

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

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З
ІНВАЛІДНІСТЮ В ТЕРИТОРІАЛЬНОМУ ЦЕНТРІ»**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.2319-з
спеціальності 231 «Соціальна робота»
освітньо-професійної програми «Соціальна
педагогіка» Є. В. Кучерова

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

Рецензент: доцент кафедри соціальної
педагогіки та спеціальної освіти, доцент,
к.пед.н. _____

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**

Кучеровій Євгенії Валеріївні

- 1. Тема роботи:** «Соціально-педагогічна реабілітація дітей з інвалідністю в територіальному центрі» 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):** висвітлити сутність феномену «інвалідності» у науковій літературі; охарактеризувати систему соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в Україні; розкрити роль соціального педагога у процесі реабілітації дитини з інвалідністю; розробити та впровадити у діяльність дитячого відділення територіального центру соціального обслуговування програму підвищення адаптаційних можливостей дитини з інвалідністю; перевірити ефективність впровадженої програми.
- 5. Перелік графічного матеріалу:** 1 рисунок «Порівняння результатів констатувального та контрольного експерименту», 16 таблиць з результатами дослідження.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Консультант	Дата, підпис	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Соловйова Т.Г.		
Розділ 1	Соловйова Т.Г.		
Розділ 2	Соловйова Т.Г.		
Висновки	Соловйова Т.Г.		
Додатки	Соловйова Т.Г.		

7. Дата видачі завдання: 17 вересня 2019 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/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 _____ **Кучерова Є. В.**

Керівник роботи _____ **Соловйова Т. Г.**

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ **Апухтіна В. В.**

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 90 с., 16 таблиць, 1 рисунок, 86 джерел.

Об'єкт дослідження: процес соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.

Предмет дослідження: зміст, форми та методи соціальної реабілітації дітей з інвалідністю у територіальному центрі соціального обслуговування.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити зміст, форми та методи соціальної реабілітації дітей з інвалідністю у територіальному центрі соціального обслуговування.

Методи дослідження: теоретичні: методи теоретичного аналізу наукової літератури з теми дослідження; аналіз нормативних джерел; вивчення існуючого досвіду та синтез отриманих даних; емпіричні: комплекс психодіагностичних методик для вивчення параметрів сформованості адаптаційних можливостей дитини з інвалідністю; констатувальний, формувальний та контрольний експерименти; кількісний та якісний аналіз результатів дослідження.

Теоретичне значення роботи полягає у комплексному підході до процесу соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в умовах територіального центру соціального обслуговування.

Практичне значення роботи полягає у розробці соціально-педагогічної програми з підвищення адаптивних можливостей дітей з інвалідністю.

Галузь використання: територіальні центри соціального обслуговування, установи соціального захисту, реабілітаційні центри.

ДИТИНА З ІНВАЛІДНІСТЮ, ТЕРИТОРІАЛЬНИЙ ЦЕНТР
СОЦІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ, СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ,
АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ

SUMMARY

Kucherova U. V. Socio-Pedagogical Rehabilitation of Children with Disabilities in the Territorial Center.

The qualifying work consists of an introduction, 2 chapters, conclusions, bibliography (86 sources), 4 addenda on 10 pages. The qualifying volume of the work is 110 pages, including 90 texts. There are 16 tables, 1 figure.

The research qualification work gives a theoretical overview and describes an experimental study of socio-pedagogical work with children with disabilities in the territorial center of social services.

The research object of work is the process of social rehabilitation of children with disabilities.

The research subject-content, forms and methods of social rehabilitation of children with disabilities in the territorial center of social services.

The research aim is to theoretically substantiate and experimentally test the content, forms and methods of social rehabilitation of children with disabilities in the territorial center of social services.

To achieve this goal, the following research objectives have been identified.

- to highlight the essence of the phenomenon of "disability" in the scientific literature;
- to characterize the system of social rehabilitation of children with disabilities in Ukraine;
- to reveal the role of a social educator in the process of rehabilitation of a child with a disability;
- to develop and implement in the activities of the children's department of the territorial center of social services a program to increase the adaptive capacity of the child with disabilities;
- check the effectiveness of the implemented program.

The part 1 "Theoretical backgrounds of social rehabilitation of children with

disabilities" reveals the essence of the phenomenon of disability of the child as a socio-pedagogical problem of today; highlights the features of the system of social rehabilitation of children with disabilities in Ukraine; determines the role of a social educator in the rehabilitation of children with disabilities; provides an analysis of the legal framework for social protection of children with disabilities in Ukraine.

The part 2 "Experimental work on the rehabilitation of children with disabilities in the territorial center of social services" shows the results of the ascertaining, formative and control stages of the experiment to increase the level of adaptive skills of children with disabilities in the territorial center of social services.

The analysis of the results confirmed the effectiveness of the developed and implemented program.

Key words: child disability, territorial center of social service, social rehabilitation, adaptation possibilities.

ЗМІСТ

Вступ.....	8
Розділ 1. Теоретичні основи соціальної реабілітації дітей з інвалідністю	12
1.1. Інвалідність дитини як соціально-педагогічна проблема сучасності	12
1.2 Система соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в Україні	25
1.3. Роль соціального педагога у реабілітації дітей з інвалідністю	35
1.4. Нормативно-правова база соціального захисту дітей з інвалідністю в Україні	43
Розділ 2. Експериментальна робота з реабілітації дітей з інвалідністю у територіальному центрі соціального обслуговування	53
2.1. Вихідний рівень розвитку адаптаційних можливостей дітей з інвалідністю	53
2.2. Обґрунтування та розробка програми соціально-педагогічної роботи з розвитку адаптаційних можливостей дітей з інвалідністю	64
2.3. Аналіз ефективності впровадженої програми	79
Висновки	88
Список використаних джерел	91
Додатки	100

ВСТУП

Упродовж останніх десятиліть в Україні спостерігається тенденція до зростання чисельності дітей з інвалідністю внаслідок зниження рівня медичного обслуговування, поширення наркоманії та алкоголізму, підвищення екологічної небезпеки. Соціально-економічна ситуація, що склалася на сучасному етапі розвитку України, кризові явища у сфері економіки і фінансів зумовлюють необхідність посилення соціального захисту дітей з особливими потребами, визначення пріоритетних напрямів у цій роботі, одним із яких є рання соціальна реабілітація дітей з інвалідністю.

Політика сучасної української держави обирає європейські орієнтири – країна активно долучається до світової спільноти, намагається додержуватись загальноприйнятих міжнародних стандартів щодо забезпечення рівності прав всіх громадян, незалежно від віку, статі, індивідуальних особливостей та ін. Розділ VI Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» регулює питання матеріального, соціально-побутового та медичного забезпечення осіб з інвалідністю на державному рівні. Важливою ланкою у цьому процесі є діяльність територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг), зокрема, відділень соціально-медичної реабілітації дітей з інвалідністю. Основними завданнями відділень є створення умов для здійснення соціально-психологічної, фізичної, педагогічної реабілітації, спрямованої на розвиток та коригування порушень розвитку дитини з інвалідністю, навчання її основним та побутовим навичкам, розвиток потенціалу з метою максимально самостійного, продуктивного життя, інтеграції в місцеву громаду і суспільство в цілому.

Проблема соціальної реабілітації дітей з інвалідністю останнім часом продовжує набувати актуальності. Як вже зазначалося, кількість таких дітей має тенденцію до зростання, що пов'язується з низкою причин, серед яких суттєве місце посідають два, майже протилежних моменти: ускладнення

соціально-економічних умов життя населення України, які призводять до погіршення здоров'я громадян, і, як наслідок, до народження дітей з порушеннями розвитку; з другого боку – здобутки сучасної медичної науки допомагають зберегти життя новонародженим дітям з серйозними порушеннями. А, отже, чисельність дітей з інвалідністю продовжуватиме зростати і, відповідно, потреба у соціальній реабілітації також.

Рівень державного соціального захисту осіб з обмеженими можливостями є відображенням рівня розвитку суспільства в цілому. Протягом останніх десятиріч у світі відбулися суттєві зміни стосовно ставлення до людей з інвалідністю. Основою цих змін є визнання рівності прав всіх людей на повноцінне життя в суспільстві та створення державами реальних умов для реабілітації та соціальної інтеграції людей з інвалідністю. Якщо раніше їх основу становили здебільшого мотиви милосердя до таких людей, то нині – стан дотримання їх прав. Обов'язком держави і суспільства є забезпечення належного соціального захисту і підтримки, соціальної інтеграції, створення рівних можливостей для самореалізації, повноцінного життя, здобуття освіти і працевлаштування, долучення людей та дітей з інвалідністю до духовного, культурного, спортивного життя.

Реабілітація та адаптація дитини з органічними або психічними порушеннями стану здоров'я, які перешкоджають можливості повноцінно брати участь у соціальному та повсякденному побутовому житті, неможлива без затвердження значущості особистісно-адаптаційного потенціалу. У житті дитини з інвалідністю діють фактори соціального порядку, які перебувають у прямому зв'язку зі здатністю особистості жити в суспільстві і відчувати себе повноцінною людиною. Маються на увазі такі фактори, як навчання, життя в родині, спілкування з людьми, житлові умови, стереотипи ставлення до дітей-інвалідів з боку нормотипових дітей, стан здоров'я, система охорони здоров'я і соціального захисту в країні, можливості в ній реалізувати свої права.

Дослідженню проблем життєдіяльності дітей з особливими потребами присвячені праці багатьох вітчизняних та зарубіжних науковців:

Ю. Василькової, А. Колупаєвої, Т. Ілляшенко, Л. Шипіциної, Е. Даніелс та ін. Питаннями соціальної адаптації та реабілітації дітей з інвалідністю займалися відомі вітчизняні та зарубіжні науковці, серед яких Г. Іващенко, Н. Каншоністова, М. Плоткін, Д. Комсов, А. Панова, Б. Шапіро, О. Холостова, Л. Алексеева та інші; дослідження у сфері соціальної роботи з людьми з особливими потребами вивчалися такими вченими як О. Мудрик, Л. Грачов, О.Белінська; значну увагу питанню розвитку життєвої компетентності дітей з інвалідністю приділяли вітчизняні вчені Л. Сохань, Т. Титаренко, В. Циба, В. Тарсун, Л. Артемова. Досліджувалось і питання участі сім'ї дитини з інвалідністю в реабілітаційному процесі: Л. Грачова, Н. Дементьєва, Г. Багаєва, Т. Ісаєва, М. Ліборокіна, Т. Соловйова та інші. Питаннями реабілітації в умовах державних організацій соціального захисту займалися науковці, серед яких В. Мартинюк, А. Шевців, Л. Березовська, О. Поляк, М. Супрун та багато інших. Втім, питання організації процесу соціальної реабілітації дітей з інвалідністю у сучасних територіальних центрах соціального обслуговування вивчено недостатньо. Тому, темою нашої роботи обрано «Соціальну реабілітацію дітей з інвалідністю в територіальному центрі».

Об'єкт дослідження – процес соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.

Предмет – зміст, форми та методи соціальної реабілітації дітей з інвалідністю у територіальному центрі соціального обслуговування.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити зміст, форми та методи соціальної реабілітації дітей з інвалідністю у територіальному центрі соціального обслуговування.

Відповідно до мети визначено такі завдання дослідження:

- висвітлити сутність феномену «інвалідності» у науковій літературі;
- охарактеризувати систему соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в Україні;
- розкрити роль соціального педагога у процесі реабілітації дитини з інвалідністю;

- розробити та впровадити у діяльність дитячого відділення територіального центру соціального обслуговування програму підвищення адаптаційних можливостей дитини з інвалідністю;

- перевірити ефективність впровадженої програми.

Методи дослідження:

- теоретичні: методи теоретичного аналізу наукової літератури з теми дослідження; аналіз нормативних джерел; вивчення існуючого досвіду та синтез отриманих даних;

- емпіричні: комплекс психодіагностичних методик для вивчення параметрів сформованості адаптаційних можливостей дитини з інвалідністю; констатувальний, формувальний та контрольний експерименти; кількісний та якісний аналіз результатів дослідження.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

1.1. Інвалідність дитини як соціально-педагогічна проблема сучасності

Інвалідність як соціальний феномен містить широке коло обмежень людини у соціальному, психологічному, фізичному, освітньому та інших сферах життя. По суті, сучасне розуміння інвалідності поступово отримує значення саме обмежень. Під тиском індустріально-технічного, соціально-політичного і ринкового розвитку, освіта в умовах жорсткої конкуренції втрачає гуманістичний зміст і перетворюється на засіб дискримінації осіб з особливими потребами, які з різних причин не здатні досягнути повною мірою зміст навчальних програм загальноосвітніх шкіл.

Інвалідність дитячого населення є однією з найбільш актуальних проблем, оскільки вона є медичною, соціальною, психологічною, економічною проблемою і має державне значення [2]. Піклування суспільства про інвалідів дитинства триває довгі роки. Значущість проблеми інвалідності з дитинства також обумовлена тим, що майже у 25 % людей з інвалідністю у віці до 50 років інвалідизація обумовлена захворюванням, перенесеним у дитинстві. Дитяча інвалідність є найбільш чутливим індикатором якості життя населення, інтегруючи усі негативні сторони сучасності і побічно характеризуючи рівень розвитку усіх сфер життєдіяльності суспільства [35]. Питання дитячої інвалідності стають усе актуальнішими в умовах стрімкого наростання проблем соціального розвитку, розтрати людського потенціалу, розбалансованості міжособових стосунків, військових дій на сході України і показують необхідність пошуку рішень як медичного, так і соціального характеру, на якісно новому рівні [5].

Зміна акцентів у трактуванні концепції інвалідності призводить до необхідності забезпечення комплексного підходу у створенні умов, які б сприяли реалізації прав осіб з інвалідністю на рівні з іншими громадянами країни. 16 грудня 2009р. Конвенція ООН про права інвалідів була ратифікована Верховною Радою України. Конвенція про права людей з інвалідністю концентрує увагу на тих кроках, що мають зробити держави для забезпечення прав людей з інвалідністю. Згідно Конвенції зміщується акцент відносно того, що інвалідність живе у суспільстві, а не в особі [53].

У Конвенції зроблено наголос на тому, що інвалідність повинна розглядатися, як результат взаємодії між особою та його оточенням [39]. Інвалідність виникає у результаті великої кількості бар'єрів, що будує суспільство стосовно людей з інвалідністю, наприклад, таких, як стигма та дискримінація: нестача або недоступність послуг з охорони здоров'я та реабілітаційних послуг чи проблем доступності транспорту, приміщень та інформації [7].

Р. Панасюк [53] зазначає, що Згідно з Всесвітньою доповіддю щодо інвалідності в 2011р., підготовленої Всесвітньою організацією охорони здоров'я та Світовим банком, над якою працювало більше ніж 380 експертів з різних країн світу, визначаються основні бар'єри у суспільстві, пов'язанні з інвалідністю:

1. Неадекватні заходи політики і стандарти. При розробці політики не завжди враховуються потреби людей з інвалідністю, або не застосовуються на практиці існуючі заходи політики і стандарти.

2. Нестача послуг. Для людей з інвалідністю прослідковується нестача таких послуг, як медико-санітарне обслуговування, реабілітація, а також підтримка і допомога.

3. Проблема з надання послуг. Недостатнє кадрове забезпечення та низький рівень професійної підготовки персоналу можуть позначитись на якості, доступності та адекватності послуг для людей з інвалідністю.

4. Недостатнє фінансування.

5. Відсутність доступності. Багато будівель (у тому числі місця загального використання), транспортні системи й інформація не є доступними для всіх.

6. Неадекватні інформація і комунікація.

7. Відсутність консультування та включення в суспільне життя. Більшість людей з інвалідністю не беруть участі в процесах прийняття рішень з питань, що безпосередньо торкаються їхнього життя.

8. Відсутність даних і досвіду. Нестача точних, достовірних і порівняльних даних про інвалідність, а також досвіду здійснення ефективних програм може перешкоджати розумінню проблем і практичних дій [7; 53].

Отже інвалідність – це соціальне явище, а не захворювання чи вирок. На думку Р. Панасюк люди з інвалідністю не вимагають чогось особливого, лише елементарне – можливість жити серед людей, бути в суспільстві і відчувати себе людьми. Як доводить практика, люди з особливими потребами можуть бути і стають повноцінними членами суспільства, які надихають своїм прикладом багатьох, зокрема й абсолютно здорових людей [7].

