

ВСТУП

Навчання дітей з психофізичними порушеннями не може здійснюватися стихійно, шляхом простого зарахування таких учнів до масових шкіл, а має бути організовано таким чином, щоб, попри обмеження і труднощі, такі учні могли здобувати знання, одержувати освітні послуги нарівні з дітьми з нормальним психофізичним розвитком. Проте, потрапляючи до школи, діти з вадами у психофізичному розвитку часто стикаються не лише з труднощами опанування знань, а і з проблемами психологічного та соціально-педагогічного характеру.

Проблема адаптації людей із особливими потребами до різних видів соціально-значущої діяльності – одна з найактуальніших. Важливого значення набувають наразі дослідження, пов'язані з адаптацією особистості до навчальної діяльності у початковій школі, адже це найбільш складні періоди життєдіяльності особистості в онтогенезі.

В численних психологічних дослідженнях наголошується на необхідності враховувати специфіку саме шкільної адаптації дітей із певними вадами. Ігнорування проблем адаптації осіб, що мають деякі порушення, зумовлює труднощі їх подальшого життя та спілкування. Більшість таких молодих людей не в змозі в майбутньому обрати собі професію до вподоби, визначитись у життєвому просторі, для деяких з них проблемним є встановлення контакту з іншими тощо.

А. Нізова підкреслює, наприклад, що відхилення від норми здоров'я можуть зумовлювати серйозні адаптаційні проблеми в житті. Діти з наявними фізичними вадами (наприклад, інваліди з різним анамнезом, заїки) особливо легко травмуються. Некоректне поводження і ними призводить до глибокої життєвої трагедії.

В. Мухіна акцентує увагу на «факторі місця», тобто школи, в якій має адаптуватися дитина з вадами здоров'я. Цей фактор посилює проблеми всієї

пізнавальної діяльності дітей і позначається на шкільній успішності, специфіці їх міжособистісного спілкування. Поступово такі учні починають уникати спілкування, особливо з незнайомими для них людьми, відбувається певний невротичний розвиток особистості.

Маленькі діти переживають свої недоліки епізодично, але в процесі дорослішання переживання набувають інших якостей, стають нестерпними, іноді навіть доходять думок про суїцид. Тому слід, на наш погляд, якомога раніше розпочинати виявлення подібних вад, проблем у дітей, робити аналіз їх причин і надавати учням кваліфіковану психологічну допомогу.

Великий вклад у науково-методологічні основи навчання та виховання дітей з особливостями в розвитку внесли такі вчені як Л. Волкова, Т. Власова, О. Гаврилушкіна, Е. Гончарова, Г. Зайцева, Т. Ісаєва, Г. Кузнєцова, К. Лебединська, С. Леонгард, В. Петрова, М. Певзнер, О. Скороходова та ін..

Питаннями соціалізації дітей з особливими потребами займались А. Адлер, І. Бех, М. Бітянова, А. Бодалєв, Л. Божович, Д. Джеймс, М. Монахов, Л. Сохань, О. Сухомлинська, К. Роджерс, Й. Фіхте, Л. Виготський, І. Кон, Т. Кончанін, О. Кононко, Т. Поніманська, А. Колупаєва.

Понять соціальної реабілітації та адаптації неодноразово торкалися в своїх роботах такі відомі дослідники як Г. Беккер, П. Бергер, І. Гофман, Н. Васильєва, Е. Дюркгейм, Т. Лукман, Т. Парсонс, В. Сайфулін, П. Сорокін, Т. Черняєва, П. Штомпка та інші. Відповідно, в сучасній науці існує кілька підходів до розуміння вищезгаданого поняття. Соціальну реабілітацію можна розглядати в контексті таких основних напрямів: соціалізації, соціальної адаптації, соціальної нормативності і соціального контролю, економічного підходу до вирішення соціальних проблем, соціальної мобільності [11].

Об'єкт дослідження: процес соціальної адаптація учнів з ДЦП.

Предмет дослідження: технології соціальної адаптації учнів з ДЦП.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити технології соціальної адаптації дітей з діагнозом ДЦП.

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

- 1) розглянути сутність та зміст соціальної адаптації;
- 2) розкрити особливості розвитку та функціонування дітей з ДЦП;
- 3) визначити зміст технології соціальної адаптації учнів з ДЦП;
- 4) експериментально перевірити технологію соціальної адаптації учнів з ДЦП щодо використання програми соціально-педагогічної адаптації учнів п'ятого класу, що мають діагноз ДЦП.

Для виконання поставлених завдань, ми будемо використовувати наступні методи:

- теоретичні – аналіз, систематизація, узагальнення – дозволять опрацювати наукові джерела, вивчити психодіагностичні матеріали, визначити сутність соціальної адаптації та її механізми;

- емпіричні – анкетування, забезпечить визначення стану с; порівняння, що дозволить нам на основі проведеного дослідження визначити стан соціальної адаптації учнів з ДЦП на когнітивному, емоційно-вольовому та поведінковому рівнях;

- педагогічний експеримент – дозволить визначити особливості застосування програми з соціальної адаптації школярів як технології сприяння соціальній адаптації.

Теоретичне значення роботи полягає у комплексному підході до адаптації та соціалізації учнів з порушеннями опорно-рухового апарату, що включає три рівні адаптації та формування конкретних соціальних компетенцій.

Практичне значення роботи полягає у розробці соціально-педагогічної програми з соціальної адаптації п'ятикласників з ДЦП.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З ДЦП

1.1. Категорія «соціальна адаптація» у науковій літературі

Поняття соціальної адаптації пов'язано з багатьма іншими поняттями, такими як «адаптація біологічна», «соціалізація», «інтеграція», «соціальна реабілітація». Для нашого дослідження необхідно встановити різницю між цими поняттями та їх взаємозв'язок.

Пріоритет започаткування уявлень про адаптацію належить вченню К. Бернара про сталість внутрішнього середовища. Саме завдяки підтримці такої сталості жива система набуває відносної незалежності від зовнішніх впливів, адаптуючись до навколишнього середовища [35].

Біологічна адаптація полягає в тому, що люди постійно відповідають організмом до внутрішніх і зовнішніх стресів, таких як бактеріальні та вірусні інфекції, забруднення повітря і забруднення води, дієтичний дисбаланс і переїдання. Тобто адаптація – це ряд фізіологічних реакцій, спрямованих на пристосування організму для збереження його гомеостазу, що сформувалися в процесі еволюції [60]. Важливо пам'ятати, що люди не тільки взаємодіють з навколишнім середовищем біологічно. Ми використовуємо культуру також. За останній півмільйон років, принаймні, ми винайшли технологічні засоби, які дозволили нам займати нове середовище, не маючи необхідність спочатку розвивати біологічну адаптацію до нього. Будівлі, одяг і вогонь дозволили нам жити в помірному і в холодних регіонах, незважаючи на факт, що у нас, по суті тіла тропічних тварин.

В той же час соціум є не лише джерелом комфортизації життя, а і джерелом стресу, саме адаптація до суспільства стає важливим аспектом життя та збереження здоров'я. Тож необхідно пояснити сутність поняття «соціалізація». Соціалізація – це процес формування особистості у

відповідності до «вимог» та «цілей» суспільства. Основними функціями соціалізації є створення соціальності (загальності) таких якостей особистості, які, по-перше, адаптували членів до спільноти та загальної життєдіяльності, по-друге, забезпечили виявлення через соціальність унікальності кожного члена суспільства, по-третє, здійснювали б продовження її життєдіяльності в соціальності людського роду. Наочно поняття соціалізація відображено на рисунку 1.1.



Рисунок 1.1. – Схема «Соціалізація особистості».

Тобто поняття соціальна адаптація є вужчим, за поняття соціалізація і є його складовою частиною, що простежуємо з основних понять за законами формальної логіки, а також підтверджуємо думкою класиків соціальних наук з цього питання. Так по І. Кону соціалізація являє собою процес засвоєння індивідом соціального досвіду, визначеної системи знань, норм, цінностей, що дозволяють йому функціонувати в якості повноправного члена суспільства [37]. Т. Кончанін дотримується думки, що адаптація є одним із етапів соціалізації особистості [39].

Говорячи про соціальну адаптацію осіб з особливими потребами необхідно також розглянути поняття педагогічна інтеграція – це процес включення людей з особливими потребами в загальноосвітній освітній процес з метою їх активної участі в основних напрямках діяльності та життя суспільства, «включеність» їх в соціальні структури [21].

Для сприяння соціальній адаптації використовуються заходи з абілітації та реабілітації. Абілітація – це процес створення нових можливостей, нарощування соціального потенціалу, тобто можливості дитини реалізуватись у даному суспільстві – на противагу традиційному розумінню принципу реабілітації як відновлювальної допомоги [50]. Реабілітація – це заходи по відновленню спроможності особистості до діяльності. Соціальна (побутова) реабілітація – це державно-суспільні дії, спрямовані на:

- повернення людини до суспільно корисної праці;
- правовий захист;
- матеріальний захист її існування;
- відновлення соціального статусу особи шляхом: організації активного способу життя, відновлення ослаблених чи утрачених соціальних зв'язків, створення морально-психологічного комфорту в сім'ї, на роботі, забезпечення культурних потреб людини, відпочинку, занять спортом;
- при необхідності – розвиток навичок щодо обслуговування (спільна робота реабілітолога, фахівця з праці, психолога): підготовка хворого до користування стандартними чи спеціально зробленими пристроями, що полегшують самообслуговування;
- вирішення матеріальних питань (житло, транспорт, телефонний зв'язок);
- перенавчання, працевлаштування хворих в спеціалізованих закладах, на дому (у разі необхідності);
- надання різних видів соціальної допомоги (протезування, забезпечення засобами переміщення, робочими пристосуваннями, організація санаторно-курортного лікування тощо);
- юридичний захист хворого [22]

У словнику з соціальної роботи говориться про те, що соціальна реабілітація включає в себе медичну, професійну та технічну реабілітацію [17]. При цьому, під медичною розуміється відновлення здоров'я, професійна передбачає підготовку до трудової діяльності, технічна включає використання технічних засобів для відновлення повноцінного функціонування організму

людини. Такі складові характерні для реабілітації людей з особливими потребами. В Україні найбільш активно розвивається соціальна реабілітація дітей з особливими потребами. Так, в країні протягом тривалого часу формується державна система соціальної підтримки таких дітей, організаційно розподілилася між Міністерством освіти і науки України, Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством праці та соціальної політики України, Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту. Поняття соціальна реабілітація характеризується в узагальненому вигляді як процес засвоєння індивідом певної системи знань, норм, цінностей, установок, зразків поведінки, які входять у поняття культури, притаманної соціальної групи та суспільству в цілому, і дозволяє функціонування індивіда як активного суб'єкта суспільних відносин. Дитина з діагнозом дитячий церебральний параліч (ДЦП) при відсутності пристосувань вправ і лікуванні може відчувати серйозні труднощі з пересуванням. У цих дітей рухові розлади поєднуються з психічними та мовними порушеннями, тому більшість з них потребує не тільки лікувальної та соціальної допомоги, але й психолого-педагогічної та логопедичної корекції [7].

У теорії Т. Парсонса соціальна адаптація розглядається з точки зору інтеграції соціальної системи, забезпечення соціального порядку і тлумачиться як речовинно-енергетична взаємодія із зовнішнім середовищем, одна з функціональних умов існування соціальної системи поряд з інтеграцією, досягненням цілі та збереженням ціннісних взірців. На думку вченого, суспільство тяжітиме до рівноваги лише за таких умов, коли індивіди будуть здатні пристосовуватись до суспільних змін самі й пристосовувати свої ідеали до нових вимог, у протилежному разі – у суспільстві виникатимуть конфлікти і напруга. Представник структурного функціоналізму Р. Мертон класифікував типи поведінки людей і адаптації до суспільного життя за критеріями їх ставлення до суспільних цілей та соціально схвалюваних засобів їх досягнення, виділивши при цьому конформізм, ритуалізм, інновацію, ретризм і бунт [17]

Становлення України як незалежної держави супроводжується різноманітними

соціальними змінами, що характеризуються як позитивним, так і негативним впливом на особистість та суспільство в цілому. Кризові явища проявляються в економічній та політичній сферах, але особливо гострими вони є в суспільному бутті. При цьому доводиться констатувати, що так званий «перехідний період» далекий від завершення і його прикінцеві орієнтири поки що чітко не окреслені ні в практиці суспільного життя, ні в теоретичних концепціях. Людина ж осягає і переживає усі ці трансформаційні процеси через процес адаптації до них, який на кожному етапі суспільного розвитку має свої особливості, зумовлені конкретними ситуаціями суспільного буття. Щоб оптимізувати адаптаційні процеси, сприяти їх позитивній результативності, необхідно аналізувати і осмислювати як самі зміни в різних сферах життя людини, так і виявляти характер, спрямованість і тенденції адаптування до них членів суспільства. Оскільки кардинальні перетворення відбуваються в суспільному устрої держави, у принципах організації виробництва, методологічних засадах регулювання суспільних відносин, які безпосередньо стосуються суспільного буття, то й процеси адаптації також охоплюють широкий спектр найрізноманітніших сторін життя, а це, в свою чергу, зумовлює той факт, що до вивчення адаптаційних процесів звертаються дослідники різних галузей наукового пізнання – антропологи, психологи, психіатри, соціологи та інші категорії дослідників, в тому числі і філософи. Водночас, соціально-адаптаційні процеси особливо потребують соціально-філософського осмислення, що дасть можливість виявити глибинні взаємозв'язки в системі «людина – суспільство», адже трансформація сучасного українського суспільства – це унікальне явище сучасного суспільного розвитку, аналогів якому не існує [7]. У більшості випадків соціальна адаптація розглядається як процес і результат активного пристосування індивіда чи соціальної системи до умов нового або зміненого соціального середовища через узгодження вимог та очікувань її учасників. Суб'єктом соціальної адаптації може бути окрема особистість чи соціальна група. На рівні особистості соціальна адаптація пов'язана з процесом соціалізації, засвоєнням притаманних навколишньому середовищу культурних

норм, цінностей та взірців поведінки, а на рівні соціальної спільноти – з регулюванням соціальних відносин, відповідною їх інституціалізацією. Вітчизняні соціологи почали приділяти увагу соціальній адаптації з 60-х років ХХ ст. Вони досліджували теоретичну і емпіричну проблематику соціальної адаптації індивіда до усталених і мало варіантних умов життя у вузьких межах (виробництво, навчання тощо). Багато праць з соціальної адаптації були присвячені проблемам молоді (молоді працівники, спеціалісти, учні). Накопичений науковий досвід з питань соціальної адаптації в умовах трансформації суспільства для прогнозування і пояснення негативних проявів у свідомості і поведінці людей, спричинених надзвичайно швидкими темпами суспільних змін, виявився недостатнім, оскільки кризові суспільні ситуації та соціальна адаптація людини в цих умовах за радянського періоду майже не вивчалися. Кардинальні зміни трансформаційних процесів протягом 90-х ХХ ст. активізували дослідження соціальної адаптації. Центральною стала проблема адаптації людини до кризових суспільних умов, змінного соціального середовища. Запорукою успішної соціальної адаптації за таких умов є творча діяльність, безперервна взаємодія, взаємний обмін із соціальним середовищем, суспільством загалом. За класифікацією Я. Щепанського, соціальна адаптація є чотиріступеневим процесом, який охоплює психологічну переорієнтацію на основі цілеспрямованого конформізму, стадію взаємної терпимості, акомодатії (терпимість і вчинки) та асиміляції [17]. Як психологічні механізми соціальної адаптації З. Фройд виокремлював імітацію, ідентифікацію, відчуття сорому та провини. Т. Парсонс, застосувавши ці поняття у теорії соціальної дії, визначив імітацію як процес засвоєння елементів культури шляхом наслідування, а ідентифікацію – як прийняття цінностей. Е. Фромм у концепції «соціального характеру» вказує п'ять способів адаптації до соціуму: рецептивний, експлуатуючий, накопичувальний, ринковий, продуктивний. Основою кожного з них є своєрідний психологічний механізм, за допомогою якого індивіди вирішують проблему людського існування, соціалізації, що є захисною реакцією на фруструючу ситуацію: мазохізм, садизм, деструктивізм,

конформізм, любов [2].

Соціальна адаптація детермінується дією великої кількості різних за походженням, складністю та спрямованістю впливу факторів, які можна класифікувати на такі, що визначають адаптаційний потенціал особистості (групи), і такі, що формують адаптаційну здатність соціального середовища.

Система соціальної адаптації включає виробничу, побутову та дозвільної адаптацію.

Виробнича адаптація відбувається в ході трудової діяльності індивідуума. При цьому розвиваються такі якості, як професіоналізм, трудова активність, ініціатива, компетентність і самостійність. Вирішується проблема професійної адаптації, яка включає два етапи: підготовчий і безпосередній.

Побутова адаптація формує певні навички, установки, звички, а також охоплює різні відносини, що складаються в сім'ї, відносини з родичами, сусідами і знайомими.

Дозвільна адаптація передбачає формування установок і здібностей до підтримки здоров'я.

Адаптаційний потенціал особистості (групи) є синтезом соціально-психологічних, соціальних, економічних ресурсів, якими володіє особистість (група), що забезпечують її ефективну соціальну адаптацію до нового соціального середовища, тобто визначається потребами, установками, мотивами діяльності особистості, її інтересами, рівнем домагань, психологічними якостями, віком, статтю, освітою, соціальним статусом, соціальними зв'язками, професійною підготовкою та ін.

Адаптаційна здатність соціального середовища відображає об'єктивну сприятливість середовища для засвоєння його індивідом чи групою, визначається рівнем розвитку цього середовища, системою відносин у ньому.

Це середовище формується під впливом сукупності соціальних, економічних, політичних, психологічних факторів. У період суспільних потрясінь і криз вирішальну роль у процесі соціальної адаптації відіграють деструктивні фактори соціального середовища. Найбільше фруструє

особистість зовнішня депривація, тобто втрати соціальним середовищем такого стану, з яким попередньо була досягнута соціально-психологічна єдність.

Неможливість особистості ефективно включитися у соціальне середовище призводить до перетворення адаптації на дезадаптацію [11].

Якщо розглядати процес адаптації людини ззовні, то він виглядає як намагання особистості вписати власний життєвий світ у нову систему соціальних координат. Проте, насправді, все відбувається навпаки. Адаптованою можна вважати людину, яка прийняла нову соціальну реальність у власну систему уявлень про світ. Таким чином адаптація до суспільної кризи передбачає насамперед наслідування особистістю нових атрибутів соціального світу і створення на цій основі оновленої суб'єктивної картини світу [11, 109].

Про рівень соціальної адаптації свідчить здатність особи без особливих зовнішніх і внутрішніх (психологічних) конфліктів задовольняти свої соціогенні потреби, продуктивно здійснювати професійну діяльність.

Індикатором рівня соціальної адаптації є задоволеність як найбільш загальна суб'єктивна характеристика особистості, що є основою спонукальних мотивів до взаємодії з середовищем. У кризовому чи трансформаційному суспільстві соціальна адаптація є проблематичною, оскільки існуючі структури, цінності та норми порушуються. Більшість людей використовує ситуаційне пристосування – так звану соціальну мімікрію. Цей вид соціальної адаптації розглядають як вимушений засіб захисту в складних умовах зовнішнього середовища, за яких зовнішня пристосовуваність поєднується з негативним ставленням до норм і вимог макросистеми. Важливою умовою успішної соціальної адаптації у змінюваному середовищі є креативна адаптація, гнучко організована пошукова активність, вихід за межі певних кліше [32].

Найчастіше соціальна адаптація розглядається у вузькому і широкому значенні. У вузькому – коли мова йде про адаптацію одного її типу або ж одного індивіда чи незначної за кількістю членів соціальної групи. У широкому значенні адаптація охоплює процеси глобальних масштабів, коли йдеться про адаптацію до нових засад організації суспільного буття, до нових суспільних

ідеалів, принципів, за якими повинні діяти цілі соціуми, або ж адаптацію ментальнісних цінностей до змінених суспільних відносин тощо. У переважній більшості серед головних ознак соціальної адаптації є активне, творче включення індивіда у процес створення умов для реалізації його потреб, життєвих цілей, що, у свою чергу, передбачає також пристосування до міжособистісних стосунків, властивих даному середовищу, до екологічного та культурного оточення тощо. Тому часто змістом соціальної адаптації вважається адаптаційна діяльність людини, за допомогою якої індивід оволодіває новими умовами і стилем життєдіяльності, соціальним досвідом, культурою того середовища, до якого адаптується. В той же час, соціальна адаптація означає не стільки прийняття індивідом усіх змін, пов'язаних з формуванням нового устрою суспільства, нового способу життя, скільки у соціальному і психологічному освоєнні їх у цілісній системі суспільних відносин, у психологічній здатності пережити надзвичайну ситуацію переходу від однієї системи цінностей до іншої [11].

Особливе місце посідає розв'язання суперечностей між декларованими суспільством цінностями і реально корисною для індивіда поведінкою. Суперечності формуються передусім у системі соціальних інститутів, які виконують важливі функції в суспільстві. У сферу суспільного виробництва людина вступає вже сформованою особистістю. Однак процес її формування на цьому не завершується. Індивід, потрапляючи у круговерть соціальних процесів, вступає в різноманітні соціальні взаємини, в результаті яких він змінюється сам і впливає на інших індивідів [32, 93].

Соціальна адаптація є комплексною проблемою, яка відображає унікальну універсальність і різноманітність взаємодії людини й суспільства.

Пристосовуючись до безперервних змін середовища, людська особистість протягом життя зазнає певних змін, оскільки можливість відновлювати власні фізичні й душевні сили обмежено-необмежна – за адаптаційні зміни людина платить фізичним і психічним здоров'ям. У суспільствах, де переважають позитивні адаптивні ситуації, відбувається прогресивний розвиток, що в цілому

є позитивним для особистості. Якщо діє нейтрально-адаптивна ситуація – відбуваються як позитивні, так і негативні реакції. У випадку негативно-адаптивної ситуації постають перешкоди, що негативно впливають на успішність адаптації. На жаль, в українському суспільстві переважають негативно-адаптивні ситуації, зумовлені відсутністю державних програм з їх оптимізації серед різних груп населення; недостатньою є роль національної ідентичності, посилюється деградація, маргіналізація свідомості; порушується ціннісно-нормативна система суспільства; набувають сили психічні й фізичні деструкції, депопуляція [32, 9-10]

Таким чином соціальна адаптація індивіда (суспільної групи, соціуму) в умовах сучасного кризового суспільства належить до загальних закономірностей суспільного розвитку, оскільки у адаптаційних процесах задіяне, як правило, усе соціальне середовище.

Трансформаційні процеси, що відбуваються в Україні, проявляють багато суперечностей в усіх сферах життєдіяльності людини, спонукають кожну особистість до переосмислення своїх ідеалів та принципів, сприяють пошуку свого місця у нових суспільних відносинах. Суспільство в цілому і кожна людина зокрема поставлена перед необхідністю адаптуватися до нових засад буття, сучасних безпекових умов, нових соціально-економічних реалій та інших стереотипів поведінки, що, у свою чергу, актуалізує подальші дослідження проблеми соціальної адаптації особистості до умов сучасного кризового суспільства.

