінь, необхідних для самостійного та максимально незалежного життя, вивчення психологічних основ спілкування, закріплення нових поведінкових моделей.

Кожне заняття складалося з декількох частин:

Вітання.

Опитування щодо самопочуття – занурення учасників тренінгу в атмосферу «тут і тепер», рефлексія своїх емоційних і фізичних станів, повідомлення своїх думок і очікувань стосовно майбутнього заняття.

Пропозиція ведучим теми заняття.

Групова дискусія.

Розминальні вправи.

Основна частина – практичні вправи, обговорення цих вправ, рефлексія.

Підведення підсумків заняття – висловлення учасників по колу про свій актуальний стан, осмислення проробленої роботи.

Резюмування ведучого.

Прощання.

Термін «тренінг» (від англ. – train, training) має декілька визначень: виховання, тренування, дресирування. Подібна багатозначність характерна і науковим визначенням тренінгу. Зокрема Л. Петровська дає наступне визначення тренінгу: «Це засіб впливу, спрямований на розвиток знань, соціальних установок, умінь і досвіду в галузі міжособистісного спілкування,

засіб розвитку компетентності» [73]. Інше визначення пропонує Ю. Ємельянов: «Тренінг – це група методів розвитку здібностей до навчання та оволодіння різними складними видами діяльності» [33]. Отже, тренінг – це форма організації навчання, у ході якої використовуються інтерактивні методи навчання, а учасники мають можливість під час спілкування в комфортній емоційній атмосфері обмінюватися досвідом і знаннями з метою отримання нових знань та засвоєння відповідних навичок.

Існують різні види тренінгів: комунікативні, психологічні, особистісного росту, соціально-просвітницькі, психотерапевтичні, бізнес-тренінги тощо. Вид тренінгу обумовлюється його основними завданнями. Тренінг як форма організації навчально-виховного процесу має свої особливості:

- дотримання певних принципів групової роботи;
- спрямованість на психологічну допомогу учасникам групи в саморозвитку (при цьому допомога спрямована не тільки від ведучого групи, а й від самих учасників);
- наявність постійної групи з 8-16 учасників, що періодично зустрічаються чи працюють протягом двох-п'яти днів (за певних умов кількість учасників може бути більшою – до 24-25 осіб);
- певна просторова організація (зазвичай це робота у зручному приміщенні, де переважну частину часу учасники сидять у колі);
- акцент на взаємовідносинах учасників групи для аналізу та розвитку в ситуації «тут і тепер»;
- використання активних та інтерактивних методів групової роботи;
- об'єктивізація суб'єктивних почуттів та емоцій учасників групи щодо один одного та подій, які відбуваються в групі, рефлексія;
- атмосфера розкнутості, психологічної безпеки та свободи спілкування між учасниками групи.

4. Методи театралізації передбачає, що повсякденне життя має нескінченну безліч сюжетів і соціальних ролей. Метод театралізації реалізується через особливий словник спілкування, обряди, ритуали.

Театралізація знайомить молодь з різноманітними сюжетами життя.

Використання театральних методів розвиває емоційно-образне сприйняття подій, фактів, тим самим сприяючи їх глибшому переживанню та кращому осмисленню і, відповідно, виробленню до них адекватного ставлення. Театральні елементи у процесі соціально-педагогічної діяльності надають будням святковості, розкутості, свободи, піднімають настрій, сприяють виявленню ініціативи, самостійності. Досить важливим є розвиток за допомогою театральних засобів навичок соціальної комунікації – розширення їх лексичного запасу, оволодіння культурою, красою мовлення (інтонація, вимова, підтекст), становлення соціального інтелекту, формування навичок самопрезентації, вироблення вміння працювати в групі, виховання почуття взаємодопомоги тощо. Вагомою є роль театралізації у засвоєнні сценаріїв основних соціальних ролей (чому особливо сприятиме театральна гра), як конвенційних, так і особистісних.

Між учасниками у процесі театральної-творчої діяльності виробляється демократичний стиль взаємин, соціальний педагог розкривається перед учасниками як особистість, яка передає їм не тільки знання, а й життєвий досвід, забезпечуючи справжнє, а не ритуальне спілкування [19].

5. Методи програвання життєвих ситуацій. Взагалі, методи ситуацій, що виховують, тобто покликаних до життя процедур, самореалізації, довіри, уявної довіри, недовіри, організованого успіху та ін. Ситуація, яка виховує, – це ситуація що спеціально створюється педагогом. У нашому випадку, під час занять, учасникам пропонувались звичайні життєві ситуації (наприклад, «загубив ключа», «записатися на прийом до лікаря», «знайти необхідну адресу», «придбати необхідні ліки» тощо).

6. Спільні культурно-масові заходи проводились у рамках річного плану роботи відділення. Так, було проведено дві екскурсії містом, забезпечено участь у двох конкурсах для талановитої молоді, здійснено кілька «тренувальних» візитів у громадські місця (магазин, лікарня, майстерня тощо). Завдяки подібним заходам, молоді люди стають впевненішими у собі,

розширюють коло знайомств, мають можливість вільного спілкування.

7. Підготовка буклетів, листівок, пам'яток для молоді та її батьків вирішувала питання інформування, просвіти. З іншого боку, участь у розробці та підготовці такої інформації самої молоді з обмеженими можливостями забезпечувала більш повне оволодіння інформацією, зосереджувала увагу на основних моментах, пов'язаних з підвищенням рівня життєвої компетентності.

8. Метод «рівний-рівному» (у даному випадку запрошення на групові зустрічі молоді з інвалідністю, яка має досвід успішної самореалізації). Взагалі метод «рівний – рівному» як спосіб навчання однолітків та людей, рівних за певними ознаками, що має переваги: знання цінностей і вимог соціальної групи, у якій здійснюється спілкування; високий ступінь довіри; рівність у взаєминах; схожий внутрішній світ, досвід, схоже ставлення до проблеми; однаковий рівень (освітній, культурний, соціальний тощо); молоді люди розуміють один одного, використовуючи невербальні та вербальні засоби спілкування (наприклад, сленг), а дорослому необхідно досконало знати (а значить, вивчити) мову молодіжного спілкування; підвищена самооцінка та впевненість у собі, почуття власної гідності та віри в себе не тільки в інструкторів, які виступають у ролі вихователів, а й у тих, з ким вони працюють.

Переваги цього методу полягають у тому, що молоді люди знаходяться постійно з ровесниками, а професіонали – лише тимчасово; молоді люди розуміють, що означає бути молодим, а дорослі «намагаються зрозуміти», пригадуючи себе в такому віці; молоді люди спілкуються за допомогою специфічних вербальних та невербальних засобів і тому не завжди сприймають форми спілкування дорослих. Серед слабких сторін цього методу можна виокремити спотворення інформації під час її передачі іншим, недостатній життєвий досвід, обмеженість знань з певних питань, які цікавлять однолітків.