Перед державою постають проблеми успішної соціалізації таких осіб, ефективності та доцільності інклюзивної освіти, надання соціальної допомоги, створення спеціалізованих закладів реабілітації тощо. Якщо в європейських країнах суспільству вдалось розробити ефективні методи включення людей з інвалідністю у повноцінну життєдіяльність, створити умови для їх самоактуалізації, сформувані відповідне гуманне ставлення, то в Україні сьогодні є ще прогалини з вирішення зазначених питань як на державному рівні, так і на рівні громади, колективу.

Згадана соціальна група є неоднорідною, і значна частина її при створенні належних умов може отримати освітню підготовку нарівні з нормотиповими дітьми. А це можливо лише за умови реформування освіти, надання їй гуманістичної сутності; освіти, що здатна забезпечити належну підготовку осіб з різними можливостями, коли все залежить лише від власних зусиль людини, її активності та створення сприятливих для всебічного розвитку умов.

Отже, сучасні соціальні та психологічні концепції розглядають явище інвалідності як наслідок порушень здоров'я індивіда та соціальних несприятливих умов, що заважають людині з інвалідністю бути повноцінним членом суспільства. Розглянемо різні види інвалідності та її групи, вказані в Інструкції про встановлення груп інвалідності за 14 листопада 2011 р.

Класифікують інвалідність за видами порушень функцій організму, до яких відносять [34]:

1) порушення психічних функцій (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мови, емоцій, волі);

2) порушення сенсорних функцій (зору, слуху, нюху, дотику, больової, температурної та ін. видів чутливості);

3) порушення статодинамічних функцій (голови, тулуба, кінцівок, рухливих функцій, статики, координації руху);

4) порушення функції кровообігу, дихання, травлення, виділення, обміну речовин та енергії, внутрішньої секреції, імунітету тощо;

5) мовні порушення (не обумовлені психічними розладами), порушення голосоутворення, форми мови – порушення усної (ринолалія, дизартрія, заїкання, алалія, афазія) та письмової (дисграфія, дислексія), вербальної та невербальної мови;

б) порушення, які викликають спотворення (деформація обличчя, голови, тулуба, кінцівок, які призводять до зовнішнього спотворення, аномальні дефекти травного, сечовидільного, дихального трактів, порушення розмірів тулуба) [34].

Розрізняють також вроджену й набуту інвалідність. Вроджену інвалідність викликають патогенні впливи під час пренатального періоду та травми під час народження. Набута інвалідність виникає у різні вікові періоди після народження в результаті хвороби чи травми і супроводжується посттравматичним синдромом.

Вважаємо за потрібне вказати основні причини появи інвалідності у дітей за В. Бочелюком та А. Турубаровою:

- 1) травми та (або) неврологічні порушення, які виникли під час пологів;
- 2) соматичні захворювання такі, як онкологія чи інфекції;
- 3) механічні чи термічні травми;
- 4) вроджені патології (генетичні порушення, алкогольне ураження плоду, інтоксикації) [20].

Окремої уваги потребують фактори, що створюють труднощі у життєдіяльності людей з інвалідністю та загострюють проблему їхньої соціальної дезадаптації. На думку Л. Байди та інших авторів [21], до таких факторів відносяться:

1) архітектурні бар'єри – різноманітні ландшафтні та архітектурні перешкоди, що ускладнюють пересування осіб з різними нозологіями інвалідності;

2) інформаційні бар'єри – відсутність доступу до необхідної інформації та альтернативних форм і джерел її отримання (аудіо супровід, дублювання написів у громадських місцях та поширення літератури шрифтом Брайля, сурдопереклад тощо);

3) соціально-економічні бар'єри – малозабезпеченість, відсутність належної соціальної підтримки з боку держави осіб з інвалідністю та місць їх працевлаштування;

4) ментальні бар'єри – поширені негативні соціально-психологічні стереотипи стосовно людей з інвалідністю, що спричиняють ізоляцію таких осіб, емоційну відчуженість, брак спілкування та взаємодії з суспільством [7].

Будь-яка травма, порушення здоров'я спричиняють негативні зміни в Я-концепції особистості та провокують появу негативних поведінкових, емоційних та когнітивних утворень в структурі її психіки. Зворотна негативна реакція суспільства та відсутність доступних умов для повноцінної життєдіяльності прискорюють появу деструктивних змін і поглиблюють суб'єктивне внутрішнє відчуття інвалідності та ідентифікацію з образом «Я-інвалід», що змушує людину сприймати себе неповноцінною, недієздатною, формує пасивні та дезадаптивні форми взаємодії з навколишнім середовищем,

які в сукупності втілюються в соціально-психологічній дезадаптованості як загальній властивості особистості [53].

Проблема інвалідності історично пов'язана з розвитком суспільства, а ставлення до людей з інвалідністю характеризується діаметрально протилежними тенденціями. Розглянемо детальніше походження терміну «інвалідність» та різні значення якими наділяли його в суспільстві у різні часи.

Тривалий час слово «інвалід» вживалося разом з такими поняттями, як «маргінал», «соціальний аутсайдер», «неповноцінна людина», «дефектна людина». Це свідчило про низький соціальний статус інвалідів, відображало негативне ставлення в суспільстві до цієї категорії осіб і формувало внутрішню та зовнішню картини світу людей з даним статусом.

Зокрема, Джон Джойнер, директор центру, наголошував, що семантика слова «disabled» – недієздатний – змушує людей формувати відповідне ставлення щодо таких людей, а це накладає відбиток і на самих інвалідів. Він пропонує називати таких людей протилежним словом «abled people» або «people with abilities», тобто людьми, які мають здібності, і потребують особливих умов для їх розвитку [68].

За О. Безпалько та А. Капською, інвалід – особа, яка має порушення здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, обумовлене захворюванням, наслідками травми чи дефектами, що призводять до обмеженої життєдіяльності та викликають необхідність її соціального захисту [35].

Наразі терміни «інвалід» та «дитина-інвалід» найчастіше використовуються у правовому полі, сфері соціального захисту, у вузьких професійних колах. Втім, навіть на законодавчому рівні вважається правильним вживати термін «людина (або дитина) з інвалідністю». Терміни «дитина-інвалід», «аномальна дитина», «дитина з патологією розвитку», «...з вадами розвитку», «...з відхиленнями», тощо є неприйнятними при спілкуванні фахівців з вихованцями, учнями та дорослими з обмеженими можливостями здоров'я та життєдіяльності, їх сім'ями, соціальним оточенням та у ЗМІ.

З точки зору гуманістичного сприйняття людини як особистості

вищеназвані терміни є некоректними, вони принижують гідність та не відображують потреб, особливостей і можливостей таких осіб. Ці терміни провокують у суспільстві стигматизацію щодо людей, які відрізняються від більшості. Відповідно, й подальше ставлення до цих людей визначається стигмою.

Останнім часом, для позначення даної категорії людей, використовуються терміни «дитина (особа) з обмеженими можливостями здоров'я та життєдіяльності» і, запропонований англійськими фахівцями наприкінці 70-х років, – «дитина (особа) з особливими освітніми потребами», або «людина з інвалідністю» [3; 35; 74], які на сьогодні є найбільш прийнятними.

Існує декілька моделей інвалідності, в яких по-різному визначається її сутність, і в межах яких використовуються вищеперелічені терміни. Ці моделі умовно поділяють на дві групи, що розглядають інвалідність як особисту і як соціальну проблему.

До першої групи, у межах якої використовуються терміни «дитина-інвалід», «аномальна дитина», «дефективна дитина» тощо, належать [35]:

- медична модель або модель «Хвора людина» – визначає інвалідність як медичну патологію, що розуміється як особиста проблема інваліда. Головний недолік цієї моделі полягає у тому, що обмежені можливості розглядаються «у контексті взаємозв'язку між певною людиною та її недугою»;

- сегрегаційна модель (модель «Недолюдина») – розглядає людину з обмеженими можливостями як нижчу істоту за соціальним статусом. Згідно з цією моделлю таких осіб необхідно обмежити у всіх сферах життя («щоб не заважали»);

- дискримінаційна модель (модель «Загроза суспільству») – вважає людей з особливими потребами загрозою для суспільства, яких необхідно утримувати у спеціальних закритих закладах;

- модель «захищеності» («Об'єкт співчуття») – розглядає інваліда як неповноцінну особу, що потребує постійного захисту, догляду, обмеження

зовнішніх впливів та ізоляції від суспільства;

- економічна модель («Об'єкт обтяжної благодійності») – визначає інвалідність як продуктивну й економічну обмеженість (чи неспроможність) порівняно зі здоровими людьми [35].

Стосовно другої групи моделей інвалідності між вченими існують певні протиріччя щодо їх назв і визначень. Так, Л. Кобилянська [38] називає соціальну (психосоціальну, політичну) модель (за Л. Аксеновою, модель «Розвиток») найбільш прийнятною, тому що вона розглядає проблему інвалідності у площині взаємовідносин між особистістю та соціумом. Автор вважає, що причина безпорадності людей з інвалідністю не стільки в їх особливостях, скільки у ставленні до них соціального оточення. Причинами недієздатності для даної категорії є неадекватність середовища, недосконалість законодавства тощо.

Водночас соціальна модель не може бути базовою, тому що в межах цієї моделі дитина з особливими потребами та її сім'я стають пасивним об'єктом для патронажу і захисту. Дана модель розрахована на тимчасовий успіх, доказом чого, на думку А. Капської, є діяльність соціальних центрів та центрів дитячої реабілітації.

У межах політичної моделі діти з особливими потребами розглядаються як меншість, права якої незаслужено обмежуються. Дана модель сприяла поширенню руху за права людини з особливими потребами, акцентувала увагу на тому, що саме особи з функціональними обмеженнями та їх сім'ї мають пріоритетне право визначати соціальну політику [69].

Ми поділяємо думку, що найбільш прийнятною на сьогодні є модель «культурний плюралізм», що характеризує інвалідність не як медичну проблему, а як проблему нерівних можливостей. У межах цієї моделі сфера соціальної роботи, а не медичний аспект, є головною, де діти та їх сім'ї отримують захист, допомогу тощо. Дана модель сприяє створенню умов для соціальної адаптації, реабілітації та інтеграції дітей з обмеженими можливостями в суспільне життя, а «критерієм незалежності є не міра

дієздатності і самостійності в умовах відсутності допомоги, а якість життя в умовах надання спеціалізованої допомоги» [36, 174].

У межах моделей другої групи прийнятним вважається використання термінів «дитина з обмеженими можливостями» та «дитина з особливими потребами». Обмежені можливості, – за Л. Мардахаєвим, – повна або часткова втрата особою здатності чи можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватись, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися та займатись трудовою діяльністю [62]. Даний термін акцентує увагу саме на відсутності чи обмеженості певних функцій людини, що «протиставляє» її здоровій більшості, тому, на наш погляд, більш прийнятним (хоча і не досить досконалим) є термін «дитина з особливими потребами» або «дитина з особливими освітніми потребами».

За М. Ніколаєвим, М. Сварником [60], під особливими потребами розуміють, по-перше, – необхідність специфічних методів обстеження, навчання, комунікації; по-друге, – необхідність спеціальних пристосувань, пристроїв тощо; по-третє, – необхідність соціального захисту, особливої уваги та турботи.

Отже, «дитиною з особливими потребами» вважаємо таку дитину, що має освітні, комунікативні, медичні, психологічні, побутові, соціальні та ін. потреби, пов'язані зі стійким розладом здоров'я (спеціальне обладнання, пристрої, програми навчання тощо), які відрізняються від потреб більшості її однолітків і які мають враховуватися при взаємодії з такою дитиною.

Зважаючи на те, що у нашому дослідженні йдеться про дитину з інвалідністю, звернемося до історичного підґрунтя означеного феномену.

Протягом усієї історії людства в суспільстві змінювалося ставлення до проблеми інвалідності та до людей з порушеннями психофізичного розвитку. Особливо це стосувалося людей, які мали вроджені порушення. У часи античності становище дітей зі вродженими аномаліями було трагічним. Закони Лікурга (VIII ст. до н.е.) закріпили право знищувати «хворих» дітей, які не вважалися громадянами, а їх соціальний статус прирівнювався до статусу рабів

незалежно від того, в якій родині народилися [65].

У Стародавньому Римі існував звичай утримувати людей з порушеннями інтелектуального розвитку в домах багатіїв для потіхи, а дітей, які народжувалися з фізичними вадами, знищували. Майже у всьому світі, аж до середньовіччя, до дітей з вадами розвитку відношення було антигуманним. Їх вбивали, продавали в рабство, приносили в жертву богам, вважаючи народження такої дитини прокляттям. Батьки мали право позбутися дитини, і суспільство того часу це заохочувало. Слід зауважити, що слов'янські народи і до прийняття християнства були менш жорстокими та агресивними до людей з відхиленнями в розвитку, ставлення до них було терпимим, доброзичливим.

З розповсюдженням християнства поступово змінювалося відношення до дітей з інвалідністю і відповідно до їх сімей. Милосердя, благодійність розповсюджувалися з укріпленням християнського світогляду і були не тільки доброчесністю, але й обов'язком християнина. Значну роль у цьому відіграла церква. Отже, ставлення до людей з інвалідністю дещо змінилось до позитивного з прийняттям християнства. Цих людей вважали знедоленими, такими, які потребують співчуття та милосердя. За часів Київської Русі при церквах та монастирях діяли осередки, завданням яких було піклування про психічно чи фізично інвалідизованих [53].

У епоху середньовіччя, коли мораль та культуру формувала церква, ставлення до людей з інвалідністю було особливо жорстоким. Психічно хворих та тих, хто мав недоліки опорно-рухового апарату вважали грішниками, які мають зв'язок з нечистою силою й приносять суспільству різноманітні лиха. Часто полювання на відьом перетворювалось на знищення осіб з інвалідністю.

Епоха Відродження вирізняється гуманним ставленням до усіх людей, незалежно від наявності вад розвитку. Основною цінністю цього періоду є рівність усіх людей у суспільстві. Розвивається науковий підхід до цієї проблематики. Так, італійський науковець Джироламо Кардано запропонував методику навчання осіб, які нечують. У Європі активно практикувались заходи соціальної адаптації сліпих за допомогою збереженого слуху, про що свідчить

відкриття у 1662 році у м. Палермо музичної школи для незрячих.

З XVII – поч. XVIII ст. превалює конструктивний науковий підхід у розумінні проблем інвалідності, який у свою чергу в Європі був зумовлений Французькою революцією (1789-1799), що стала каталізатором багатьох радикальних змін у суспільстві. З'являються різні підходи у трактуванні цього явища: моральний (інвалідність – це покарання за гріхи), філантропічний (люди з інвалідністю потребують співчуття та створення притулків, де за ними доглядатимуть), медико-педагогічний (вирішення проблем інвалідності у лікуванні, вихованні та навчанні, тому суспільству необхідно створювати спеціальні відділення при лікарнях, навчальні заклади).

Вагомим внеском у розвиток наукового підходу у вирішенні проблем інвалідності є розроблена французьким ученим Якобом Родрігесом Перейрою система інструкцій глухонімих, за якою людей навчали чути та говорити через торкання та вібрацію; засновані Валентином Гаюї у Парижі та Петербурзі школи для сліпих і глухих дітей, створені ним спеціальні прилади та рельєфно-лінійні шрифти для незрячих; системи навчання людей з порушеннями слуху «мімічним методом» Шарля Мішеля Л'Епе. Помітні зміни у ставленні до людей з психічними вадами почались після того, як французький психіатр Філіпп Пінель зняв ланцюги з розумово відсталих, змінивши цим статус закладів, де утримувались такі хворі, здійснив класифікацію типів розумових захворювань, започаткував ведення індивідуальної історії хвороби, медичний догляд [53; 65].

На початку XIX ст. підвищився інтерес до соціальної практики у вирішенні проблем інвалідності. Особливо соціальна допомога людям з інвалідністю розвивалась у США за ініціативою Доротеї Дікс. Соціальна політика інших країн була направлена на організацію шкіл, притулків, лікарень для дітей з інвалідністю, наукових досліджень і впровадження їхніх результатів у цій сфері. Французький лікар та педагог Едуард Сеген, емігрувавши до США та маючи досвід у роботі з розумово відсталими дітьми, створив перший в країні навчальний заклад для таких осіб, розробив медико-педагогічну систему їх виховання та навчання. За сприяння його послідовниці Марії Монтесорі

уряд Італії створив навчальний заклад для підготовки вчителів, які б навчали дітей з інвалідністю. Сама педагог 1907 р. відкрила будинок для дітей, де застосовувала свої наукові розробки з педагогіки у роботі з дітьми-інвалідами. У кін. XIX на поч. XX ст. права людей з інвалідністю були зафіксовані у нормативних актах та законах більшості європейських країн.