Як бачимо, соціальна адаптація – це складний процес, що потребує певних цілеспрямованих втручань, особливо якщо мова іде про адаптацію дітей з особливими потребами, включаючи дітей з дитячим церебральним паралічем.

Комплексність процесів адаптації, що зачіпають не лише власне соціальні, але і фізіологічні механізми, так серед рівнів психофізіологічного реагування на психотравмуючу ситуацію, пов'язаних зі структурою потягів, мотивації та цінностей, крім особистісного, також і позаособистісні, або крупносистемні рівні (нейровегетативний, нейроендокринний,

характерологічний). Згідно моделі адаптаційної психодинамики С. Радо, психічна адаптація базується на трьох ієрархічних системних рівнях інтеграції: гедонічному (близький до нейровегетативного), емоційному і розумовому, забезпечених механізмами зворотного зв'язку [1].

Соціальна адаптація тісно пов'язана з психічною адаптацією. Ю. Олександрівський виділяє такі функціонально-цілісні підсистеми єдиної системи психічної адаптації: соціально-психологічних контактів; пошуку, сприйняття і переробки інформації; забезпечення неспання та сну; емоційного реагування (емоційний фон); ендокринно-гуморальної регуляції [4]. Тим самим психічна адаптація людини представляється як результат діяльності цілісної самокерованої системи, активність якої забезпечується не просто сукупністю окремих вище перелічених компонентів-підсистем, а їхньою взаємодією і взаємосприянням, породжують нові інтегративні якості, не притаманні ізольованим системо утворюючим компонентам окремо.

А. Налчаджян, висуваючи проблему рівнів дезадаптації, передбачає існування тимчасової і стійкої дезадаптації [48]. Перша усувається за допомогою адаптивних дій. Друга зберігається довго, оскільки особистість не знаходить шляхів і засобів адаптації у певних соціальних ситуаціях, хоча робить спроби, які виявляються малоуспішними.

Важливу роль в адаптації і дезадаптації, як вважає Ф. Василюк, відіграє пов'язана з мотиваційно-смісловою сферою особистості її здатність до динамічної перебудови системи мотивів, відносин, установок, життєвих цілей і смислів [13]. Максимально можливе задоволення актуальних потреб і збереження сенсу життєвих і ціннісних орієнтацій є важливим критерієм ефективності стану адаптації. Отже, адаптацію можна визначити як стан оптимальної відповідності особистості і навколишнього середовища в процесі здійснення властивої людині діяльності. Цей стан дозволяє їй задовольнити актуальні потреби і реалізовувати пов'язані з ними значущі цілі, зберігаючи насиченість життя, можливість її регуляції, спрямованості, осмислення, забезпечуючи відповідність максимальної діяльності людини, її поведінки,

вимогам середовища.

З погляду життєвої ситуації для інвалідів з ДЦП характерні відгородженість від життя суспільства, незадоволеність своїм положенням, яка пов'язана перш за все з самотою, з наявністю проблеми пристосування до свого положення і необхідністю подолання психологічного дискомфорту.

Для цих осіб украй утруднено працевлаштування, участь у суспільному житті, створення власної сім'ї. Навіть працюючі інваліди практично не беруть участь у житті суспільства, часто відчують по відношенню до себе насторожене, а то і недобррозичливе відношення з боку адміністрації і здорових колег.

До відхилень, що найчастіше зустрічаються, в емоційно-вольовій сфері у інвалідів з ДЦП відносяться емоційна млявість, апатичність, залежність від опікуючих осіб, невисока мотивація до самостійної діяльності, тим більше – спрямованої на корекцію власного патологічного стану, невисокий адаптивний потенціал.

Частково ці риси є складовими елементами психоорганічного синдрому, частково – наслідком гіперопіки хворої дитини в соціально сприятливій сім'ї.

Труднощі, з якими зустрічаються інваліди унаслідок ДЦП, настільки серйозні, що для багатьох дітей стають непереборними на шляху їх соціальної адаптації. Ці особи поступово втрачають надію влаштуватися на роботу, замикаються в собі, відчують свою непотрібність і вимагають підвищення групи інвалідності [6].

Величезну небезпеку в цій ситуації становить песимістичний погляд на можливості інвалідів з ДЦП, який міцно укорінявся в свідомості багатьох медичних і соціальних працівників. Проте навіть інваліди, що мають важкий ступінь рухових порушень, при створенні певних умов можуть знайти застосування своїм «обмеженим можливостям».

Провідні зарубіжні реабілітологи, розглядаючи ДЦП не тільки як хворобу, але і як сукупність обставин, в яких вимушена жити людина, вважають, що важливо запропонувати йому такі види допомоги, які дозволили

б йому пристосуватися до цих обставин і жити максимально повноцінним життям, спостерігаючи за станом пацієнта до досягнення його можливого рівня функціональної спроможності.

1.2. Особливості діагнозу та соціально-психологічний портрет дитини з ДЦП

Термін «дитячий церебральний параліч» об'єднує групу синдромів рухових порушень, які виникають в результаті неправильного розвитку мозку та/або його пошкодження протягом періоду внутрішньоутробного життя плода, під час пологів та/або в перші місяці життя дитини. Характеризується, перш за все, різними порушеннями м'язового тону, нездатністю правильно зберігати вертикальну позу і виконувати цілеспрямовані рухи. Оскільки фактори, що ушкоджують діють на мозок, що розвивається, симптоми ДЦП зазвичай відзначаються в перший рік життя дитини у вигляді порушень його раннього рухового розвитку і зберігаються в тій чи іншій мірі протягом усіх наступних років його життя.

Порушення опорно-рухового апарату, а саме ДЦП, є одним з тяжких та специфічних порушень психофізичного розвитку дітей, яке має прояв у відхиленні від норми рухових функцій, які в більшості випадків поєднуються з порушеннями мовлення, різними ускладненнями формування вищих психічних функцій та особистості, а також проявляється зниження інтелекту.

Стани з порушенням рухів та здатності управляти положенням тіла у навколишньому просторі впливають на адаптаційні механізми дитини, тому що особа з церебральним паралічем не може контролювати свої рухи в порівнянні з іншими людьми, вона не може навчитися самостійно стояти, ходити, сидіти і говорити. Її рухи та пози тіла завжди будуть відрізнятися від інших людей [23].

Відповідно до причини та локалізації основних захворювань головного мозку формуються різні клінічні форми:

1. Спастична диплегія – двосторонній параліч однойменних частин тіла);
2. Спастична геміплегія – характеризується односторонністю процесу (ураженням м'язів однієї половини тіла;
3. Подвійна геміплегія – найтяжча форма ДЦП, оскільки має місце тетраплегія (ураження рук і ніг), рухові можливості практично відсутні;
4. Гіперкінетична форма – характеризується невимушеними рухами. Вони посилюються під час спроби цілеспрямованих рухів та при психоемоційному напруженні дитини.
5. Атонічно-астатична форма – характеризується зниженим артеріальним тиском у тулубі та кінцівках за наявності високих сухожильних рефлексів, атаксією (порушення координації) та іншими проявами мозочкової недостатності [24].

Як бачимо у диференціації діагнозу використовують різні елементи класифікації, зупинимося на цих класифікаціях детальніше. Церебральний параліч класифікують за локалізацією рухових порушень. Визначено наступні форми церебрального паралічу:

Моноплегія. При моноплегії ушкоджується одна кінцівка на одній стороні тіла особи. Моноплегія є дуже рідкісною формою церебрального паралічу.

Диплегія означає, що рухове ураження в основному стосується ніг особи. Через спазмовані м'язи ніг, особи з диплегією мають тенденцію стояти на пальцях стопи. Особи з диплегією можуть також мати помірні проблеми з тонусом м'язів верхньої кінцівки, але мають адекватний тонус тулуба, рук та голови.

Геміплегія – це така форма церебрального паралічу, при якій уражена одна сторона тіла людини. При цій формі руки страждають більше ніж інші частини тіла, рука звичайно приведена, зігнута в плечі, лікті та кисті. Рука чи нога на ураженій стороні можуть бути коротші чи менш розвинуті ніж рука чи нога з іншого боку. П'ятдесят відсотків всіх осіб з геміплегією мають ту чи іншу ступінь втрати сенситивної чутливості.

Квадроплегія – це така форма, при якій рухові порушення

спостерігаються по всьому тілу особи. При квадроopleгії тонус м'язів ніг особи порушений більше, ніж м'язів рук. Особи з квадроopleгією часто мають значні порушення стану м'язів обличчя, що використовуються в міміці та розмові. Особи з такою формою церебрального паралічу переживають значні труднощі з більшістю щоденних дій самообслуговування.

Подвійна геміплегія. Подібно до квадроopleгії подвійна геміплегія діє на все тіло людини, основна різниця між цими двома формами полягає в тому, що при подвійній геміплегії більше уражуються руки хворих. Багато осіб з подвійною геміплегією мають значні порушення мови. Схема уражень частин тіла при цих формах ДЦП показано на рисунку 1.2.

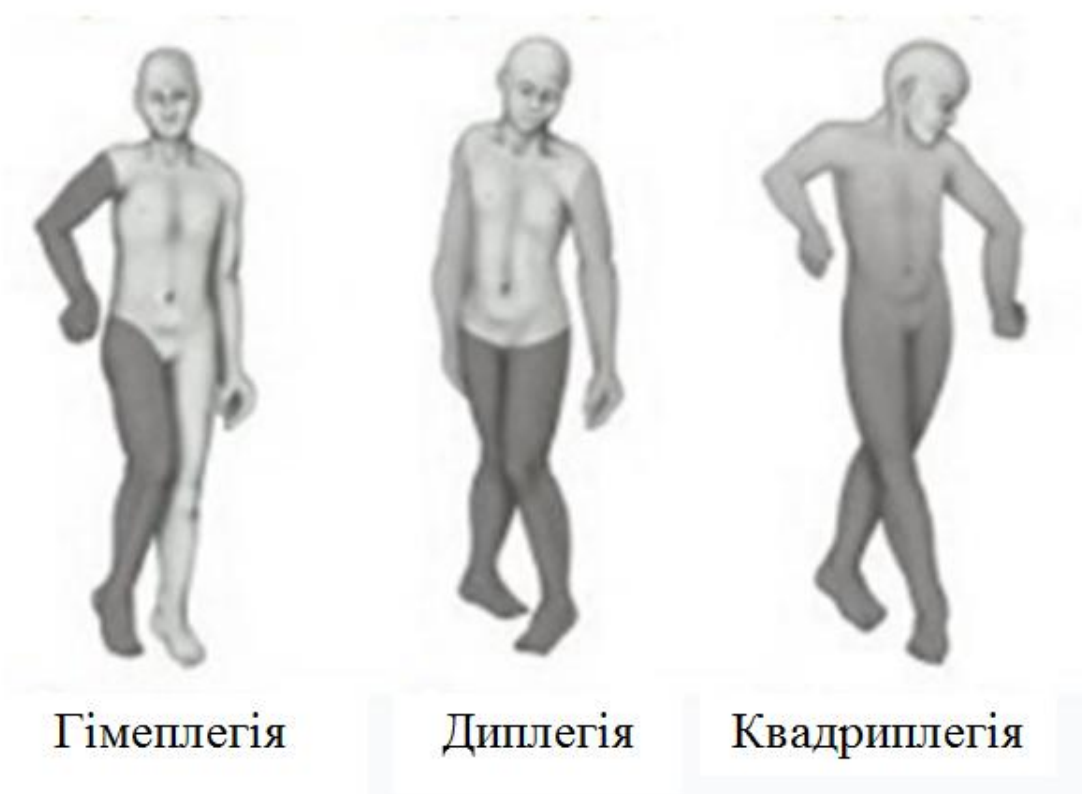


Рисунок 1.2. – Форми ДЦП (частина 1).

Існує класифікація ушкоджень за типом тонусу:

1. Високий тонус. Діти з підвищеним тонусом м'язів звичайно страждають спастикою. Якщо дитина має високий тонус м'яза, то її рухи будуть грубими та незграбними, оскільки м'язи є напруженими і їх тонус не збалансований.

2. Низький тонус. Діти зі зменшеним тонусом м'язів мають проблеми з утриманням положення тіла без сторонньої підтримки, оскільки їх м'язи працюють неузгоджено та сильно ослаблені. Немовлята з гіпотонією м'язів люблять лежати на спині, спираючись на якусь поверхню. Вони мають великі труднощі з положеннями стояння і сидіння. Часто цей тонус викликає проблеми з черевними і дихальними м'язами дитини та перешкоджає розвитку мови.

3. Коливання тонусу. Особи з таким тонусом м'язів мають комбінацію високого та низького тонусів м'язів. Звичайно в таких осіб, в положенні кою тонус низький, а при активних рухах він різко зростає. Підвищення тонусу, потрібне для того, щоб допомогти стабілізувати положення тіла при сидінні з прямою спиною, призводить до надмірного перенапруження м'язів плечового поясу та рук.

4. Змішана форма – неможливо виділити ознаки тільки однієї форми ДЦП, що більше переважає, зате виявляються симптоми різних типів одночасно. Частим поєднанням є спастично-діскінетичний тип.

Також існує класифікація за типом порушення опори та рухів (наочно показано на рис. 1.3.):



Діскінетична форма

Астодна форма

Атаксична форма

Рисунок 1.3. – Форми ДЦП за типом порушення руху та опори.

1. Спастична форма – напружені м'язи. Спастичний церебральний параліч є найбільш поширеним, і становить 80 % всіх випадків. Тонус м'язів підвищений, вони постійно перебувають у стані скорочення, що ускладнює діяльність.

2. Атаксична форма – порушення рівноваги і координації. Діти з атактичною формою церебрального паралічу зазнають труднощів з рівновагою та координацією. Це проявляється проблемами при ходьбі, а також при швидкому русі, або дії, що вимагає концентрації і контролю.

3. Діскінетична форма – неконтрольована рухова діяльність. При дискінетичному ДЦП спостерігаються неконтрольовані рухи рук або ніг; вони можуть бути як повільні і гнучкі, так і швидкі і рвучкі.

Ще одним з підтипів цієї форми ДЦП є дистонічний. До його проявів відноситься мінливість тону м'язів, коли період повного розслаблення змінюється періодом сильного напруги. Зміни можуть відбуватися як раз в декілька днів, так і кілька разів в день.

Класифікація ДЦП за МКБ-10:

- (G80 – G83) Церебральні паралічі та інші паралітичні синдроми.
- (G80) Дитячий церебральний параліч. Виключаючи: спадкова спастична параплегія (G11.4).
- (G80.0) Спастичний квадриплегічний церебральний параліч. Спастичний тетраплегічний церебральний параліч.
- (G80.1) Спастична диплегія. Вроджений спастичний параліч (церебральний). Спастичний церебральний параліч БДВ.
- (G80.2) Дитяча геміплегія.
- (G80.3) Дискінетичний церебральний параліч. Атетоїдний церебральний параліч. Дистонічний церебральний параліч.
- (G80.4) Атаксичний церебральний параліч.
- (G80.8) Інший дитячий церебральний параліч. Змішані синдроми церебрального паралічу.
- (G80.9) Дитячий церебральний параліч, не уточнений. Церебральний

параліч БДВ.

- (G81) Геміплегія. Виключаючи: вроджений або дитячий церебральний параліч (G80.-)

- (G81.0) Млява геміплегія.

- (G81.1) Спастична геміплегія.

- (G81.9) Геміплегія, не уточнена.

- (G82) Параплегія та тетраплегія. Виключаючи: вроджений або дитячий церебральний параліч (G80.-).

- (G82.0) Млява параплегія.

- (G82.1) Спастична параплегія.

- (G82.2) Параплегія, не уточнена. Параліч обох нижніх кінцівок БДВ.

Параплегія (нижня) БДВ.

- (G82.3) Млява тетраплегія.

- (G82.4) Спастична тетраплегія.

- (G82.5) Тетраплегія, не уточнена. Квадріплегія БДВ.

Причиною внутрішньоутробного паралічу може бути інфекційне захворювання матері під час вагітності, особливо краснуха. Несумісність резус-факторів матері та дитини; спадкування. Причиною під час пологів може бути задуха, родова травма, передчасні пологи. Після народження дитини причиною ДЦП можуть бути інфекційні захворювання мозку (менінгіт, енцефаліт), травма голови, пухлина головного мозку [23].

Основні прояви ДЦП:

- напруга м'язів змінюється від повного розслаблення до інтенсивного напруження;

- сильна напруга м'язів, посилення рефлексів (спазм) - часто у вигляді вигину тіла дитини в одну сторону, асиметричне положення кінцівок;

- порушення рухової координації (атаксія);

- повільні, гнучкі рухи (атетоз);

- тремор або неконтрольований хаотичний рух;

- дитина виявляє безпідставне занепокоєння або млявість.

Вторинними проявами бувають:

- розлади смоктання, ковтання, слинотеча;
- затримка в розвитку мови;
- судоми (епілепсія);
- порушення зору, слуху;
- розумова відсталість.

Діти з ДЦП часто страждають на психічні захворювання, характер та ступінь яких залежать від складності та локалізації мозкової травми. У 30 % – 40 % дітей з цим діагнозом спостерігається різний ступінь розумової відсталості – при задовільному розвитку логічного мислення зазвичай виникають функціональні недоліки, пов'язані з недостатнім просторовим аналізом та синтезом. Ці фактори впливають на ріст дітей та формування дисбалансу психічних функцій, що призводить до вторинних затримок психічного розвитку [27].

Труднощі з мовою, мімікою, а іноді навіть слиновиділення нерідко спричиняють викривлене сприйняття інтелектуального розвитку дитини . Так враження може бути гіршим, ніж фактичний розвиток її інтелекту. Фактичний психічний стан можна визначити лише за допомогою ретельного спостереження та спеціальних методів діагностики.

Для таких дітей характерні емоційні хвилювання та перепади настрою. У міру дорослішання вони починають почувати себе неповноцінними та безпорадними. В результаті можуть розвинутися патологічні ознаки – ізоляція та відчуження від реальності [58].

До психотравмуючих обставин, які впливають на розвиток особистості, належать такі чинники:

- переживання недобррозичливого ставлення однолітків, надмірної уваги оточуючих;
- обмеженість міжособистісних відносин у дитячому колективі;
- емоційна депривація (психічний стан, пов'язаний з неможливістю задовольняти основні життєві потреби);

- труднощі у процесі навчання зумовлені паралічем, гіперкенезом, порушеннями просторового сприймання.

Основною ознакою, яка може свідчити про церебральний параліч, є порушення руху (особливо важливі навички, такі як підняття голови, перекидання з голови на живіт, сидіння, повзання, стояння та ходьба) під час розвитку дитини [36].

Характеристики формування особистості та характеристики емоцій та сили волі дітей з діагнозом ДЦП можна віднести до таких двох факторів:

- біологічні особливості, пов'язані з характером захворювання;
- соціальні умови – вплив на дитину родини і педагогів.

Іншими словами, з одного боку, на розвиток та формування особистості дитини серйозно впливає надзвичайний стан, який пов'язаний з обмеженою діяльністю та мовленням; з іншого боку – ставлення родини до атмосфери хвороби дитини поруч. Тому завжди важливо пам'ятати, що особистісні особливості дітей з ДЦП є результатом тісної взаємодії цих двох факторів. Варто зазначити, що у разі потреби батьки можуть зменшити фактори соціального впливу [25].

Для класифікації комунікативних бар'єрів, що заважають успішному спілкуванню, ми виділяємо два типи психосоціальних бар'єрів:

1. Індивідуальні внутрішні бар'єри, які пов'язані з такими сутностями, як норми, установки, цінності та особисті характеристики - жорсткість, конформність тощо).

2. Перешкоди, причина яких надходить з зовні: непорозуміння з боку інших, недостатня інформація тощо.

Рання адекватна організація соціально-педагогічного та логопедичного супроводу дозволяє ефективно компенсувати порушення психофізичного розвитку, мовленнєві розлади, зменшити вторинні порушення або запобігти їх розвитку. Вчасне здійснення корекції мовлення дитини з ДЦП раннього віку дасть можливість не втратити сенситивний період розвитку [26].

Всі когнітивні психологічні процеси ДЦП мають багато спільних рис:

- порушення активної довільної уваги негативно позначається на всій когнітивній системі дітей з ДЦП;
- підвищена виснаженість всіх психічних процесів (цереброастенічні прояви), що виражається в низькій інтелектуальній працездатності, порушенні уваги, сприйняття, пам'яті, мислення, в емоційній лабільності [25].

Зазвичай люди з церебральним паралічем мають затримку розвитку усіх атрибутів уваги та мають якісну своєрідність мовлення. Порушується формування вибіркової, стабільної, концентрації та розподілу уваги. Крива працездатності відрізняється нерівномірністю. Також важко звернути увагу та зупинитися на певних елементах, що пов'язані з інерцією інтелектуальної діяльності. Відзначається слабкість активної довільної уваги. При порушеннях активної довільної уваги страждає початкова стадія пізнавального акту – зосередження і довільний вибір під час прийому та обробки інформації. Порушення уваги також можуть бути пов'язані з відхиленнями у функціонуванні зорового аналізатора: з неможливістю фіксації погляду, з обмеженням поля зору.

Сприйняття у дітей з ДЦП характеризується кількісним відставанням від вікових нормативів і якісною своєрідністю у формуванні даної психічної функції. Спостерігається своєрідний розвиток зорових і слухових орієнтовних реакцій: на оптичний і звуковий подразник виникає пригальмовування загальних рухів, при цьому відсутній руховий компонент орієнтовної реакції (у деяких дітей замість орієнтовних реакцій виникають захисно-оборонні реакції).

Зорове зосередження з'являється у дітей з ДЦП після 4-8 міс. та характеризується рядом патологічних особливостей: фрагментарністю, стрибкоподібністю і обмеженням поля зору, що викликаються косоокістю, ністагмом або впливом позотонічних рефлексів на м'язи очей [25].

У деяких дітей з ДЦП спостерігається повна втрата або суттєве зниження слуху, що негативно позначається на формуванні та розвитку слухового сприйняття, включаючи фонему (подібні слова «коза» – «коса» не розрізняють). Помилки, спричинені порушенням сприйняття фонему, найбільш очевидні в

письмовій формі. Більшість дітей з церебральним паралічем мають обмежену предметну діяльність, що призводить до браку знань та уявлень про навколишній світ, що заважає формуванню різних видів діяльності [27].

Деякі фахівці вказують на сенсорну гіперчутливість дітей з церебральним паралічем. У зовсім маленьких дітей можуть спостерігатися судоми в м'язах, навіть коли прямі сонячні промені потрапляють на обличчя дитини. Незначні подразники органів чуття можуть спричинити різке посилення судом.