У нашому випадку означений метод реалізовувався за допомогою залучення молоді з позитивним досвідом самореалізації (у спорті, професії, сім'ї тощо) до допомоги тим молодим людям, яким складніше адаптуватися у

соціальному середовищі та складніше досягти успіху у певній сфері.

Крім того, особливу увагу було приділено соціально-побутовій адаптації молоді з інвалідністю. До цієї роботи ми долучались безпосередньо у відділенні денного перебування.

Забезпечення незалежного існування людини з інвалідністю передбачає здійснення наступних заходів:

- розробка рекомендацій по адаптації житла до потреб людини з інвалідністю та сприяння у їх здійсненні;
- взаємодія з іншими реабілітаційними установами, які приймають участь у медико-соціальній реабілітації інваліда;
- адаптаційне навчання родини;
- підбір технічних засобів реабілітації та навчання користуванню ними;
- необхідність перепланування житлових та санітарно – гігієнічних приміщень;

- необхідність знання нормативних вимог до показників (площа, устаткування, обладнання) функціональних зон та до елементів квартир, адаптованих до потреб інваліда:

- житлова зона;
- зона кухні та обіднього місця;
- санітарна зона;
- допоміжні приміщення.

Навчання соціальним навичкам; індивідуальній цілісності:

- пересуванню (здібності до зміни та утримання положення тіла, до збереження рівноваги при пересуванні та у стані спокою, до подолання перешкод при ходьбі тощо);

- орієнтації (здібності до орієнтації у часі, місцезнаходженні та ін., у тому числі за допомогою технічних засобів);

- спілкуванню (здібності до налагодженню контактів між людьми шляхом сприйняття, переробки та передачі інформації, у тому числі з використанням при необхідності допоміжних технічних засобів допомоги).

Розвиток різноманітних життєво важливих пізнавальних навичок:

- підвищення рівня самооцінки особистості;
- творче самовираження;
- розвиток навичок спілкування;
- участь у фестивалях, концертах, конкурсах, театралізованих показах.

Форми та методи соціально-побутової адаптації молоді з розумовою відсталістю:

- арттерапія;
- бібліотерапія;
- глинотерапія;
- музикотерапія;
- сказкотерапія;
- комп'ютерні технології;
- трудотерапія.

Арттерапія (лат. *ars* - мистецтво, грец. *Therapeia* - лікування) являє собою методику лікування за допомогою художньої творчості. Арттерапія сьогодні вважається одним з найбільш м'яких, але ефективних методів, що використовуються в роботі психологами, соціальними педагогами тощо.

У різних країнах існують різні моделі арттерапії. Дуже важливо відзначити, що дана методика не має протипоказань і обмежень. Вона застосовується майже всіма напрямками психотерапії. Знайшла вона також досить широке застосування в педагогіці, соціальній роботі і навіть бізнесі. Арттерапія будь-якій людині дає можливість виразити свій внутрішній світ через творчість. Арттерапія надає можливість особистості виразити себе «іншими голосами»: рухами, кольором, формою, пластиком, глиною, ландшафтом.

Корекційні можливості мистецтва по відношенню до людини з проблемами пов'язані насамперед з тим, що воно є джерелом нових позитивних переживань, народжує нові креативні потреби і способи їх задоволення в тому чи іншому виді мистецтва. А підвищення естетичних потреб людей з різною

недостатністю, активізація потенційних можливостей у практичній художній діяльності і творчості – це і є реалізація соціально-педагогічної функції мистецтва.

Соціально-педагогічний напрямок корекційної роботи з людьми з інвалідністю за допомогою мистецтва здійснюється двома шляхами:

- шляхом виховання здатності естетично сприймати дійсність як безпосередньо в житті, так і через твори мистецтва;
- шляхом діяльності, пов'язаної з мистецтвом (художньо-мовленнєвої, музичної, образотворчої, театралізовано-ігрової) [48].

Арттерапія допомагає розширити спілкування інваліда, позбутися агресивної поведінки; підвищує самооцінку інваліда; формує активну життєву позицію, впевненість у своїх силах; розвиває самостійність та життєтворчість; передбачає можливість актуалізації психічних резервних можливостей; формування на їх основі адекватної поведінки за рахунок творчої образотворчої діяльності.

Види діяльності:

- роз'яснення;
- діалог;
- показ;
- гра;
- ілюстративність;
- заохочування.

Форма діяльності – індивідуальна, групова.

Реабілітаційний напрям:

- розвиток тонкої моторики, можливостей інших частин тіла (при відсутності або обмежених можливостях рук);
- самовизначення;
- корекція психоемоційної сфери;
- розширення кругозору, сприйняття;
- розвиток пам'яті, уваги, асоціативного та образного мислення.

Бібліотерапія – лікування книгою. Загально відомий той художній, емоційний, естетичний вплив, який надає художня література на життя людини. Образи позитивних і негативних героїв, складні життєві колізії, екстремальні ситуації – все це примушує людей думати, міркувати, критикувати, приймати як еталон для наслідування. Книга заспокоює, відволікає від житейських справ, хвилює, розбурхує розум і серце. Тому книга – могутній подразник, що однаково хвилює і не залишає людину байдужим. Проте так чи інакше за допомогою художнього твору можна лікувати депресії, дезадаптації, відчуття невпевненості в собі тощо [62].

Бібліотерапія включає різні види діяльності, де використовується книжково – друкована продукція (дискусії, літературні вечори, художнє читання, зустрічі з персонажами творів та їх авторами, літературні та поетичні клуби, виставки книжок, роботу у читацькому залі).

Реабілітаційний ефект бібліотерапії забезпечує:

- розвиток уяви, пам'яті, художнього смаку;
- розширення пізнавальної сфери, кругозору, задоволенню інформаційної потреби, налагодженню комунікативних зв'язків з однодумцями, прилучанню до культури;
- розвиток артикуляційних та мовних можливостей, формування логічного мислення при переказі.

Казкотерапія є засобом емоційно-психологічного, педагогічного впливу, соціально – морального формування, який передбачає активізацію творчого потенціалу, розвиток асоціативного образного мислення.

Види діяльності: оповідання, переказ, театралізація; форма діяльності – групова, індивідуальна, масова.

Реабілітаційний ефект казкотерапії:

- формування відношення до персонажу, дії на емоційному рівні (тренінг емоційної сфери);
- проява власних позицій у поведінці, необхідних для соціалізації;
- ідентифікація власного «Я» з тим чи іншим персонажем;

- задоволення потреби в пізнанні чарівних загадкових проявів життя;
- колективна участь у спільних діях;
- залучення до народної художньої культури.