Отже, протягом століть світове суспільство проходило шлях від байдужості, неприйняття, нехтування людей з обмеженими можливостями до більш гуманного до них ставлення [65].

Л. Аксенова, Б. Архіпов зазначають, що до середини XX століття у філософії освіти існувала ідея про соціальну корисність людини. Сутність її полягала в тому, що в кожному суспільстві є певна кількість людей, які мають фізичні, психічні, інтелектуальні порушення. Загальна кількість їх зростає, чому є багато причин: спадковість, природжені аномалії розвитку, зовнішні обставини та ін. Для утримування таких людей у спеціальних закладах, або для виплати соціальних пенсій їм та їхнім опікунам, родинам держава витрачає великі кошти. У багатьох розвинутих країнах постає питання про те, що вигідніше: підтримувати цих людей на державному рівні, чи дати їм можливість забезпечувати себе самим. У зв'язку з цим виховання й освіта були спрямовані на те, щоб створити людину для суспільства без урахування її індивідуальних бажань і потреб. Інтереси суспільства вищі за інтереси однієї людини. За таких умов становище людей з інвалідністю стає надзвичайно хитким, за ними закріплюється статус малоцінності. Формально держава їх підтримує, але по суті відстороняється від їхніх проблем.

Спеціальні школи-інтернати, в яких діти утримувалися цілий навчальний рік, повністю ізолювали їх від суспільства, від родини. Для радянського суспільства був характерний термін «дефективна дитина», що визначав дитину з порушеннями розвитку. Політика держави стосовно дітей з особливими потребами була частиною загальної політики щодо всіх категорій неблагополучних дітей. З «дефективністю» в країні боролись як і з безпритульністю та злочинністю [3; 70].

Соціальна педагогіка сучасності все більше звертається до концепції незалежного способу життя, в умовах пріоритету інтересів особистості над інтересами суспільства. Кожна людина, незалежно від її здібностей, соціального статусу, рівня забезпеченості, стану психофізичного здоров'я, має всі права, викладені в Конституції. Незалежність людини з інвалідністю повинна бути не тільки матеріальною, але й моральною, правовою, соціальною. Особлива увага приділяється тому, що людина з обмеженими можливостями має бути інтегрована в суспільство, а не пристосована до нього.

Останнім часом окремою важливою проблемою постає питання інклюзії та інтеграції дитини в суспільство. У Західній Європі та Америці зараз немає дитячого закладу, в якому поряд з нормотиповими дітьми не навчалися б особливі діти. За кордоном процес активної інтеграції людей з інвалідністю у суспільство почався 20-30 років тому. Вже зараз, по проведенні досліджень, було зроблено висновки, про те, що соціокультурний рівень і якість життя людей з обмеженими можливостями значно підвищилися. До проблем людини з інвалідністю оточуючі ставляться з повагою, суспільство стає все більш відкритим для людини з особливими потребами [73].

Втім, на нашу думку, головною причиною всіх проблем людей з інвалідністю, залишається традиційно байдуже відношення до людей з обмеженнями у суспільстві в цілому, а основними проблемами людини та/або дитини з інвалідністю та її родини є їхня соціальна ізоляція, відокремленість від суспільства [65; 77 та ін.].

Історичний огляд особливостей ставлення до людей з інвалідністю у суспільстві довів існування проблеми, яку ми вважаємо провідною: процес соціальної реабілітації прямо залежить від ставлення до проблем інвалідності в суспільстві. Саме сприйняття людей з особливими потребами у суспільстві, в першу чергу, визначає успішність чи неуспішність реабілітації.

Таким чином, на основі викладеного можна говорити, що соціально-педагогічна робота з людьми з інвалідністю, як професійна, так й або волонтерська, повинна спрямовуватися на інтеграцію цієї категорії осіб у

суспільство через оздоровлення та педагогізацію соціального середовища і надання послуг. В умовах демократизації суспільства така інтеграція можлива за умови створення рівних стартових можливостей для всіх людей, незалежно від психофізичного розвитку, стану здоров'я, віку, статі, соціально-економічного статусу людини. Створення рівних можливостей для інвалідів ґрунтується на тому, що кожна людина має право на життя, навчання, виховання і працевлаштування, що закріплене у Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів, ухвалених Генеральною Асамблеєю ООН у 1993 році.

Загальним завданням соціального педагога є створити такі соціально-педагогічні умови, які сприятимуть внутрішньому самоствердженню людей з інвалідністю, самостійному досягненню ними своїх цілей. Організація соціально-педагогічної допомоги дітям, які позбавлені можливості вести повноцінне життя внаслідок порушень фізичного або психологічного розвитку, потребує, в першу чергу, зміни ставлення суспільства до цієї категорії осіб та проблеми інвалідності в Україні. Освіта, соціально-педагогічний вплив на особистість є інструментами вирішення однієї з основних проблем у суспільній та державній політиці щодо дітей з інвалідністю – їх соціальної реабілітації, адаптації та інтеграції у суспільство.

1.2. Система соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в Україні

Сучасна політика держави щодо людей з обмеженими функціональними можливостями – це результат її розвитку протягом останніх 200 років. Значною мірою вона відображає загальні умови життя, а також соціальну та економічну політику в різні періоди часу. Протягом багатьох років політика стосовно інвалідів розвивалася від елементарного догляду у спеціальних закладах до навчання та до реабілітації людей, які стали інвалідами у дорослому віці [7].

Основною передумовою успішного вирішення проблем інвалідності є

державна політика. У зв'язку з цим важливим завданням держави є забезпечення соціальної захищеності означеної категорії громадян, створення необхідних умов для індивідуального розвитку, реалізації інтелектуального чи творчого потенціалу. Це здійснюється завдяки участі людей з інвалідністю у відповідних державних програмах, розроблених на основі врахування виявлених потреб і регулювання надання соціальної допомоги у передбачених законодавством видах для усунення наявних перешкод. З цією метою держава визначає для дітей з особливими освітніми потребами додаткові гарантії для реалізації їхніх прав і законних інтересів, проявляючи при цьому особливу турботу про дітей. Хоча на даний момент ці діти відносяться до найбільш незахищеної категорії населення [66].

Протягом останніх років було розроблено низку документів, згідно з якими державні структури, громадські об'єднання, залучаючи до цього приватні ініціативи, покликані здійснювати заходи, спрямовані не лише на охорону здоров'я і профілактику інвалідності, але й на створення умов для реабілітації людей з інвалідністю, задоволення їх інтересів, інтеграції у суспільство і професійну діяльність.

В Україні протягом тривалого часу сформовано державну систему соціальної підтримки дітей з обмеженими психофізичними можливостями, дітей з вадами психічного та фізичного розвитку, яка організаційно розподілилася між Міністерством освіти України, Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством праці та соціальної політики України, Міністерством у справах сім'ї та молоді України, Державним комітетом України з фізичної культури та спорту.

Правові засади щодо задоволення особливих потреб дітей з обмеженими функціональними можливостями у соціальному захисті, навчанні, лікуванні, соціальній опіці та громадській діяльності відображені у Законах України: «Про освіту»; «Про державну допомогу сім'ям з дітьми»; «Про фізичну культуру і спорт»; «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»; «Про пенсійне забезпечення»; «Про статус і соціальний захист громадян, що

постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»; «Про благодійництво та благодійні організації»; «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні».

Основні положення соціальної політики держави щодо дітей з обмеженими психофізичними можливостями визначені у законі України «Про основи соціальної захищеності інвалідів України», який був прийнятий у березні 1991 р. Даний закон відповідає міжнародним документам та передбачає медичну, соціально-трудова реабілітацію та адаптацію людей з інвалідністю, гарантує здобуття освіти на рівні, що відповідає їх здібностям і можливостям. Законом також передбачаються пільги у наданні житла (хоч на практиці це дуже рідко виконується).

Реалізація державної політики у вирішенні проблем інвалідів в Україні здійснюється також загальнодержавними і регіональними програмами. Особливе місце серед яких посідає цільова «Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів», схвалена постановою Кабінетом Міністрів України від 12 жовтня 2000 року № 1545 за Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 5 липня 2001 року.

На допомогу соціальній реабілітації дітей з обмеженими функціональними можливостями використовуються такі базові документи світового співтовариства:

- Всесвітня декларація прав людини (1948 рік);
- Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (1966 рік);
- Декларація соціального прогресу і розвитку (1969 р.);
- Декларація про права розумово відсталих осіб (1971 р.);
- Конвенція про права дитини (1989 р.);
- Всесвітня декларація про особливості впливу, захисту і розвитку дітей (1990 р.);
- Конвенція і Рекомендації про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів (1983 р.) та ін.

Головним міжнародним документом, що забезпечує концептуальний підхід до роботи з людьми, що мають психофізичні вади є прийняті Генеральною Асамблеєю ООН у грудні 1993 року «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів». В цьому документі особлива увага приділяється таким групам населення, як діти, жінки, люди похилого віку, бідні прошарки населення, особи з кількома видами інвалідності, біженці-інваліди [66].

Отже, розглянуті документи забезпечують концептуальні підходи до соціальної реабілітації дітей з інвалідністю в Україні.

Взагалі, соціальна реабілітація здійснюється як під час первинної (робота з дітьми, що мають особливі потреби), так і в ході вторинної соціалізації (наприклад, з девіантами). Якщо ми говоримо про первинну соціалізацію дітей з особливими потребами, то соціальна реабілітація є частиною процесу такої соціалізації. Тут на перший план реабілітаційного процесу висувається необхідність створення оптимальних умов для розвитку фізичних, психологічних функцій, соціальних та адаптивних можливостей дитини. Коли йдеться про вторинну соціалізацію і соціальну реабілітацію, то остання розуміється як необхідність подолання негативних наслідків неправильної соціалізації.

Соціальну реабілітацію в науці можна розглядати в контексті різних соціальних процесів: соціалізації, соціальної нормативності, соціальної адаптивності, соціальної мобільності, створення соціального капіталу. Відмінності у підходах зумовлені різноманітністю соціальних груп, у зв'язку з якими соціальна реабілітація розглядається.

В Україні найбільш активно розвивається соціальна реабілітація дітей з особливими потребами (за законодавством – дітей з інвалідністю). Так, в країні протягом тривалого часу формується державна система соціальної підтримки таких дітей, яка 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. Правові засади задоволення особливих потреб дітей з обмеженими фізичними та психічними можливостями у соціальному захисті, навчанні, лікуванні, соціальній опіці та громадській діяльності відображені у численних нормативно-правових актах. До того ж, в державі розпочато створення системи ранньої соціальної реабілітації дітей з інвалідністю [7].

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

Сутність соціально-педагогічної реабілітації полягає у створенні таких умов для саморозвитку людини, в результаті яких виробляється активна життєва позиція особистості.

Цілісний, системний підхід дозволяє сформулювати багаторівневу структуру проблем соціальної реабілітації та допомоги. Згідно з цим необхідно вирішувати:

- проблеми дитини: підтримка фізичного здоров'я, формування особистості, забезпечення емоційної підтримки, навчання, задоволення соціальних потреб;

- проблеми сім'ї: забезпечення фінансової підтримки, житлові умови, навички догляду та навчання дитини, вирішення емоційних проблем, подолання соціальної ізоляції;

- проблеми професіоналів: медики (профілактика та підтримка здоров'я), педагоги та психологи (розробка та впровадження спеціальних методів освіти та виховання дітей та батьків), соціальні працівники (забезпечення допомоги, інформування про ресурси, сімейна та групова робота, захист інтересів дітей та

сім'ї, інтеграція зусиль професіоналів), інженери та виробники (розробка та виготовлення спеціальних засобів для підтримки ефективної життєдіяльності та навчання дітей, створення спеціальних робочих місць), юристи, представники законодавчої та виконавчої влади (створення та впровадження відповідної системи захисту прав та обов'язків інвалідів та їх сімей);

- проблема суспільства – зміна ставлення до інвалідів та сімей з дітьми-інвалідами;

- проблеми фізичного середовища: зменшення впливів, що зашкоджують здоров'ю та життєдіяльності людини, створення дружнього для інвалідів простору [7].

Як зазначають О. Трошин, О. Жуліна [73], вибір методів соціально-педагогічної допомоги залежить від ряду взаємопов'язаних і взаємообумовлених соціально-психологічних, фізіологічних та соціокультурних факторів: категорії функціонального обмеження і обмеження життєдіяльності дитини; віку дитини; її зовнішнього вигляду (наявності дефекту зовнішності); психофізичних можливостей дитини; реакції батьків на інвалідність дитини, динаміки інвалідності; реакції найближчого оточення (родичів, друзів, колег по роботі, сусідів) на інвалідність дитини; віку батьків, їхньої емоційної зрілості; віросповідання батьків; соціокультурного і соціоекономічного статусу сім'ї; наявності в сім'ї інших дітей (з інвалідністю чи без інвалідності); місця проживання та інфраструктури (місто, сільська місцевість, багатоповерховий будинок тощо); наявності соціальної служби для надання соціальних послуг.

Наразі більшість дітей з особливими потребами в Україні навчаються і виховуються у школах-інтернатах, тобто перебувають в особливо складних і надзвичайних умовах. Ці діти штучно відірвані від сім'ї, що породжує проблеми у міжособистісних стосунках між батьками і дітьми, тому батькам необхідна допомога у спілкуванні з дитиною. Під час канікул таким сім'ям надається допомога у догляді й нагляді за дитиною, організовується спілкування з ровесниками за місцем проживання. Дитина має якомога частіше

перебувати в сім'ї, в оточенні батьків, родичів, друзів.

Соціальна допомога дітям з інвалідністю, які навчаються і виховуються в інтернатному закладі, забезпечується завдяки тісній співпраці шкіл-інтернатів і соціальних служб. Завдання соціальних служб полягають у сприянні політиці «відчинених дверей» цих закладів, надання допомоги дитині безболісно перейти у доросле життя, попередити виникнення екстремальних ситуацій чи полегшити їх наданням соціально-педагогічної та правової допомоги. Таким чином активізуються зусилля суспільства для задоволення особливих потреб дітей з обмеженими психофізичними можливостями (перебування в сім'ї, правовий захист).

З цією метою робота здійснюється у таких напрямках: реалізація рекреаційних проектів з тимчасового перебування дітей у сім'ї, спільних з школами-інтернатами програм з правової освіти дітей і підготовки їх до сімейного життя; вжиття заходів, спрямованих на розвиток співпраці шкіл-інтернатів і загальноосвітніх шкіл; створення дитячих асоціацій; залучення спонсорських коштів для додаткової фінансової підтримки дітей. Ефективними формами роботи є: клуби сімейного виховання; кризові центри; соціально-психологічні служби SOS; групи взаємодопомоги; спеціалізовані лінії Телефону довіри [7].

Сутність, зміст, напрямки соціальної реабілітації залежать від специфіки закладу, в якому вона проводиться, а також функцій, меж компетенції, повноважень цього закладу.

На думку Н. Стадненко [69], суб'єктивність соціально-реабілітаційної діяльності виявляється у проявах індивідуальності як фахівця з соціальної реабілітації, так і дитини, включеної у соціально-реабілітаційний процес. Її якісні характеристики будуть визначатися активністю його учасників, наявністю минулого досвіду, установками, емоціями, цілями і мотивами, особливостями міжособистісних відносин, а також рівнем професійної компетентності фахівця з соціальної реабілітації.

Інтенсивність соціально – реабілітаційного процесу обумовлена

наявністю у кожного фахівця з соціальної реабілітації індивідуального стилю діяльності. Його наявність дозволяє кожному з них при наявності різних особливостей нервової системи, різної структури здібностей, характеру домагатися певної ефективності при використанні різних способів і засобів впливу.

Динамічність соціально-реабілітаційної діяльності визначається поступальним рухом у реалізації поточних завдань в роботі з дитиною. Для соціально-реабілітаційного процесу важливо домагатися хоча б маленьких, але позитивних зрушень у психіці. Динамічні зміни соціально-реабілітаційного процесу в цьому випадку можуть призвести до більш суттєвих позитивних змін у розвитку особистості в цілому.

Ефективність соціально-реабілітаційної діяльності проявляється у співвідношенні досягнутого результату до максимально досяжного або заздалегідь запланованого результату. Визначити її можна тільки в тому випадку, якщо будуть чітко виділені якісні критерії вимірювання результатів. У числі основних показників визначення ефективності соціально-реабілітаційної діяльності можуть бути взяті порівняні зміни в рівні розвитку особистості дитини, досягнутого за відповідний період, і його здатність до адаптації та інтеграції в соціальне та економічне життя з урахуванням реабілітаційного потенціалу [9].