У дітей з ДЦП можуть страждати самі різні ланки просторового та часового сприйняття: чуттєве сприйняття, предметно-просторове й тимчасове орієнтування, просторова організація рухового акту, словесне позначення просторових і часових компонентів. Пояснити це можна тим, що у дітей з ДЦП за умови нестачі наочних дій недостатньо розвинене й наочне сприйняття, а наочні дії неможливі без розвитку і вдосконалення загальної моторики. Слід пам'ятати, що саме у результаті наочної діяльності відбувається розвиток дотику, а крім того, рухова недостатність перешкоджає не лише нормальному зоровому і кінестетичному сприйняттю і їх розвитку, але й заважає формуванню інтерсенсорних умовних зв'язків, особливо зорово-моторних. Відомо, що рух, а також практична діяльність мають величезне значення в плані розвитку ряду вищих кіркових функцій, особливо просторових. Цим пояснюється частий прояв просторових порушення у дітей з церебральними паралічами [24].

Багато дітей з церебральними паралічами відчувають затруднення в сприйнятті форми, в співвідношенні в просторі об'ємних і плоских величин. Часто дитина з церебральним паралічем не орієнтується в частинах власного тіла; розвиток схеми тіла тісно пов'язаний з формуванням просторового сприйняття. У хворих порушення просторового сприйняття можуть проявлятися в поєднанні. У них важко формуються поняття «ліво», «право», проявляються елементи пальцевої агнозії, труднощі в засвоєнні письма, читання, рахування. Великі труднощі вони відчувають при оволодінні саме письмом, особливістю цього письма може бути його дзеркальність [26].

Причиною труднощів в освоєнні просторово-часових відносин є те, що у дітей з ДЦП формування просторово-часових понять відбувається при малому включенні активного переміщення самих дітей, при обмеженні практичного, побутового, ігрового досвіду.

Особистість дітей з відхиленнями у розвитку (включаючи церебральний параліч) в основному пов'язана з умовами їх формування, що суттєво відрізняється від умов розвитку нормотипових дітей.

Для більшості дітей із ДЦП характерна затримка психічного розвитку по типу так названого психічного інфантилізму. Під психічним інфантилізмом розуміємо незрілість емоційно-вольової сфери особистості дитини. Це пояснюється уповільненим формуванням вищих структур мозку (лобові відділи головного мозку), пов'язаних з вольовою діяльністю. Інтелект дітей може відповідати віковим стандартам, але емоційна сфера не сформована [25].

Ряд таких учених, як М. Ейдінова, О. Кириченко, І. Левченко, Д. Семенова, відносять порушення психічного розвитку у дітей з ДЦП до аномального психічного розвитку і стверджують, що ці порушення в значній мірі залежать від локалізації і часу ураження головного мозку [27; 33; 34].

При психічному інфантилізмі відзначаються такі особливості поведінки: у своїх діях діти керуються в першу чергу емоцією задоволення, вони егоцентричні, не здатні продуктивно працювати в колективі, співвідносити свої бажання з інтересами навколишніх, у всій їхній поведінці присутній елемент «дитячості». Ознаки незрілості емоційно-вольової сфери можуть зберігатися і в старшому шкільному віці. Вони будуть проявлятися в підвищеному інтересі до ігрової діяльності, високій сугестивності, нездатності до вольового зусилля над собою. Така поведінка часто супроводжується емоційною нестабільністю, руховим розгальмуванням, швидкою стомлюваністю.

Незважаючи на перераховані особливості поведінки, емоційно-вольові порушення можуть проявляти себе по-різному.

В одному випадку це посилить хвилювання. Діти цього типу неспокійні, вибагливі, дратівливі та схильні до нападів. Для них характерні інтенсивні

перепади настрою: вони надмірно веселі, а потім раптово починають метушитися, здаються втомленими і дратівливими. З іншого боку, ще одним типом характеристик є пасивність, безініціативність та надмірна сором'язливість. Будь-який вибір обставин призведе їх до глухого кута. Їх поведінка сонлива і повільна.

Дітям з ДЦП важко адаптуватися до нових умов, і важко виходити на контакт з незнайомцями. Для них характерні різні страхи (висота, темрява тощо). Також, у дітей, які страждають на порушення опорно-рухового апарата, часто можна спостерігати розлади сну. Їх мучать нічні кошмари, вони тривожно сплять, важко засинають.

Багато дітей відрізняються підвищеною вразливістю. Частково цей явище можна пояснити ефектом компенсації: рухова активність дитини обмежена, і на тлі цього органи почуттів, навпроти, отримують високий розвиток. Завдяки цьому вони чуйно ставляться до поведінки навколишніх і здатні вловити навіть незначні зміни в їхньому настрої. Однак ця вразливість найчастіше носить хворобливий характер; цілком нейтральні ситуації, невинні висловлення здатні викликати в них негативну реакцію [7, 153].

Підвищена стомлюваність є ще однією відмінною рисою майже всіх дітей з ДЦП. У процесі збору та навчання, навіть якщо до цього завдання високий інтерес, дитина швидко відчує втому, плаксивість, дратівливість і відмовиться працювати. Деякі діти стають неспокійними через втому: швидкість мови стає швидшою і стає незрозумілою; підвищується гіперактивність; вони проявляють агресивну поведінку – діти можуть розкидати довколишні предмети та іграшки.

Ще одна область, у якій батьки можуть зіткнутися із серйозними проблемами, – це вольова активність дитини. Будь-яка діяльність, яка вимагає концентрації, організації та рішучості, спричинить труднощі. Як ми вже відзначали раніше, психічний інфантилізм, властивий більшості дітей із ДЦП, накладає істотний відбиток на поведінку дитини. Наприклад, якщо запропоноване завдання втратило для неї свою привабливість, їй дуже складно зробити над собою зусилля і закінчити розпочату роботу.

Фактори, які впливають на волю дитини, можна розділити на:

1. Зовнішні, до яких належать умови і характер захворювання, відношення навколишніх до хворої дитини.

2. Внутрішні, такі, як відношення дитини до самої себе та до власної хвороби.

Слабка сила волі більшості дітей з ДЦП безпосередньо пов'язана з вихованням дітей. У сім'ї хворої дитини зазвичай можна спостерігати такі ситуації: увага родичів спрямована лише на її хворобу, батьки хвилюються про все, обмежують незалежність дитини, переживають, що вона може отримати травму або впасти, незграбна. Все це призводить до того, що діти виростають полохливими та невпевненими в собі. Вони упокорюються своїй хворобі і не прагнуть самостійності, заздалегідь розраховують на те, що навколишні все зроблять за них. Якщо дитина звикає до такого стану речей, знаходить його зручним, то з'являється виражений егоцентризм, прагнення маніпулювати людьми [44].

Комплексне обстеження дитячих емоцій та волі є прогностичною основою подальшого розвитку особистості. Особливу увагу слід звернути на такі психічні стани:

- основний емоційний стан;
- раптові перепади настрою;
- неспокій, страх;
- реагування на власні фізичні вади;
- комунікаційні характеристики (сором'язливість, невпевненість, конфліктність, агресивність);
- характер сімейних відносин (залежність, надмірна прихильність, конфлікт тощо).

Важливим для нашого дослідження є співвідношення розвитку ДЦП з віковою періодизацією. З раннього віку дитина стикається з труднощами в розвитку життєво необхідних систем.

Раннє дитинство (від 1 до 3 років). У дітей із церебральним паралічем

спостерігаються суттєві труднощі просторового аналізу та синтезу, порушення схеми тіла, труднощі мовленнєвого відображення просторових відношень. Вони важко засвоюють форми і величини предметів. Вони погано контактують з предметами, що ускладнює процес навчання письма для дошкільного та молодшого шкільного віку. Вони не можуть ідентифікувати предмети на дотик (стеріогноз). Спостерігається порушення діяльності слухового аналізатора. Дитина може не сприймати звуки високої частоти, замінювати іншими звуками.

Раннє дитинство має вирішальне значення для розвитку мовлення дітей з ДЦП. Це пов'язано з особливістю мозку дитини, оптимальною зрілістю мовної функції та її здатністю компенсувати порушені функції, тому педагоги вважають, що перші кілька років життя є найбільш придатними для корекційної роботи. Відповідна та організована допомога на ранніх термінах з однорічного віку може не тільки виправити наявні порушення розвитку, запобігти вторинним розладам, визначити ступінь соціальної дезадаптації дітей, але й дати можливість кожній дитині досягти максимального загального рівня розвитку.

Одним із важливих періодів розвитку дитини є дошкільний період (від 3 до 6 років). Саме в цей час виникає потреба у спілкуванні з дорослими та однолітками, набувається соціальний досвід, розвиваються пізнавальні здібності. Діти з тяжкими формами ДЦП живуть і розвиваються у просторово обмеженому світі. Це призводить до рухових обмежень, що перешкоджають формуванню розвинутої особистості, нормальних взаємин з дорослими та однолітками. Переважним стилем виховання у сім'ях, де зростають діти із церебральним паралічем, є гіперопіка. Цей тип взаємин виявляється у надмірній батьківській опіці, у надзвичайній відданості дитині. Таке ставлення супроводжується появою у батьків емоційних та вольових проблем (тривожність, страх); мати зосереджується на фізичному та психічному безсилі дитини. Відомо, що така модель виховання призводить до психопатичного розвитку особистості хворої дитини, формує в ній негативні установки.

Важливість виховної позиції батьків стосовно дітей із ДЦП підтверджує й

той факт, що діти з високим рівнем вольового розвитку є вихідцями із благополучних (з позиції психологічного клімату) родин. У таких родинах батьки не «зациклені» на хворобі дитини. Вони стимулюють і заохочують її самостійність у межах допустимого. Вони намагаються сформувати у дитини адекватну самооцінку. Їх відношення можна виразити формулою: «Якщо ти не схожий на інших, це не означає, що ти гірший».

Не можна залишати поза увагою і ставлення до хвороби самої дитини. В підлітковому віці важливого значення набуває власний зовнішній вигляд та його співрозмовника, також особливості мови та манери поведінки. А зважаючи на те, що для підлітків цієї категорії порушень характерно наявність зовнішньо вираженого фізичного дефекту, то цей бар'єр в даному віці набуває особливого значення. Незрілість емоцій та сили волі дітей у середній школі заважає соціальній адаптації. Ця ознака незрілості відображається в інтересі до гри та слабкості у силі волі. Всі ці емоційні характеристики підлітка можуть бути причиною його негативного ставлення до однолітків та неготовності інших підлітків до спілкування з підлітком з ДЦП [45].

Таким чином, церебральний параліч виникає внаслідок ураження тих відділів центральної нервової системи, що контролюють роботу м'язів, відповідають за рівновагу і довільність рухів. Це ураження може виникати до народження, під час пологів або в перші тижні життя дитини. При різних формах ДЦП може зустрічатися і нормальний, і затриманий психічний розвиток, розумова відсталість. Для дітей з ДЦП вже з першого року життя характерне порушення процесу активного сприйняття навколишнього світу, що часто призводить до затримки психічного розвитку навіть при хороших потенційних інтелектуальних можливостях. Особливості розвитку особистості та емоційно-вольової сфери дитини з ДЦП багато в чому залежать не тільки від специфіки захворювання, але у першу чергу від ставлення до дитини батьків і близьких.

Більшість батьків, хто зіштовхується з важкою хворобою своєї дитини, прагне отримати максимум інформації, що має хоч якимось відношення до

проблеми. Знання допомагають сім'ї реально подивитись на хворобу та способи її лікування, дають необхідні сили для боротьби з недугою, дозволяють стежити за останніми тенденціями в галузі медицини. Але, інколи в гонитві за аотаціями до ліків нового покоління і по уроком чергового фахівця вони випускають з поля зору особистість самої дитини. А, в свою чергу, спроба подивитись на хворобу «зсередини» – очима хворої дитини – і є кращим способом її зрозуміти.

Як при будь-якому обмеженні можливостей здоров'я у дитини з ДЦП виникають адаптивні та компенсаторні механізми. Розглянемо їх детальніше.

У строгому сенсі слова, ДЦП не є прогресуючим захворюванням. Це означає, що в мозку дитини зберігаються лише залишкові явища, викликані порушенням патологічного процесу, який не прогресує. Але ступінь вираження окремих проявів захворювання, перш за все, ортопедичних, без адекватного лікування з часом може суттєво погіршуватися. Так, наприклад, якщо не застосовувати ортопедичних укладок, в процесі росту і розвитку дитини на тлі високого м'язового тонузу можуть формуватися суглобово-м'язові контрактури.

В рамках профілактичних та реабілітаційних заходів застосовується:

- ортопедичні оперативні втручання: сухожильна пластика, сухожильно-м'язова пластика, коригуюча остеотомія, артродез, хірургічне усунення контрактур вручну;

- масаж;

- лікувальна гімнастика, в тому числі Бобат-терапія;

- використання технічних засобів реабілітації, в тому числі і для лікувальної гімнастики: навантажувальний костюм («Аделі», «Гравистат»), пневмокостюм («Атлант»);

- заняття з психологом.

А також, при необхідності:

- логопедична робота;

- медикаментозна терапія;

- функціональна нейрохірургія;
- метод Войта;
- лікування супутніх розладів (епілепсії та ін.);
- на ранній стадії: лікування основного захворювання, що послужило причиною розвитку ДЦП;
- санаторно-курортне лікування;
- анімалотерапія [27].

Синдром дитячого церебрального паралічу (ДЦП) – поширене захворювання в індустріальних країнах, воно характеризується високим рівнем інвалідизації. Діти і підлітки, які страждають на ДЦП, виявляються у важкій життєвій ситуації. Фізичний недолік багаторазово тиражується життєвою ситуацією дитини у вигляді інших екстраординарних подій: госпіталізації, хірургічні операції, тривала іммобілізація, відрив від сім'ї. Такі події в житті дітей з ДЦП можуть супроводжуватися переживаннями страху, тривоги, безпорадності, вираженими проявами дезадаптації. У цих умовах велике значення мають біологічні та соціальні компенсаторні прояви, що сприяють відновленню нормального функціонування організму і особистості. Компенсаторні прояви психологічного рівня пов'язані з роботою механізмів психологічного захисту. Велику роль в становленні системи захисту грають відносини між дитиною та її батьками. Захисні механізми можуть формуватися у дитини в процесі засвоєння батьківських форм захисної поведінки, а також в результаті неадекватного ставлення матері до хвороби дитини [28].

Основними клінічними симптомами ДЦП є: порушення рухової функції, пов'язаної з затримкою розвитку і неправильним формуванням кінетичних рефлексів; патологія м'язового тону. Крім порушень в центральній нервовій системі протягом життя виникають вторинні зміни в нервових і м'язових волокнах, суглобах, зв'язках, хрящах. У більшій частині випадків деформується структура чуттєвого пізнання – перцептивні дії, гностичні процеси, спостерігаються інші порушення психіки, мови, зору, слуху. Події в житті дітей з ДЦП можуть супроводжуватися переживаннями страху, тривоги,

безпорадності, вираженими проявами дезадаптації. У цих умовах велике значення мають біологічні і соціальні компенсаторні прояви, які сприяють відновленню нормального функціонування організму і особистості в ускладнених умовах [30].

Розглядаючи поняття компенсації та адаптації нам необхідно встановити такі поняття як «компенсація» та «декомпенсація».

Компенсація (від лат. *compensatio* відшкодування, урівноваження) заміщення, перебудова порушених або недорозвинених функцій організму, своєрідне його пристосування до негативних умов існування, що змінилися, і спроба замінити уражені, такі, що вийшли з ладу або непродуктивно працюючі структури відносно підлягаючими зберіганню, компенсаторними механізмами.

Наприклад, компенсація порушених або втрачених функцій зорового аналізатора можлива переважно через розвиток слуху, нюху, дотику, тобто за допомогою сенсорної системи шкірного і кінестетичного аналізаторів. Процес компенсації спирається на значні резервні можливості вищої нервової діяльності людини. Цей процес типовий і для тварин при порушенні або втраті якої-небудь функції, будучи проявом біологічної пристосовності організму, яка встановлює його рівновагу з довкіллям. Компенсація уражених функцій у людини якісно своєрідна це процес розвитку усіх сторін особи, в основі якого лежить єдність біологічних і соціальних явищ.

У дітей з відхиленнями в розвитку в ході компенсації відбувається формування нових динамічних систем умовних зв'язків, корекція порушених або ослаблених функцій, розвиток особистості в цілому. Специфічний розвиток нетипових дітей відбувається на тлі активізації захисних сил, засобів організму і мобілізації його резервних ресурсів, патологічних процесів, що чинять опір становленню особистості.

У зв'язку з цим Л. Виготський говорив про закон перетворення мінуса дефекту в плюс компенсації: «Позитивна своєрідність дефективної дитини створюється в першу чергу не тим, що у нього випадають ті або інші функції, спостережувані у нормального, а тим, що випадання функції викликає до життя

нові утворення, що являють у своїй єдності реакцію особи на дефект, компенсацію в процесі розвитку».

При цьому оптимальний розвиток функцій, підлягаючих зберіганню органів, що заміщають уражені системи, Л. Виготський пояснює не їх особливою природженою будовою у нетипової дитини, а активним функціонуванням, викликаним життєвою необхідністю. У розвитку дитини з порушеннями провідну роль грає не первинний дефект, а його вторинні, третинні соціокультурні наслідки, його соціально-психологічна реалізація.

Процеси компенсації (включення дитини в різноманітні соціальні стосунки, активне спілкування, соціально-корисна діяльність на основі компенсаторних можливостей) не в змозі повністю виправити дефект, але вони допомагають здолати утруднення, що створюються дефектом. Чим раніше починається спеціальна психолого-педагогічна дія, практика соціальної роботи, тим успішніше розвивається процес компенсації. Робота по соціокультурній і психолого-педагогічній реабілітації, почата на ранніх етапах розвитку, попереджає появу вторинних і третинних наслідків порушення органів і сприяє розвитку дитини в сприятливому напрямі. Для деяких груп дітей з проблемами межі компенсації обмежені через наявність виражених відхилень в онтогенезі. Проте їх психофізичне здоров'я покращується при здійсненні інтеграційних механізмів (практик) [35].

Іноді, у зв'язку з тим, що нетипові діти вкрай схильні до негативних впливів і станів (хворобливі процеси, психічні перевантаження афекти, стресогенні чинники, травми), компенсаторні механізми можуть руйнуватися. При цьому різко знижується працездатність і уповільнюється психофізичний розвиток. Це явище називається декомпенсація (від лат. de приставка, що означає недолік, відсутність). Подібні рецидиви функціональних порушень призводять до нестійкості і послаблення психічних процесів. Тому дитина з проблемами потребує створення охоронного режиму, обмеження навчального навантаження [35].

Компенсаторні механізми психологічного рівня істотно розширюють

можливості біологічної та соціальної компенсації. Конкретні прояви психологічного рівня компенсації пов'язані з механізмами психологічного захисту. З точки зору сучасних дослідників, психологічний захист – це система стабілізації особистості, що виконує функцію огорожі свідомості людини від переживань, що травмують. Завдяки їм нівелюються почуття дискомфорту і тривоги, пов'язані з важкими життєвими обставинами і внутрішніми конфліктами. Тобто психологічні захисні механізми розглядаються в якості процесів інтрапсихічної адаптації особистості за рахунок підсвідомої переробки інформації, що надходить. Знижуючи рівень дискомфорту й тривоги, механізми психологічного захисту можуть спотворювати вихідну інформацію, поведінку людини. При цьому надлишкова напруженість підсвідомою компенсаторною активністю може служити перешкодою для адекватного усвідомлення ситуації і гармонійної взаємодії людини з соціумом [27].

Механізми психологічного захисту формуються в онтогенезі і пов'язані з рівнем психічного розвитку дитини. Негативний досвід, обумовлений переживанням і подоланням важких життєвих ситуацій, призводить до формування системи психологічних захисних механізмів, що визначають поведінку дитини в таких ситуаціях. Переважання або часте використання одного захисного механізму може стати причиною порушення соціальної адаптації. Одні і ті ж захисні механізми можуть мати різне значення для соціальної адаптації дитини на різних етапах вікового розвитку. У дитячому віці зустрічаються такі механізми психологічного захисту: заміщення, витіснення, ізоляція, придушення, заперечення, проекція, регресія, імітація, символізація, раціоналізація, фантазія [29].

Заміщення – механізм психологічного захисту, спрямований на нівелювання емоції гніву. При цьому дитина звертає агресію на самого себе або на нейтральний об'єкт, скидаючи тим самим напругу. Заміщення проявляється у формі активних (гіперактивність) і пасивних (порушення сну, соматичні скарги, ситуативна тривожність) поведінкових актів. Цей вид захисту може проявлятися у дітей раннього віку, визначаючи фізичне самопочуття і емоційне

благополуччя.

Витіснення – це «забування» почуттів, думок, бажань, що викликають дискомфорт. Але витіснення в несвідоме, ці психологічні феномени потребують постійної напруги для утримання негативних почуттів у підсвідомості, впливаючи на поведінку дитини.

Ізоляція (або відчуження) – захисний механізм, що позначає дисоціацію почуття, вчинку. При цьому дитина відключається від реальності, занурюється у власний світ - світ мрій. У дітей дошкільного та молодшого шкільного віку включення даного захисного механізму супроводжується зниженням занепокоєння, емоційної реакції, афективних проблем, тривожності, гіперактивності, соматичних скарг.

Придушення – захисний механізм, представляє собою психічну операцію, спрямована на блокування страху за допомогою забування його джерела, а також обставин, асоціативно пов'язаних з ним. Високий рівень придушення пов'язаний з підвищенням рівня таких проблем, як відчуження, соматичні скарги, проблеми з увагою, тривожність, виражені порушення психічної і соціальної адаптації.

Заперечення – захисний механізм, який позначає заперечення травмуючої події. Високий рівень заперечення пов'язаний з підвищенням рівня соматичних скарг, порушенням уваги, високим рівнем тривожності, порушенням поведінки, труднощами соціальної адаптації.

Регресія – це захисний механізм, представляє собою повернення почуттів і дій до тієї стадії психічного розвитку, коли ці дії були успішними, а почуття переживалися як задоволення. Даний захисний механізм в дошкільному віці супроводжується зниженням проблем в області тривожності, агресивної поведінки, соматичних скарг, емоційної реактивності, що позитивно впливає на процес соціальної адаптації; в шкільному віці - високою тривожністю і непослухом.

Проекція – захисний механізм, приписування іншій людині або речі тих якостей, почуттів і бажань, які дитина відкидає в собі. У дошкільному віці

захисний механізм «проекція» сприяє зниженню неспокою. У шкільному віці включення даного захисного механізму супроводжується агресивною поведінкою, порушеннями сну, через непослух.

Імітація – неусвідомлюване емоційне самоототожнення себе з іншою людиною. Імітація є незрілою формою ідентифікації - вираженого прагнення наслідувати певній особі, моделювати поведінку іншої людини. Ідентифікація сприяє співволодінню з почуттями, формує особливості поведінки, властивості особистості, взяті за зразок, забезпечує взаємодію дитини з навколишнім соціальним середовищем.