Варіанти роботи з казкою у соціально – культурній діяльності:

- свята;
- театралізовані вистави;
- використання фрагментів у конкурсах, шоу;
- літературно – художні заходи;
- виставки малюнків по казковим сюжетам;
- сімейні вечори.

Ігротерапія – це комплекс соціально – культурних реабілітаційних заходів, в основі яких є використання ігрових методик, форм, ситуацій з метою надання людині з розумовою відсталістю можливості самостійно вирішувати свої проблеми, залагоджувати конфлікти.

Реабілітаційний ефект ігротерапії:

- формування навичок спілкування, побудові продуктивних комунікативних відносин з використанням спеціальних тренінгів;
- формування довільності психічних процесів (пам'яті та уваги);
- розвиток розумової діяльності, уяви, мови, опорно – рухової та вольової активності.

Види діяльності:

- гра (у навчанні, вихованні, спорті, оздоровленні, комунікації, отриманні інформації, профорієнтації);
- діалог;
- тренінг;
- дискусія;
- демонстрація;
- презентація
- показ.

Форма діяльності – індивідуальна, групова.

Музикотерапія сприяє підвищенню соціальної активності, комунікативних здібностей особистості, її самореалізації, збагаченню естетичного досвіду людини, розширенню сфери естетичних інтересів, навчає розуміти прекрасне, прагнути до спілкування з ним.

Види діяльності:

- гра на простих музичних інструментах;
- ігри з музичним супроводом;
- прослуховування творів або фрагментів;
- розспівування і співи.

Терапевтичний ефект – фізичне оздоровлення за рахунок розвитку моторних функцій, спритності руки, тонкості слуху.

Реабілітаційний ефект:

- естетизація смаку;
- розвиток почуття ритму;
- сприйняття музикальних образів;
- вироблення навичок використання можливостей голосу, дихання;
- розвиток морально-вольової сфери;
- уміння володіти собою;
- почуття колективізму;
- навички співробітництва;
- прагнення до перемоги.

Для терапевтичних та реабілітаційних цілей використовується різножанрова музика. Особливе значення має власне виконання музичних творів на простих музичних інструментах. Людина відчуває своє «Я», відповідальність за виконання, тим самим підвищується його статус серед оточуючих [37; 48].

Таким чином, під час формувального етапу експерименту з формування та розвитку життєвої компетентності молоді з інвалідністю, використовувався широкий спектр форм та методів: індивідуальні форми роботи (етична бесіда, консультація, інформування, листування); групові (тренінг, тести, конкурси,

вікторини); масові (тематичні дні, тижні, акції та ін.). Найбільш доцільними у формуванні життєвої компетентності є методи, які спонукають молодь до роздумів, осмислення інформації. Серед таких методів можна назвати бесіди, дискусії, психологічний тренінг, вирішення практичних ситуацій тощо.

2.3. Перевірка ефективності впровадженої програми

Для перевірки ефективності впровадженої програми було проведено контрольний етап експерименту. За критеріями та показниками, а також діагностичними методиками, що були визначені на констатувальному етапі, було проведено повторне дослідження рівнів сформованості життєвої компетентності молоді з інвалідністю.

Контрольну діагностику було проведено протягом останніх двох тижнів програми із залученням психолога відділення та експертів (завідувача відділення та двох фахівців, які працюють у даній групі на постійній основі). Результати фіксувалися за кожним критерієм.

Показники когнітивного критерію, як і на першому етапі досліджувались за допомогою спостереження, інтерв'ю, співбесіди. Показники емоційно-ціннісного критерію – за допомогою спостереження, методу експертних оцінок. Показники діяльнісного (поведінкового) критерію – за допомогою спостереження, співбесіди, методу експертних оцінок.

Спостереження здійснювалось протягом чотирьох зустрічей по дві-три години. Під час спостереження фіксувались нові моделі поведінки молоді у різних ситуаціях – як звичайних, так і штучно створених. Інтерв'ю та співбесіда містили низку запитань, які стосувались здатності молоді вирішувати прості та складні життєві ситуації, її взаємодії з оточуючим світом, та організувати власне життя.

Окремо вивчалась здатність молоді бути максимально незалежною та адаптуватися до сучасних динамічних соціальних змін. Ставилися запитання

щодо організації власного життя, знань у культурно-правовій, побутовій та санітарно-гігієнічній сферах. Відповіді фіксувалися на картках. Залежно від результатів дослідження кожному молоді людини за кожним показником умовно було віднесено до одного з трьох рівнів.

Отже, за першим, когнітивним критерієм було отримано такі дані (табл. 2.5.).

Таблиця 2.5.

Результати дослідження за когнітивним критерієм, у %

Рівні / показники	Констатувальний етап (Середні значення)	Контрольний етап (Середні значення)
Достатній	16,67	25,93
Середній	44,44	51,85
Початковий	38,89	22,22

Як бачимо з таблиці, за першим критерієм, достатній рівень (тобто у молоді відмічається наявність стійких знань про оточуючий світ, про власні можливості й здібності, альтернативи життєвого вибору, про засоби та норми соціальної взаємодії) притаманний вже 25,93, що 9,26 % більше ніж на констатувальному етапі; середній рівень (тобто відмічається наявність деяких знань про оточуючий світ, про власні можливості й здібності, альтернативи життєвого вибору, про засоби та норми соціальної взаємодії) – 51,85 %, що на 7,41 % більше, ніж на попередньому етапі; початковий (відсутність необхідних знань про оточуючий світ, про власні можливості й здібності, альтернативи життєвого вибору, про засоби та норми соціальної взаємодії) – вже тільки у 22,22 % респондентів, що на 16,67 % менше ніж на констатувальному етапі. Досить серйозні відмінності говорять про успішність програми у тій її частині, яка стосувалася когнітивного критерію.

Дослідження за другим критерієм – емоційно-ціннісним – також відбувалося за допомогою вищезазначених методів. Досліджувалися ціннісне ставлення до власного життя, життя оточення; моральні принципи). Загальні

результати по другому критерію відображено у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

Результати дослідження за емоційно-ціннісним критерієм, у %

Рівні / показники	Констатувальний етап Середні значення	Контрольний етап Середні значення
Достатній	27,16	29,63
Середній	54,32	59,26
Низький	18,52	11,11

Отже, за другим критерієм виявлено вже 29,63 % респондентів, що на 2,47 % більше, ніж на констатувальному етапі; 59,26 % – середнього рівня (у молоді недостатньо сформоване ціннісне ставлення до власного життя, життя оточення; моральні принципи мінливі, залежно від ситуації), що на 4,94 % більше ніж на попередньому етапі; та 11,11 % початкового рівня (відмічаються проблеми ціннісного ставлення до власного життя, життя оточення; моральні принципи нестійкі або мінливі, залежно від ситуації), що на 7,41 % менше ніж на констатувальному етапі. Зауважимо, що за даним критерієм загальні зміни спостерігались несуттєві. Тож, програма потребує доопрацювання у даному напрямку.