До числа інших важливих особливостей соціально-реабілітаційного процесу слід віднести те, що, на відміну від педагогічного процесу, його обов'язковою умовою є, по-перше, проведення діагностичного обстеження дитини, з урахуванням результатів якого і будується реабілітаційний процес, по-друге, здійснюється він у нерозривній єдності з проведенням медичних заходів (медична реабілітація), психологічної та педагогічної реабілітації та соціальної адаптацією.

Основна мета соціально-реабілітаційної роботи забезпечення соціального, емоційного, інтелектуального і фізичного розвитку дитини, яка має порушення, і спроба максимального розкриття її потенціалу для навчання.

Друга важлива мета – попередження вторинних дефектів у дітей з порушеннями розвитку, які виникають або після невдалої спроби копіювати прогресуючі первинні дефекти за допомогою медичного, терапевтичного або навчального впливу, або в результаті спотворення взаємин між дитиною та сім'єю, викликаного, зокрема, тим, що очікування батьків (або інших членів сім'ї) щодо дитини не виправдалися [14].

Проведення соціально-реабілітаційної роботи, що допомагає членам сім'ї досягти порозуміння з дитиною і набути навичок, більш ефективно адаптують їх до особливостей дитини, націлене на запобігання додаткових зовнішніх впливів, здатних погіршити порушення дитячого розвитку.

Третя мета соціально-реабілітаційної роботи – реабілітувати сім'ї, які мають дітей з порушеннями, щоб максимально ефективно задовольняти потреби дитини. Соціальний працівник повинен ставитися до батьків як до партнерів, вивчати спосіб функціонування конкретної сім'ї і виробляти індивідуальну програму, що відповідає потребам і стилям життя цієї сім'ї [65].

Система реабілітації передбачає значний набір послуг, що надаються не тільки дітям, але і їх батькам, сім'ї у цілому і більш широкому оточенню. Всі послуги координовані таким чином, щоб надати допомогу індивідуальному і сімейному розвитку і захистити права всіх членів сім'ї. Допомога при найменшій можливості повинна надаватися в природному оточенні, тобто не в ізолюваному установі, а за місцем проживання, в сім'ї [36].

Виховуючи дитину, батьки спілкуються з іншими дітьми і батьками, спеціалістами, педагогами, вступають в системи відносин, які поміщені в інші взаємодіючі між собою системи. Діти розвиваються в сім'ї – це теж система відносин, що має власні правила, потреби та інтереси. Якщо ж дитина відвідує лікувальний або освітній заклад, то підключається ще одна система з її власними правилами і законами. А суспільство може висловлювати сім'ї, яка має дитину з інвалідністю, підтримку і співчуття, але може й відмовляти їй у цьому.

Щоб соціально-реабілітаційна робота була успішною, необхідно

домагатися нормалізації всіх цих взаємин. Сукупність прийомів і методів, що забезпечують прогресивний розвиток дитини, яка має інвалідність, складають технології соціальної реабілітації.

Таким чином, соціальні проблеми першого порядку – це проблеми, які торкаються суспільства в цілому. Цей комплекс проблем вирішується зусиллями всього суспільства та державою, спрямованими на створення рівних можливостей для всіх дітей. Одна з найбільш суттєвих проблем цього порядку є відношення суспільства та держави до людей з порушеннями у розвитку. Це відношення проявляється у різних аспектах: у створенні системи освіти, навчання, у створенні архітектурного середовища, доступної системи охорони здоров'я тощо.

Активізація соціальної політики в напрямку її гуманізації та демократизації, відродження духовності й національної самосвідомості, швидкий розвиток техніки і технології, інтелектуалізація праці, – все це потребує створення для осіб з порушеннями психофізичного розвитку таких умов, за яких вони могли б успішно реалізувати свої загальнолюдські права, стати активними громадянами своєї держави, освіченість і соціальний статус яких, задовольнятиме потреби суспільства.

У нашому дослідженні особливу увагу звертаємо на те, що соціальну реабілітацію можна розглядати як процес підвищення адаптаційних можливостей дитини. Саме розширення адаптаційних можливостей є проміжним завданням у процесі соціалізації дитини з інвалідністю під час здійснення реабілітаційних заходів у відділенні комплексної реабілітації дітей з інвалідністю у складі територіального центру соціального обслуговування.

Важливою умовою у процесі соціальної реабілітації дитини з інвалідністю є необхідність створення суб'єкт-суб'єктних професійних взаємин між соціальною службою (фахівцем) та людиною (дитиною) з інвалідністю та її сім'єю. Тому наступний підрозділ присвячений вивченню особливостей «клієнта» в системі соціальної підтримки людей з інвалідністю та ролі соціального педагога у процесі реабілітації дитини з інвалідністю.

1.3. Роль соціального педагога у реабілітації дітей з інвалідністю

Роль соціального педагога у процесі реабілітації дітей з інвалідністю складно переоцінити. Соціальний педагог – це спеціаліст, який надає комплекс послуг соціально-психологічного, педагогічного характеру як самій дитини, так і її батькам (опікунам) та має на меті всебічний розвиток дитини у соціальному, психологічному, фізичному та педагогічному аспектах.

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

Соціальна реабілітація дитини-інваліда – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв'язків та відносин. Метою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певної соціальної незалежності. У нашому випадку, проміжною метою соціальної реабілітації є розширення адаптивних можливостей дитини.

Неодмінною умовою соціальної реабілітації є культурна самоактуалізація особистості, її активна робота над собою соціальною досконалістю. Якими б сприятливими не були умови реабілітації, її результати залежать від активності самої особистості [1].

Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями – це складний процес, що потребує переорієнтації, і, насамперед – у напрямі розробки методології і методики соціально-педагогічної та психологічної

моделі соціальної роботи. Специфіка такого підходу викликає необхідність суттєвих змін у ставленні до дітей-інвалідів, які потребують не тільки матеріальної, фінансової, гуманітарної підтримки і заходів реабілітації (медичної, професійної, соціально-побутової), а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, моральному і духовному самовдосконаленні [1].

На думку Я. Юрків [84], сутність соціально-педагогічної реабілітації полягає у створенні таких умов для саморозвитку людини, в результаті яких виробляється активна життєва позиція особистості.

Реабілітація дітей з обмеженими можливостями має свої особливості, оскільки вона повинна забезпечувати, враховуючи, що мова йде про зростаючий організм, розвиток усіх систем і функцій, попереджувати затримку у рості та розвитку. Тому організація процесу соціальної реабілітації має базуватися на ряді принципів. В організації соціально-реабілітаційній практиці принципи відображають основні вимоги, що пред'являються до соціально-реабілітаційної діяльності і визначають її організацію, зміст, форми та методи реабілітаційного впливу. У соціально-реабілітаційній діяльності виокремлюють наступні основні принципи [1; 9]:

По-перше, принцип гуманістичного спрямування соціально-реабілітаційного процесу, що передбачає необхідність поєднання цілей суспільства та особистості. Реалізація цього принципу потребує підпорядкування всього соціально-реабілітаційного процесу формуванню особистості дитини-інваліду, орієнтованої на її гідності.

По-друге, принцип опори на провідну діяльність. В його основу покладено ідею, що процес соціальної реабілітації на різних вікових етапах дитини повинен відповідати провідній діяльності, що є характерною для кожного вікового етапу (гра, навчання, спілкування) і психологічним можливостям та обмеженням, що пов'язані з віковими особливостями (самооцінка, самосвідомість тощо).

По-третє, принцип навчання діяльності передбачає в свою чергу

активізацію дітей з обмеженими можливостями з метою оволодіння ними різноманітних видів діяльності, починаючи від найпростішої предметно-практичної діяльності переходячи до складних дій в пізнавальній сфері. Тобто у дітей з інвалідністю повинні бути сформовані вміння контролю та самоконтролю, оцінки та самооцінки.

По-четверте, принцип опори на позитивні та сильні сторони особистості дитини. У кожній дитині, навіть якщо вона має значні проблеми розвитку, є потяг до морального самовдосконалення. Якщо дитина-інвалід, при оволодінні новими формами поведінки та діяльності, досягненні позитивних результатів, переживає радість, що укріплює впевненість у своїх власних силах, прагнення до подальшого росту. А також принцип психологічної комфортності передбачає створення в соціально-реабілітаційному процесі довірливої, стимулюючої активності дитини-інваліда атмосфери, з опорою на внутрішні мотиви, а також на мотивацію успішності [2; 9].

Ґрунтуючись на даних принципах при організації і безпосередньої реалізації соціальної реабілітації розроблено правила реабілітаційного процесу:

1. Ставитися до дитини з обмеженими функціональними можливостями як до такої, що вимагає спеціального навчання, виховання та догляду.

2. На основі спеціальних рекомендацій, порад та методик поступово і цілеспрямовано: навчати дитину альтернативних способів спілкування; навчати основних правил поведінки; прищеплювати навички самообслуговування; розвивати зорове, слухове, тактильне сприйняття; виявляти та розвивати творчі здібності дитини.

3. Створювати середовище фізичної та емоційної безпеки: а) позбавитися небезпечних речей та предметів; б) вилучити предмети, що викликають у дитини страх та інші негативні емоційні реакції; в) не з'ясовувати у присутності дитини стосунки, особливо з приводу її інвалідності та проблем, пов'язаних з нею.

4. Рідним та людям, що знаходяться в безпосередньому контакті з дитиною-інвалідом, потрібно: сприймати її такою, якою вона є; підтримувати і

заохочувати її до пізнання нового; стимулювати до дії через гру; більше розмовляти з дитиною, слухати; надавати дитині можливості вибору: в їжі, одязі, іграшках, засобах масової інформації тощо; не піддаватися всім примхам, вимогам дитини; не вимагати від неї того, чого вона не здатна зробити; не боятися кожну хвилину за життя дитини [72].

Головна задача усіх осіб, що працюють з дитиною з інвалідністю, полягає у тому, щоб забезпечити позитивні зміни у розвитку її особистості.

Основою для організації і проведення соціальної реабілітації є програма реабілітації дітей з обмеженими можливостями. Програма реабілітації дітей з обмеженими можливостями – це система заходів, які сприяють розвитку можливостей дитини і всієї сім'ї. Вона розробляється командою фахівців (лікарі, соціальні педагоги, психологи) разом з батьками [2].

Програма може розроблятися на півроку, на рік, все залежить від віку та умов розвитку дитини. Спеціаліст обговорює періодично з батьками досягнуті результати, успіхи і невдачі, разом аналізують всі незаплановані події, які відбулися за період реалізації програми. Лише після цього команда спеціалістів розробляє програму реабілітації на наступний період.

Програма реабілітації передбачає не лише сприяння розвитку дитини, але й набуття батьками спеціальних знань, психологічну підтримку сім'ї, допомогу сім'ї щодо можливості відпочити, відновлення сил тощо. У ході реалізації програми періодично проводиться моніторинг, регулярне відстеження ходу подій, у разі потреби куратор сприяє батькам у подоланні труднощів, ведучи переговори з потрібними спеціалістами, представникам установ, роз'яснюючи права дитини і сім'ї. Однією із важливих особливостей реабілітаційної програми має бути: 1) наявність міждисциплінарної команди спеціалістів; 2) участь батьків у процесі реабілітації що є найбільш складною проблемою; 3) увага спеціалістів спрямовується як на дітей, так і на батьків; 4) налагодження партнерства у реабілітації дітей-інвалідів [72].

Таким чином, соціальна реабілітація організовується з метою найбільш повного розвитку у дитини з обмеженими можливостями духовних і фізичних

сил шляхом використання її збережених функцій, виникаючих потреб та інтересів, її особистісної активності та створення відповідних внутрішніх та зовнішніх умов, в яких вони можуть найбільш повно проявлятися та розкриватися. Така організація соціально-педагогічної роботи базується на ряді вищевикладених принципів, яких мають дотримуватись усі суб'єкти соціально-педагогічної роботи з дітьми з особливими потребами, і на їх базі має формуватися державна допомога таким дітям та їх родинам.

Люди з обмеженими можливостями як соціальна категорія людей, знаходяться в оточенні нормотипових людей у порівнянні з ними і мають потребу в більшому ступені в соціальному захисті, допомозі, підтримці. Ці види допомоги визначені законодавством, що конкретизуються нормативними актами, інструкціями і рекомендаціями, відомий механізм їхньої реалізації. Слід зазначити, що всі нормативні акти стосуються пільг, пенсій та інших форм соціальної допомоги, що спрямована на підтримку життєдіяльності, на пасивне споживання матеріальних витрат. Разом з тим, інвалідам необхідна така допомога, що могла стимулювати й активізувати інвалідів і придушувала б розвиток утриманських тенденцій. Відомо, що для повноцінного, активного життя інвалідів необхідне залучення їх у суспільно-корисну діяльність, розвиток і підтримку зв'язків інвалідів зі здоровим оточенням, державними установами різного профілю, громадськими організаціями й управлінськими структурами. Власне кажучи, мова йде про соціальну інтеграцію інвалідів, що є кінцевою метою реабілітації [84].

За місцем проживання (перебування) всіх людей з інвалідністю можна розділити на 2 категорії: 1) ті, що знаходяться в будинках-інтернатах; 2) ті, що проживають у родинах. Зазначений критерій, місце проживання, не слід сприймати як формальний. Він пов'язаний з морально-психологічним фактором, з перспективою подальшої долі інвалідів.

Відомо, що в будинках-інтернатах знаходяться найбільш важкі в соматичному відношенні громадяни. У залежності від патології, діти утримуються у будинках-інтернатах для розумово відсталих і з важкими та

складними фізичними порушеннями.

Діяльність соціального педагога також визначається характером патології у людини (дитини) і співвідноситься з його реабілітаційним потенціалом. Для здійснення адекватної діяльності соціального педагога в будинках-інтернатах, необхідне знання особливостей структури і функцій цих установ.

Завданнями будинку-інтернату є: а) створення сприятливих умов життя, наближених до домашніх; б) організація догляду за проживаючими, надання їм медичної допомоги й організація змістовного дозвілля; в) організація трудової зайнятості інвалідів [2].

Відповідно до основних завдань будинків-інтернат здійснює активне сприяння в адаптації людей з інвалідністю до нових умов; побутовий комфорт, забезпечуючи інвалідів упорядкованим житлом, інвентарем і меблями, постільними засобами, одягом і взуттям; організацію харчування з урахуванням віку і стану здоров'я; диспансеризацію і лікування інвалідів, організацію консультативної медичної допомоги, а також госпіталізацію, тих кому треба, у лікувальні установи; забезпечення слуховими апаратами, окулярами, протезно-ортопедичними виробами і кріслами-колясками; відповідно до медичних рекомендацій організацію трудової зайнятості, що сприяє підтримці активного способу життя.

Значна частина дітей з інвалідністю підлягає соціальній адаптації в самих установах, а в ряді випадків і інтеграції в суспільство. У зв'язку з цим, важливого значення набувають фактори, що впливають на соціальну адаптацію дітей та молоді з інвалідністю. Адаптація пропонує наявність умов, що сприяють реалізації наявних і формуванню нових соціальних потреб з урахуванням резервних можливостей людини (дитини).

В умовах будинку-інтернату при відсутності в штаті спеціальних працівників, що могли б вивчити потреби осіб з інвалідністю, і при відсутності умов для їхньої реабілітації виникає ситуація соціальної напруженості, незадоволеності бажань. Означені люди, власне кажучи, знаходяться в умовах соціальної депривації, вони постійно відчувають дефіцит інформації.

Роль соціального педагога полягає в тому, щоб створити середовище в будинку-інтернаті. Терапія середовищем займає ведуче місце в організації способу життя інвалідів. Основним напрямком активного, діючого середовища є перебування, що спонукала би людей з інвалідністю на самодіяльність, самозабезпечення, відхід від утриманських настроїв і гіперопіки [73].

Для реалізації ідеї активізації середовища можна використовувати зайнятість працею, аматорські заняття, суспільно-корисну діяльність, спортивні заходи, організацію змістовно-розважального дозвілля, навчання професіям. Такий перелік заходів поза домом повинен здійснюватися саме соціальним педагогом. Важливо, щоб весь персонал був орієнтований на зміну стилю роботи установи, у якій знаходяться діти з інвалідністю. У зв'язку з цим, соціальному педагогові необхідне володіння методами роботи і прийомами роботи з особами, що обслуговують людей з інвалідністю у будинках-інтернатах. З урахуванням таких задач, соціальний педагог має знати функціональні обов'язки медичного і допоміжного персоналу. Він повинний уміти виявити загальне, подібне в їхній діяльності і використовувати це для створення терапевтичного середовища [84].