Раціоналізація – це захисний механізм, який виправдовує неприйнятні для дитини думки, почуття, поведінку. Раціоналізація сприяє частковому зняттю дискомфорту, що виникає. Даний механізм психологічного захисту з'являється на пізніх етапах онтогенезу, сприяє збереженню самоповаги, допомагає уникнути відповідальності і провини.

Символізація – захисний механізм, в процесі якого того чи іншого психологічного феномену приписується певне значення, логічне пояснення. У дошкільному віці високий ступінь розвитку символізації веде до гіперактивності і до проблем із увагою. У шкільному віці розвиток символізації сприяє зниженню афективних проблем, соматичних скарг і тривожності.

Фантазія – втеча від реальних проблем в світ уяви [33].

Велику роль в становленні системи захисту грають відносини між дитиною та її батьками. Захисні механізми формуються у дитини в процесі засвоєння батьківських форм захисної поведінки, а також в результаті дисгармонійних варіантів дитячо-батьківських відносин, зокрема в результаті неадекватного ставлення матері до хвороби дитини [34].

Адаптаційний потенціал дітей з обмеженими ними можливостями здоров'я має серйозні обмеження з огляду на наявність хронічної ситуації хвороби (дефекту) і як наслідок змінених умов її життєдіяльності. Все це тягне за собою зміну психофізіологічних можливостей особистості, соціальної компетентності, звужуються кола соціальних контактів, великі труднощі в підтримці відносин.

У зв'язку з цим обмеження можливостей по здоров'ю пред'являє вимоги до стресостійкості і адаптивності людини [32].

На думку А. Маклакова під особистісним адаптаційним потенціалом розуміються індивідуально-психологічні характеристики особистості, що дозволяє диференціювати людей за ступенем стійкості до стресових ситуацій. С.А. Ларіонова зазначає, що від адаптаційних ресурсів особистості залежить ступінь соціально-психологічної адаптованості.

Відомо, що в процесі розвитку дитини на неї впливає цілий ряд факторів, таких як особливості розвитку, темперамент, фізичне і психічне здоров'я, життєвий досвід і навколишнє середовище. В процесі розвитку у кожної дитини формується індивідуальний і унікальний стиль адаптивної поведінки, керуючий станом і долає стресові ситуації. Адаптаційні можливості дітей з ДЦП визначаються особливостями їх особистісної сфери, ступенем збереження систем організму і багатьма зовнішніми факторами. Подолання особистістю ситуації хронічного обмеження можливостей здоров'я виступає як співволодіння зі стресами екстремального рівня. В даний час при вивченні поведінки особистості у важкій ситуації широко розповсюдженим є підхід з позиції аналізу захисних механізмів і стратегій подолання як двох взаємопов'язаних механізмів адаптаційного процесу. Так, людина справляється зі стресом на свідомому і несвідомому рівнях. Від того, наскільки добре людина управляє власними адаптаційними можливостями залежить його здоров'я і благополуччя [31].

Якщо звернутися до індивідуальної психології А. Адлера, то можна стверджувати, що вроджений органічний дефект неодмінно надасть вирішальне значення для всього подальшого розвитку дитини, породивши в ньому почуття неповноцінності і змусивши все життя прагнути максимально його компенсувати [3]. Постає питання про способи компенсації. Описувані в літературі способи компенсації стосуються окремих рівнів інтегральної індивідуальності В. Мерліна: фізичному, психологічному, соціальному.

Перш за все компенсація досягається на фізіологічному рівні завдяки

тренуванні рухових навичок, виробленню стійких рухових стереотипів, медикаментозного впливу. Звичайно, у важких випадках навіть при рано розпочатому лікуванні не можна ліквідувати анатомічний дефект мозку, але можна усунути функціональну недостатність центральної нервової системи, попередити формування патологічних зразків рухів, контрактур і деформацій [9, 22].

На психологічному рівні ДЦП проявляється у вигляді зниження інтересу, спонукання і потреби до будь-якого активної дії, гальмування та інертності психічних процесів, підвищеної стомлюваності, порушення довільності психічних процесів, особливо уваги і пам'яті, сповільненості розумових операцій в різних видах діяльності. У деяких дітей порушення психічної діяльності проявляються у вигляді загальної психічної і рухової розгальмованості [18; 130-132]. Компенсація даних порушень здійснюється за рахунок спеціального цілеспрямованого розвитку процесів, що страждають, підвищеної стимуляції психічних і мовних процесів, спеціалізованого навчання.

На соціальному рівні компенсація ДЦП відбувається за рахунок підвищення симбіотичності взаємин дитини з батьками, особливо – з матір'ю [61].

Найбільш успішно компенсація здійснюється на ранніх етапах розвитку, тому що мозок дитини в порівнянні з мозком дорослого більш пластичний і має великі компенсаторні можливості. Це дозволяє, до певної міри, домагатися у хворих дітей відновлення порушених функцій при ранніх корекції та лікуванні. Раннє вироблення рухових, мовних і психічних навичок стимулює формування вищих інтеграційних центрів, що надають гальмівний вплив на активність стовбурових механізмів [9; 170].

Але інтегральна індивідуальність – це перш за все цілісна система, тому компенсація не може здійснюватися тільки незалежно всередині кожного рівня, вона повинна реалізовуватися і на рівні всієї інтегральної індивідуальності як системи, видозмінюючи міжрівневі зв'язки.

Індивідуальна інтегральність – це не сукупність особливих якостей і

властивостей людини, це особливий, індивідуально своєрідний характер зв'язку між усіма властивостями людини, тобто це цілісна характеристика його індивідуальності. Індивідуальна інтегральність – це динамічна система активної адаптації людини до конкретних умов середовища. Індивідуальна інтегральність містить ряд ієрархічних рівнів властивостей людини: біохімічних, фізіологічних, психологічних, особистісних, соціально-психологічних, що знаходяться між собою в особливій залежності [47].

Наочно схема адаптаційних механізмів що зображена на рисунку 1.4.

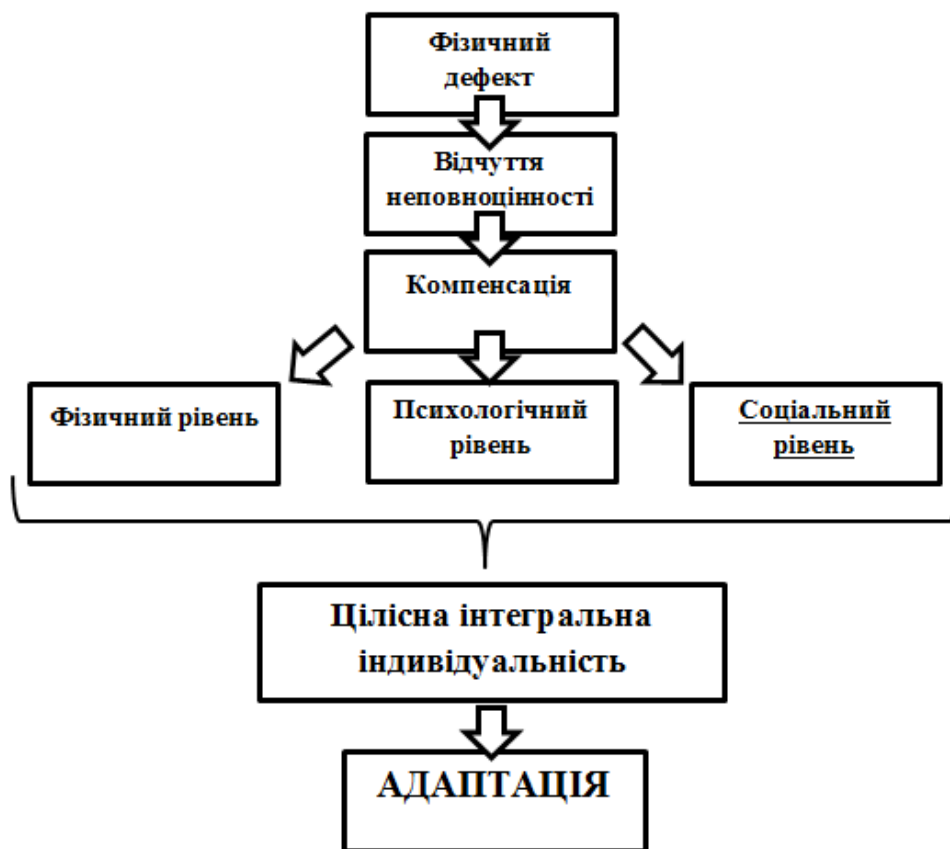


Рисунок 1.4. – Схема адаптаційних механізмів в концепції інтегральної індивідуальності.

Тобто за концепцією інтегральної індивідуальності компенсація та адаптація будуть будуватися за схемою: від фізичного дефекту до появи відчуття неповноцінності, від появи відчуття неповноцінності до потреби в компенсації та її реалізації, в свою чергу компенсація відбувається на трьох

рівнях: фізична компенсація; психологічна компенсація та соціальна компенсація, що в сукупності дають цілісну інтегральну індивідуальність яка спроможна адаптуватись до зовнішніх та внутрішніх умов, що відрізняються.

Лікування ДЦП має бути комплексним і безперервним. Лікувально-реабілітаційні заходи мають бути спрямовані на формування в дитини стереотипів рухів, нормалізацію рухового тону, попередження виникнення контрактур і деформацій; навчання батьків догляду за дитиною з метою її максимальної соціальної адаптації. Відновлювальне лікування проводять у спеціалізованих стаціонарах. Воно передбачає лікувальну фізичну культуру, масаж, заняття з логопедом і психологом, корекцію патологічних поз, застосування медичних препаратів (міорелаксанти, психостимулятори, вітаміни, препарати, що покращують обмінні й регенеративні процеси), фізіотерапію (рефлексо-, гідрокінезотерапія, грязелікування). Широко застосовують хірургічну корекцію деформацій і контрактур; використовують досягнення космічних технологій, зокрема костюм динамічної корекції [29].

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, кількість осіб з ДЦП у світі збільшується (нині вона в середньому становить 2–3 випадки на 1 тис. осіб; в Україні – 2,6). Іноді це пояснюють збільшенням кількості випадків виживання недоношених дітей. В Україні створюються Центр професійної реабілітації інвалідів; школи-інтернати для дітей, хворих на ДЦП, реорганізують у центри адаптації, а також розгортаються масштабні програми по інклюзії дітей з ДЦП у загальноосвітні навчальні заклади.

Таким чином, побудова психосоціальних реабілітаційних заходів – це не тільки проблема порятунку людського життя, а й відновлення життєдіяльності, здатності до самореалізації, участь у всіх видах і формах соціального життя. Успішна психосоціальна адаптація осіб з ДЦП передбачає знання обліку, як основних чинників і умов, так і рушійних сил цього розвитку.

Таким чином, дитячий церебральний параліч є складним захворюванням центральної нервової системи, що веде не тільки до рухових порушень, але і визиває затримку чи патологію розумового розвитку, мовну недостатність,

порушення слуху, зору, а й відповідно призводить до соціальної ізоляції. Усе це свідчить про своєрідний дисгармонійний соціальний та психічний розвиток дитини з захворюванням на ДЦП.

Прогноз можливості самостійного пересування і самообслуговування у клієнтів з ДЦП в значній мірі залежить від типу і об'єму рухового дефекту, рівня розвитку інтелекту та особистісної мотивації, якості мовної функції і функції рук. Згідно зарубіжним дослідженням, дорослі особи з ДЦП, коефіцієнтом інтелекту більше 80 %, розбірливою мовою і здатністю до самостійного пересування в 90 % випадків були працевлаштовані на місцях, наданих і особам без обмежень у здоров'ї. Рівень смертності серед пацієнтів з ДЦП також знаходиться в прямій залежності від ступеня рухового дефіциту і супутніх захворювань. Іншим предиктором передчасного летального результату служить зниження інтелекту і нездатність до самообслуговування. Так було показано, що в Європейських країнах пацієнти з ДЦП та коефіцієнтом інтелекту менше 20 % в половині випадків не досягали віку 18 років, тоді як при коефіцієнті інтелекту більше 35 – 92 % пацієнтів з ДЦП жили більше 20 років [49].

В цілому тривалість життя і прогноз соціальної адаптації пацієнтів з ДЦП в значній мірі залежать від своєчасного надання медичної, педагогічної та соціальної допомоги особі (ще в дитячому віці) і його сім'ї. Соціальна депривація і недоступність комплексної допомоги можуть мати негативний вплив на розвиток дитини з ДЦП, навіть більше за свою значимість, ніж вихідне структурне пошкодження головного мозку.

1.3. Соціальна адаптація дітей з ДЦП як соціально-педагогічна технологія

Ефективна адаптація дітей з особливими освітніми потребами передбачає:

- а) дотримання відповідних критеріїв оптимальності;
- б) використання спеціальних адаптаційних технологій.

Критерії оптимальності відносяться до цілей адаптації (цільові критерії) і засобам досягнення цих цілей (інструментальні критерії). У якості цільових виступають критерії гуманності, самоефективності, рівних можливостей, нормалізації, толерантності, а також діяльнісний критерій; в якості інструментальних – критерії державної підтримки, громадської підтримки, психологічної підтримки, самопомоги, проблемної орієнтованості, внутрішньої мотивації, комплексності, системності, співробітництва [52].

Використання спеціальних адаптаційних технологій – це підбір оптимальних шляхів розвитку адаптивності.

В широкому розумінні соціально-педагогічна технологія це інтеграція педагогічної та соціальної технології, яка має свою структуру і вимагає від фахівця алгоритму виконання всіх операцій для досягнення конкретного результату.

У вузькому сенсі соціально-педагогічна технологія – це алгоритм діяльності соціального педагога, послідовність операцій для досягнення поставленої мети.

Технологія соціальної адаптації є однією з основних технологій соціальної роботи, так як на ній побудована майже вся діяльність з відпрацювання у клієнта навичок протистояння негативному впливу навколишнього середовища.

Термін «адаптація» зустрічається в психології, соціології, медицині і скрізь передбачає активізацію адаптивного потенціалу людини у зв'язку з несприятливим впливом яких-небудь зовнішніх факторів.

Стосовно до соціальної роботи термін «соціальна адаптація» в більшій мірі має психосоціальний значення і, найголовніше, вбирає в себе аспекти, пов'язані як з безумовною самоактивізацією індивіда, так і з залученням до цього процесу комплексу заходів соціально-економічного, соціокультурного, психолого-педагогічного та медико-соціального характеру.

В найпростішому розумінні соціальна адаптація – процес пристосування людини до соціальних умов його існування, до конкретної соціальної ситуації. У контексті технологізації соціальної роботи необхідно розглядати цей процес як, по-перше, структурно і процесуально організований, по-друге, як процес переважно активного пристосування. Він передбачає оволодіння ролями (нормативними моделями поведінки), а також конкретними навичками соціальної взаємодії у будь-якому середовищі.

Підвищення ступеня адаптованості індивіда призводить до більш впевненому протидії різним негативним впливам і зростання можливостей самореалізації. У будь-якому випадку, головним суб'єктом соціальної адаптації виступає сам індивід.

Найбільш часто технологія соціальної адаптації застосовується в організації соціального обслуговування дітей з особливими потребами. Частина дослідників розглядає її як універсальну технологію соціальної роботи, що включає в себе всі інші функціональні технології.

Соціальна адаптація розглядається багатьма вченими як один з компонентів (а в інших випадках – форм) соціалізації; особливо це стосується суб'єктів, коли-то соціалізованими у певному середовищі, але в силу обставин нужденним в оволодінні новими навичками, знаннями, набуття нових цінностей і орієнтирів [53].

У цьому випадку необхідно включення адаптивного механізму – сукупності засобів, з допомогою яких приводиться в дію і самореалізується адаптивний потенціал суб'єкта для відновлення порушеної рівноваги в системі «адаптант – середовище, що адаптує». Найважливішим фактором суб'єктивного властивості, що впливає на процес активізації адаптивного механізму, є наявність адаптивної потреби. Адаптивна потреба – це налаштування людини на подолання адаптивної ситуації, що означає його прагнення 1) привести свої моделі поведінки у відповідність із зміненими вимогами соціального середовища для досягнення старих цілей, 2) змінити середовище, якщо це необхідно для досягнення старих цілей.

В процесі соціальної роботи з дезадаптованими індивідами необхідно прагнути впливати на три складові адаптивного механізму: діяльність, спілкування, самосвідомість.

Вплив на діяльність передбачає допомогу індивіду в оволодінні навичками по виконанню конкретних дій, що дозволяють створювати навколо себе нові елементи середовища, що можуть відіграти вагому роль в адаптаційному процесі.

Вплив на спілкування означає як зміни в комунікативному просторі (поява нових партнерів, оновлення змістової тематики спілкування), так і вплив на комунікативні здібності індивіда (наприклад, у разі порушень мовлення), що дозволить клієнту самостійно розвивати і оновлювати канали комунікації [55].

Вплив на самосвідомість є дуже складним процесом, що вбирає в себе як діяльність соціального оточення клієнта, так і посилену роботу над собою.

Набуття нової соціальної самосвідомості означає формування і осмислення своєї соціальної ролі, що знову ж таки пов'язано з самостійними діями дитини з ДЦП по виробленню власної життєвої позиції.

В процесі роботи з дитиною використання технології соціальної адаптації має пролягати в руслі трьох складових: психологічної адаптації, фізіологічної адаптації та власне соціальної адаптації, яка в даному випадку не повторює форму технології, а є структурним компонентом загального адаптаційного процесу.

Так, психологічна адаптація може означати прийняття індивідом нових умов життєдіяльності, усвідомлення позитивних моментів у зміненому середовищі, вигод і переваг нового положення. Фізіологічна адаптація передбачає в першу чергу пристосування організму до нових фізичних навантажень, режиму діяльності, ритму життя, а також ввімкнення компенсаційних механізмів, пошук альтернативних способів реалізації дій через неможливість виконувати їх нормо типовим способом.

Соціальний аспект адаптації передбачає використання всього потенціалу соціального середовища – побутових пристроїв, комунікативних зв'язків, рівня

споживання – сприяння у виконанні дитиною соціальних функцій і ролей [48].

Важливим етапом соціальної адаптації є зміна соціального статусу дитини (як в очах ровесників та педагогів, так і в очах власних батьків); оволодіння дитиною з ОП елементами трудових навичок підвищення незалежності від зовнішнього середовища;

Застосування технології соціальної адаптації в роботі з дітьми з ДЦП вимагає достовірних знань про їх соціально-психологічні особливості, мотивації, ціннісні орієнтири та фізіологічні можливості.

Дана технологія як ніяка інша передбачає застосування адресного підходу з комплексною оцінкою важкості життєвої ситуації дитини, з урахуванням її індивідуальних психологічних характеристик. Застосування цієї технології майже завжди означає використання всього комплексу засобів зовнішнього середовища – оточення індивіда, допомоги соціальних служб та громадських організацій. Особливо для досягнення повноцінного соціального функціонування дитини в системі соціальних зв'язків і відносин.

Важливу роль в цьому процесі відіграє сама дитина та її замотивованість, а також замотивованість її батьків. Таким чином, соціальна адаптація будується на активному використанні суб'єктивних і об'єктивних факторів життєдіяльності дитини з ДЦП.

Соціальна адаптація є однією з найбільш затребуваних технологій соціальної роботи в силу своєї спрямованості на розвиток внутрішнього ресурсу об'єкта соціальної роботи, будь то індивід, сім'я або група осіб [56].

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

Стратегія соціальної адаптації являє собою індивідуальний спосіб адаптації особистості до суспільства і його вимог. Для нього визначальним є досвід ранніх дитячих переживань, неусвідомлюваних рішень, що приймаються

відповідно до суб'єктивної схеми сприйняття ситуацій, і свідомий вибір поведінки, зроблений відповідно до цілей, прагнень, потреб, системи цінностей особистості.

Стратегії соціальної адаптації індивідуальні і неповторні для кожної особистості, але можна виділити деякі ознаки і риси, що є загальними, характерними для ряду стратегій адаптації.

А. Лазурський виділяє три рівні взаємин «індивід – середовище»:

- на першому рівні особистість повністю залежна від середовища. Оточення, зовнішні умови «придушують» людину, тому пристосування є недостатнім;

- на другому рівні пристосування здійснюється з користю для себе і суспільства;

- третій рівень – творче ставлення до середовища, індивіди вміють не лише вдало пристосуватися до середовища, а й впливати на нього, змінюючи і перетворюючи оточуюче середовище відповідно до свої власних потреб та захоплень.

Науковці визначають також такі стадії соціальної адаптації:

1. Початкова стадія, коли індивід, який адаптується, лише вловлює правила поведінки, але система цінностей соціуму ним ще не визнається.

2. Стадія терпимості, коли і соціальне середовище, і індивід визнають рівноцінність еталонів поведінки у ставленні один до одного.

3. Стадія пристосування, «акомодації», – пов'язана із взаємними поступками: індивід визнає і приймає систему цінностей середовища, але й представники цього середовища визнають деякі його цінності.

4. Стадія повної адаптації, «асиміляції», коли індивід відмовляється від попередніх зразків та цінностей і повністю приймає нові.

Важливими компонентами соціальної адаптації є: узгодження оцінок, домагань індивіда, його особистих можливостей (реальний і потенційний рівень) із специфікою соціального середовища; цілей, цінностей, орієнтацій особистості із здатністю до їх реалізації в конкретному соціальному

середовищі. Адаптація є однією з сторін процесу соціалізації, який обов'язково проходить індивід у ході свого життя. Крім того, в життєвій практиці індивідам, сім'ям, групам доводиться знову здійснювати адаптацію у випадку нормальної чи катастрофічної зміни соціального оточення чи свого статусу в ньому (зміна місця роботи, втрата роботи, переїзд, вимушене переселення, набуття інвалідності тощо).

Успішність адаптації значною мірою залежить від адаптаційного потенціалу особистості. Адаптаційний потенціал – ступінь прихованих можливостей суб'єкта оптимально включатися в нові чи змінені умови оточуючого соціального середовища. Він пов'язаний з адаптивною підготовкою – накопиченням людиною досвіду діяльності з пристосування до соціальних умов.

Технології адаптації – технології, що забезпечують відтворення процесів включення особистості в групи, колективи, в нові умови соціального середовища, діяльності, відносин.

Адаптаційні технології характеризуються узгодженням бажаного суб'єктом з його можливостями і реальністю соціального середовища, тенденціями їх розвитку [58].

Адаптаційний процес відображує: предмет адаптації; час (необхідний і реальний) адаптації; показники адаптації; ефективність адаптації; особливості взаємодії (бажані та реальні) учасників адаптаційної технології; середовище адаптації; умови адаптації; специфіку й рівень управління технологією адаптації.