Третій критерій – діяльнісний (поведінковий) – перевірявся за допомогою спостереження, зокрема, включеного спостереження, співбесіди та аналізу документів. Нові результати відображено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Результати дослідження за діяльнісним критерієм, у %

Рівні / показники	Констатувальний етап Середні значення	Контрольний етап Середні значення
Достатній	24,69	29,63
Середній	56,79	62,96
Низький	18,52	7,41

За третім критерієм достатній рівень притаманний вже 29,63 % респондентів (тобто молодь має навички вирішення повсякденних проблем; має розвинуті навички взаємодії із соціальним оточенням, санітарно-гігієнічні та побутові навички), що на 4,94 % більше ніж на констатувальному етапі; середній – 62,96 % (слабкі навички вирішення повсякденних проблем; недостатньо розвинуті навички взаємодії із соціальним оточенням, санітарно-гігієнічні та побутові навички), що на 6,17 % більше, ніж на попередньому етапі; та початковий – 7,41 % молодих людей з особливими потребами (відсутні навички вирішення повсякденних проблем; недостатньо розвинуті навички взаємодії із соціальним оточенням, недостатні санітарно-гігієнічні та побутові навички), що на 11,11 % менше, ніж на констатувальному етапі. Зазначимо, що у рамках цього критерію також спостерігаються позитивні суттєві відмінності.

Отримані дані по всім трьом критеріям було підраховано (визначено середні значення) та визначено нові рівні сформованості життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку. Результати порівняння констатувального та контрольного етапів експерименту відображено на рисунку 2.2.

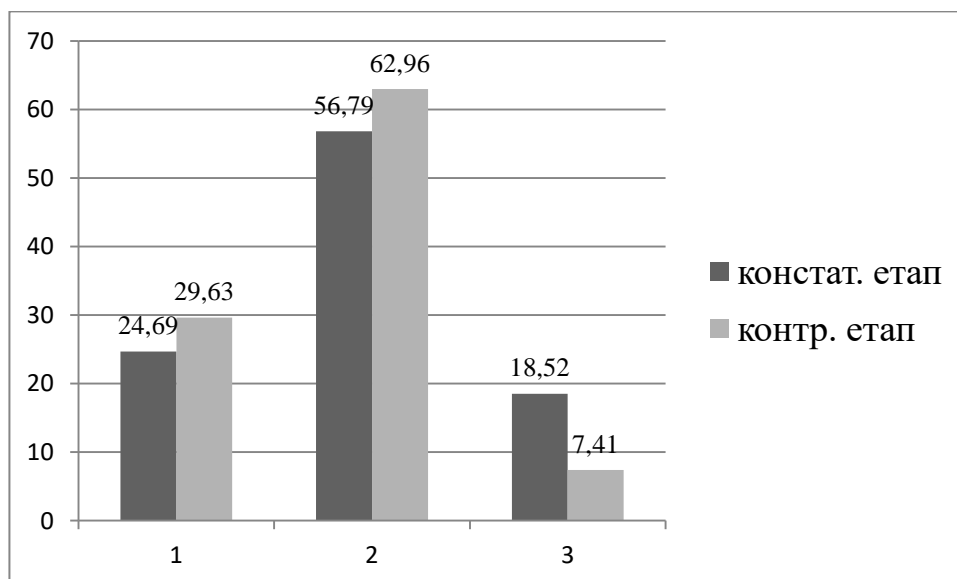


Рисунок 2.2. – Порівняння результатів констатувального та контрольного етапів експерименту

На рисунку перша пара стовпчиків відповідає достатньому рівню, друга пара – середньому; третя пара – початковому.

Таким чином, як бачимо з рисунку, достатній рівень підвищився на 4,94 %; середній рівень збільшився на 6,17 %; початковий рівень зменшився на 11,11 %. Отже, вважаємо мету експериментальної роботи досягнутою.

Разом з тим, практичний досвід спеціалістів, які працюють у відділенні, доводить, що часто такі результати є доволі нестійкими. Тому, ми запропонували проводити подібні програми постійно, один раз на рік.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження проблеми формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку дозволило зробити такі висновки.

Дана проблема є актуальною, через те, що формування компетенцій та компетентностей як раз і може стати тим новим підходом у соціальній та соціально-педагогічній роботі з людьми з інвалідністю, який забезпечить імплементацію норм міжнародного права в означеній сфері. Набуття молоддю з інвалідністю такої компетентності – одна з ключових умов її інтеграції у соціум та максимально незалежного життя.

1. Визначено сутність поняття «життєва компетентність молоді з порушеннями психофізичного розвитку», під якою розуміємо складну здатність (або систему окремих здатностей) особистості, яка, через ефективне розв'язання життєвих проблем і вирішення складних життєвих завдань людини, забезпечує її продуктивне життєве самовизначення і самоздійснення, оптимальну організацію життєвого шляху. Серед функцій життєвої компетентності особистості можна зазначити наступні: захисну; життєпізнання і самопізнання; життєвого передбачення; життєвого самовизначення; самореалізації; організацій і вдосконалення життєдіяльності. Зауважимо, що для багатьох людей з інвалідністю неможливо сформувати життєву компетентність, але цілком ймовірно підвищити її рівень.

2. Розкрито психолого-педагогічні особливості молоді з порушеннями психофізичного розвитку. Визначено, що психолого-педагогічні особливості молоді можуть відрізнятися, залежно від типу та складності порушення. І разом з тим, констатовано, що у молодих людей з порушеннями психофізичного розвитку виникає низка проблем: соціальна ізоляція, втрата набутих навичок спілкування, неможливість створення сім'ї і кола друзів, звуження можливостей для подальшого розвитку, психологічні проблеми тощо. Під

терміном «молодь з порушеннями психофізичного розвитку» розуміємо молодих людей, віком від 18 до 35 років, які мають статус «людини з інвалідністю» та в силу певних порушень здоров'я і неадекватності оточуючого середовища мають ознаки соціальної дезадаптації, потребують постійної допомоги, догляду, підтримки. Через невизначеність термінології у сучасній науці, вважаємо синонімами такі поняття як «молодь з інвалідністю», «молодь з особливими потребами», «молодь з обмеженими можливостями».