Для створення позитивного терапевтичного середовища соціальному педагогові необхідні знання не тільки психолого-педагогічного плану. Нерідко приходиться вирішувати питання і юридичні (цивільного права, трудового регулювання, майнові). Рішення або сприяння в рішенні цих питань буде сприяти соціальній адаптації, нормалізації взаємин інвалідів, а, можливо, і їхньої соціальної інтеграції в подальшому [22].

При роботі з дітьми з особливими потребами важливо виявити лідерів з контингенту осіб з позитивною соціальною спрямованістю. Опосередкований вплив через них на групу сприяє формуванню спільних цілей, згуртованості інвалідів у ході діяльності, їхньому повноцінному спілкуванню.

Спілкування, як один з факторів соціальної активності, реалізується в ході організації життєдіяльності і проведення дозвілля. Тривале перебування дітей з інвалідністю у свого роду соціальному ізоляторі, яким є будинок-

інтернат, не сприяє формуванню навичок спілкування. Воно носить переважно ситуативний характер, відрізняється поверхневістю, нестійкістю зв'язків [8].

Ступінь соціально-психологічної адаптації людей з інвалідністю у будинках-інтернатах значною мірою визначається їхнім ставленням до своєї хвороби. Воно виявляється або запереченням хвороби, або раціональним відношенням до захворювання, або «відходом у хворобу». Цей останній варіант виражається в появі відгородженості, пригніченості, у постійному самоаналізі, у відході від реальних подій і інтересів. У цих випадках роль соціального педагога як психотерапевта, що використовує різні методи відволікання інваліда від песимістичної оцінки свого майбутнього, переключає його на повсякденні інтереси, орієнтує на позитивну перспективу. Роль соціального педагога полягає в тому, щоб з урахуванням вікових інтересів, особливостей дітей-інвалідів організувати соціально-побутову і соціально-психологічну адаптацію людей з інвалідністю [63].

Важливим методом діяльності соціального педагога є працевлаштування людини з інвалідністю, що може бути здійснене (відповідно до рекомендацій лікарсько-трудової експертизи) або в умовах звичайного виробництва, або на спеціалізованих підприємствах, або в домашніх умовах. При цьому фахівець повинний керуватися нормативними актами про працевлаштування, про перелік професій для інвалідів та надавати їм допомогу.

При здійсненні реабілітації дітей з інвалідністю, що знаходяться в родині, важливої ролі набуває морально-психологічна підтримка цієї категорії осіб. Крах життєвих планів, розлад у родині, позбавлення улюбленої роботи, розрив звичних зв'язків, погіршення матеріального становища – ось далеко неповний перелік проблем, що можуть дезадаптувати особу з інвалідністю, викликати в нього депресивну реакцію і виявися фактором, що ускладнює власне весь процес реабілітації [72; 84].

Роль соціального педагога полягає в співучасті, у проникненні в сутність психогенної ситуації людини (дитини) з інвалідністю й у спробі усунути або хоча б зм'якшити її вплив на психологічний стан інваліда. Соціальний педагог

повинен, у зв'язку з цим, володіти визначеними особистісними якостями і володіти основами психотерапії.

Таким чином, участь соціального педагога в реабілітації людей з інвалідністю носить багатоаспектний характер, що являє не тільки різнобічну обізнаність, проінформованість у законодавстві, але і наявність відповідних особистісних особливостей, що дозволяють особі з інвалідністю довірливо відноситися до цієї категорії працівників.

1.4. Нормативно-правова база соціального захисту дітей з інвалідністю в Україні

Серед безлічі завдань, що виконуються державою, одним з найважливіших є соціальний захист населення. Соціальний захист – це система економічних, соціальних та організаційних заходів, які здійснюються державою для підтримки незахищених верств населення – пенсіонерів, інвалідів, ветеранів війни, багатодітних сімей та інших малозабезпечених громадян [67, 76].

Основними нормативними актами в Україні, якими регулюються питання соціального захисту дітей з інвалідністю в частині забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації є Закони України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про охорону дитинства», постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів» та «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів» та ін.

Згідно із статтею 4 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» діяльність держави щодо інвалідів виявляється у створенні правових, економічних, політичних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посильній трудовій та громадській діяльності [55,

126].

Соціальний захист інвалідів з боку держави полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, протезування, орієнтації і сприйняття інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки або стороннього догляду, а також пристосуванні забудови населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку до особливостей інвалідів.

Відповідно до статті 1 Закону України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам», право на державну соціальну допомогу мають інваліди з дитинства і діти з інвалідністю віком до 18 років. Причина, група інвалідності, строк, на який встановлюється інвалідність, визначаються органом медико-соціальної експертизи згідно із законодавством України з одночасним роз'ясненням інвалідам з дитинства їх права на державну соціальну допомогу. Проте група інвалідності дітям-інвалідам до 18 років не встановлюється. Вона встановлюється лише інвалідам з дитинства старше 18 років [56, 1].

Грошова допомога виплачується у відповідності до статті 2 Закону України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам». Державна соціальна допомога призначається на дітей-інвалідів віком до 18 років у розмірі 70 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

Законом України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» встановлюється, що на дітей-інвалідів державна соціальна допомога призначається на строк, зазначений у медичному висновку, який видається у порядку, встановленому Міністерством охорони здоров'я України, але не більш як по місяць досягнення дитиною-інвалідом 18-річного віку. Надбавка на догляд за дитиною-інвалідом устанавлюється в такому розмірі: на дитину-інваліда віком до 6 років – 50 відсотків прожиткового мінімуму, на дитину-інваліда віком від 6 до 18 років – 50 відсотків прожиткового мінімуму. Ця надбавка призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які не працюють і фактично здійснюють

догляд за дитиною-інвалідом [31, 181].

Обдаровані діти з інвалідністю мають право на безплатне навчання музики, образотворчого, художньо-прикладного мистецтва у загальних навчальних закладах або спеціальних позашкільних навчальних закладах. За інших рівних умов переважне право на зарахування до вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та професійно-технічних навчальних закладів мають інваліди. Під час навчання зазначеним категоріям громадян стипендія та призначена пенсія (державна соціальна допомога інвалідам з дитинства і дітям-інвалідам) виплачуються в повному розмірі. Інваліди та сім'ї, в яких є діти-інваліди, мають переважне право на поліпшення житлових умов в порядку, передбаченому чинним законодавством.

Законодавство України створює основи соціальної політики у сфері соціального захисту дітей-інвалідів та їхніх батьків. На виконання Конвенції ООН про права дитини в Україні прийнято Національну програму «Діти України», закони України «Про охорону дитинства» і «Про державну соціальну допомогу дітям-інвалідам та інвалідам з дитинства».

У Законі «Про охорону дитинства» дається визначення поняття «дитина-інвалід». Дитина-інвалід – дитина зі стійким розладом функцій організму, спричиненим захворюванням, травмою або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що зумовлюють обмеження її нормальної життєдіяльності та необхідність додаткової соціальної допомоги і захисту [57, 4].

Проведення державної політики спрямовано на реалізацію цільових програм з охорони дитинства і передбачає надання дітям пільг, переваг та соціальних гарантій у процесі виховання, навчання, підготовки до трудової діяльності, заохочення наукових досліджень з актуальних проблем дитинства.

У Законі України «Про державну соціальну допомогу дітям-інвалідам та інвалідам з дитинства» встановлюються права і гарантії дітей і батьків на отримання пенсій і соціальних допомог.

Залежно від характеру захворювання визначаються соціально-медичні класифікації дітей-інвалідів. Соціальний аспект класифікації дітей-інвалідів

знаходиться у правовій парадигмі, має юридичне підґрунтя і розглядається з погляду визначення категорій дітей із функціональними змінами і патологічними станами, які дають право на встановлення інвалідності на різні терміни (на 2 роки, на 5 років, до 16-річного віку) залежно від діагнозу.

В основі цієї класифікації – перелік медичних показань, що дають право на отримання соціальної пенсії дітям-інвалідам віком до 16 років, що затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України № 175 від 1992 р. Так, до переліку медичних показань, які дають право на отримання соціальної пенсії на термін до досягнення 16-річного віку входять такі патологічні стани, як: стійко виражені паралічі або глибокі парези однієї і більше кінцівок, стійкі генералізовані гіперкінези, виражені порушення координації; олігофренія або недоумство різного генезу, що відповідає ступеню ідіотії або імбецильності; відсутність або сліпота одного ока; патологічні стани, які виникають при відсутності або вираженій недорозвиненості життєво важливих органів, що призводить до стійкого порушення функцій; виражені стійкі необоротні порушення опорно-рухового апарату; недостатність функцій залоз внутрішньої секреції; глухота та ін. [76, 208].

Показанням для визначення інвалідності у дітей є патологічні стани, які виникають при уроджених спадкових, здобутих захворюваннях та після травм. Питання про встановлення інвалідності розглядається після проведення діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів. Рішення про визнання дитини (підлітка) інвалідом в Україні приймають республіканська, обласні, міські, спеціальні дитячі лікарні та відділення (ортопедо-хірургічне, відновного лікування, неврологічне, психіатричне, туберкульозне, пульмонологічне, отоларингологічне, офтальмологічне, урологічне, нефрологічне та ін.).

Категорія дитячої інвалідності зумовлює специфіку медичного патронажу: загально медична допомога, догляд медичної сестри вдома, лікування у лікарні. Програми медичного страхування у багатьох країнах світу передбачають оплату ліків і різні медичні послуги. Програми соціально-медичної реабілітації забезпечують вибір і використання різнобічних

допоміжних засобів:

1) протезів (пристроїв, які повністю чи частково замінюють відсутні частини тіла і відновлюють, наскільки це можливо, порушену функцію);

2) ортопедичних засобів (терапевтичних пристроїв, які не тільки пасивно підтримують певні суглоби, але також полегшують, поліпшують і контролюють функціональну роботу порушених органів);

3) технічних засобів (пристроїв, які компенсують функції, що з різних причин більше не діють або діють ненормально внаслідок фізичних чи сенсорних порушень: спеціальних виделок, ложок, тарілок, чашок, туалетів, сходинок, пандусів та ін.; спеціальних апаратів для дітей з частковою втратою зору і слуху).

Допоміжні засоби і пристрої полегшують життя дитини, допомагають її інтеграції у середовище своїх однолітків.

Сім'ям дітей-інвалідів забезпечується право на грошову допомогу на догляд за дитиною-інвалідом до досягнення нею 16-річного віку обсягом у 100 % мінімальної заробітної платні, яке визначається в Законі «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», соціальну пенсію дітям-інвалідам віком до 16 років, дітям-інвалідам – у разі втрати годувальника до 18 років – в Законі «Про пенсійне забезпечення».

Певні гарантії жінкам, які мають дитину з інвалідністю, закріплені у Кодексі законів про працю. Матерям таких дітей забороняється відмовляти при прийнятті на роботу, знижувати заробітну платню і звільняти з роботи. Обов'язковим є працевлаштування цих жінок у випадках їх звільнення після закінчення строкового трудового договору.

Українське законодавство визначає норми, що регулюють діяльність суспільства стосовно дітей, яким встановлено інвалідність і які мають вади психофізичного розвитку. Найбільш важливими з них є захист прав дитини на освіту, охорону здоров'я, пенсійне забезпечення, матеріальну допомогу, соціальний патронаж, доступ до комунікації та об'єктів матеріального оточення [37, 75].

Поняття «діти з особливими потребами» має широкий зміст і включає в себе всі категорії фізичних, психічних та психологічних порушень у розвитку дитини. Як допомогти дитині, що має порушення, та яка опинившись у загальноосвітній школі, стикається з безліччю проблемних ситуацій та власною неспроможністю. Можна зрозуміти батьків, які віддають перевагу загальноосвітній школі, а не спеціалізованому закладу для подальшого навчання та соціалізації дитини, бо вони піклуються про збереження статусу «нормальності» для своєї дитини. Правильність внутрішнього інтуїтивного рішення батьків таких дітей, стосовно подальшої соціалізації підтверджується ідеями інклюзивної освіти, які останнім часом поширюються та осмислюються на державному рівні та в освітньому просторі. У розвинених країнах інваліди мають не лише право, а й можливість вчитися у школах разом зі здоровими дітьми. Така форма освіти називається інклюзивною (від англ. «інк люд», включення). Для інвалідів пристосований громадський транспорт, будинки обладнані так, щоб людина на візку могла легко заїхати до аптеки, книгарні чи кінотеатри [2].

Як свідчать дослідження, близько 70 % дітей з фізичними, психічними, розумовими обмеженнями проживають в сім'ях. Труднощі, з якими вони стикаються, пов'язані з необхідністю догляду за дитиною, високими витратами на її лікування, оздоровлення, придбання засобів корекції. Внаслідок цього у більшості сімей формується нездоровий психологічний клімат, спричинений низькими доходами батьків, що не забезпечують належне утримання дітей з інвалідністю.

Важливим життєвим фактором для кожної дитини є інформування про особисті права, які допомагають підліткам в подальшому житті. Від незнання своїх прав, діти з особливими потребами відчують себе не досить впевнено в повсякденному житті. Дітям-інвалідам, які перебувають на повному державному утриманні, державна соціальна допомога виплачується в розмірі 50 % призначеної суми та перераховується на їхні особисті рахунки в банку. Решта 50 % перераховуються на рахунок установи (закладу) за місцем

перебування дитини. Дітям-інвалідам із числа сиріт за період перебування на повному державному утриманні державна соціальна допомога виплачується в повному розмірі та перераховується на їхні особисті рахунки в банку [18, 27].

На жаль, до сьогодні існує тенденція розглядати інвалідність як вирок – вважається, що раз так склалася доля, людина не може розраховувати на повноцінний розвиток із суто медичних причин. Звідси нібито логічний, але нелюдський висновок: інвалідам не потрібно створювати умови для розвитку, активної суспільної діяльності, освіти. Їм треба дати пенсію, виходячи з можливостей нашої країни, досить невелику, та медичну допомогу (зважаючи на те, що ця сфера досить успішно комерціалізується, допомогу умовну). А далі діти-інваліди – це проблема їхніх батьків, персоналу інтернатів та Пенсійного фонду.

Отже, інвалідність призводить до обмеження життєдіяльності людини, її соціальної дезадаптації, обмеження здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, спілкування, майбутньої трудової діяльності внаслідок відхилень у фізичному та психічному розвитку. Система навчання цих дітей не досконала. У зв'язку з цим треба вирішувати комплекс соціальних та психолого-, медико-педагогічних проблем із соціальної орієнтації таких дітей. Корекційну роботу найчастіше виконують самі батьки, проте багато з них не володіють спеціальними знаннями з дефектології та медико-соціальної реабілітації. Крім того, відсутня і спеціальна консультативна служба, де батьки мали б можливість отримати рекомендації щодо догляду за хворою дитиною, та правову допомогу. Немає спеціалізованої методичної літератури по цих питаннях; не розв'язано проблеми здобуття професій дітьми-інвалідами, а також працевлаштування матерів, які мають таких дітей [36].

Головна проблема дитини з обмеженими можливостями полягає в його зв'язку з миром. Бідності контактів з однолітками та дорослими, спілкування із природою. Адже проблема інвалідності не обмежується медичним аспектом, це соціальна проблема нерівних можливостей. Допомогу та захист повинні

надавати всі – від батьків до службових осіб, на яких покладено відповідні обов'язки та яким надані чималі повноваження.

Пріоритетні напрямки соціально-правового захисту дітей та молоді з особливими потребами в Україні:

1) підтримка та забезпечення матеріально-технічної бази існуючих загальноосвітніх та спеціальних навчальних закладів для дітей з особливими потребами;

2) розвиток альтернативних освітніх систем та нових типів навчальних закладів для дітей та молоді з особливими потребами;

3) підвищення престижу освіти та розробка національних стандартів освіти і програм правового захисту дитинства;

4) медична, соціально-правова підтримка сім'ї як природного середовища для дітей з особливими потребами;

5) забезпечення охорони материнства та дитинства;

6) створення гідних умов для духовного та фізичного розвитку дітей та молоді з особливими потребами;

7) створення спеціалізованих соціальних служб з питань соціального захисту дитинства в Україні;

8) створення гідних умов для духовного та фізичного розвитку дітей та молоді з особливими потребами [24].