Основні процедури технології адаптації: 1) визначення цілей спільної діяльності суб'єктів даної технології. Операції: діагностика інтересів і потреб суб'єктів; вияв та аналіз ступеня збігу і відмінностей; прогноз сумісності дій; часовий інтервал; ступінь стійкості; вплив наслідків спільних дій на інтереси та потреби суб'єктів; 2) розробка програми спільних дій. Операції: характер соціальних дій; нормативи (тенденції) зближення соціальних характеристик; напрями, показники зміни середовища спільної діяльності; визначення обсягу

затрат суб'єктів; 3) організація адаптаційного процесу. Операції: самоорганізація і управління; діагностика процесу; аналіз ефективності процесу адаптації; корекція.

Система методів соціальної адаптації включає в себе такі методи, що застосовуються при реалізації інших функціональних процедур технологій соціальної роботи. У ході адаптації може бути використаний універсальний метод інформаційно-консультативної бесіди, метод підтримки і стимулювання нових навичок, моделей поведінки, що використовуються в соціальній профілактиці. Застосовуються також адаптаційні тренінги, персональний соціальний патронаж та ін.

РОЗДІЛ 2

ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З ДЦП

2.1. Діагностика рівня адаптованості у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату

Метою нашого емпіричного дослідження є оптимізація процесу соціальної адаптації дітей з особливими потребами, що мають діагноз ДЦП.

Задачі емпіричного дослідження:

- виявити рівні соціальної адаптації дітей з ДЦП (включаючи особливості соціалізації та побутову адаптацію);
- сформувати навички побутової адаптації (особиста гігієна, використання одягу, прийом їжі, використання побутових приладів, облаштування житла);;
- сформувати навички орієнтування в суспільстві;
- сформувати уявлення про чистоту в приміщенні та основи гігієни;
- розвивати самостійність, охайність, комунікабельність.

Базою дослідження є громадська організація «Асоціація батьків дітей з ДЦП», що надає педагогічні послуги дітям у форматі приватної молодшої школи. В корекційному закладі зі зворотною інклюзією навчаються діти з різними діагнозами і без них, проте значна частка дітей має саме порушення опорно-рухового апарату різної складності.

Педагогічний склад цієї школи:

- директор школи
- заступник директора з навчальної роботи (НР);
- заступник директора з та виховної роботи (ВР);
- заступник директора з матеріально-технічних та загальних питань;
- медичний працівник
- вчителі молодших класів

- вчителі спеціальних предметів (фізична культура, зображувальне мистецтво, музика, англійська мова);

- психолог;
- соціальний педагог;
- логопед;
- вихователі групи подовженого дня;
- логопед
- педагог-організатор.

Питаннями соціальної адаптації дітей з ДЦП опікується вся мультидисциплінарна команда цієї школи, проте ключову роль в цій діяльності здійснює соціальний педагог. При реалізації адаптаційних програм він виконує наступні функції:

- науково-методична;
- соціально-педагогічна;
- виховна;
- культурно-просвітницька;
- корекційно-розвивальна;
- управлінська.

В своїй діяльності соціальний педагог дає пріоритет створенню здорового мікроклімату в колективі, гуманізації міжособистісних відносин, сприяє реалізації задатків кожного учня, захищає права та інтереси дітей, організовує дозвілля, залучає дітей до суспільно корисної діяльності, вивчає специфічні проблеми вихованців та їх педагогів, та здійснює заходи для їх вирішення.

Основною сферою діяльності соціального педагога є мікросоціум: тобто соціальний педагог працює з батьками (законними представниками дитини) значущими дорослими; вчителями, вихователями, психологом та іншими особами, що складають найближче оточення дитини.

Основною метою діяльності соціального педагога є створення найбільш сприятливих умов для всебічного розвитку особистості дитини. Ця мета досягається через реалізацію наступних завдань:

- соціальний захист учня;
- надання учню допомоги під час вирішення проблем різної генези;
- налагодження зв'язку між різними структурами освітнього процесу.

Ключові напрямки соціально-педагогічної роботи в школі визначаються перш за все проблемами, які виникають в освітньому процесі, а для їх діагностики та вирішення залучають всіх, хто здійснює педагогічні впливи на учня: вчителів; працівників соціально-психологічної служби; класного керівника; батьків та інших родичів.

До функцій соціального педагога відносяться:

1. Соціальна та побутова адаптація дітей з ОМЗ.
2. Освітня (цілеспрямовані впливи на поведінку та діяльність дітей).
3. Діагностична – визначення та постановка «соціального діагнозу», через вивчення особистісних особливостей учня, його соціального оточення, умов проживання та стилю виховання батьків.
4. Організаційна – налагодження суспільно корисної діяльності дітей.
5. Правоохоронно-захисна – захист прав та інтересів особистості через використання наявних правових норм.

Соціальний педагог здійснює адаптаційну допомогу через наступні види допомоги: соціально-інформаційна (забезпечення дітей та їх сімей інформацією з питань адаптації, та допомоги у процесі адаптації різними соціальними службами та громадськими організаціями); соціально-правова (сприяння в реалізації правових гарантій, включаючи право на працю у майбутньому); соціально-реабілітаційна (надання реабілітаційних та абілітаційних послуг); соціально-економічна (допомога в отриманні матеріальної допомоги у встановленому державою порядку для сімей, що виховують дитину з особливими потребами) медико-соціальна (профілактичні заходи та врахування особливостей діагнозу при побудові адаптаційних програм); соціально-психологічна допомога (створення сприятливого мікроклімату; усунення впливу негативних чинників; допомога в налагодженні взаємодії з оточуючими); соціально-педагогічна (подолання педагогічних помилок,

створення необхідних умов для успішної соціальної адаптації та соціалізації учнів з особливими потребами).

Місце соціального педагога в структурі освітнього закладу відображено на рисунку 2.1.

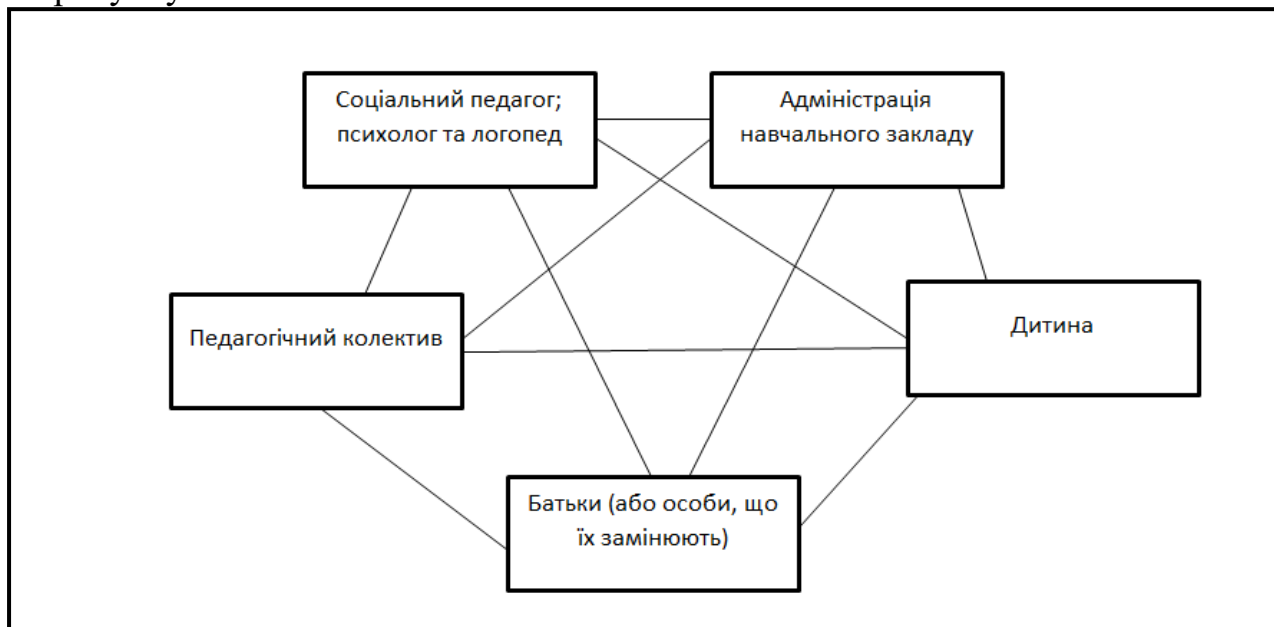


Рисунок 2.1. – Місце соціального педагога в структурі освітнього закладу.

Для кращої організації адаптаційних процесів під час навчання в школі кабінети та класні кімнати мають специфічне облаштування. Більшість приміщень в школі пристосовані до потреб дітей з ДЦП та мають універсальний дизайн. Включаючи комп'ютерний клас зі спеціально налаштованими мишками, для комфортної роботи дітей зі спастикою рук; спортзал обладнаний вертикалізаторами та приладдям для лікувальної фізкультури (ЛФК); масажний кабінет; кабінет медичної сестри; майстерні для володіння дітьми базових навичок праці; сенсорна кімната. Організація адаптаційної програми для дітей з ДЦП неможлива без об'єктивного тестування рівня розвитку їх соціальної та побутової адаптації.

Під час аналізу показників первинного обстеження нами було визначено щоденні побутові проблеми дітей. Проаналізувавши відповіді клієнтів на анкетні запитання, було визначено низку основних моментів, що вплинули на планування адаптаційної програми. За даними було визначено рівень

залежності людини від сторонньої допомоги при споживанні їжі та питті, пересуванні, одяганні, користуванні туалетом, купанні, особистій гігієні, праці, спілкуванні та розумінні.

Аналіз анкетного опитування у відсотках по групах:

Навички самообслуговування:

- пересування: самостійно – ОГ – 80 %, ГП – 85 %; за допомогою допоміжних засобів – ОГ – 20 %, ГП – 15 %.

- споживання їжі та пиття: самостійно – ОГ – 90 %, ГП – 90 %; з допомогою – ОГ – 10 %, ГП – 10 %, переодягання: самостійно – ОГ – 80 %, ГП – 90 %; з допомогою – ОГ – 20 %, ГП – 10 %.

- прийом ванни самостійно – ОГ – 80 %, ГП – 85 %; з допомогою – ОГ – 20 %, ГП – 15 %;

- користування туалетом – ОГ – 90 %, ГП – 90 %; з допомогою – ОГ – 10 %, ГП – 10 %.

- виконання хатньої роботи: самостійно – ОГ – 60%, ГП – 75%; з допомогою – ОГ – 40%, ГП – 25%.

Психологічний стан дітей. Згідно з педагогічним спостереженням та опитуванням дітей та їх батьків було визначено, що більшість дітей (ОГ – 75 %, ГП – 70 %) прагнуть до вдосконалення своїх можливостей та проявляють ініціативу на заняттях, однак у спілкуванні з іншими у ОГ – 30 %, ГП – 40 % дітей є скутими. Дані результати анкетного опитування підтвердили наші прогнози щодо щоденних побутових потреб людей, зроблених на основі аналізу початкового обстеження.

Якісний та кількісний аналіз емпіричних даних здійснювався за допомогою спеціалізованих пакетів прикладних програм для психологічних досліджень SPSS 20.0 та пакету Microsoft Office Excel 2010

Батькам пропонували оцінити рівень соціальної адаптованості їх дитини за допомогою Методики дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда (див. додаток А), звичайно така оцінка є менш об'єктивною, проте діти ще не достатньо дорослі, щоб проходити таке

тестування самостійно.

Завдяки такій оцінці нами було виявлено наступні результати, які подані в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Результати оцінки соціальної адаптованості за допомогою методики К. Роджерса – Р. Даймонда, заповненої батьками щодо їх дітей (первинні данні)

Показники методики (норма)	№ респондента							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Адаптивність (68-136)	55	60	58	45	60	59	49	53
Дезадаптивність (68-136)	139	127	130	126	138	131	127	142
Неприйняття інших (14-28)	14	20	23	16	15	22	14	26
Прийняття інших (12-24)	20	14	15	13	13	12	23	11
Прийняття себе (22-42)	20	18	24	22	19	23	21	21
Неприйняття себе (14-28)	29	27	26	29	31	29	28	28
Емоційний комфорт (14-28)	31	29	28	28	29	27	26	29
Емоційний дискомфорт (14-28)	28	29	27	26	28	31	29	31
Внутрішній контроль (26-52)	25	26	30	23	24	26	32	23
Зовнішній контроль (18-36)	36	30	38	39	32	35	36	37
Домінування (6-12)	5	7	5	4	5	6	5	5

В означеній школі було проведено анкетування по блокам побутової соціальної адаптації с дітьми 5-го класу, які мають порушення опорно-рухового апарату спричинені дитячим церебральним паралічем.

Анкетування містило блоки питань «Особиста гігієна», «Торгівля», «Транспорт», «Харчування», «Житло», «Одяг та взуття», «Медична допомога». Ця методика була використана з метою дослідження рівня обізнаності школярів в ключових аспектах соціальної адаптації. Знання та уявлення дітей – це

своєрідний когнітивний блок соціальної адаптації та допомагають дітям в процесі соціального орієнтування.

Сутність методу опитування передбачає наявність чітких уявлень не лише про те, що питати у учнів, а і те, як це зробити, які питання задавати та чи отримані відповіді є достовірними.

Анкетне опитування можна виконувати як груповим так і індивідуальним способом, в нашому дослідженні ми використовували груповий спосіб. Перевагами групового способу є те, що повернення анкет буде стовідсотковим, також позитивно, що діти мають можливість отримати додаткову індивідуальну консультацію по техніці її заповнення, а перед збором анкет наявна можливість проконтролювати повноту та якість їх заповнення.

При формуванні опитування ми уникали прямого формулювання запитань, але в той же час намагалися, щоб їх зміст максимально відображав чи відповідають знання, вміння та навички опитуваного основним загальним вимогам до знань умінь і навичок, що висуваються до дітей цієї вікової групи та наявного фізичного стану (функціональна норма).

Основні загальні вимоги до знань, умінь та навичок п'ятикласників з ДЦП:

1. Знати своє прізвище ім'я та по-батькові, назву міста та адресу свого проживання;
2. Знати послідовність виконання ранкового та вечірнього туалету та вміти його виконувати, включаючи основи особистої гігієни (правила чищення зубів, миття голови, догляду за предметами особистої гігієни, різновиди косметичних та гігієнічних засобів, речей особистого використання та їх призначення; особливості догляду за зубами, волоссям, шкірою та нігтями); вміти причісувати волосся та обирати зачіску, доглядати за шкірою та нігтями; використовувати інструкції для хімічних засобів;
3. Знати та дотримуватись правил здорового способу життя, вимог до постави та положення тіла (з урахуванням особливостей їх діагнозу); слідкувати за своєю поставою жестами, мімікою та артикуляцією.

4. Знати види одягу та взуття, їх призначення, правила догляду за одягом та взуттям; вміти підбирати одяг згідно сезону та соціальної ситуації, прати та сушити одяг, готувати одяг та взуття до сезонного зберігання.

5. Знати санітарно-гігієнічні вимоги під час приготування їжі, правила сервірування столу, правила використання ножа, плити, електроприладів; вміти накривати на стіл, охайно приймати їжу.

6. Знати правила поведінки при зустрічі, прощанні, під час прийому їжі, форми звертання з проханням по допомогу, особливості поведінки в гостях та культурно-просвітницьких установах.

7. Знати види житлових приміщень та їх відмінності; вміти підтримувати чистоту в приміщенні, правильно прибирати, проводити сухе та вологе прибирання, вміти доглядати за рослинами;

8. Знати види транспортних засобів, порядок покупки квитків, правила поведінки в транспорті та на зупинці транспорту; дотримуватись означених правил поведінки; дотримуватись техніки безпеки при перебуванні на вулиці та виконувати правила дорожнього руху.

9. Знати основні види магазинів (відділи в магазинах), їх призначення, правила покупки товарів; вміти обирати товари; оплачувати покупки; виконувати правила поведінки в магазині.

10. Знати засоби зв'язку, різновиди поштових відправлень.

11. Знати види медичної допомоги, способи виклику сімейного лікаря додому, необхідний склад домашньої аптечки. Соблюдувати правила дорожнього руху; вміти використовувати термометр, обробляти рани.

Означені вимоги до знань, вмінь та навичок п'ятикласників з ДЦП, щодо соціальної адаптації ми умовно поділили на 7 тем: «Особиста гігієна», «Транспорт», «Торгівля», «Харчування», «Житло», «Одяг і взуття», «Медична допомога».

Тема «Особиста гігієна» – це важлива частина людської культури. Одним із важливих законів особистої гігієни є догляд за шкірою, що необхідно не лише для привабливого зовнішнього вигляду, а і для здоров'я.

Важливою частиною догляду за своїм зовнішнім виглядом та здоров'ям є догляд за волоссям та нігтями.

Гігієна ротової порожнини також вагомий компонент особистої гігієни, для всіх людей, а особливо для осіб з ДЦП, адже лікування пультів при серйозних нервових розладах – дуже складний процес, крім того інфекції ротової порожнини можуть потрапляти в носові пазухи, мигдалини і нирки. Для запобігання розвитку хвороб ротової порожнини необхідно чистити зуби двічі на день відповідними до вікових та індивідуальних особливостей зубною щіткою та зубною пастою. Після вживання їжі необхідно полоскати ротову порожнину чистою водою. Раз на пів року необхідно відвідувати стоматолога.

Анкета для дітей з цієї теми містить наступні питання:

1. Що включає в себе особиста гігієна?
2. Скільки разів на день потрібно вмиватися?
3. Скільки разів на день, і скільки за часом потрібно чистити зуби?
4. Як правильно зберігати зубну щітку?
5. Як часто потрібно міняти зубну щітку?
6. Як часто потрібно міняти одяг?
7. Чи можна використовувати чужу зубну щітку?
8. Чи можна користуватися чужим рушником?
9. Коли потрібно прати одяг?
10. Чи можна користуватися чужим гребінцем?
11. Що необхідно зробити перед прийому їжі в першу чергу?

Тема «Транспорт» є достатньо важливою для дітей з вадами опорно-рухового апарату, особливо тих, що переміщуються на інвалідному візку, тому в соціальній адаптації необхідно розкрити як загальні правила користування транспортом так і розвинути особливі навички по використанню транспорту особами з ДЦП.

Анкетування з теми транспорт містить наступні питання:

1. Для чого служить транспорт?
2. Які види транспорту Ви знаєте?

3. Назвіть кольори світлофора?
4. На який колір світлофора потрібно починати рух?
5. Де слід переходити дорогу пішоходам, якщо немає світлофора?
6. Де слід обходити автобус/машину?
7. Де слід обходити трамвай?
8. Правила переходу дороги.
9. Як правильно поводитися на зупинці громадського транспорту?
10. Як дізнатися коли під'їде наступний автобус, облаштований для потреб осіб на інвалідних візках.

Тема «Торгівля» покликана сприяти основам економічної соціалізації дітей, адже обходження з грошима є суттєвим компонентом соціальної адаптації. Анкет по цій темі містить наступні питання:

1. Які продукти необхідні в щоденному раціоні?
2. Як можна оплачувати покупки?
3. Як правильно вибирати одяг при покупці?
4. Як правильно поводити себе в магазині?

Тісно пов'язана з темою «Торгівля» тема «Харчування», соціальна адаптація з цих питань забезпечує збереження здоров'я учнів, сприяє їх економічній соціалізації та стимулює етичну поведінку в ході прийому їжі. Анкетування з цієї теми містить наступні питання:

1. Скільки разів на день потрібно їсти?
2. Що можна назвати швидким сніданком?
3. Що можна їсти на ніч?
4. Які продукти найбільш корисні для людини?
5. Що має бути присутнім в щоденному раціоні людини?
6. Як правильно зберігати продукти?

Тема «Житло» включає як загальні відомості про умови проживання та способи удосконалення житлового приміщення, так і основи догляду за житлом з метою підтримання його охайності та безпечності. Анкетування з цієї теми містить наступні питання:

1. Що таке житлове приміщення?
2. Призначення житлових приміщень.
3. Які види житлових приміщень Ви знаєте?
4. Перерахуйте гігієнічні вимоги до житлових приміщень.
5. Види прибирань житлових приміщень.
6. Правила проведення сухого та вологого прибирання.
7. Послідовність проведення вологого і сухого прибирання.

Тема «Одяг і взуття» пов'язана з різними компонентами соціальної адаптації – економічна соціалізація, гігієна, етика, самовираження, анкета з цієї теми містила наступні питання:

1. Яку одяг і взуття можна носити влітку?
2. Яку одяг і взуття можна носити восени?
3. Яку одяг і взуття можна носити взимку?
4. Яку одяг і взуття можна носити навесні?
5. Як доглядати за одягом і взуттям?
6. Види прання речей?
7. Як правильно сушити речі?

Тема «Медична допомога» включає комплекс невідкладних медичних заходів, які проводяться людині, що раптово захворіла або постраждала, на місці пригоди та під час її транспортування до медичного закладу. Метою інформування та навчання дітей з цієї теми в п'ятому класі є навчання основним правилам завдання домедичної допомоги, навичкам догляду за своїм здоров'ям, вмінням застосовувати засоби індивідуального захисту. Ця тема містила наступні питання в анкетуванні:

1. Номер швидкої допомоги?
2. Як потрібно повідомляти інформацію до швидкої допомоги?
3. Як правильно надати першу допомогу потерпілому?

За результатами анкетування нами було зроблено висновок, що у деяких дітей виникають труднощі в самообслуговуванні, рівень їх соціальної пристосованості не відповідає функціональній нормі.

Так, наприклад, два з трьох вихованців не знали скільки разів в день потрібно чистити зуби і скільки разів на день потрібно харчуватися. Отримані в ході дослідження результати показали, що знання учнів ще не свідчать про їхню готовність до самостійного життя; крім того спостереження вказали, що багато школярів не можуть свої знання і вміння застосувати на практиці, в побуті. Це пов'язано як з рівнем фізичної спроможності так і з особливостями пізнавальної діяльності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Для оцінки вихідного рівня показників клієнтів основної та порівняльної групи ми обрали 100-бальну шкалу як таку, яка є достатньо простою для здійснення обчислень і в той же час є досить варіативною, зважаючи на тонкі нюанси проявів соціальної адаптації в залежності від складності діагнозу конкретної дитини, та соціальних умов, в яких вона перебуває.

Оцінка рівня соціальної адаптації за всіма цими методами проводилася згідно критеріїв, означених в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Критерії оцінки побутової адаптації дітей за результатами анкети та спостереження

Бали	Рівень сформованості показника
1-10	Майже відсутні навички; постійна потреба в сторонній допомозі
11- 20	Навички розвинені погано; постійна потреба в сторонній допомозі
21-30	Навички розвинуті недостатньо добре; часта потреба в допомозі
31-40	Рівень нижче середнього; часта потреба в допомозі
41-50	Середній рівень розвитку навичок, незначна потреба в допомозі;
51-60	Рієнь вище середнього; допомогу лише за крайньої потреби
61-70	Навички розвинуті достатньо добре; допомога мінімальна
71-80	Високий рівень, стороння допомога мінімальна
81-90	Високий рівень без сторонньої допомоги
91-100	Дуже розвинені навички. Сторонню допомогу не використовує

Результати анкетування, бесід з батьками стосовно соціальної адаптації їх дітей та спостережень за поведінкою дітей були переведені в 100 бальну шкалу згідно критеріїв. Нами було обстежено 5 дітей 5-А класу, та 3 дітей 5-Б класу, що мають діагноз ДЦП. Ми об'єднали дітей у підгрупи залежно від специфіки діагнозу. Так ми отримали

Респонденти 1, 2, 3 – легкі порушення опорно-рухового апарату, інтелект збережений

Респонденти 4, 5 – середній ступінь порушень опорно-рухового апарату

Респонденти 6, 7 – середній ступінь порушень опорно-рухового апарату, затримка психічного розвитку

Респондент 8 – важкі порушення опорно-рухового апарату, незначна затримка психічного розвитку.