3. Розроблено та введено у роботу територіального центру соціального обслуговування програму з формування життєвої компетентності молоді з порушеннями психофізичного розвитку. Метою програми було підвищення рівня життєвої компетентності молоді з інвалідністю. Завдання: 1) надання молоді певних знань про світ, про власні можливості й здібності, альтернативу життєвого вибору, про засоби та норми соціальної взаємодії; 2) формування ціннісного ставлення до власного життя, життя оточення; моральних принципів (взаємоповага, людяність, чесність, стійкість, працелюбність тощо) і національних цінностей у процесі соціальної життєдіяльності; емоцій щодо власного життєздійснення; 3) формування життєтворчих умінь; навичок взаємодії із соціальним оточенням, санітарно-гігієнічні та побутові навички, навички вирішення повсякденних життєвих ситуацій. Програма складалася з трьох основних модулів: Модуль 1. «Мій внутрішній потенціал» – сприяє особистісному зростанню молоді, їх самопізнанню, визначенню свого подальшого життєвого шляху. Модуль 2. «Мої стосунки з оточуючими» – направлений на розвиток комунікативних здібностей, а саме володіння засобами комунікації та використання їх у діяльності, аналіз власної діяльності, опанування нових засобів ефективної комунікації. Модуль 3. «Психологія сімейних стосунків» – надає конкретні знання про сімейне життя, вчить терпимості і толерантності в стосунках з близькими людьми, допомагає опанувати шляхи вирішення проблемних ситуацій у сімейних взаєминах.

4. У програмі взяли участь 27 молодих людей з різними порушеннями

психофізичного розвитку. Експеримент проводився з лютого до червня 2019 року, двічі на місяць. У результаті отримали позитивні результати за когнітивним критерієм та поведінковим. Меншим виявився результат за емоційно-ціннісним критерієм. Тому, вважаємо за необхідне доопрацювати програму у цьому напрямку. Крім того, за свідченнями працівників відділення, результати можуть бути не стійкими, тому було запропоновано проводити дану програму один раз рік, з постійним удосконаленням.

Таким чином, вважаємо тему розкритою, мету дослідження досягнутою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Академічний тлумачний словник української мови. URL : <http://sum.in.ua/>
2. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / уклад : А. Й. Капська, О. В. Безпалько, Р. Х. Вайнола / заг. ред. А. Й. Капської. Київ : Наука, 2002. 164 с.
3. Антонюк Л. Л., Василькова Н. В., Ільницький Д. О. Компетентнісний підхід у вищій освіті : світовий досвід. Київ : КНЕУ, 2016. 61 с.
4. Архипова С П., Смеречак Л І. Освіта молодих людей з вадами психофізичного розвитку як умова їхньої інтеграції в соціум. *Вісник Черкаського університету*. 2015. № 10 (343). С. 14-19.
5. Бабкина Н. В. Жизненные компетенции как неотъемлемая составляющая содержания образования детей с задержкой психического развития. *Клиническая и специальная психология*. 2017. Том 6. № 1. С. 138-156. URL : <http://psyjournals.ru/files/85544/Babkina.pdf>
6. Байда Л., Красюкова О. Інвалідність та суспільство : навч. посіб. Київ : Наука, 2011. 126 с.
7. Бартків О. С., Дурманенко Є. А. Формування життєвої компетентності дітей з особливими потребами. *Вісник НПУ ім. М. П. Драгоманова. Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки*. 2012. Вип. 5. С. 20-23.
8. Бастун Н А. Діти і молодь із розумовою недостатністю в Україні та в світі. *Соціальна політика і соціальна робота*. 1997. № 2-3. С. 8-16.
9. Безлюдний Р О. Виховні технології розвитку життєвої компетентності підлітків з особливими потребами в США : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07. Умань, 2012. 238 с.
10. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2003. 134 с.
11. Бех І. Гуманізація спеціальної освіти аномальних дітей як соціально-педагогічна проблема. *Дефектологія*. 1996. № 1. С. 19-23.

12. Бех І. Д. Компетентнісний підхід у сучасній освіті. Інститут проблем виховання НАПН України. Київ, 2012. URL : <http://www.ipv.org.ua/component/content/article/8-beh/56-2012-09-04-22-32-01.html>.
13. Бех І. Д. Теоретико-прикладний сенс компетентнісного підходу у педагогіці. *Виховання і культура*. 2009. № 1-2. С. 5-7.
14. Бігуняк Т. В. Сучасні погляди на причини та фенотипові прояви синдрому Дауна. Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, 2010. URL : <http://www.twirpx.com/file/1513512/>
15. Богданова І. М. Соціальна педагогіка : навч. посіб. Київ : Знання, 2008. 343 с.
16. Бондар В., Одинченко Л., Постовойтов Є. Благодійна діяльність як передумова розвитку суспільної допомоги дітям з психофізичними вадами. *Дефектологія*. 1996. № 4. С. 48-52.
17. Бондар Л. А. Технологія організації компетентнісного підходу в контексті вищої освіти. *Педагогіка вищої та середньої школи*. 2012. Вип. 34. С. 424-430.
18. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
19. Букатов В., Ганькіна М. Режиссура шкільного общення : учеб.-метод. пособ. Киев : Школьный свет, 2005. 128 с.
20. Буланова Н. О. Понятие «жизненная компетентность» для лиц с интеллектуальными нарушениями. *Молодой ученый*. 2017. № 25. С. 278-280. URL <https://moluch.ru/archive/159/44824/>.
21. Бургун І. В. Актуальність упровадження компетентнісного підходу в освітню практику. *Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології* : збірник наукових праць Херсонського національного технічного університету. 2010. № 1(2). С. 159-165.
22. Вареник С. В. Життєва компетентність особистості факультативний курс для учнів 10-11 класів. URL : <https://dnmcps.jimdo.com/>

23. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ : ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.
24. Вербицький В. В. Формування ключових компетентностей учнів – основне завдання навчального закладу. *Теоретичні основи компетентнісно орієнтованої освіти*. URL : <http://lib.iitta.gov.ua/2372/1/Verbytsky.pdf>.
25. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии. Москва : Академия, 1995. 468 с. URL : <http://www.twirpx.com/file/1191312/>
26. Галян І. М. Психодіагностика : навч. посіб. Київ : Академвидав, 2011. 464 с.
27. Гордієнко Н. М. Соціальна практика як механізм засвоєння соціальних норм молоддю з інвалідністю. *Соціологія*. 2014. Вип. 22. С. 94-98. URL : file:///C:/Users/user/Downloads/Npchdusoc_2014pdf.
28. Грітчина А. І. Зміст, форми та методи формування готовності юнаків шкіл-інтернатів до виконання ролі майбутнього сім'янина. *Науковий вісник КНУ*. 2011. Вип. 15. С. 134-141.
29. Грудинін Б. Компетентнісний підхід: сутність висхідних понять та положень. *Наукові записки НПУ ім. М. П. Драгоманова*. 2005. Вип. 7. С. 140-146. URL : [file:///C:/Users/user/Downloads/nz_pmfm_2015_7\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/nz_pmfm_2015_7(2).pdf)
30. Демчук О. Тезаурус життєвої компетентності молоді. *Освіта регіону політологія психологія комунікації*. 2013. № 2. URL : <http://social-science.com.ua/article/1075>
31. Дикун И. В. Формирование жизненной компетентности у воспитанников интернатных учреждений как средство их подготовки к самостоятельной жизни : автореф. дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.01. Санкт-Петербург, 2005. 22 с.
32. Дячук В. И. Определение критериев, показателей и уровней сформированности жизненной компетентности старшеклассников во внеурочной деятельности. *Внеклассная работа..* 2018. № 6. С. 33-43. URL : <http://e-koncept.ru/2018/181033.htm>.
33. Емельянов Ю. Н. Активное социально-психологическое обучение : учеб.

- пособ. Львов : Книга, 1985. 167 с.
34. Елифанцева Т. Б. Настольная книга педагога-дефектолога. Ростов-на-Дону : Феникс, 2006. 576 с.
 35. Єрмаков І. Г. Життєва компетентність особистості : від теорії до практики : наук.-метод. посіб. Запоріжжя : Центріон, 2005. 640 с.
 36. Єрмаков І. Г., Пузіков Д. О. Життєтворчі компетенції особистості. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами* : збірник наукових праць. 2007. № 3(5). URL : <http://ap.uu.edu.ua/article/202>.
 37. Життєва компетентність особистості : наук.-метод. посіб. / за ред. Л. В. Сохань, І. Г. Єрмакова, Г. М. Несен. Київ : Богдана, 2003. 520 с.
 38. Зеер Э., Сыманюк Э. Компетентностный подход к модернизации профессионального образования. *Высшее образование в России*. 2005. № 4. С. 22-28.
 39. Зимняя И. А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании : метод. пособ. Москва : ИЦ ПКПС, 2004. 41 с.
 40. Золочевська М. В. Формування дослідницької компетентності учнів при вивченні інформатики : методичні рекомендації. Харків : Книга, 2009. 92 с.
 41. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков : монография Санкт-Петербург: Речь, 2003. 391 с.
 42. Компетентний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи : бібліотека з освітньої політики / під заг. ред. О. В. Овчарук. Київ : К. І. С., 2004. 112 с.
 43. Концепція спеціальної освіти осіб з психічними та фізичними вадами в Україні. *Дефектологія*. 1996. № 1. С. 2-15.
 44. Короткова Г. В., Верховцев А. А. Проблема формирования профессионально-правовой компетентности студентов. URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-formirovaniya-professionalno-pravovoy-kompetentnosti-studentov>

45. Лисовская Т. В. Жизненные компетенции детей с тяжелыми множественными психофизическими нарушениями: содержание и критерии сформированности. URL : <https://cyberleninka.ru/article/v/zhiznennye-kompetentsii-detey-s-tyazhelymi-mnozhestvennymi-sihofizicheskimi-narusheniyami-soderzhanie-i-kriterii-sformirovannosti>
46. Лукашевич М. П., Бондарчук Л. В. Особливості соціалізації молоді з особливими потребами: пошук концептуальних підходів. *Соціальна робота в Україні : теорія і практика*. 2006. № 2 (14). С. 25-30.
47. Ляшенко В. Рання соціальна реабілітація дітей-інвалідів. *Соціальний захист*. 1999. № 5. С. 34-41.
48. Мазаракі А. А. Компетентнісна модель менеджера в галузевих стандартах вищої освіти України. URL : http://ir.nmu.org.ua/bitstream/123456789/2676/1/том1_p003-005.pdf.
49. Найда Р. Г. До проблеми формування життєвої компетентності дитини в дошкільному закладі. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка*. URL : <http://eprints.zu.edu.ua/21986/1/19.pdf>
50. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року. URL : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/344/2013>
51. Ницета В. Метод проектів як засіб формування життєвої компетентності старшокласників у процесі навчання українознавчих предметів : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.09. Кривий Ріг, 2009. 219 с.
52. Пахомова Н. Г. Спеціальна педагогіка з історією : навч. посіб. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2012. 280 с.
53. Певзнер М. С., Лебединская К. С., Мастюкова Е. М. Психолого-медико-педагогическая комиссия : методические рекомендации по организации деятельности. Москва : Институт коррекционной педагогики РАО, 2000. 81 с.
54. Подготовка детей-инвалидов к семейной и взрослой жизни : пособие для родителей и специалистов / под ред. Е. Р. Ярской-Смирновой. Издание 2-е, дополненное. Саратов : Научная книга, 2007. 188 с.

55. Пометун О. Компетентнісний підхід – найважливіший орієнтир розвитку сучасної освіти. *Рідна школа*. 2005. № 1 (900). С. 65-70.
56. Пономарьова Г. Ф. Розвиток соціальної компетентності студентів з особливими потребами у виховному процесі вищого навчального закладу. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами* : збірник наукових праць. 2015. № 12(14). URL: <http://ap.uu.edu.ua/article/3>
57. Проценко О. С. Критерії, показники, рівні сформованості життєвої компетентності учнів професійно-технічних навчальних закладів. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2015. Вип. 42 (95). С. 262-267.
58. Пузанов Б. П. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития: олигофренопедагогика. Москва : Академия, 2001. 272 с.
59. Пузіков Д. Формування життєвої компетентності старшокласників у процесі навчання історії України : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.02. Київ : Наука, 2012. 296 с.
60. Пузіков Д. О. Життєва компетентність особистості: поняття, структура, функції. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами* : збірник наукових праць. URL : <http://ap.uu.edu.ua/article/98>
61. Пустовіт Н.А. Компетентнісний підхід до формування культури екологічної поведінки школярів. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді*. 2011. Вип. 15. С. 365-373.
62. Равен Д. Компетентность в современном обществе : выявление, развитие и реализация / пер. с англ. П. Лотова. Москва : Когито-Центр, 2002. 396 с.
63. Сас О. О. Формування життєвої компетентності дітей 6-7-річного віку в умовах соціально-рольової діяльності : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05. Київ, 2011. 20 с.
64. Сафонова Л. М. Определение жизненной компетентности у подростков с умеренной и тяжелой степенью умственной отсталости. *Педагогическое образование в России*. 2011. № 5. URL :