Конституція України у статті 53 гарантує всім громадянам право на освіту. В основному Законі не передбачено жодних винятків чи подвійних тлумачень стосовно дітей з особливими потребами. Разом з положенням про охорону державою сім'ї, материнства й дитинства це дає певні підстави говорити про пріоритет інклюзивної форми навчання порівняно з навчанням у школі-інтернаті [40].

Закон України «Про освіту» згадує про можливість навчатись екстерном і вдома, але ніяк не згадує про інтегроване навчання. У законі України «Про загальну середню освіту» є згадка про існування дітей з особливими потребами в освітньому полі як «дітей для навчання у спеціальних загальноосвітніх

школах (школах-інтернатах)» без згадки про можливість їх інтеграції. Закон України «Про загальну середню освіту» містить доволі контраверсійне твердження про дітей з особливими потребами [71, 207].

Зарахування та добір дітей для навчання у спеціальних загальноосвітніх школах (школах-інтернатах), їх переведення з одного типу таких навчальних закладів до іншого проводиться за висновком відповідних психолого-медико-педагогічних консультацій (зараз – інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ) у порядку, установленому Міністерством освіти України.

У разі якщо батьки або особи, які їх замінюють, усупереч висновку відповідного ІРЦ відмовляються направляти дитину до відповідної спеціальної загальноосвітньої школи (школи-інтернату), навчання дитини проводиться за індивідуальною формою. Тобто, з одного боку, держава нібито підтримує скерування дітей в інтернати, бо так правильно з точки зору комісії, а з іншого – дозволяє вчитися за місцем проживання. Саме положення про індивідуальну форму навчання дозволяє дитині вчитись удома, але ніби то й не забороняє відвідувати окремі або навіть усі заняття у школі за місцем проживання.

Закон України «Про охорону дитинства» у статті 26 «Захист прав дітей-інвалідів та дітей із вадами розумового або фізичного розвитку» стверджує, що «дискримінація дітей-інвалідів та дітей із вадами розумового або фізичного розвитку забороняється. Держава сприяє створенню дітям-інвалідам і дітям з вадами розумового або фізичного розвитку необхідних умов, рівних з іншими громадянами можливостей для повноцінного життя та розвитку...».

З іншого боку, стаття 27 передбачає, що існують «діти-інваліди та діти з вадами розумового або фізичного розвитку, які не можуть навчатись у загальних навчальних закладах» і тим самим заперечує рівність прав дітей з особливими освітніми потребами на доступ до освіти [57].

Наразі активно розвивається інклюзивний підхід в освіті дітей з особливими потребами. Низкою законодавчих актів закріплено право кожної дитини навчатися за місцем проживання. Втім, на практиці, часто відсутні умови конкретного закладу освіти для успішного навчання таких дітей.

Таким чином, аналіз законодавства дозволяє виділити такі види соціального захисту дітей з інвалідністю як грошові соціальні виплати, натуральна соціальна допомога, пільги у сфері працевлаштування, забезпечення житлом, освіти та охорони здоров'я, соціальне обслуговування. Державна соціальна допомога дітям-інвалідам полягає в матеріальній підтримці сімей, які мають дітей з порушеннями розумового або фізичного розвитку; в соціальній підтримці сімей, які опинилися в скрутному матеріальному становищі та потребують додаткових витрат на лікування дитини з інвалідністю.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ У ТЕРИТОРІАЛЬНОМУ ЦЕНТРІ СОЦІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

2.1. Вихідний рівень розвитку адаптаційних можливостей дітей з інвалідністю

Для проведення цілеспрямованої роботи з розвитку адаптаційних можливостей дітей з інвалідністю необхідним є визначення певних критеріїв та показників адаптованості цих дітей. Завдяки критеріям планували визначити вихідний рівень адаптованості (констатувальний експеримент) та у подальшому оцінити результативність проведеної роботи (контрольний експеримент). Вивчення наукових джерел та практичного досвіду фахівців, які працюють у цій сфері, дозволив визначити основні критерії адаптованості дітей з інвалідністю.

Перший критерій – ступінь розвитку побутових навичок. Показниками даного критерію є навички самообслуговування, навички особистої гігієни, вміння користуватися простими побутовими приладами, дотримання техніки безпеки у побуті.

Другий критерій – ступінь розвитку соціальної поведінки включає наступні показники: рівень сформованості комунікативних навичок; бажання взаємодії з оточуючими; навички соціальної орієнтації (ступінь самостійності).

Третій критерій – особливості психологічного стану як відображення адаптаційних можливостей. Показниками визначено рівень тривожності та рівень агресивності людей з інвалідністю.

Згідно означених критеріїв умовно визначено чотири рівні адаптованості дітей з інвалідністю: достатній; середній; нижче середнього; низький.

Достатньому рівню відповідають діти, які за показниками всіх критеріїв

виявили достатній (самостійний) рівень розвитку побутових навичок та соціальної поведінки. Тобто, володіють навичками самообслуговування, гігієнічними навичками, вміють користуватися простими побутовими приладами, дотримуються техніки безпеки; у них достатньо сформовані комунікативні навички; є потреба, об'єктивна можливість та ініціативність до взаємодії з оточуючими; володіють навичками самостійності, усвідомлення самого себе, свого міста в часі та просторі, свого соціального статусу, своїх психічних та особистих якостей; рівні тривожності та агресивності низькі.

Середній рівень передбачає середній рівень за показниками критеріїв: часткове володіння навичками самообслуговування та гігієни (при незначній допомозі або підказці), вміння користуватися елементарними побутовими приладами, дотримання техніки безпеки, але є потреба у певному контролі; комунікативні навички розвинуті середньо, є потреба але недостатня об'єктивна можливість щодо спілкування з оточуючими; не достатньо навичок самостійності, потребують незначної сторонньої допомоги; рівні тривожності та агресивності середні, залежать від ситуації.

Рівень нижче середнього передбачає достатньо низький рівень за показниками означених критеріїв: володіння навичками самообслуговування та гігієни часткове з допомогою та підказками; користування простими побутовими приладами та дотримання техніки безпеки з підказками та контролем; комунікативні навички розвинуті слабо, недостатня об'єктивна можливість спілкування з оточуючими; навички самостійності розвинуті слабо; потребують значної сторонньої допомоги у багатьох випадках; рівні тривожності та агресивності завищені.

Низький рівень – недостатнє володіння навичками гігієни та самообслуговування, потребують постійного контролю та допомоги; користування побутовими приладами та дотримання техніки безпеки тільки зі значною допомогою; комунікативні навички та об'єктивна можливість спілкування з оточуючими різко обмежені; навички самостійності фактично несформовані; високі рівні тривожності та агресивності – стабільно високі або

проявляються періодично, як реакція на подразнюючу ситуацію.

Відповідно, при діагностуванні ступеню адаптованості дітей з інвалідністю всі питання (показники) розподілялись за чотирма рівнями які відповідали ступеню самостійності людини, а саме:

- виконує самостійно;
- виконує з незначною допомогою і підказкою;
- виконує за допомогою сторонньої особи;
- не виконує.

У дослідженні взяли участь 26 дітей, які відвідують відділення соціальної реабілітації дітей з інвалідністю комунальної установи «Територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» Пологівської міської ради, запорізької області. Серед учасників експерименту діти віком від 6 до 12 років з різними порушеннями, переважно інтелектуальними, та супутніми патологіями (порушення зору, слуху, ДЦП, епісиндром, синдром Дауна тощо).

На констатувальному етапі ступінь розвитку побутових навичок визначався за допомогою спостереження, бесіди (з дітьми та їх сім'ями, співпрацівниками відділення), аналізу документів.

Оцінювання навичок самообслуговування та гігієнічних навичок (особиста гігієна, одягання, роздягання, прийом їжі) показало наступні результати (див таблицю 1.1.)

Таблиця 1.1

Сформованість навичок самообслуговування та гігієни

Рівні/показники	Одягання, роздягання, прийом їжі, %	Навички гігієни, %
Достатній	19,2	27,0
Середній	38,5	46,2
Нижче середнього	19,2	11,5
Низький	23,1	15,4

Отже, узагальнюючи отримані результати та визначивши середні дані, маємо: на достатньому рівні сформовано навички самообслуговування та гігієни у 23,1 % респондентів; на середньому – у 42,4 %; нижче середнього – у 15,4 % та низький рівень виявлено у 19,3 % дітей з інвалідністю.

Вміння користуватися побутовими приладами, посудом та дотримання техніки безпеки оцінювалось також за допомогою бесіди та спостереження. Дані занесені у таблицю 1.2.

Таблиця 1.2

Сформованість вміння користуватися побутовими приладами та дотримання ТБ

Рівні/показники	Користування побутовими приладами, %	Техніка безпеки, %
Достатній	23,1	15,4
Середній	34,6	34,6
Нижче середнього	23,1	27,0
Низький	19,2	23,1

За означеними показниками середні дані отримано наступні: достатній рівень виявлено у 19,3 % респондентів; середній рівень – у 34,6 %; нижче середнього – у 25,1 % та низький у 21,2 %.

Підсумовуючи дані за всіма показниками отримано наступні значення за першим критерієм «Ступінь розвитку побутових навичок» (див. таблицю 1.3.).

Отже, як бачимо з таблиці, за першим критерієм достатній рівень виявлено у 21,2 % респондентів; середній рівень – у 38,5 %; нижче середнього – у 20,3 % та низький рівень – у 20,2 % дітей з інвалідністю.

Актуальність нашої роботи підтверджується й даними дослідження – близько 40 % дітей мають низький та нижче середнього рівень соціально-побутової адаптованості, і, лише п'ята частина має достатній рівень соціально-побутової адаптованості .

Таблиця 1.3

Ступінь розвитку побутових навичок

Рівні/ показники	Сформованість навичок самообслуговування та гігієни, %	Сформованість вміння користуватися побутовими приладами та дотримання ТБ, %	Середні значення за критерієм, %
Достатній	23,1	19,3	21,2
Середній	42,4	34,6	38,5
Нижче середнього	15,4	25,1	20,3
Низький	19,3	21,2	20,2

Дослідження за другим критерієм – «Ступінь розвитку соціальної поведінки» включало дослідження показників рівня сформованості комунікативних вмінь; потреби / бажання взаємодії з оточуючими; навичок соціальної орієнтації (ступінь самостійності).

Рівень сформованості комунікативних вмінь перевірявся за прикладом М. Шишкової [81], з урахуванням особливостей контингенту, та складався з трьох блоків:

- в першому блоці було проведено опитування дітей (з метою вивчення їхньої думки про свої комунікативні уміння) і структуроване інтерв'ю, за допомогою якого з'ясувалася думка співробітників та батьків про об'єктивність висловлених респондентами суджень;

- у другому блоці досліджувалася діалогічна мова для виявлення вміння прогнозувати наступну або попередню репліки в неповному діалозі та вміння коригувати своє висловлювання в разі невірної відповіді;

- третій блок складалася з двох частин (організація діалогів за типами «педагог – дитина» і «дитина – дитина») і був спрямований на вивчення особливостей навчального діалогу дітей на основі побутового тексту.

Результати першого блоку показали, що більшість респондентів не об'єктивно оцінювали власний рівень комунікативних умінь. З 26 дітей, які брали участь в опитуванні, 16 (61,5 %) високо оцінили свої комунікативні здібності, але лише 5 (19,2 %), на думку педагогів, дійсно ними володіли. Решта були оцінені педагогами, як ті, що мають середній, нижче середнього та низький рівень комунікативних умінь;

Виконання завдань другого блоку виявило труднощі респондентів в прогнозуванні попередньої або наступної реплік в неповному діалозі. Особливо чітко ці труднощі простежувалися в тому випадку, якщо респондент повинен був стати ініціатором розмови. Мала місце формальна участь у діалозі, стереотипні і безглузді висловлювання.

Лише 23,1 % респондентів виявили здатність до самокорекції при виборі невірної репліки в діалозі. Це демонструвало недостатню сформованість не тільки контролюючої фази спілкування, а й прийняття самої інформації.

У третьому блоці для вивчення комунікативних умінь використовувалися навчальні діалоги на основі побутового тексту, організовані за схемою «співпрацівник відділення – дитина» і «дитина – дитина».

Найбільші труднощі у респондентів проявилися в діалозі, організованому за схемою «дитина – дитина». У структурі цього діалогу переважали питання інформаційного характеру, але навіть ці, елементарні питання, виявлялися сформульованими граматично невірно, що призводило до непорозумінь і порушення діалогічної єдності.

Відзначалася певна емоційність і зацікавленість дітей у самостійному веденні діалогу.

Отримані дані за означеним показником зведені у таблицю 1.4.

Таким чином, дані дослідження ступеня сформованості комунікативних умінь дітей з особливими потребами розподілилися таким чином: достатній рівень виявлено у 17,9% респондентів; середній – у 29,5%; нижче середнього – у 33,3% дітей та низький – у 19,2% респондентів.

Таблиця 1.4

Ступінь сформованості комунікативних вмінь
(як умова певної самостійності)

Рівні/ показники	Перший блок, %	Другий блок, %	Третій блок, %	Середнє значення, %
Достатній	19,2	15,4	19,2	17,9
Середній	30,8	27,0	30,8	29,5
Нижче середнього	34,6	34,6	30,8	33,3
Низький	15,4	23,1	19,2	19,2

Вивчення потреби й бажання взаємодії (спілкування) з оточуючими та навичок соціальної орієнтації (ступінь самостійності) перевірялися за допомогою спостереження, бесіди, анкетування (див. додаток А) (в першу чергу батьків або законних опікунів дітей з інвалідністю) та показало наступні результати (див. таблицю 1.5).

Таблиця 1.5

Ступінь розвитку потреби у взаємодії з оточенням та навичок соціальної
орієнтації

Рівні/показники	Бажання взаємодії з оточенням, %	Сформованість навичок соціальної орієнтації, %	Середні значення, %
Достатній	27,0	15,4	21,2
Середній	23,1	19,2	21,2
Нижче середнього	30,8	38,5	34,6
Низький	19,2	27,0	23,1

Цікаво, що половина дітей у бесіді показувала бажання взаємодіяти з

оточенням, втім, дані спостереження довели, що 6 з них (23,1) не так охоче спілкуються. Суттєва різниця є й між спілкуванням серед самих дітей та спілкуванням між співпрацівником відділення та дитиною. Більше половини (15 осіб) – 57,7 % – потребують суттєвої допомоги спеціалістів у процесі спілкування та взаємодії з оточуючими.

Щодо навичок соціальної орієнтації – в першу чергу, аналізувались наступні питання: Чи знає дитина куди звернутися по допомогу у разі необхідності? Чи знає як поводитися у випадку небезпечної ситуації на вулиці? Чи може звернутися до прохожих з проханням або питанням? Чи володіє елементарними побутовими навичками? Чи має друзів?, тощо.

Отже, ступінь розвитку потреби у взаємодії з оточенням та навичок соціальної орієнтації у дітей з інвалідністю на достатньому рівні у 21,2 % респондентів; середній рівень – у 21,2 %; нижче середнього – у 34,6 % та низький – у 23,1 % дітей.

Таким чином, за другим критерієм «Ступінь розвитку соціальної поведінки» отримано наступні результати (див. таблицю 1.6.).

Таблиця 1.6

Ступінь розвитку соціальної поведінки

Рівні/показники	Ступінь сформованості комунікативних вмінь, %	Ступінь розвитку потреби у взаємодії з оточенням та навичок соціальної орієнтації, %	Середні значення за критерієм, %
Достатній	17,9	21,2	19,6
Середній	29,5	21,2	25,4
Нижче середнього	33,3	34,6	33,9
Низький	19,2	23,1	21,2

Достатній рівень виявлено у 19,6 % респондентів; середній рівень – у 25,4 %; нижче середнього – у 33,9 % молоді та низький – у 21,2 %. Як бачимо,

за даним критерієм більше половини (55,1 %) дітей потребують серйозної допомоги щодо розвитку навичок соціальної поведінки.

За третім критерієм – «Особливості психологічного стану як відображення адаптаційних можливостей» – перевірявся рівень тривожності та агресивності дітей з інвалідністю. Враховуючи, що ступінь інтелектуального розвитку у респондентів дуже різний, було вирішено скористатися для діагностики методами спостереження, бесіди зі спеціалістами, які з ними працюють, опитування батьків (опікунів) та графічну методику «Кактус» (див. додаток Б). На даному етапі достатньому рівню відповідав низький рівень тривожності та агресивності, а низькому рівню – високий рівень тривожності та/або агресивності.