Результати обстеження дітей подано у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Результати обстеження соціальної адаптованості учнів п'ятих класів з ДЦП

№ респондента	1	2	3	4	5	6	7	8
Результати анкетування та спостережень								
«Особиста гігієна»	40	45	54	38	40	35	30	28
«Транспорт»	69	48	50	60	37	38	40	50
«Торгівля»	70	53	54	56	47	40	37	45
«Харчування»	65	60	55	53	52	35	37	30
«Житло»	64	65	60	57	58	40	36	29
«Одяг і взуття»	58	57	48	55	49	33	38	30
«Медична допомога»	41	46	55	39	41	36	31	28
Загальна соціальна	58	53	53	51	46	36	36	34

адаптація								
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

Обрані респонденти були поділені на контрольну та експериментальну групи, так в експериментальну групу потрапили учні під номерами 1, 2, 4, 6, 8 а в контрольну 3, 5, 7. Ми розподілили учнів таким чином, щоб простежити як впливає наша програма на дітей, в залежності від складності порушення та наявності ЗПР, звичайно така маленька вибірка не є статистично достовірною, проте такий підхід дозволить нам виключити адаптаційні впливи шкільного та сімейного середовища і не приписувати програмі досягнень інших чинників соціальної адаптації.

2.2. Напрямки соціальної адаптації дітей з ДЦП за різних вихідних умов та програма сприяння соціальній адаптації

При соціальній адаптації дітей, хворих на ДЦП, педагогічна наука визначає основні напрямки роботи. При побудові програми щодо соціальної адаптації дітей з поєднанням рухового дефекту з затримкою психічного розвитку при церебральному паралічі виділяють наступні області:

- 1) розвиток комунікативних навичок;
- 2) розвиток соціально-побутових навичок;
- 3) створення адекватної корекційно-розвиваючого середовища [31].

Метою програми соціальної адаптації є конструювання індивідуальної середовища розвитку дитини з обмеженими руховими і інтелектуальними можливостями, що сприяє ефективному освоєнню соціального простору, адаптації та повноцінної життєдіяльності, а також навчання навичкам, що сприяють взаємодії з соціальним оточенням.

При реалізації індивідуальна програма реабілітації та соціалізації дитини розподіляється на ряд етапів:

- діагностика навичок, необхідних для соціальної адаптації;

- діагностика соціального середовища дитини;
- організація корекційного та розвиваючого середовища, відповідного можливостям і здібностям дитини;
- навчання дитини елементарним навичкам самообслуговування, навичкам взаємодії з оточуючими;
- формування у дитини максимально можливої самостійності в створених умовах;
- робота з батьками та педагогічним колективом з навчання взаємодії з дитиною [11].

Програма з соціальної адаптації для кожної дитини складається з наступних блоків:

1. Визначення соціального статусу, вихідних психофізичних особливостей дитини, його творчих нахилів.
2. Постановка завдань соціальної адаптації та визначення шляхів їх досягнення за конкретний період.
3. Фіксація досягнутих результатів і їх осмислення.
4. Складання програми наступного періоду адаптації [6].

Зміст програми обговорюється дефектологом і вчителем групи, при цьому вони вирішують питання реалізації завдань програми на заняттях, застосування методів і прийомів, що сприяють закріпленню і переносу засвоєних знань в нові ситуації. Заняття доцільно проводити під час активної бадьорості не раніше ніж через пів години після прийому їжі, необхідно розмежувати рухове і інтелектуальне навантаження, уникати різкої зміни положення тіла дитини, уважно спостерігати за станом та настроєм дитини. В цілому ж при складанні індивідуальної програми на ранніх і середніх стадія адаптації рекомендується використання максимально дискретних блоків занять, орієнтованих на конкретні функціональні сектори. У більшості випадків такий підхід дозволяє рівномірно навантажувати різні центри дитини, максимально повно використовувати обмежений потенціал розвитку дитини, що має порушення, важливим цій роботі є дотримання ортопедичних вимог (див.

додаток В). Також такий підхід полегшує спостереження і значно підвищує точність моніторингу стану клієнта і прогресу його розвитку. Застосування комплексних методик, вельми популярних у дошкільній педагогіці у здорових дітей, в даному випадку, навпаки, може дати негативний ефект, який до того ж може виявитися завуальованим. При комплексному підході прогрес в окремих областях може приховати за собою серйозні посилення в суміжних і залежних областях, наслідки яких можуть проявитися лише через час, і в деяких випадках можуть носити незворотній характер.

Програма по соціальній адаптації призначена для дітей з обмеженими можливостями здоров'я та складена з урахуванням рівня їх знань, умінь та місцевих освітніх умов.

Соціальна адаптація є механізм соціалізації, який дозволяє дітям з обмеженими можливостями здоров'я приймати активну участь в соціальному і культурному житті суспільства.

Таким чином, формування соціальної компетентності здійснюється в ході занять з соціально побутової-адаптації, в процесі яких вихованці школи зі зворотною інклюзією отримують знання про різноманітні сфери життя і діяльності людини, набувають практичні вміння, що дозволяють їм успішно адаптуватися в побуті і соціальному середовищі. В цілому даний процес повинен здійснюватися протягом тривалого часу і вимагає особливих зусиль, терпіння і наполегливості з боку, як самих дітей з обмеженими можливостями здоров'я, так психолого-медико-педагогічного персоналу, які надають їм допомогу і підтримку.

Спільна діяльність соціального педагога, вихователів, медичного персоналу дозволить досягти бажаних результатів.

На заняттях ми підбирали своєрідний тон спілкування з дітьми, говорили доступною мовою, проявляли щирий інтерес до особистості дитини, співпереживали і раділи разом з ними.

При проведенні занять з соціальної адаптації головний акцент робиться на особистісне ставлення кожної дитини до досліджуваного матеріалу. Приклад

заняття подано в додатку Г.

Мета технології адаптації – розвинути загальну адаптивність та підвищити рівень соціальної адаптації дітей з діагнозом ДЦП.

Завдання програми:

1) Сформувати навички особистої гігієни, прийомів їжі, користуванням одягом, приладами і технікою, догляду за житлом і т.д.

3) Підвищити рівень взаєморозуміння дітей і батьків.

4) Розвинути загальну моторику дітей з особливими потребами.

5) Стимулювати сенсорні процеси.

Очікувані результати: підвищення рівня соціальної адаптованості дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

Заняття проводились в двох тематичних блоках: тематичний блок № 1 «Формування навичок самообслуговування»; тематичний блок № 2 «Гармонізація психоемоційного стану».

Обладнання: дидактичні матеріали; іграшки методики М. Монтесорі; обладнання сенсорної кімнати; роздаткові матеріали для батьків та педагогічного колективу; технічні засоби комунікації.

Форми і методи організації занять блоку № 1 «Формування навичок самообслуговування»:

- пояснення проводиться при чіткому дотриманні різних дидактичних принципів, які використовуються в спеціальному навчанні. метод пояснення використовується при вивченні нового матеріалу або для закріплення складного, чи не засвоєного раніше.

- лекція-бесіда, що передбачає безпосередній контакт з дітьми з особливими потребами. Використання даного виду лекцій дозволить привернути увагу дітей до найбільш важливих питань теми, визначити зміст і темп викладу навчального матеріалу з урахуванням психофізичних особливостей, а також дозволить визначити ступінь засвоєння ними попереднього матеріалу;

- практичні заняття, які дають можливість дітям використовувати

теоретичні знання у практичній діяльності. Активна участь в практичній роботі веде до систематизації та поглибленню знань, допомагає виробити уміння і навички;

- заняття та екскурсії: на заняттях важлива увага приділяється практичній роботі. Як методи навчання широко застосовуються сюжетно-рольові ігри, демонстрація навчальних фільмів, діафільмів і різноманітних наочних засобів. У процесі формування вмінь використовувати електричні і механічні побутові прилади, колючі і ріжучі предмети, а також скляний посуд важливо відводити час для вивчення правил безпечної роботи.

Тематичний план блоку представлено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Тематичний план блоку №1 «Формування навичок самообслуговування»

Напрямок роботи та тема заняття	Зміст заняття
Спілкування «Знайомство»	Створення позитивного настрою та мікроклімату в колективі; навчання дітей етиці привітання, прощання. Розвиток навичок слухання.
Особиста гігієна «Уроки Мийдодіра»	Особиста гігієна. Догляд за волоссям. користування гребінцем. Догляд за носом, користування носовою хусткою (особливо для дітей зі слинотечінням). Догляд за порожниною рота, губами (ополіскування після прийому їжі, витирання серветкою губ, після прийому їжі). Миття ніг, стрижка нігтів і т.д.
Одяг та взуття «Гардероб»	Одяг по сезонах. Охайний зовнішній вигляд (відпрацювання навичок).
Одяг та взуття «Прання та прасування»	Відрізняємо брудний одяг від чистого, підбираємо одяг і взуття по сезону; сушимо мокрий одяг і взуття, підбираємо крем і чистимо взуття; пришиваємо

	гудзики. Перемо та прасуємо речі.
Харчування «Поради кулінара»	Призначення кухні, різниця основних продуктів харчування. Зберігання продуктів харчування. Уміння різати ножом продукти, варити. Уміння накривати варити. Уміння накривати на стіл мити посуд та прибирати зі столу, мити і чистити кухонне приладдя кухонне приладдя.
Житло «Уроки Попелюшки»	Види житлових приміщень в місті; види підсобних приміщень в житлових приміщеннях і їх призначення; гігієнічні вимоги до житлового приміщення; правила і послідовність проведення сухого і вологого прибирання.
Медична допомога «Поради лікаря Пігулкіна»	Зробити виклик «швидкої допомоги» (правильно повідомити інформацію); обробити рану дезінфікуючим засобом (йод, зеленка); накласти пов'язку.
Торгівля «Похід в магазин»	Вибір продуктів для приготування сніданку з урахуванням конкретного меню; оплата покупок; дотримання правил поведінки в магазині; вміння скласти продукти в сумку.
Транспорт "Дорожній рух"	Учасники дорожнього руху: водій, пішохід. Елементи дороги: тротуар, проїжджа частина. Загальні правила переходу дороги. Поведінка на зупинці громадського транспорту та в транспорті.
Самообслуговування «Чому ми навчилися»	Підведення підсумків, заключне діагностування.

В блоці 2 «Гармонізація психоемоційного стану» за мету поставлено створення максимально сприятливих умов для формування здоров'язберігаючого освітнього середовища з допомогою занять в сенсорній кімнаті, задоволення освітніх, духовних потреб дітей і педагогів на новому

рівні, використання в повній мірі творчого потенціалу колективу.

Цей блок охоплює більшу аудиторію ніж тільки діти з ДЦП, він спрямований і на інших учнів школи, на педагогів, батьків. Даний блок спрямований як на соціальну адаптацію в цілому, так і на налагодження психоемоційного стану, релаксацію дітей, формування духовних якостей, тощо.

Актуальність даного блоку полягає в тому, що систематичні сеанси релаксації в сенсорній кімнаті приносять відчутну користь для дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

Оскільки діти з ДЦП постійно підвергаються стресу, то м'язова і психологічна релаксація допомагає їм позбутися від нього і придбати гармонізацію психоемоційного стану.

Також у сенсорній кімнаті знижується рівень сенсорної деривації, що полегшує прояви такої проблеми як низький рівень повноцінного сприйняття навколишнього дійсності у дітей з обмеженими можливостями здоров'я; низький рівень тактильних, слухових і зорових стимуляторів та погана адаптація в соціальному середовищі.

Методи реалізації занять другого блоку:

- ігри і різного роду ігрові вправи;
- дихальні вправи;
- вербальні методи (пояснення, бесіда);
- релаксаційні вправи (за допомогою світлового, звукового обладнання, спеціалізованих меблевих модулів);
- спостереження за природою;
- аромотерапія;
- музикотерапія;
- арттерапія.

Варто зауважити, що дидактичні ігри та заняття дають позитивні результати при дотриманні дидактичних принципів:

- принцип активності і посиленої самостійності. Його треба враховувати, коли виникають пошукові ситуації з імовірним результатом самою дитиною.

Педагог виконує на заняттях тільки те, що не може зробити дитина самостійно;

- принцип пізнавальної виразності. Це емоційність педагога, яка є необхідною умовою успішного навчання, так як він підтримує інтерес і увагу дітей до програмного матеріалу, сприяє стабільності їх дій;

- принцип наочності. Він полягає в тому, що на заняттях педагог використовує наочні засоби (іграшки, картинки, посібники і т. д.). Це важливо, тому що на початкових етапах навчання пояснення дорослого даються стисло і тому повинні підкріплюватися показом наочного дидактичного матеріалу;

- принцип поетапності полягає в тому, що зміна частин заняття обумовлена поступовістю освоєння відпрацювання будь-якого вміння, навички. Це дає можливість підвести дитину до позитивного результату, заохочуючи його самостійність і активність;

- принцип циклічності також обумовлений поетапністю навчання на заняттях. Доведено, що найбільша активність протягом одного заняття проявляється дитиною не при першому пред'явленні йому матеріалу (іграшки, картинки і т. д., а при повторних показах (в третій або четвертий раз);

- принцип варіативності здійснюється при повторенні програмного матеріалу на інших уроках. Це вчить дитину самостійно переносити засвоєні знання в нову ситуацію і застосовувати їх на практиці. Одні і ті ж вправи не слід відтворювати більше 2-3 разів. Кожне повторне заняття корисно збагачувати дещо іншим змістом, частково ускладнюючи програмний матеріал.

У навчальний процес корисно вносити елементи гри, проте не варто замінювати працю грою. Відчуття серйозності, важливості, обов'язковості праці повинно залишатися. Крім того, існує чимало способів перетворення самообслуговуючої праці на задоволення. Спираючись на те, що стихія дітей молодшого шкільного віку – це рух, навіть для дітей з дитячим церебральним паралічем. Одна й та ж сама робота може здаватися їм нудною чи, навпаки, веселою в залежності від способу її організації.

Дітям можна запропонувати використовувати будь-який годинник (наручний, настінний, пісочний) з метою нагадування прибрати зі столу книги,

пришити гудзик, полити квіти тощо.

У даній програмі визначено модель діяльності педагогів зі створення діяльності найбільш ефективних умов формування соціальних компетенцій, необхідних для підготовки до самостійного життя та успішної адаптації в соціумі дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

На основі визначеного вихідного рівня сформованості соціальних знань, умінь і навичок у дітей з обмеженими можливостями здоров'я, побудовано перелік занять необхідних для успішної соціально побутової адаптації та самостійного життя. В програмі також були враховані особливі освітні потреби дітей і можливості програмного матеріалу на різних етапах її реалізації. Програма забезпечує різноманітність форм, методів і технологій діяльності соціального педагога по формуванню соціально побутових уявлень і навичок у дітей з особливими потребами.

Тематичний блок № 2 складається з наступних етапів:

- 1) Інформаційне повідомлення про проведення занять з метою зацікавлення дітей та їх батьків;
- 2) Організаційні збори з педагогами, обговорення плану заняття з дітьми з метою складання плану занять;
- 3) Знайомство з батьками дітей, інформування їх про можливість бути присутніми на занятті; підвищення мотивації батьків до проведення занять з соціальної адаптації дітей;
- 4) Оформлення сенсорної кімнати, розташування адаптаційних зон з метою підготовки приміщення до проведення занять;
- 5) Знайомство с дітьми, що приймають участь в програмі, забезпечення позитивного настрою дітей, їх зацікавленості в сенсорній кімнаті;
- 6) Проведення безпосередніх занять в сенсорній кімнаті з розвитком інтересу до ігрової діяльності, відпрацюванням техніки виконання вправ; розвиток навичок спілкування та взаємодії; розвиток розуміння оточуючої дійсності.
- 7) Бесіда з дітьми про враження від сенсорної кімнати, з метою розвитку

пізнавальної активності дітей, їх комунікативних навичок, подолання замкнутості та нерішучості;

8) Збори батьків та педагогів, обговорення занять з метою інформування про хід занять, створення позитивного образу програми, активізації участі значущих дорослих в адаптаційній роботі;

9) Заклучні заняття в сенсорній кімнаті для дітей та їх батьків з метою продовження розвитку дрібної моторики рук дітей, навичок спілкування, взаємодії та самообслуговування.

10) Підведення підсумків о результатах проведених занять з педагогами, з метою покращення психоемоційного стану, стимуляції сенсорних процесів, релаксації, підвищення соціальної адаптованості дітей.

Пілотне дослідження проводилося з трьома учнями з 5-А та 5-Б класів, що мають діагноз ДЦП. Інтенсив тривав два з половиною місяці. Заняття першого блоку проводились один раз на тиждень по 45 хвилин, заняття другого блоку проводились двічі на тиждень по 20-30 хвилин. Всього було проведено 30 занять, включаючи 2 організаційні зустрічі з батьками та педагогами.

Для дитини з важкими порушеннями опорно-рухового апарату та помірною затримкою психічного розвитку додатково проводилися індивідуальні заняття з соціальної адаптації, що включали вправи з розвитку компенсаторних здібностей та пошук альтернативних способів самообслуговування.

2.3. Аналіз результатів реалізації програми з адаптації дітей з ДЦП

Згідно з вдосконаленою індивідуальною програмою соціальної адаптації пацієнти займались 3 рази на тиждень. Пілотне дослідження проводилося з трьома учнями з 5-А та 5-Б класів, що мають діагноз ДЦП. Інтенсив тривав два з половиною місяці. Заняття першого блоку проводились один раз на тиждень по 45 хвилин, заняття другого блоку проводились двічі на тиждень по 20-30

хвилин. Всього було проведено 30 занять, включаючи 2 організаційні зустрічі з батьками та педагогами.

Після завершення курсу соціальної адаптації ми провели підсумкове обстеження клієнтів.

Ознайомитись з показниками рівня адаптації по завершенню програми можна в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

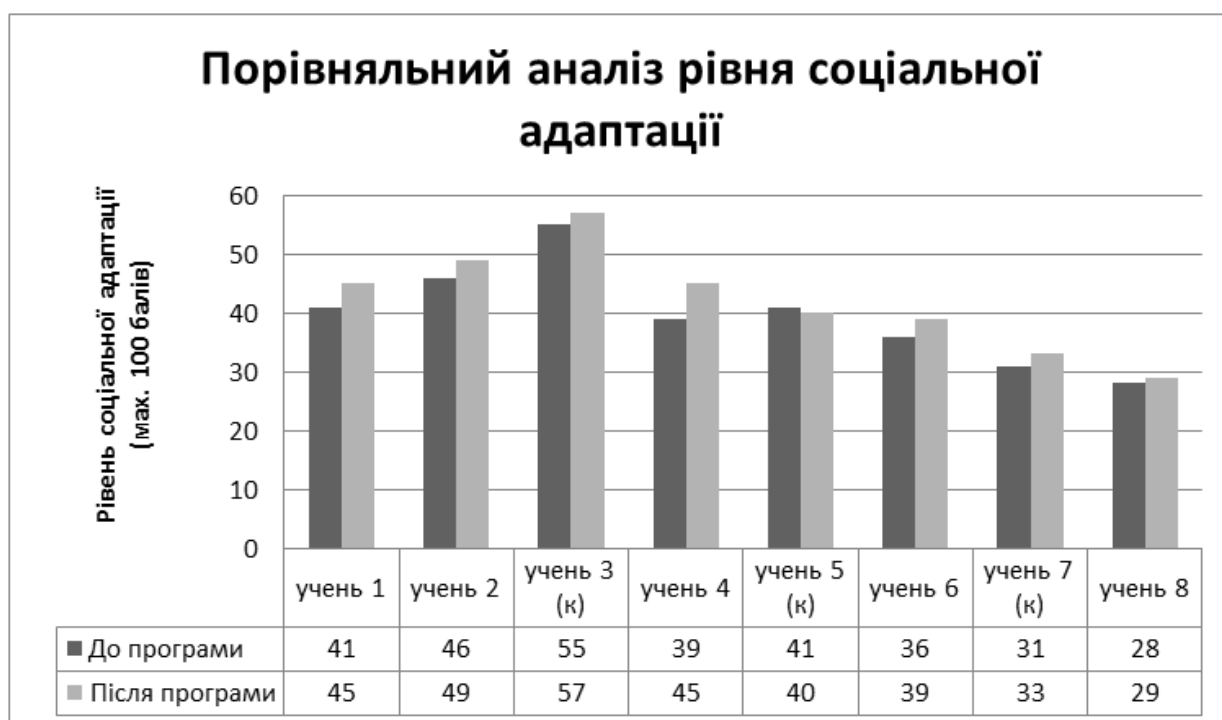
Результати повторного обстеження соціальної адаптованості учнів п'ятих класів з ДЦП після реалізації програми
(сірим кольором позначено контрольну групу)

№ респондента								
Результати анкетування та спостережень	1	2	3	4	5	6	7	8
«Особиста гігієна»	45	47	55	41	39	38	32	28
«Транспорт»	70	53	51	63	40	40	41	52
«Торгівля»	73	55	56	60	48	42	39	46
«Харчування»	68	66	55	55	51	39	39	31
«Житло»	70	67	59	60	60	42	38	29
«Одяг і взуття»	59	60	49	58	48	34	37	30
«Медична допомога»	45	49	57	45	40	39	33	29
Загальна соціальна адаптація	61	57	55	55	47	39	37	35

Дані, які отримали, ми порівняли з початковими результатами для осіб з експериментальної та контрольної груп. Контрольна група складала три дитини: одна з легким ступенем порушень опорно-рухового апарату та повністю збереженим інтелектом; друга з середнім ступенем порушень опорно-рухового апарату та повністю збереженим інтелектом, третя – з середнім ступенем порушень опорно-рухового апарату та затримкою психічного розвитку.

В експериментальну групу потрапило 5 дітей: дві дитини з легким ступенем порушень опорно-рухового апарату та повністю збереженим інтелектом; третя дитина з середнім ступенем порушень опорно-рухового апарату та повністю збереженим інтелектом, четверта – з середнім ступенем порушень опорно-рухового апарату та затримкою психічного розвитку, п'ята – з важким ступенем порушення опорно-рухового апарату та легкою затримкою психічного розвитку (вторинний дефект, не органічна).

Порівняльний аналіз рівня адаптації зображено на рисунку 2.2



Риснок 2.2. – Порівняльний аналіз рівня адаптації до та після програми.