http://journals.uspu.ru/i/inst/ped/ped16/ped_22.pdf

65. Сердюк Л. З. Психологічні особливості студентів з інвалідністю. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами* : збірник наукових праць. 2014. № 11 (13). С. 238-251.
66. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології : навч. посіб. Київ : Вища школа, 1994. 143 с.
67. Словник іншомовних слів / уклад. : С. М. Морозов, Л. М. Шкарапута. Київ : Наукова думка, 2000. 680 с.
68. Соловійова Т. Г. Соціальна реабілітація молоді з особливими потребами в умовах територіального центру соціального обслуговування. *Гуманізація навчально-виховного процесу*. 2012. Вип. LX. С. 310-317.
69. Сохань Л., Єрмаков І. Життєва компетентність у технології життєздійснення. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник. Київ : Контекст, 2000. 146 с.
70. Соціальна педагогіка: теорія і технології : підручник / за ред. І. Д. Зверєвої. Київ : Центр навчальної літератури, 2006. 316 с.
71. Ставицький О. О. Гандикапізм та ксенофобія: спільне і відмінне у поняттях. *Практична психологія та соціальна робота*. 2012. № 3. С. 59-63.
72. Степаненко І., Степаненко Н. Філософія мистецтва жити: концептуальні контури і освітні імплікації у суспільстві ризику. *Філософія освіти*. 2013. № 1 (12). С. 140-161.
73. Теоретические и методические вопросы социально-психологического тренинга : учеб. пособ. / под ред. Л. Петровской. Москва : Педагогика, 1982. 208 с.
74. Губеева Ф. К. Становление компетентного похода в сфере образования. *Современные проблемы науки и образования*. 2015. № 5. С. 41-47.
75. Тюптя Л. Т., Іванова І. Б. Соціальна робота : теорія і практика. Київ : ВМУРОЛ «Україна», 2004. 408 с.
76. Федорова І. І., Житник М. М. Компетентнісний підхід як управлінський

механізм реорганізації системи вищої освіти України. *Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка*. 2003. Вип. 2. С. 38-46.

77. Хуторской А. В. Ключевые компетенции как компонент личностно-ориентированной парадигмы. *Народное образование*. 2003. № 2. С. 58-64.
78. Цільмак О. М. Складові структури компетентностей. URL : https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2009/1_2_2009/30.pdf.pdf
79. Чубук Р. В. Соціальна педагогіка : навч. посіб. Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2013. 348 с.
80. Швалб Ю. М. Психологічні аспекти компетентнісного підходу в освіті : реалізація європейського досвіду компетентнісного підходу у вищій школі України. Київ : Педагогічна думка, 2009. 234 с.
81. Шиян В. М., Галкіна В. М. Технологія соціального супроводу людей з особливими потребами в освітньому середовищі. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами* : збірник наукових праць. 2007. № 3(5). URL : <http://ap.uu.edu.ua/article/275>.
82. Эльконин Б. Д. Понятие компетентности с позиции развивающего обучения : современные подходы к компетентностно-ориентированному образованию / под ред. А. В. Великановой. Самара : Профи, 2001. 246 с.
83. Ящук І. П. Формування життєвої компетентності старшокласників загальноосвітніх шкіл України : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07. Київ, 2001. 210 с.
84. Barisnikova K., Straccia C. Social adaptive skills and psychopathology in adults with intellectual disabilities of non-specific origin and those with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*. 2019. № 87. P. 31-42.
85. Cruz M. F., Zubizarreta G. V., Castillo G. J. C. Theoretical and practical contributions, aimed at the social and labor insertion of children, adolescents and young people with disabilities from Milagro State University (UNEMI). *Dilemas Contemporaneos-Educacion Politica Y Valores*. 2018. № 5. P. 21.
86. Embregts P., Taminiau E. F., Heerkens L., Schippers A. P., van Hove G. Collaboration in Inclusive Research: Competencies Considered Important for

People With and Without Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2018. № 15. P. 193-201.

87. Gulsrud A., Lin C. E., Park M. N., Hellemann G., McCracken J. Self-injurious behaviours in children and adults with autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Intellectual Disability Research*. 2018. № 12. P. 1030-1042.
88. Scott C. L. The futures of learning 2: What kind of learning for the 21st century? *UNESCO Education Research and Foresight*. URL : <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002429/242996e.pdf>.
89. Subramaniam P., Villeneuve M. Advancing emergency preparedness for people with disabilities and chronic health conditions in the community: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30907152>

ДОДАТКИ

Додаток А

Приклади тренінгових занять з молоддю з інвалідністю

Тема «Спілкуватися – це здорово!»

1. Знайомство з темою, мета зустрічі.

Мета: встановити основні правила для роботи групи на період занять.

Назва тренінгу, цілі та завдання.

Прийняття правил роботи групи для дотримання дисципліни й порядку, методом мозкового штурму.

2. Вправа «Привітання».

Мета: створення позитивної, доброзичливої, комфортної та відвертої атмосфери.

1. Запропонувати пограти у руханку:

- вишукуватись за кольором волосся (від світлих до темних);
- за кольором очей;
- за числами народження.

2. З'ясувати з яким настроєм прийшли учасники тренінгу. Вони наклеюють на відповідну картинку свій настрій.

Обладнання: папір, фломастери, ручки, скотч.

3. Вправа «Знайомство».

Мета: сприяти формуванню позитивної самооцінки й усвідомленню унікальності особистості кожної людини, продовжити знайомство учасників один з одним. Кожному учаснику дається аркуш паперу у формі. Форму створюють за допомогою тільки рук, без ножиців учасники розподіляються на пари, під час спілкування один з одним з'ясовують інтереси, захоплення, мрію та цікаву інформацію про співрозмовника.

Представляють один одного. Результати вправи розміщуються на стенді.

Обладнання: маркери, папір, скотч.

4. Інформаційне повідомлення, проблема. «Я в майбутньому».

Мета: з'ясувати коло інтересів присутніх, професійну направленість.

Обирається ряд професій або видів зайнятості (фіксуються на фліп-чарті), визначається їх особливість, якими необхідно володіти навичками та мати знання, щоб бути добрим спеціалістом.

5. Робота в підгрупах «Професія ... сама необхідна.»

Мета: ознайомлення з різноманітністю професій, формування комунікативних навичок, вчитися взаємодіяти в групі.

Вся група розділяється на 4 підгрупи. Завданням кожної є презентація професії. Захист своєї спеціальності.

Обладнання: фліп-чарт, ватман, маркери.

6. Вправа «М'ячик».

Мета: продовжити знайомство групи, закріплення імен учасників тренінгу.