В цілому, тривожність – це суб'єктивний прояв неблагополуччя особистості, її дезадаптація [44]. Тривожність як переживання емоційного дискомфорту, передчуття прийдешньої небезпеки, є вираженням незадоволення значимих потреб людини, актуальних при ситуативному переживанні тривоги і стійко домінуючих по гіпертрофованому типу при постійній тривожності. У даному випадку, тривожність – це риса особистості, готовність до страху. Це стан доцільного підготовленого підвищення уваги сенсорної і моторної напруги в ситуації можливої небезпеки, що забезпечує відповідну реакцію на страх. Так як, страх – найголовніша складова тривожності, він має свої особливості. Функціонально страх служить попередженням про майбутню небезпеку, дозволяє зосередити увагу на її джерелі, спонукає шукати шляхи її уникнення. У разі, коли він досягає сили афекту, він здатний нав'язати стереотипи поведінки – втеча, заціпеніння, захисну агресію. Якщо джерело небезпеки не визначено або впізнано, в цьому випадку, виникає стан, який називається тривогою. Тривога – це емоційний стан, що виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки і проявляється в очікуванні несприятливого розвитку подій [12].

Л. Божович [17], визначила тривогу, як усвідомлювану, що мала місце в минулому досвіді, інтенсивну хворобу або передбачення хвороби. На відміну від Л. Божович, Н. Левітін дає таке визначення: «Тривога – це психічний стан,

який викликається можливими або вірогідними неприємностями, несподіванкою, змінами у звичній обстановці, діяльності, затримкою приємного, бажаного, і виражається в специфічних переживаннях (побоювання, хвилювання, порушення спокою тощо) і реакціях» [33].

У цілому тривожність є проявом суб'єктивного неблагополуччя особистості. Л. Виготський говорив, що «в проблемі розумової відсталості на перший план висувається інтелектуальна недостатність дитини, її недоумство. Це закладено в самому визначенні дітей. Всі інші сторони особистості такої дитини розглядаються як вторинні в залежності від основного інтелектуального дефекту» [25]. Тривожні стани спостерігаються у них з такою ж частотою, що і в іншій популяції. Деякі дослідники вважають, що диференціація почуттів у розумово відсталих дітей завершується пізніше. Від підтримки оточуючих залежить їхнє емоційне пристосування. Усвідомлення дорослими цих труднощів може поєднуватися з гнівом і емоційним неприйняттям цієї поведінки. Вони позбавляють дітей своєї любові. В результаті дітям доводиться долати і розумову відсталість, і емоційні труднощі, що виникли через нерозуміння або неприйняття.

Дослідження структури базальних емоцій людей з різним рівнем інтелектуального розвитку доводить, що в людей з розумовою відсталістю спостерігається недостатність позитивних переживань, у них менше проявів життєрадісності, а частіше проявляються емоції страху і гніву. В порівнянні з людьми, які мають нормальний розвиток, молодь з розумовою відсталістю більше полохлива через те, що в неї слабо розвинені процеси збудження та рухливість нервових процесів, від яких залежить витримка і швидкість реакції в ситуаціях тривожності. Автори дійшли висновку: незважаючи на те, що люди з розумовою відсталістю не вирізняються особливою боязкістю, вони рідко відчують стан емоційного благополуччя [25; 33].

На підставі даних дослідження можна стверджувати, що агресивність властива дітям з порушеннями інтелектуального розвитку більшою мірою, ніж дітям з нормальним розумовим розвитком. Це обумовлено самою природою

порушення. Співставлення даних, отриманих у ході дослідження за третім критерієм виявило наступні результати (див. таблицю 1.7.).

Таблиця 1.7

Особливості психічного стану як відображення адаптаційних
можливостей

Рівні/показник и	Ступінь тривожності, %	Ступінь агресивності, %	Середні зн. за крит., %
Достатній (низький)	30,8	38,5	34,6
Середній (нижче середнього)	23,1	19,2	21,2
Нижче середнього (середній)	23,1	23,1	23,1
Низький (високий)	23,1	19,2	21,2

Як бачимо з таблиці, рівні тривожності та агресивності розподілились таким чином: достатній рівень (тобто нормально низький рівень тривожності та агресивності) спостерігався у 34,6 % дітей; середній рівень (дещо підвищений рівень тривожності та агресивності) притаманний 21,2 % респондентів; нижче середнього (підвищений рівень тривожності та агресивності, частіше прихованого характеру) – у 23,1 % та низький (тобто високий рівень тривожності та агресивності, у тому числі і аутоагресія) – у 21,2 % респондентів.

Для подальшого дослідження необхідним було узагальнення усіх даних по констатувальному експерименту. Для цього ми використали підрахування середнього арифметичного по всім критеріям. Перед цим такі ж середні арифметичні було підраховано по кожному з показників після чого визначено та занесені у зведені таблиці середні значення.

Отже, визначивши середні значення за всіма критеріями отримали наступний розподіл за рівнями адаптованості дітей з інвалідністю (див. таблиця 1.8.).

Таблиця 1.8

Рівні адаптованості дітей з інвалідністю

Рівні/критерії	Середні значення за I критерієм, %	Середні значення за II критерієм, %	Середні значення за III критерієм, %	Середні значення по конст. експерименту
Достатній	21,2	19,6	34,6	25,1
Середній	38,5	25,4	21,2	28,4
Нижче середнього	20,3	33,9	23,1	25,8
Низький	20,2	21,2	21,2	20,8

Таким чином, за результатами констатувального експерименту, вихідний рівень адаптованості дітей з інвалідністю в умовах відділення соціальної реабілітації територіального центру соціального обслуговування виявився таким: достатній рівень – у 25,1 % дітей; середній рівень – у 28,4 %; нижче середнього – у 25,8 %; низький рівень – у 20,8 % респондентів. Подальша робота полягала у складанні програми соціально-педагогічної роботи з розвитку адаптаційних можливостей дітей з інвалідністю у відділенні соціальної реабілітації територіального центру соціального обслуговування про що йдеться у наступному підрозділі.

2.1. Обґрунтування та розробка програми соціально-педагогічної роботи з розвитку адаптаційних можливостей дітей з інвалідністю

На підставі результатів теоретичного та емпіричного дослідження стану проблеми адаптованості дітей з інвалідністю було розроблено наступну програму.

Актуальність даної програми доводиться тим, що об'єктами уваги є найбільш вразлива група населення, яка потребує особливої уваги – діти з інвалідністю, зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності та викликає необхідність надання їй соціальної допомоги і захисту.

Мета програми – підвищення рівня розвитку адаптаційних можливостей дітей з інвалідністю в умовах відділення соціальної реабілітації територіального центру соціального обслуговування.

Основні завдання логічно витікають з критеріїв, які було визначено на попередньому етапі:

1. Розвиток побутових навичок – навичок особистої гігієни, самообслуговування, вміння користуватися елементарними побутовими приладами, дотримання техніки безпеки у побуті.

2. Розвиток соціальної поведінки – розвиток комунікативних навичок; формування потреби/бажання взаємодії з оточуючими; розвиток навичок соціальної орієнтації, підвищення ступеню самостійності.

3. Корекція тривожності та агресивності.

Передбачувані результати.

Вважаємо, що цілеспрямований розвиток соціально-побутових навичок, розвиток соціальної поведінки та корекція тривожності та агресивності підвищить рівень адаптаційних можливостей дітей з інвалідністю. Іншими словами, у результаті впровадження програми підвищиться рівень адаптивності цих дітей.

Плани реалізації.

В рамках реалізації програми, протягом шести місяців (з листопада 2019 р. до квітня 2020 р.), планувалось забезпечити 26 дітей, які відвідують відділення соціальної реабілітації територіального центру соціального обслуговування психолого-педагогічною підтримкою та супроводом процесу розвитку адаптаційних можливостей; наданням методичної, педагогічної,

психологічної та реабілітаційної допомоги дітям з інвалідністю та їхнім сім'ям.

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

1. Узгоджена взаємодія між всіма учасниками програми. Тобто діти, батьки (опікуни), спеціалісти, залучені до програми.

2. Диференційованість завдань, методів та форм роботи з урахуванням віку, ступеню, форми та типу порушення розвитку, наявності супутніх патологій тощо.

3. Систематичність – усі заходи зведені у систему, яка не протирічить, а органічно вписується у загальну роботу конкретного відділення.

Основні напрями програми:

1. Формування уміння концентрувати увагу, контроль за руховою діяльністю.

2. Формування навичок самообслуговування (харчування, одягання, особиста гігієна, прибирання робочого (навчального) місця, спілкування, культура поведінки).

3. Виховання навичок використання інформації (знаки дорожнього руху, телефон, годинник, гроші).

Забезпечення максимально незалежного існування дитини, що передбачає здійснення наступних заходів:

- розробка рекомендацій по адаптації житла до потреб дитини з інвалідністю та сприяння у їх здійсненні;

- взаємодія з іншими реабілітаційними установами, які приймають участь у медико-соціальній реабілітації дитини;

- адаптаційне навчання родини;

- підбір технічних засобів реабілітації та навчання користуванню ними;

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

- житлова зона;

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

Навчання соціальним навичкам; індивідуальній цілісності:

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

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

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

Розвиток різноманітних життєво важливих пізнавальних навичок:

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

Зазначимо, що основні заходи реабілітації у відділенні проводяться на підставі індивідуальної програми реабілітації інваліда (Додаток Г) та (або) дитині з інвалідністю фахівці відділення розробляють індивідуальний план реабілітації, що включає комплекс реабілітаційних заходів та враховує діагноз інваліда та (або) дитини-інваліда, їх психофізичний стан та індивідуальні особливості.

Заходи з соціальної реабілітації складаються з навчання дитини з інвалідністю побутовим операціям для задоволення власних фізіологічних потреб, опанування навичок захисту власних прав та інтересів, забезпечення автономного проживання у суспільстві з необхідною підтримкою.

Заходи з психологічної реабілітації складаються з проведення психологічної діагностики дитини-інваліда, визначення форм, методів, засобів, терміну та процедур психологічної корекції, навчання прийомам та методам

саморегуляції, самовиховання, самонавчання, формування мотивації до праці, проведення індивідуальної психокорекційної роботи.

Заходи з психолого-педагогічної реабілітації складаються зі створення умов для всебічного розвитку, засвоєння інвалідом або дитиною-інвалідом знань, умінь і навичок з метою їх адаптації у соціумі, проведення корекційно-розвиткової роботи (розвиток здорового сприймання, корекція пізнавальної діяльності, формування навичок соціально-побутового обслуговування), навчання найпростішим трудовим навичкам, дотриманню техніки безпеки, сприяння ефективному працевлаштуванню інвалідів.

Заходи з медичного супроводу включають у себе визначення фізичної, сомато-фізіологічної, сенсорної та психічної спроможності дитини-інваліда за даними індивідуальної програми реабілітації та результатів обстеження лікарями установи, надання рекомендацій стосовно подальшої можливої (або неможливої) соціальної реабілітації, розробку рекомендацій з дозування фізичних та психологічних навантажень, створення стереотипів поведінки, які відповідають фізичним та розумовим можливостям дитини-інваліда, визначення адекватності та послідовності заходів лікувально-профілактичного характеру, здійснення постійного нагляду та контролю за фізичними, соматичним та психічним станами дітей-інвалідів, організацію та контроль виконання в установі санітарно-гігієнічних, протиепідемічних та профілактичних заходів, здійснення санітарно-просвітницької роботи [50; 54].

Відділення соціальної реабілітації очолює завідувач, який призначається і звільняється із займаної посади директором територіального центру у порядку, передбаченому законодавством.

Працівники відділення проходять атестацію відповідно до законодавства незалежно від форми реєстрації, власності та відомчого підпорядкування установи. Штатний розпис затверджується директором територіального центру згідно з установленими нормативами відповідної галузі. Фінансове забезпечення здійснюється за рахунок коштів міського бюджету.

Форми та методи розвитку адаптаційних можливостей дітей з

інвалідністю.

- арт-терапія;
- пісочна терапія;
- бібліотерапія;
- глинотерапія;
- музикотерапія;
- сказкотерапія;
- комп'ютерні технології;
- трудотерапія.

Арт-терапія являє собою методику лікування за допомогою художньої творчості. Арт-терапія сьогодні вважається одним з найбільш м'яких, але ефективних методів, що використовуються в роботі психологами, соціальними педагогами тощо. У різних країнах існують різні моделі арт-терапії. Дуже важливо відзначити, що дана методика не має протипоказань і обмежень. Вона застосовується майже всіма напрямками психотерапії. Знайшла вона також досить широке застосування в педагогіці, соціальній роботі і навіть бізнесі. Арт-терапія будь-якій людині дає можливість виразити свій внутрішній світ через творчість. Арт-терапія надає можливість особистості виразити себе «іншими голосами»: рухами, кольором, формою, пластиком, глиною, ландшафтом [45].

Корекційні можливості мистецтва по відношенню до людини з проблемами пов'язані насамперед з тим, що воно є джерелом нових позитивних переживань, народжує нові креативні потреби і способи їх задоволення в тому чи іншому виді мистецтва. А підвищення естетичних потреб людей з різною недостатністю, активізація потенційних можливостей у практичній художній діяльності і творчості – це і є реалізація соціально-педагогічної функції мистецтва.

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

- шляхом виховання здатності естетично сприймати дійсність як

безпосередньо в житті, так і через твори мистецтва;

- шляхом діяльності, пов'язаної з мистецтвом (художньо-мовленнєвої, музичної, образотворчої, театралізовано-ігрової) [49].

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

Види діяльності:

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

Форма діяльності – індивідуальна, групова.

Реабілітаційний напрям: розвиток тонкої моторики, можливостей інших частин тіла (при відсутності або обмежених можливостях рук);

- самовизначення;
- корекція психоемоційної сфери;
- розширення кругозору, сприйняття;
- розвиток пам'яті, уваги, асоціативного та образного мислення.

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

допомогою художнього твору можна лікувати депресії, дезадаптації, відчуття невпевненості в собі тощо [43].

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

Реабілітаційний ефект бібліотерапії забезпечує:

- розвиток уваги, пам'яті, художнього смаку;
- розширення пізнавальної сфери, кругозору, задоволенню інформаційної потреби, налагодженню комунікативних зв'язків з однодумцями, прилучанню до культури;
- розвиток артикуляційних та мовних можливостей, формування логічного мислення при переказі [83].

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

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

Реабілітаційний ефект казкотерапії:

- формування відношення до персонажу, дії на емоційному рівні (тренінг емоційної сфери);
- проява власних позицій у поведінці, необхідних для соціалізації;
- ідентифікація власного «Я» з тим чи іншим персонажем;
- задоволення потреби в пізнанні чарівних загадкових проявів життя;
- колективна участь у спільних діях;
- залучення до народної художньої культури.

Варіанти роботи з казкою у соціально – культурній діяльності:

- свята;
- театралізовані вистави;
- використання фрагментів у конкурсах, шоу;

- літературно – художні заходи;
- виставки малюнків по казковим сюжетам;
- сімейні вечори.

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

Реабілітаційний ефект ігротерапії:

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

Види діяльності:

- гра (у навчанні, вихованні, спорті, оздоровленні, комунікації, отриманні інформації, профорієнтації);
- діалог;
- тренінг;
- інформативність;
- ілюстративність;
- показ.

Форма діяльності – індивідуальна, групова.

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

Види діяльності:

- гра на простих музичних інструментах;
- ігри з музичним супроводом;
- прослуховування творів або фрагментів;

- розспівування і співи.

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

Реабілітаційний ефект:

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

Для терапевтичних та реабілітаційних цілей використовується різножанрова музика. Особливе значення має власне виконання музичних творів на музичних інструментах. інвалід відразу відчуває своє «Я», відповідальність за виконання, тим самим підвищується його статус серед оточуючих [75; 80; 83].

Експериментальна діяльність з впровадження розробленої програми у практику роботи відділення соціальної реабілітації дітей з інвалідністю відбувалася у таких напрямках:

- безпосередня робота з дітьми відділення;
- робота з батьками (або законними опікунами);
- робота з персоналом відділення та територіального центру в цілому.

Початком реалізації етапу впровадження стали виступи на зборах (як працівників так і батьків (опікунів) дітей з інвалідністю), які висвітлювали мету, завдання, сутність експерименту та дослідної роботи, зокрема. Колектив та батьки по-різному відреагували на пропозицію про здійснення запланованої роботи. Серед соціальних працівників та опікунів простежувались як оптимізм

так і скептичне ставлення щодо необхідності такої роботи. Як з'ясувалося, позитивне ставлення виявляли ті люди, які раніше вже успішно співпрацювали з соціальним педагогом, а негативне – ті, які майже не вступали у професійну взаємодію з соціальним педагогом. Можна припустити, що таке ставлення до соціального педагога та його роботи спричинене нерозумінням змісту роботи фахівця і його призначення у закладі соціального захисту. Проте, в цілому було відзначено необхідність такої роботи.