Розглянемо результати ефективності даної програми для соціальної адаптації школярів з ДЦП за ознакою побутової самостійності. В результаті порівняння позитивна динаміка в соціальній адаптації прослідковується у всіх 8-ми учнів, окрім дитини з середнім ступенем порушень опорно-рухового апарату та зі збереженим інтелектом з контрольної групи, втім як нам стало відомо потім, напередодні анкетування дитина захворіла, що могло позначитись на достовірності результатів. На нашу думку в цілому позитивна динаміка пов'язана з тим, що щокала в якій навчаються діти певною мірою

приділяє увагу соціальній адаптації усіх своїх учнів, крім того анкетування батьків також показало високу мотивацію та адекватний рівень реабілітаційної культури, що також позитивно позначається на процесі соціальної адаптації дітей.

В той же час ми хочемо відмітити, що різниця між обстеженням до втручання та після втручання у експериментальної групи вище, ніж у контрольної, що свідчить про ефективність розробленої програми. Найменшу ефективність в експериментальній групі програма показала для дитини з важкими порушеннями опорно-рухового апарату, і хоча саме з цією дитиною були проведені додаткові індивідуальні заняття, все ж ступінь геміплегій що затрудняють пересування та довільність рухів дитини суттєво впливає на її соціальну адаптацію.

Кількісні показники змін:

експериментальна група:

Учень 1 покращення соціальної адаптації на 4 бали;

Учень 2 покращення соціальної адаптації на 3 бали;

Учень 4 покращення соціальної адаптації на 6 балів;

Учень 6 покращення соціальної адаптації на 3 бали;

Учень 8 покращення соціальної адаптації на 1 бал.

Контрольна група:

Учень 3 – покращення соціальної адаптації на 2 бали;

Учень 5 – погіршення соціальної адаптації на 1 бал;

Учень 7 – покращення соціальної адаптації на 2 бали.

Як бачимо кількісні показники змін зовсім незначні, що пояснюється високою ригідністю учнів з ДЦП, проте той факт, що програма має певні позитивні результати говорить, що її використання доцільне і імовірно матиме більш виражений ефект при тривалому застосуванні.

Спостереження за поведінкою батьків також дало змогу зробити висновки про ефективність програми: у батьків підвищився рівень залучення батьків у цілеспрямовану соціальну адаптацію дітей; з'явилося розуміння, що

академічна успішність менш пріоритетна за соціальну адаптацію; активізувався реабілітаційний потенціал, що відмічають не лише експериментатори, а й педагогічний колектив школи. Дані висновки можна частково підтвердити і результатами оцінки зовнішнього контролю (див. табл. 2.6.).

Таблиця 2.6

Результати оцінки соціальної адаптованості за допомогою методики К. Роджерса – Р. Даймонда, заповненої батьками щодо їх дітей (первинні данні/повторні данні; сірим позначено контрольну групу)

№ респондента Показники методики (норма)	1	2	3	4	5	6	7	8
Адаптивність (68-136)	55/58	60/61	58/60	45/45	60/61	59/60	49/50	53/54
Деадаптивність (68-136)	139 /137	127 /125	130 /130	126 /123	138 /135	131 /130	127 /125	142 /139
Неприйняття інших (14-28)	14/14	20/21	23/22	16/15	15/16	22/21	14/15	26/28
Прийняття інших (12-24)	20/21	14/16	15/16	13/15	13/15	12/15	23/22	11/15
Прийняття себе (22-42)	20/22	18/21	24/26	22/30	19/19	23/29	21/23	21/26
Неприйняття себе (14-28)	29/25	27/26	26/24	29/25	31/29	29/27	28/27	28/25
Емоційний комфорт (14-28)	31/32	29/28	28/27	28/27	29/28	27/28	26/27	29/28
Емоційний дискомфорт (14-28)	28/23	29/25	27/25	26/20	28/27	31/27	29/28	31/25
Внутрішній контроль (26-52)	25/26	26/27	30/32	23/25	24/25	26/27	32/32	23/26
Зовнішній контроль (18-36)	36/30	30/25	38/37	39/30	32/33	35/29	36/35	37/32
Домінування (6-12)	5/6	7/6	5/5	4/5	5/5	6/8	5/6	5/8

Як бачимо з таблиці, найефективніший вплив програма здійснила на показники зовнішнього контролю. Вони суттєво знизились, що говорить і про усвідомлення батьками необхідності знизити рівень домінування над дитиною і усвідомлення самою дитиною своєї спроможності до самостійності, що є дуже важливим аспектом у соціальній адаптації. Також позитивними результатами є підвищення результатів за шкалами: «Адаптивність»; «Прийняття інших»;

«Прийняття себе»; «Емоційний комфорт» та «Внутрішній контроль». Не менш важливим є зниження таких негативних показників як «Деадаптивність»; «Емоційний дискомфорт» та «Неприйняття інших». В цілому, згідно отриманих даних результати програми задовольняють вимоги поставленої мети та дозволяють говорити про її ефективність та доцільність використання для підвищення загальної адаптивності дітей з ДЦП.

Складності які виникали під час реалізації програми: двоє учасників довго не могли сприймати вправи в сухому басейні, через підвищений рівень тривожності; на занятті з основ медичної допомоги одна дитина проявила сильну необачність та облила одяг йодом (ніхто не постраждав, проте це дало змогу зробити висновок, що зважаючи на спастичку та рухові обмеження використання пляшечок з йодом як на заняттях так в побуті дітей з ДЦП може нести небезпеку для них самих і оточуючих, наприклад йод може потрапити в очі, тому було вирішено замінити пляшечки з йодом та зеленкою на відповідні «медичні олівці», застосування яких є простішим та безпечнішим); в ході роботи з батьками виникало дискусійне питання щодо взуття дітей з ДЦП та шнурівок. Більшість батьків висловлювалися про те, що навчання шнуруванню та зав'язуванню шнурків – це пуста трата часу, оскільки доцільніше завжди купувати взуття на липучках, в той же час одна з матерів та педагог настоювали на тому, що зав'язування шнурків сприяє поліпшенню когнітивних функцій, в ході аргументованих дискусій з використанням асертивної поведінки педагог налаштував батьків на те, що процес навчання дитини зав'язувати шнурки, якщо її фізичний потенціал це дозволяє є важливим компонентом побутової адаптації та розвитку дрібної моторики.

Якісні показники також говорять про ефективність запропонованих рішень: у дітей зменшились тривожні та агресивні прояви; знизився рівень емоційної напруги (визначено в ході діагностичної бесіди), діти почали контролювати свою поведінку та здійснювати вчинки, що приносять користь; рівень захворюваності серед дітей не зріс.

Ефективність адаптації дітей ми пов'язуємо з такими поняттями як

адаптивність та адаптаційні можливості. В узагальненому вигляді співвідношення адаптивності та адаптаційних можливостей є таким: адаптивність – це сама спроможність особи до адаптації, а адаптаційні можливості – це ті властивості, які цю спроможність забезпечують. В нашому випадку адаптивність дітей вже була частково сформована батьками та педагогами, тому що батьки респондентів мають високу реабілітаційну культуру, а педагоги які працювали з цими дітьми мали досвід роботи з дітьми з ДЦП та мають відповідний рівень кваліфікації та підготовки, щоб працювати в інклюзивному навчальному закладі. Так у дітей окрім природної адаптивності вже була і набута адаптивність, яка давала їм здатність пристосування в багатоманітності життя. І ми обрали шлях розвитку цієї набутої адаптивності.

Оскільки адаптаційні можливості людини являють собою стійкі резистентні характеристики індивідуально-типологічного та особистісного рівня людської індивідуальності, які забезпечують спроможність успішно адаптуватись до різноманітних вимог життєдіяльності і виявляються як у фізіологічному плані (від біохімічного рівня до рівня безумовно- та умовно-рефлекторної регуляції діяльності), так і (найголовніше) у психологічному плані, спрямовуючи поведінку особистості, ми намагалися забезпечити не лише суто соціальну адаптацію, а інтегрально пов'язувати її з фізичним та психологічним рівнями адаптації, що проявлялося в співпраці з інструктором з ЛФК, фізичним реабілітологом, психологом та соціальним педагогом закладу.

Вчені до адаптаційних можливостей відносять: інстинкти, темперамент, конституцію, емоції, рівень природжених властивостей інтелекту, спеціальні здібності, зовнішні дані і фізичний стан організму; а до проявів високої чи нормальної адаптивності – сприятливі психофізичні дані, високу працездатність, витривалість, стресотолерантність, психічну і фізичну гармонійність, гармонійність природжених і сформованих за життя особистісних якостей. У дитини з ДЦП фізичний дефект обумовлює зниження природної адаптивності, проте при достатньому рівні компенсації такі діти інколи проявляють навіть більшу гнучкість у незнайомих ситуаціях. Ніж діти з

нормо типовим розвитком.

Очевидно, що рівень адаптивності підвищується чи знижується під впливом виховання, навчання, умов і способу життя, а полегшують чи утруднюють адаптацію людини у реальному житті її особистісні особливості, орієнтації, вибір, ієрархія систем цінностей, цілей і потреб, рівень вербального інтелекту і культури, емоціональної експресії і міжособистісних стосунків, виходячи з цього ще раз наголошуємо на важливості співпраці саме з батьками та значущими дорослими дитини з ДЦП, адже їх вплив на адаптаційні механізми дитини є безпосереднім (від них залежить кількість дій які дитина має право пробувати виконувати самостійно; вони є наочним прикладом і їх власна адаптивність унаслідуються дітьми; вимоги які вони ставлять до дитини впливають на її самооцінку та прагнення самовдосконалюватись).

ВИСНОВКИ

Отже ми розглянули сутність соціальної адаптації дітей з ДЦП у вузькому та широкому значенні, її взаємозв'язок з соціалізацією, соціальною абілітацією та реабілітацією; вплив на соціальну адаптацію фізичної та психологічної адаптації, роль батьківських установок та стилю сімейного виховання в соціальній адаптації учнів з ДЦП. Також ми розглянули зміст соціальної адаптації до навчання; зміст соціально-побутової адаптації; зміст соціальної адаптації у сімейному колі. Також ми розглянули, що таке потенціал особи до соціальної адаптації, способи його визначення та методи перетворення його з рівня можливостей в зону актуального розвитку та реальної адаптації.

Для більш глибокого розуміння потенційних можливостей та специфіки взаємодії з клієнтами ми розкрили особливості діагнозу; специфіку розвитку та функціонування дітей з дитячим церебральним паралічем. Ми розглянули типи дитячого церебрального паралічу за різними класифікаціями; вплив діагнозу на когнітивну, поведінкову та емоційно-вольову сфери дітей; можливі комбіновані порушення та вірогідні вторинні дефекти; специфіку педагогічної взаємодії з цим контингентом дітей, а також адаптаційні та компенсаторні механізми які виникають при ДЦП та їх вплив на розвиток дитини.

Далі ми розглянули соціальну адаптацію, не як результат пристосування дитини до середовища, а як технологію досягнення цього пристосування соціально-педагогічними методами. Соціальна адаптація як соціально-педагогічна технологія використовується з різними категоріями клієнтів та має свою специфіку в залежності від вікових та індивідуальних особливостей адаптантів. Головними особливостями в соціальній адаптації дітей з ДЦП є концентрація уваги на побутовій соціальній адаптації; активне включення батьків у процес соціальної адаптації та опора на внутрішні сили клієнта.

Спираючись на досвід вітчизняних та закордонних науковців ми розробили власну програму соціальної адаптації, що містила два тематичні

блоки: блок соціально-побутової адаптації та блок спрямований на гармонізацію психоемоційного стану дітей.

Далі ми експериментально перевірили технологію соціальної адаптації учнів з ДЦП щодо використання програми соціально-педагогічної адаптації учнів п'ятого класу з діагнозом ДЦП. Розроблену нами програму соціальної адаптації ми перевірили на п'ятьох учнях з дитячим церебральним паралічем, що навчаються у п'ятих класах, ще три учні з ДЦП такого ж віку виступили в ролі контрольної групи. За результатами контрольних зрізів нам вдалося досягти наступних результатів: експериментальна група: учень 1 – покращення соціальної адаптації на 4 бали; учень 2 – покращення соціальної адаптації на 3 бали; учень 4 – покращення соціальної адаптації на 6 балів; учень 6 – покращення соціальної адаптації на 3 бали; учень 8 покращення соціальної адаптації на 1 бал. Контрольна група: учень 3 – покращення соціальної адаптації на 2 бали; учень 5 – погіршення соціальної адаптації на 1 бал; учень 7 – покращення соціальної адаптації на 2 бали.

Як бачимо учні що були в експериментальній групі показали позитивну динаміку, навіть учень 8, який має важку форму порушень. В той же час в учня, що був у контрольній групі та не приймав участь у адаптаційній програмі рівень соціальної адаптації навіть знизився на 1 бал.

Найефективніший вплив програма здійснила на показники зовнішнього контролю. Вони суттєво знизились, що говорить і про усвідомлення батьками необхідності знизити рівень домінування над дитиною і усвідомлення самою дитиною своєї спроможності до самостійності, що є дуже важливим аспектом у соціальній адаптації. Також позитивними результатами є підвищення результатів за шкалами: «Адаптивність»; «Прийняття інших»; «Прийняття себе»; «Емоційний комфорт» та «Внутрішній контроль».

Метою нашого дослідження було визначити та дослідити місце соціальної адаптації в загальному комплексі методів реабілітації дітей з діагнозом ДЦП і, на нашу думку, нам вдалося її досягти.

Перспективи подальшого дослідження: оскільки програма здійснювалась

в рамках кваліфікаційної магістерської роботи, емпіричні дані збиралися в ході діагностичної та навчальної практики в закріпленій школі. Так ми отримали дані лише про 5 учнів з різними ступенями прояву ДЦП, що є недостатнім для верифікації програми. Пілотне дослідження не нашкодило учасникам експерименту, тому воно може бути розширене та екстрапольоване на декілька навчальних закладів регіону з метою збору більш достовірної статистичної інформації та впровадження програми в загальну педагогічну практику інклюзивних закладів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Sandor Rado and the Psychoanalytic Movement. Northvale, N.J., Aronson, 1995.
2. Адаптація соціальна. Що таке соціальна адаптація? URL : <http://gorodenok.com/адаптація-соціальна-що-таке-соціальн/>
3. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. Москва : Академический проект, 2007. 240 с.
4. Александровский Ю.А. Актуальные вопросы пограничной психиатрии. Сборник научных трудов. Москва, 1991. С. 34-61.
5. Алексеенко, Тетяна Федорівна. Соціалізація особистості: можливості й ризику. 2007. URL : <http://lib.iitta.gov.ua>
6. Асланова, Сабина Рамиз Кызы. «Социальная адаптация при детском церебральном параличе». Преподаватель XXI век 3.1. 2016. URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnaya-adaptatsiya-pri-detskom-tserebralnom-paraliche>
7. Бадалян Л. О. Детский церебральный паралич / под. ред. Л.О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. Киев : Здоровье, 1988. 226 с.
8. Бак, Дар. Особливості соціально-психологічної роботи з дітьми-інвалідами хворими на ДЦП. 2010. URL : <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/12508/1/Dity%20invalidy.pdf>
9. Бадалян Л. О., Турба Л. Т. Детские церебральные параличи. Киев : Здоровья, 1988. 323 с.
10. Бойков, Д.И. Обучение детей с ДЦП и информационные технологии. *Ребенок в современном мире: права ребенка*: тез. докл. V Междунар. конф. Санкт-Петербург, 1998. С. 48-53.
11. Бондаренко О.М. Соціальна адаптація особистості в умовах пострадянського суспільства: автореф. дис. ... канд. філософ. наук : 09.00.03 Одеса, 2004. URL: <http://referatu.net.ua/referats/7569/153225> 35

12. Борисенко Н. О. Социальная адаптация как технология социальной работы. *Экономика. Социология. Право* 1. 2018 С. 9.
13. Василюк Ф. Е. Психология переживаний. Москва : Изд-во МГУ, 1992. 251 с.
14. Войтко В. В. Короткий дефектологічний словник. ББК 74. 212 М 54. 2014. С. 274.
15. Григорьева Л. Д., Ро О. В. Социально-трудовая адаптация детей с тяжелыми органическими жизнедеятельности. *Актуальные вопросы реабилитации детей инвалидов*. Санкт-Петербург, 1998. С. 25.
16. Гримак Л.П. Общение с собой: начало психологии активности. Москва : Класс, 2001. 132 с.
17. Гулина М. А. Словарь-справочник по социальной работе. Санкт-Петербург : Питер, 2008. 400 с.
18. Демьянов Ю.Г. Диагностика психических нарушений : практикум. Москва : ТЦ Сфера, 2004. 160 с.
19. Денисов В. Н. Медико–социальная реабилитация инвалидов: Методические подходы и результаты. *Проблемы управления здравоохранением*. Т.9, № 2. 2003. С. 40-43.
20. Добровольская Т. А., Шабалина Н. Б. Инвалиды: дискриминируемое меньшинство. *Социологические исследования*. 1992. № 5. С. 103-106.
21. Дремова Г. В. Социальная интеграция и реабилитация лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата на основе иппотерапии. *Теория и практика физической культуры*. № 7. 1996. С. 53.
22. Ефименко Н. Н., Сермеев Б. В. Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом. Москва : Советский спорт 1991. 55 с.
23. Єгорова К. Особливості розвитку дітей з захворюванням ДЦП. *Збірник науково-методичних праць Подільського спеціального навчально-реабілітаційного соціально-економічного коледжу*. Вип. 2. Кам'янець-Подільський, 2017. С. 260.

24. Завацька Л. М. Технології професійної діяльності соціального педагога. 2010. URL : <http://erpub.chnpu.edu.ua:8080/jspui/>
25. Захарова Н.М. Соціальна адаптація як наукова проблема. *Збірник наукових праць Бердянського державного педагогічного університету* (Педагогічні науки). №4. Бердянськ : БДПУ, 2002. С.81-90.
26. Іваницька І.Н. Клініка дитячого церебрального. Дитячий церебральний параліч : Хрестоматія / складн. Л.М. Шипіцина, І.І. Мамайчук. Санкт-Петербург : Дидактика Плюс, 2003. С. 78-102.
27. Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. Москва : Просвещение, 1993. 246 с.
28. Ілляшенко Т. Д., Обухівська А. Г., Романенко О. В., Скрипка Н. С. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі: навчально-методичний посібник. Київ : Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи АПН України, 2003. 155 с.
29. Калижнюк Є.С. Психічні порушення при церебральному паралічу. Київ : Вища шк., 1987. 105 с.
30. Капська А. Й., Завацька Л. М., Грищенко С. В.. *Технології соціальної роботи в зарубіжних країнах.* 2011. URL : <http://erpub.chnpu.edu.ua:8080/jspui/bitstream>
31. Капустина А. А. Особенности социальной адаптации детей с сочетанием тяжелых двигательных и интеллектуальных нарушений при детском церебральном параличе в условиях дошкольного образовательного учреждения. *Пермский педагогический вестник.* № 5. 2014. С. 118-122.
32. Каралаш Н. Г. Соціально-психологічний аспект адаптації в суспільстві перехідного типу. *Науковий вісник Чернівецького університету.* Філософія. Вип. 621-622. 2012. С. 90-95. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvchu_fil_2012_621-622_19
33. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. Москва : Сфера, 1995. 220 с.
34. Козьявкин В. И., Бабадаглы М. А., Ткаченко С. К., Качмар О. А. Детские

- церебральне паралічи. Основы клинической реабилитационной диагностики. Львів : Медицина світу, 1999. 312 с.
35. Коцун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності. Київ : Міленіум, 2009. 265 с.
 36. Колупаєва А., Савчук Л. Особливості розвитку та підтримки дітей із церебральним паралічем : навч.-метод. посіб. Київ, 2018. URL : <http://www.svyatoshinruo.kiev.ua/component/content/article/63-inklusia/6402-2018-01-10-18-33-46>
 37. Кон И. С. Социология личности. Москва, 1967. 383 с.
 38. Кононова М., Пахомова Н. Спеціальна психологія : навч.посіб. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2015. 357 с.
 39. Кончанин Т. К. К вопросу о социальной адаптации молодежи. *Коммунистическое воспитание студенчества (материалы конф.)*. Ч. 2. Тарту, 1971. С. 89-91.
 40. Лебедева С. О. Соціально-психологічна адаптація дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному просторі школи. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови 4 (2)*. 2013. С. 218-228.
 41. Левченко І. Ю., Ткачева В.В. Психологічна допомога родині, яка виховує дитину із відхиленнями в розвитку : методичний посібник. Москва : Просвіта, 2008.
 42. Литвинчук О. В. Трансформації ідентичностей у контексті адаптивних процесів. *Гуманітарний вісник Запорізької державної інженерної академії*. Вип. 65. 2016. С. 107-116. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpgvzdia_2016_65_12
 43. Лянной Ю. О., Ковальова А. Ю. Педагогічні засоби і методи в реабілітаційно-корекційній роботі з дітьми з ДЦП. 2018. URL : <http://repository.sspu.sumy.ua/bitstream/123456789/5779/1/Lyannoy%20Y.%20O.pdf>
 44. Мамайчук И. И., Пятакова Г. В. Исследование личностных особенностей

- детей с детским церебральным параличом. *Дефектология*. №3. 1990. С. 23-27.
45. Марченко І. С., Олена Г. Т. Організація проведення педагогічних заходів із розвитку комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП. *Логопедія*. №2. 2012 С. 48-53.
46. Мисула, І. Р. Медична та соціальна реабілітація. 2005. URL : https://repository.tdmu.edu.ua/bitstream/handle/1/8675/MedS_reab.pdf?sequence=1
47. Москаленко В. В. Соціалізація особистості. 2013. URL : <https://lib.iitta.gov.ua/5319/>
48. Налчаджян А. А. Социально-психологическая адаптация личности. Ереван, 1988. 262 с.
49. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. Санкт-Петербург : Речь, 2000. 507 с.
50. Островська К., Химко М., Кудрявцева Ю. Особливості абілітації дітей з аутизмом та їх родин. Львів : Тріада плюс. 2007. 44 с.
51. Павлішена Д. Соціальна адаптація старших дошкільників засобами ігрової діяльності. 2018. 106 с.
52. Пчеляков А. В. Этапная реабилитация больных с двигательными нарушениями при спастическом церебральном параличе. *Вестник физиотерапии и курортологии*. №1. 2001. С. 66-68.
53. Роменська Т. Г. Формування навичок самообслуговування в дітей дошкільного віку (роздягання й одягання). Миколаїв, 2009. 63 с.
54. Савина Е.А., Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии. *Вопросы психологии*. № 6. 2002. С. 15–23
55. Сидоренко С.В. Соціальна адаптація людини в умовах глобального суспільства: автореф. дис. ... канд. філософ. наук: 09.00.03. Запоріжжя, 2008. 14 с.
56. Синиця А. Проблема логопедичного супроводу дитини раннього віку з

дитячим церебральним паралічем у сучасній теорії та практиці. *Науковий часопис : Корекційна педагогіка*. 2016. С. 80-84.