Ведучий називає своє ім'я й особливість характеру, яка починається з той же літери, що й ім'я. Кидає м'ячик будь-якому учасникові, той також називає своє ім'я та особливість характеру й кидає м'ячик наступному учасникові, і так, поки м'ячик не пройде приблизно один-два кола. Потім умови гри змінюються: учасник називає ім'я будь-якого іншого учасника й після цього кидає йому м'ячик, той у такий же спосіб передає м'ячик наступному гравцеві й так далі, поки всі не запам'ятають імена та якості один одного.

Обладнання: м'яч.

7. Вправа «Права людини з інвалідністю».

Мета: інформувати молодь про права, закони суспільства, навчити їх знаходити допомогу, коли це необхідно.

Розділити групу на 4 мікрогрупи. Перша група заповнює аркуш «Права, які я маю й хочу зберегти». Друга група – «Права, яких у мене нема, але хочу мати». Третя група – «Якби я був батьком, то дав моїм дітям право на...»

Четверта група – «Якби мої права були порушені, я б зробив...».

Групи звітуються, доповнюють.

8. Вправа «Як я себе почуваю? Мій настрій».

Мета: дати можливість у вільній формі висловитися із приводу проведеного заняття, настроїв, побажання.

Тема «Побудуй своє майбутнє»

1. Вправа «Намалюй своє ім'я».

Мета : настроїти учасників на робочий день, з'ясувати з яким настроєм прийшли, створення позитивного настрою в групі.

Групі роздають по одному аркушу паперу, необхідно намалювати своє ім'я, та настроїв (малюнок за бажанням). Проговорити, розмістити уздовж стіни.

Обладнання: папір формату А 4, маркери.

2. Динамічна руханка «Що в нас спільного?»

Мета: активізувати учасників, формувати дружній колектив, створення позитивного настрою.

Стільці розташовані по колу на 1 менше ніж гравців, учасник без стільця повинен назвати загальну ознаку присутніх, для того, щоб останні помінялися місцями. Хто не встиг зайняти вільний стілець, придумує наступну ознаку.

- хто народився влітку;
- хто має зелений колір очей;
- у кого на одязі є гудзики;
- всі хлопці тощо.

Головне, щоб ознака була притаманна і учаснику, який знаходиться в колі.

3. Вправа «Візьміть мене на роботу».

Мета: формування впевненості у власних можливостях, позитивної самооцінки, розвиток навичок спілкування.

Інструкція: «Саме Вас повинні взяти на роботу...»

Група працює в парах. Один виконує роль роботодавця, інший спеціаліста, який влаштовується на роботу. Потім ролями міняються.

Аналіз вправи.

4. Вправа «Скриня із проблемами».

Мета: навчити розповідати про свої проблеми, розвивати чуйність і готовність допомагати іншим, почуття емпатії, взаємодопомоги. Ознайомлення з світом професій.

Пояснити групі, що люди можуть мати труднощі в житті, і вони потребують допомоги. Нехай учасники приведуть приклади: залякування, проблеми з алкоголем, наркотиками. Довідайтесь, хто надасть їм допомогу в тім або іншому випадку.

Учасники діляться на 4 мікрогрупи, де пишуться листи, у яких розповідається про свою або вигадану проблему. Коли всі групи напишуть листи, їх треба зібрати й покласти в спеціальну скриню. Потім представник з кожної групи вибирає одну з 4 «проблем». Далі грають в «редактора журналу», їм необхідно вирішити обрану проблему. Відповіді повинні бути корисними та конструктивними, і не можна забувати головне правило – не критикувати! У деяких випадках учасники можуть дати тільки співчутливу відповідь, тому що не завжди здатні дати конструктивну.

Учасники повинні розуміти, що якщо в них виникли які-небудь проблеми, то їх можна вирішити, не прибігаючи до шкідливих звичок.

5. Вправа «Знайди пару».

Мета: навчитися передавати інформацію невербальним шляхом, розвивати пізнавальні здібності.

Кожному учаснику до спини прикріплюється картинка з відомою людиною або твариною. Учасники ходять по кімнаті і уважно розглядають картинки на спинах один у одного. Задача полягає в тому, щоб невербальним шляхом знайти учасника з однаковою картинкою (пару). Наприкінці заняття обговорюється, чи були труднощі в передачі інформації.

Обладнання: картинки, булавки.

Мозковий штурм «Що таке здоров'я?»

Мета: ввести учасників тренінгу в тему, активізувати їхнє особисте

розуміння того, що таке здоров'я, подати визначення здоров'я.

6. Вправа «Симпозіум».

Мета: формування відношення до здорового образу життя та визначення негативних факторів, які ведуть до погіршення здоров'я.

Учасники діляться на три групи і їм пропонується намалювати «модель здорової людини». Групи малюють фактори ризику, погіршуючи здоров'я та презентують свої роботи.

Обладнання: дошка, ватман, маркер.

Які фактори впливають на здоров'я людини.

7. Вправа «Побажання та малюнок».

Мета: закріпити позитивну емоційну атмосферу у групі.

Учасникам роздаються листки А-4, які вони підписують та малюють квітку, де члени групи пишуть свої побажання та малюють малюнок.

Додаток Б

Заняття з соціально-побутової адаптації

Розвиток необхідних вмінь та навичок, які підвищують рівень соціально-побутової адаптованості молоді з розумовою відсталістю, забезпечується цілеспрямованою роботою автора та спеціалістів відділення і складається з наступних блоків:

1. Спеціалізовані заняття, мета й зміст яких визначається потребами конкретних клієнтів («Догляд за житлом», «Техніка безпеки вдома», «Особиста гігієна», «Культура харчування», «Правила дорожнього руху» тощо) по типу шкільних занять, які зазвичай проводяться у спеціальних освітніх закладах. Втім, по досягненні молоддю певного віку (18-20 років), існуюча система освіти не передбачає подальший розвиток набутих знань, вмінь та практичних життєвих навичок.

2. Організація волонтерської роботи (спільні заняття з соціально-побутової адаптації; творчі заняття, майстер-класи; екскурсії міським транспортом; супровід у місця регулярного відвідування: магазини, поліклініки тощо).

3. Розвиток трудових та творчих навичок: виготовлення нескладних виробів з тканини, парафіну, воску, паперу, робота на присадибних ділянках тощо

4. Організація взаємодії молоді з розумовою відсталістю з людьми похилого віку, які також є клієнтами даного відділення (у відділенні працює клуб спілкування для осіб похилого віку).

5. Робота з родинним оточенням (консультування, інформування, організація тренінгових занять).

6. Робота з близьким соціальним оточенням відділення (найближчі школи, бібліотека, магазини).