57. Тутаришев, А. К. Использование социокультурных технологий в реабилитационной работе детей-инвалидов. *Педагогические и психологические науки: современные проблемы и тенденции развития*. 2018. С: 46-51.
58. Чеботарьова О. Дитина із церебральним паралічем. Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», Харків, 2018. С. 40.
59. Шафранський, В. В. Технології соціально-психологічної роботи. 2018. URL : <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38451/1/sozrob.pdf>
60. Шевчук В. Г. Фізіологія. Вінниця : Нова Книга, 2015. 448 с.
61. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. Санкт-Петербург, 1999. 672 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика дослідження соціально - психологічної адаптації

К. Роджерса - Р. Даймонда

Джерело: М. В. Лемак, В. Ю. Петрище Методичне видання Психологу для роботи. Діагностичні методики. Ужгород : Видовництво Олександри Гаркуші. 2011.

Вік досліджуваного: з 14 років.

Процедура дослідження

Психолог пропонує досліджуваному прочитати висловлювання та порівняти їх зі своїм досвідом. У бланку слід зазначити відповідь, базуючись на таких оцінках:

- 0 - це мене зовсім не стосується;
- 1 - це мене не стосується;
- 2 - мабуть, це мене не стосується;
- 3 - не знаю, чи це мене стосується;
- 4 - це схоже на мене, але травню сумніви;
- 5 - це схоже на мене;
- 6 - це точно я.

Текст методики

1. Відчуває незручність, коли вступає з кимось у діалог.
2. Не має бажання розкриватися перед іншими.
3. У всьому подобається ризик, боротьба, змагання.
4. Має до собі високі вимоги.
5. Часто зварити собі за ті, що зробив.
6. Часто відчуває собі пригнобленим.
7. Має сумніви, що може подобатися особам протилежної статі.
8. Свої обіцянки виконує завжди.
9. Теплі, добрі стосунки з оточуючими.
10. Людина стримана, замкнена; тримається осторонь.
11. У невдачах звинувачує собі.
12. Людина відповідальна; на неї можна покластися.

13. Відчуває, що не у змозі змінити щось, усі зусилля марні.
14. На багато розмов дивуватися очима однолітків.
15. Приймає в цілому ті правила й вимоги, яких варто дотримуватись.
16. Власних переконань і правив не вистачає.
17. Подобається мріяти, іноді - втягай; важко повертається від мрії до реальності.
18. Завжди готовий до захисту і навіть нападу: переживає образи болісно, розмірковуючи над способами помсти.
19. Уміє керувати собою і власними вчинками, примушувати собі або дозволяти собі; самоконтроль для нього - не проблема.
20. Часто змінюється настрій: настає нудьга.
21. Вусі, що стосується інших, не хвилює: зосереджений на собі, зайнятий собою.
22. Люди, як правило, йому подобаються.
23. Не соромитися своїх почуттів, відкрито їх виражає.
24. Серед великого скупчення людей відчуває собі дещо самотньо.
25. Нині бажає усе покинути, кудись сховатися.
26. З оточуючими зазвичай вільно спілкується.
27. Важко боротися із самим собою.
28. Напружено сприймає доброзичливе ставлення оточуючих, якщо вважає, що не заслуговує на нього.
29. У душі - оптиміст, вірить у найкраще.
30. Людина вперта; таких називають важкими.
31. До людей критичний, засуджує їх, якщо вважає, що сморід цього заслуговують.
32. Часто відчуває собі не тим, хто веде, а тим, кого ведуть: йому не завжди вдається думати і діяти самостійно.
33. Більшість із тихий, хто його знає, добрі до нього ставитися, люблять його.
34. Іноді бувають такі думання, про які не хочеться комусь розповідати.
35. Людина з привабливою зовнішністю.
36. Відчуває собі безпомічним, має потребу відчувати когось поруч.
37. Прийнявши рішення, виконує його.
38. Приймаючи самостійні рішення, не може звільнитися від впливу інших людей.
39. Відчуває почуття провини, навіть коли звинувачувати собі немає сенсу.
40. Відчуває неприязнь до того, що його оточує.
41. Усім задоволений.
42. Почувається погано: не може організувати собі.
43. Відчуває млявість; вусі, що раніше хвилювало, стало байдужим.

44. Урівноважений, спокійний.
45. Роздратований, часто не може стриматися.
46. Часто відчуває собі ображеним.
47. Людина спонтанна, нетерпляча, гарячкувата: бракує стриманості.
48. Буває, що поширює плітки.
49. Не дуже довіряє своїм почуттям: сморід іноді підводять його.
50. Досить важко бути самим собою.
51. На першому місці - думання, а не почуття: перед тим як щось зробити, добрі поміркуює.
52. Ті, що відбувається, тлумачить по- своєму, здатен нафантазувати зайве.
53. Терплячий до інших і приймає шкірною таким, яким він є.
54. Намагається не думати про свої проблеми.
55. Вважає собі цікавою людиною-привабливою як особистість, помітною.
56. Людина сором'язлива.
57. Обов'язково треба нагадувати, підштовхувати, щоб доводив справу до кінця.
58. У душі відчуває перевагу над іншими.
59. Немає нічого, у чому б виявив індивідуальність, своє "Я".
60. Боїться думань інших про собі.
61. Честолюбний, небайдужий до успіху, схвалення: у тому, що для нього суттєво, намагається бути кращим.
62. Людина, у якої на даний момент багато такого, що викликає презирство.
63. Людина діяльна, енергійна, ініціативна.
64. Пасує перед труднощами й ситуаціями, які загрожують ускладненнями.
65. Просто недостатньо оцінює собі.
66. Ватажок, вміє впливати на інших.
67. Ставиться до собі в цілому добрі.
68. Людина наполеглива, їй завжди важливо зробити усе по- своєму.
69. Не подобається, коли з кимось порушуються зв'язки, особливо - якщо починаються зварювання.
70. Досить довго не може прийняти рішення, потім має сумніви щодо його правильності.
71. Розгублений, невпевнений у собі.
72. Задоволений собою.
73. Йому часто не щастить.
74. Людина приємна, приваблює інших.
75. Можливо, не дуже вродливий, але може подібатись як людина, особистість.
- 76.3 презирством ставитися до осіб протилежної статі й не має контактів із ними.

77. Коли треба щось зробити, його охоплюють страх, сумніви.
78. Легко, спокійно на душі, немає нічого, що сильно хвилювало б.
79. Уміє наполегливо працювати.
80. Відчуває, що рості, дорослішає: змінюється сам і змінює ставлення до навколишнього світу.
81. Іноді говорити про ті, про що насправді не має уявлення.
82. Завжди говорити тільки правду.
83. Схвильований, напружений.
84. Щоб він щось зробив, треба вперто наполягати на цьому.
85. Відчуває невпевненість у собі.
86. Обставини часто змушують захищати собі, виправдовуватись і обгрунтовувати свої вчинки.
87. Людина поступлива, м'яка у ставленні до інших.
88. Людина, якій подобається міркувати.
89. Іноді подобається хизуватися.
90. Приймає рішення і відразу змінює їх; звинувачує собі у відсутності волі, а вдіяти з собою нічого не може.
91. Намагається покладатися на свої сили, не розраховує на чиюсь допомогу.
92. Ніколи не запізнюється.
93. Відчуває внутрішню несвободу.
94. Відрізняється від інших.
95. Не дуже надійний, на нього не можна покластися.
96. Добрі собі розуміє, усі в собі приймає.
97. Товариська, відкрита людина; легко спілкується з людьми.
98. Сілі і здібності відповідають тим завданням, які треба вирішувати; усі може виконати.
99. Собі не цінує: ніхто його не сприймає серйозно, у кращому випадку усі до нього ставляться поблажливо, просто терплять.
100. Хвилюється, що забагато переймається особами протилежної статі.
101. Усі свої звички вважає позитивними.

Обробка та оцінювання результатів
Підраховуються коефіцієнти за формулами:

Адаптація: $A = \frac{a}{a+b} * 100\%;$	Емоційна комфортність: $E = \frac{a}{a+b} * 100\%;$
Самосприйняття: $S = \frac{a}{a+1.6b} * 100\%;$	Інтегральність: $I = \frac{a}{a+1.4b} * 100\%;$
Прийняття інших: $L = \frac{1.2a}{1.2a+b} * 100\%;$	Прагнення до домінування: $D = \frac{2a}{2a+b} * 100\%.$

Результати, менші від норми, інтерпретуються як надмірно низькі, а більші від норми - як високі.

№ з/п		Показники	Номер висловлювань	Норма
А	а	Адаптивність	4, 5, 9, 11, 12, 15, 19, 22, 23, 26, 27, 29, 33, 35, 37, 41, 44, 47, 51, 53, 55, 61, 63, 67, 68, 72, 74, 75, 78, 79, 80, 88, 91, 94, 96, 97, 98	68-136
	б	Деадаптивність	2, 6, 7, 13, 16, 18, 25, 28, 32, 38, 40, 42, 43, 49, 50, 52, 54, 56, 59, 60, 62, 64, 65, 70, 71, 73, 76, 77, 83, 84, 86, 90, 95, 99, 100	68-136
2		Неправда -	34,45, 48,81,89	18 - 36
		Неправда +	8, 82, 92, 101	
S	а	Прийняття себе	33, 35, 55, 67, 72, 74, 75, 80, 88, 94, 96	22-42
	б	Неприйняття себе	7, 59, 62, 65, 90, 95, 99	14 - 28
L	а	Прийняття інших	9, 14, 22, 26, 53, 97	12 - 24
	б	Неприйняття інших	2, 10,21,28, 40, 60, 76	14 - 28
E	а	Емоційний комфорт	23,29,30,41,44,47, 78	14 - 28
	б	Емоційний дискомфорт	6, 42, 43, 49, 50, 83, 85	14 - 28
I	а	Внутрішній контроль	4, 5, 11, 12, 19, 27, 37, 51, 63, 68, 79,91,98	26 - 52
	б	Зовнішній контроль	13, 25, 36, 52, 57, 70,71,73, 77	18 - 36
D	а	Домінування	58,61,66	6 - 12
	б	Підлеглість	16, 32, 38, 69, 84, 87	12 - 24
8		Есканізм (уникнення проблем)	17, 18, 54, 64, 86	10 - 20

Додаток Б

Ортопедичний режим на заняттях з соціальної адаптації

Під час занять забезпечує правильну посадку учня за партою, столом, враховуючи положення рук, ніг, спини, голови, тулуба. Для цього використовуються пристосування для фіксації на робочому місці кисті руки, ліктя, передпліччя, стопи, гомілки, стегна дитини.

Для кожного учня підбираються оптимальні допоміжні засоби, які поліпшують функціональні вміння, необхідні для навчання та повсякденного життя. До них належать: бандажі, корсети, фіксатори, спеціальні ортопедичні апарати для покращення пересування та утримання тіла і кінцівок у правильному положенні. Для поліпшення функцій ніг, за рекомендаціями лікарів, використовуються ортези, татори, ортопедичне взуття, устілки, супінатори. Із засобів пересування – палиці, милиці, ходунки (передньоопорні, чотирьохопорні, двохколісні, чотирьохколісні), спеціальні візки. При облаштуванні індивідуального спортивного куточка слід дотримуватися рекомендацій лікаря, інструктора ЛФК, вчителя фізкультури з урахуванням ступеня та форми ДЦП. Бажано, щоб в ньому були спортивна драбина, велотренажер, килим для релаксації, м'ячі, іграшки тощо.

Виконання корекційних вправ з дітьми проводяться під час фізкультпауз (5 хв) після 20 хв уроку чи виконання домашнього завдання. Так знімається фізична напруженість та активізуються рухи учня. Вправи забезпечують розвиток координації рухів, рівноваги, корекцію тонусу м'язів рук та ніг, способів пересування, які учень не може опанувати самотійно.

Рекомендовано виконання вправ під музичний супровід, адже ефективність ритмічної стимуляції доведено дослідженнями багатьох психологів.

Індивідуальні корекційні вправи застосовуються для розвитку тих порушених рухових систем, які характерні для певної форми ДЦП. Наприклад,

при спастичній диплегії (тетрапарезі) руки учня уражені менше, ніж ноги. Тонус м'язів кінцівок підвищений. За відсутності своєчасної допомоги розвиватимуться контрактури (стійке обмеження не лише активних, а й пасивних рухів суглобів). Тому потрібно стежити, щоб дитина не перебувала в одному положенні більше 25 хвилин. Під час фізкультпаузи їй рекомендовано лягти на килим для релаксації, виконати вправи для рук та ніг, після чого продовжити навчання.

При гіперкінетичній формі головною причиною рухових порушень є насильницькі невимушені рухи – гіперкінези, які поєднуються зі змінним м'язовим тонусом. Ці порушення дестабілізують, насамперед, поставу дитини. В неї відсутня правильна постава тулуба та кінцівок, рухи – розмашисті, зі значним порушенням координації. Тому рекомендовані лікарями вправи, які слід проводити під час фізкультурних хвилинок, передбачають активне розслаблення, вироблення плавності переключення з одного положення в інше, допомогу дорослого у складних випадках.

Додаток В

Приклад заняття з програми (Блок №2)

Мета: розвиток комунікативних здібностей, позитивного ставлення до оточуючих.

Хід заняття

I. Бесіда «Про емпатію» (7-10хв.)

П.: Емпатія – це здатність до співпереживання, до розуміння почуттів і внутрішнього світу іншої людини. Головним джерелом інформації про переживання людей є їх зовнішній вигляд, міміка, жести. Тому для емпатичної людини характерна спостережливість. Подумайте, чи доводилось вам переживати чиєсь горе або невдачу. Що ви відчували? Які почуття були у вашого напарника? Поділіться своїми враженнями. Невипадково у народі є таке прислів'я: "Розділена радість - подвійна радість, розділене горе – півгоря".

II. Етюд «Гидке каченя» (2-3хв.)

Мета: розвиток творчої уяви.

Учні з психологом пригадують казку Г.-Х. Андерсена "Гидке каченя". Після цього розігрують епізод на пташнику. В ньому птахи і людина демонструють своє презирливе і гидливе ставлення до каченяти, яке не було схоже на інших.

В другій половині етюдю дітям ставиться завдання змінити сюжет казки так, щоб зневажливе ставлення до каченяти замінити іншим відношенням, але таким, щоб воно почувало себе затишно, приємно.

Висновок: Як треба ставитись до нещасних, непривабливих людей?

III. Хвилинка пустування (2-3 хв.)

IV. 1. Вправа «Відгадай емоцію» (3-5хв.)

Мета: розширювати знання про настрій

Учням пропонуються схематичні малюнки облич з різним виглядом. Вони мають відгадати емоцію, яка зображена на даному малюнку.

2. Вправа «Відгадай» (3-5 хв.)

Мета: розвиток тактильної пам'яті.

Учні стають колом. Ведучий стає в середину, йому зав'язують очі. Його завдання: впізнати по дотику і назвати імена учасників гри.

V. 1 Етюд «Гойдалка» (2-3хв.)

Мета: здійснення м'язового тренування.

Дитина стоячи гойдається. Тілесні прояви: ноги ледь розставлені, обидві ступні торкаються підлоги, але вага тіла перенесена на одну з ніг. Завдання: перенесення ваги з однієї ноги на іншу. Виконання етюду супроводжується українською народною музикою.

Підсумок заняття: Що ми дізнались? Чому навчилися?

Додаток Г

Картка спостереження за соціально-побутовими навичками

Прізвище Ім'я дитини: _____

<i>Ознака, яку спостерігаємо</i>	<i>Характеристика до втручання</i>	<i>Характеристика після втручання</i>
Культурно-гігієнічні навички		
Одягання		
Харчування		
Перша медична допомога		
Використання побутових приладів		
Прибирання приміщень		
Торгівля		

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

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З ДЦП У
СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ»**

Виконав: студент 2 курсу, групи 8.2319-з
спеціальності 231 «Соціальна робота»
освітньої програми «Соціальна педагогіка»
С. В. Волк

Керівник: доцент кафедри соціальної
педагогіки та спеціальної освіти,
к.пед.н. _____ О. Г. Лещенко

Рецензент: _____

Запоріжжя
2020

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра соціальної педагогіки та спеціальної освіти
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 231 «Соціальна робота»
Освітньо-професійна програма «Соціальна педагогіка»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« ____ » _____ 20__ року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ**

Вовк Сергію Володиморовичу

- 1. Тема роботи:** «Профілактика правопорушень у підлітків в учнівському середовищі» затверджена наказом ЗНУ від «14»липня 2020 р. № 1031-с
- 2. Строк подання студентом роботи:** 23 листопада 2020 р.
- 3. Вихідні дані до роботи:** матеріали педагогічної практики, курсових робіт.
- 4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що належить розробити):** розглянути сутність та зміст соціальної адаптації; розкрити особливості розвитку та функціонування дітей з ДЦП; визначити зміст технології соціальної адаптації учнів з ДЦП; експериментально перевірити технологію соціальної адаптації учнів з ДЦП щодо використання програми соціально-педагогічної адаптації учнів п'ятого класу, що мають діагноз ДЦП.
- 5. Перелік графічного матеріалу:** 6 рисунків що схематично або наочно відображають ключові аспекти; 6 таблиць з результатами дослідження, відображенням отриманих емпіричних даних та порівнянням результатів контрольної та експериментальної груп.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Лещенко О.Г.		
Розділ 1	Лещенко О.Г.		
Розділ 2	Лещенко О.Г.		
Висновки	Лещенко О.Г.		
Додатки	Лещенко О.Г.		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної Роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	жовтень-листопад	виконано
2	Написання вступу	листопад	виконано
3	Написання першого розділу	грудень-квітень	виконано
4	Написання другого розділу	травень-вересень	виконано
5	Написання висновків	вересень	виконано
6	Оформлення додатків	жовтень	виконано
7	Оформлення роботи, рецензування	жовтень-листопад	виконано
8	Захист грудень		

Студент _____ **Вовк С. В.**

Керівник роботи _____ **Лещенко О. Г.**

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ **Апухтіна В. В.**

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 90 с., 6 табл., 6 рис., 61 джерело, 4 додатки.

Об'єкт дослідження: процес соціальної адаптація учнів з ДЦП.

Предмет дослідження: технології соціальної адаптації учнів з ДЦП.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити технології соціальної адаптації дітей з діагнозом ДЦП.

Для досягнення даної мети, нами були поставлені такі завдання:

- 1) розглянути сутність та зміст соціальної адаптації;
- 2) розкрити особливості розвитку та функціонування дітей з ДЦП;
- 3) визначити зміст технології соціальної адаптації учнів з ДЦП;
- 4) експериментально перевірити технологію соціальної адаптації учнів з ДЦП щодо використання програми соціально-педагогічної адаптації учнів п'ятого класу, що мають діагноз ДЦП.

Для виконання поставлених завдань, ми будемо використовувати наступні методи: теоретичні – аналіз, систематизація, узагальнення; емпіричні – анкетування, тестування, спостереження; педагогічний експеримент.

Теоретичне значення роботи полягає у комплексному підході до адаптації та соціалізації учнів з порушеннями опорно-рухового апарату, що включає три рівні адаптації та формування конкретних соціальних компетенцій.

Практичне значення роботи полягає у розробці соціально-педагогічної програми з соціальної адаптації п'ятикласників з ДЦП.

Галузь використання: загальноосвітні школи, навчально-виховні та лікувально-виховні заклади для дітей з особливими потребами, соціально-педагогічна робота з сім'ями дітей, що виховують дітей з інвалідністю соціально-реабілітаційними центрами.

АДАПТАЦІЯ СОЦІАЛЬНА; ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ;
СОЦІАЛЬНО-ПОПБУТОВІ НАВИЧКИ; СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА
ТЕХНОЛОГІЯ; АДАПТИВНІ МЕХАНІЗМИ

SUMMARY

Vovk S. I. Technologies for social adaptation of children with cerebral palsy in modern society.

The qualifying work consists of introduction, 2 parts, findings, list of literature (60 items, 1 of foreign origin), 4 addenda on 10 pages. The qualifying work volume is 106 pages long, 90 of them – main text. There are 6 tables and 6 illustrations.

The qualifying work gives theoretical survey and describes the experimental research of social adaptation problem of students with cerebral palsy.

Object of research: the process of social adaptation of students with cerebral palsy.

Subject of research: technologies of social adaptation of students with cerebral palsy.

The purpose of the study: to theoretically substantiate and experimentally test the technology of social adaptation of children diagnosed with cerebral palsy.

To achieve this goal, we have set the following tasks:

- 1) to consider the essence and content of social adaptation;
- 2) to reveal the peculiarities of the development and functioning of children with cerebral palsy;
- 3) to determine the content of the technology of social adaptation of students with cerebral palsy;
- 4) to experimentally test the technology of social adaptation of students with cerebral palsy regarding the use of the program of social and pedagogical adaptation of fifth grade students with a diagnosis of cerebral palsy.

To perform the tasks, we will use the following methods: theoretical – analysis, systematization, generalization; empirical – questionnaires, testing, observation; pedagogical experiment.

The theoretical significance of the work lies in a comprehensive approach to the adaptation and socialization of students with musculoskeletal disorders, which

includes three levels of adaptation and formation of specific social competencies.

The practical significance of the work is to develop a socio-pedagogical program for social adaptation of fifth-graders with cerebral palsy.

Field of use: secondary schools, educational and medical-educational institutions for children with special needs, socio-pedagogical work with families of children raising children with disabilities in social rehabilitation centers.

The part 1 “Theoretical aspects of social adaptation of children with cerebral palsy” reveals the basic concepts, analyzes the features of the diagnosis of cerebral palsy and its impact on child development.

The part 2 “Technologies of social adaptation of children with cerebral palsy” contains the program of adaptation of children of the 5th class and its experimental check.

The analysis of results has proved the effectiveness of formulated and implemented program of social adaptation of students with cerebral palsy.

Key words: social adaptation; cerebral palsy; social and life skills; socio-pedagogical technology; adaptive mechanisms

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВР – виховна робота;

ГП – група порівняння;

ДЦП – дитячий церебральний параліч;

НР – навчальна робота;

ОГ – основна група;

ЛФК – лікувальна фізкультура.

ЗМІСТ

Вступ.....	9
Розділ 1. Теоретичні аспекти соціальної адаптації дітей з ДЦП.....	12
1.1. Категорія «соціальна адаптація» у науковій літературі.....	12
1.2. Особливості діагнозу та соціально-психологічний портрет дитини з ДЦП.....	24
1.3. Соціальна адаптація дітей з ДЦП як соціально-педагогічна технологія...	51
Розділ 2. Технології соціальної адаптації дітей з ДЦП.....	58
2.1. Діагностика рівня адаптованості у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.....	58
2.2. Напрямки соціальної адаптації дітей з ДЦП за різних вихідних умов....	71
2.3. Аналіз результатів реалізації програми з адаптації дітей з ДЦП.....	80
Висновки.....	88
Список використаних джерел.....	91
Додатки.....	97