Основними завданнями було:

1. Розвиток побутових навичок – навичок особистої гігієни, самообслуговування, вміння користуватися побутовими приладами, дотримання техніки безпеки у побуті.

2. Розвиток соціальної поведінки – розвиток комунікативних навичок; формування потреби/бажання взаємодії з оточуючими; розвиток навичок соціальної орієнтації, підвищення ступеню самостійності.

3. Корекція тривожності та агресивності.

Безпосередня робота з дітьми включала реалізацію наступних підрозділів програми:

1. Програма практичних занять «Один вдома».

2. Програма «Я та моє місце у світі».

Робота з батьками:

1. Заняття з елементами тренінгу «Психолого-педагогічна компетентність сім'ї дитини з особливими потребами».

2. Лекторій для батьків (з актуальних проблем, які супроводжують інвалідність).

Робота зі спеціалістами:

Програма семінару-тренінгу «Соціально-педагогічна діяльність з розвитку адаптивних навичок дітей з розумовою відсталістю»

Усі двадцять шість дітей приймали участь у заняттях, втім, залежно від частоти відвідувань, особистої зацікавленості у тих чи інших заняттях, кількість занять для кожного була різною.

Програма практичних занять «Один вдома» передбачала регулярні заняття (двічі на тиждень), які проводились як автором дослідження так і спеціалістами відділення. Тривалість одного заняття – 30 хвилин. Кількість учасників варіювалася від 4 до 6, залежно від теми заняття, наявності учасників, їх зацікавленості тощо.

Сутність даної програми полягала у створенні спеціальних «областей» для занять за різними темами [26]. Тобто групу було умовно поділено на області: «Особиста гігієна. Ванна кімната», «Кухня/прийом їжі», «Роздягальня. Догляд за особистими речами», «Здоров'я. Медичний куток».

У кожній області проводились відповідні заняття. Так, в області «ванної кімнати», залежно від вихідного рівня проводились заняття, спрямовані на розвиток навичок особистої гігієни – від найпростіших речей, таких як вмивання та користування туалетом до користування гігієнічними, косметичними засобами.

В області «кухні» проводились заняття з сервірування столу, приготування нескладних блюд, миття посуду та користування побутовими кухонними приладами. Проміжними результатами занять були невеличкі свята, які влаштовували самі діти – з приготуванням легких блюд та сервіруванням столу для батьків чи для інших відвідувачів відділення.

У цій області формуються: навички прийому їжі з урахуванням індивідуальних особливостей. Навички, отримані в цій області, реально використовуються кожного дня під час організації другого сніданку та участі дітей у приготуванні їжі вдома під керівництвом батьків. За наявності фізичних або фізіологічних відхилень, пов'язаних із харчуванням та прийомом їжі, в цій області на практиці реалізуються індивідуальні програми, досягаються ближні та дальні цілі. Навички поведінки на кухні, за обіднім столом, навички накривання столу та правильного прийому їжі. Поняття про їжу, її різноманітність та роль у житті людини. Навички спілкування під час роботи на кухні та прийому їжі.

В області «роздягальні» діти навчались догляду за зовнішнім видом

одягу, взуття, навичкам складання, збереження та дрібного ремонту речей. В області «медичний куток» засвоювались правила здорового способу життя, першої допомоги при ушкодженнях, правила прийому лікарських засобів, навички повноцінного відпочинку тощо.

У цій області формуються: сталі навички користування одягом, взуттям. За наявності певних вад у дитини виробляються нестандартні оптимальні, індивідуалізовані програми користування своїм одягом та взуттям, додатковими допоміжними пристроями. Уміння слідкувати за своєю зовнішністю, дивитись і бачити себе, уміння визначати та самостійно усувати недоліки, уміння бути охайним. Знання про загальне та соціальне призначення одягу, його роль в житті людини.

Програма «Я та моє місце у світі» також передбачала створення певних областей, тільки, окрім областей у групі, передбачались умовно області у навколишньому соціальному середовищі. Заняття проводились один – два рази на тиждень з кількістю учасників від чотирьох до шести-семи.

Серед областей у рамках даної програми: «Область спілкування», «Область мистецтва», «Область зустрічі з природою», «Область зустрічі з рідними».

Область спілкування передбачала розвиток комунікативних навичок та це час для персонального вітання кожного учасника. За сигналом спеціаліста учасники сідають навколо спеціально виготовленого віночка, кола, килимка. За особистим символом учасник знаходить свій килимок – пелюстку або свій спеціально обладнаний стілець і займає місце у віночку. Спеціаліст допомагає, слідкує, щоб вони зайняли правильне положення з урахуванням відхилень у опорно-руховому апараті [26].

Після того, як усі зайняли місця у віночку, для кожного з них по черзі всі присутні разом співають вітальну пісню або говорять добрі, привітні слова. Під час виконання пісні слід доброзичливо посміхатись, робити плавні рухи у такт мелодії, ніжно торкатись того, про кого співають. Вітальна пісня – це емоційний настрій на весь день, це вияв любові до кожного, вияв наміру не

цуратися людини, а бути з нею поруч, спілкуватися, виявляти свою доброту і милосердя.

Область спілкування передбачала також «виходи у світ» – відвідування громадських місць: магазину, бібліотеки, парку тощо з метою розвитку навичок спілкування з незнайомими або малознайомими людьми.

В цій області формуються: навички спілкування, колективної дії, сприйняття себе як частки спільноти, навички мовлення. Відчуття довіри, доброзичливості, позитивні емоційні сприйняття навколишнього середовища. Знання, уміння та навички у відповідності до віку дитини та її інтелектуального розвитку. Знання батьків щодо усвідомлення проблем своїх дітей та власні реабілітаційні навички стосовно своєї дитини. Уміння навчатися один у одного та здатність до співпраці.

Область мистецтва передбачала заняття мистецтвом або знайомство з художніми витворами. Діти займались вишиванням, ліпленням з глини, пластиліну, солоного тіста, малюванням, заняттям музикою, співами. У рамках програми було заплановано декілька походів (поїздок) у музей, на виставки та до бібліотеки.

В області мистецької діяльності формуються: творчий розвиток дитини, її естетичні смаки, образне мислення. Тактильні відчуття та тонка моторика. Самостійність, здатність здійснювати вибір, приймати рішення. Здатність до виконання дій у певній послідовності, до ретельності та старанності. Певний об'єм знань з різних видів мистецтва.

В області зустрічі з природою формувалися знання природного оточення та місця людини в ньому; навички спостереження та догляду за рослинним, тваринним світом, навички охорони природи; формування первинних соціально-екологічних уявлень; відчуття єдності із різнобарвним та багатовимірним світом живої природи, особистої відповідальності за його збереження. У випадку безпосереднього контакту з живою природою, на фоні емоційного підйому виникають позитивні реакції, формуються компенсаторні можливості, які позитивно впливають на зменшення або подолання вад

людини, розширення чуттєвого компоненту внутрішнього світу (вдосконалення сфер «Я відчуваю», «Я міркую»), закріплення стану психологічної гармонії з оточеннями.

В області зустрічі з рідними формуються доброзичливі стосунки між батьками, дітьми та спеціалістами, уміння виконувати рекомендації, спостерігати за людиною, об'єктивно аналізувати та оцінювати її стан.

Отже, використання таких навчальних областей дозволяє соціальному педагогу ефективно враховувати у процесі всієї системи розвитку адаптаційних можливостей індивідуальні особливості вказаної категорії клієнтів, оптимізувати навчальне навантаження на них, вчасно переключити дитину з одного на інший тип діяльності, що не дозволяє накопичуватись у неї психічного перебудження.

Робота з батьками (опікунами) передбачала проведення чотирьох тренінгових занять для батьків «Психолого-педагогічна компетентність сім'ї дитини з особливими потребами» та чотири лекції з актуальних проблем, які супроводжують інвалідність).

Заняття для батьків проводились один раз на місяць, разом з психологом відділення та передбачали роботу з батьками за такими напрямками:

- інформування щодо психологічних особливостей дитини з інвалідністю, залежно від нозології; поглиблення знань про своїх власних дітей, їх індивідуальних особливостей;
- надання корисної інформації про можливості для дітей максимальної незалежності; делегування батьками повноважень дитині; питання зайнятості;
- корекція спілкування між батьками та дітьми; залучення зовнішніх ресурсів;
- психологічна підтримка; самодопомога.

Ті ж самі питання розглядались і під час лекцій для батьків. В силу того, що не всі батьки брали участь у заняттях, лекції дублювали матеріал тренінгових занять. Крім того, для батьків було виготовлено пам'ятки з основними питаннями зустрічей та розміщено інформацію на стендах

відділення.

Останнім блоком програми була робота зі спеціалістами відділення, яка передбачала проведення чотирьох тренінгових занять за темою: «Соціально-педагогічна діяльність з розвитку адаптивних навичок дітей з розумовою відсталістю». Основною метою занять для спеціалістів було набуття знань щодо розкриття прихованого потенціалу дітей з інвалідністю. На цих заняттях спеціалістам було запропоновано глибше ознайомитись з саме соціально-педагогічним підходом до роботи з дітьми з особливими потребами, акцентовано увагу на реабілітаційному потенціалі соціального середовища; позначено можливості найближчого соціального оточення; привернуто увагу до налагодження плідної взаємодії з батьками, з організаціями, які займаються проблемами інвалідності тощо.

Наступний підрозділ присвячений результатам контрольного етапу експерименту та показує ефективність впровадженої програми.

2.3. Аналіз ефективності впровадженої програми

По завершенні формульовального етапу експерименту було проведено контрольний, на якому визначалися рівні соціально-побутової адаптованості молоді з розумовою відсталістю. Зазначимо, що контрольний експеримент проводився вже в умовах карантину (квітень 2020 року), що суттєво ускладнило нашу роботу. Отже, ступінь розвитку соціально-побутових навичок визначався за допомогою спостереження (опосередкованого), бесіди (з дітьми та їх рідними, співпрацівниками відділення), аналізу документів. Використовувались ті ж діагностичні методи, що і на констатувальному етапі, але з використанням телефонного зв'язку та он-лайн зустрічей. Оцінювання навичок самообслуговування та гігієнічних навичок (особиста гігієна, одягання, роздягання, прийом їжі) після програми показало результати (табл. 2.1.)

Таблиця 2.1

Сформованість навичок самообслуговування та гігієни

Рівні/показники	Одягання, роздягання, прийом їжі, %	Навички гігієни, %
Достатній	23,1	27,0
Середній	42,3	50,0
Нижче середнього	15,4	11,5
Низький	19,2	11,5

Отже, узагальнюючи отримані результати та визначивши середні дані, маємо: на достатньому рівні сформовано навички самообслуговування та гігієни у 25,1 % респондентів, що на 2 % більше ніж на констатувальному етапі; на середньому – у 46,2 %; нижче середнього – у 13,5 % та низький рівень виявлено у 15,3 % дітей, що на 4 % нижче ніж на констатувальному етапі. Вміння користуватися побутовими приладами (ПП) та дотримання техніки (ТБ) безпеки оцінювалось також за допомогою бесіди та спостереження. Дані занесені у таблицю 2.2.

Таблиця 2.2

Сформованість вміння користуватися побутовими приладами та дотримання ТБ

Рівні/показники	Користування ПП, %	ТБ, %
Достатній	23,1	19,2
Середній	42,3	38,5
Нижче середнього	19,2	23,1
Низький	15,4	19,2

За означеними показниками середні дані отримано наступні: достатній рівень виявлено у 21,2 % дітей; середній рівень – у 40,4 %; нижче середнього – у 21,2 % та низький у 17,3 %.

Підсумовуючи дані за всіма показниками отримано наступні значення за першим критерієм «Ступінь розвитку побутових навичок» (див. таблиця 2.3.).

Таблиця 2.3

Ступінь розвитку побутових навичок

Рівні/ показники	Сформованість навичок самообслуговування та гігієни, %	Сформованість вміння користуватися ПП та дотримання ТБ, %	Середні значення за критерієм, %
Достатній	25,1	21,2	23,2
Середній	46,2	40,4	43,3
Нижче середнього	13,5	21,2	17,3
Низький	15,3	17,3	16,3

Таким чином, як бачимо з таблиці, за першим критерієм достатній рівень виявлено у 23,2 % респондентів, що на 2 % більше ніж на констатувальному етапі; середній рівень – у 43,3 %, що на 5 % більше ніж на констатувальному етапі; нижче середнього – у 17,3 % та низький рівень – у 16,3 % дітей з інвалідністю. Рівні низький та нижче середнього знизилися приблизно на 7 %.

Дослідження за другим критерієм – «Ступінь розвитку соціальної поведінки» включало дослідження показників рівня сформованості комунікативних вмінь; потреби/бажання взаємодії з оточуючими; навичок соціальної орієнтації (ступінь самостійності).

Перевірка сформованості комунікативних вмінь, як і на констатувальному етапі, складалася з трьох блоків, описаних у параграфі 1.3.

З 26 дітей, які брали участь в опитуванні, 14 (53,8 %) високо оцінили свої комунікативні здібності, але лише 5 (19,2 %), на думку співпрацівників, дійсно ними володіли. Решта були оцінені співпрацівниками, як ті, що мають середній, нижче середнього та низький рівень комунікативних умінь. 27 % респондентів виявили певну здатність до самокорекції при виборі невірної репліки в діалозі, що на 4 % більше ніж на констатувальному етапі. У третьому блоці для вивчення комунікативних умінь використовувалися навчальні діалоги на основі

побутового тексту, організовані за схемою «співпрацівник відділення – дитина» і «дитина – дитина».

Як і на констатувальному етапі, відзначалася певна емоційність і зацікавленість дітей у самостійному веденні діалогу. Отримані дані за означеним показником зведені у таблицю 2.4.

Таблиця 2.4

Ступінь сформованості комунікативних вмінь
(як умова певної самостійності)

Рівні/ показники	Перший блок, %	Другий блок, %	Третій блок, %	Середнє значення, %
Достатній	23,1	19,2	19,2	20,5
Середній	30,8	30,8	30,8	30,8
Нижче середнього	30,8	30,8	30,8	30,8
Низький	15,4	19,2	19,2	17,9

Дані дослідження ступеня сформованості комунікативних вмінь дітей з інвалідністю розподілилися таким чином: достатній рівень виявлено у 20,5 % респондентів, що на 3 % більше, ніж на констатувальному етапі; середній рівень – у 30,8 % респондентів; нижче середнього – у 30,8 % дітей та низький – у 17,9 % респондентів.

Вивчення потреби й бажання взаємодії (спілкування) з оточуючими та навичок соціальної орієнтації (ступінь самостійності) перевірялися за допомогою спостереження, бесіди, анкетування (див. додаток А) (в першу чергу батьків або законних опікунів дітей) та показало наступні результати (див таблиця 2.5).

Таблиця 2.5

Ступінь розвитку потреби у взаємодії з оточенням та навичок соціальної
орієнтації

Рівні/показники	Бажання взаємодії з оточенням, %	Сформованість навичок соціальної орієнтації, %	Середні значення, %
Достатній	34,6	23,1	28,9
Середній	23,1	23,1	23,1
Нижче середнього	23,1	30,8	26,9
Низький	19,2	23,1	21,2

Ступінь розвитку потреби у взаємодії з оточенням та навичок соціальної орієнтації у дітей з інвалідністю на достатньому рівні у 28,9 % респондентів; середній рівень – у 23,1 %; нижче середнього – у 26,9 % та низький – у 21,2 % дітей. Таким чином, за другим критерієм «Ступінь розвитку соціальної поведінки» отримано наступні результати (див. таблиця 2.6.).

Таблиця 2.6

Ступінь розвитку соціальної поведінки

Рівні/показники	Ступінь сформованості комунікативних вмінь, %	Ступінь розвитку потреби у взаємодії з оточенням та навичок соціальної орієнтації, %	Середні значення за критерієм, %
Достатній	20,5	28,9	24,7
Середній	30,8	23,1	26,9
Нижче середнього	30,8	26,9	28,9
Низький	17,9	21,2	19,5

Достатній рівень виявлено у 24,7 % респондентів, що на 5 % більше ніж на констатувальному етапі; середній рівень – у 26,9 %; нижче середнього – у 28,9 % дітей та низький – у 19,5 %.

За третім критерієм – «Особливості психологічного стану як відображення адаптаційних можливостей» – перевірявся рівень тривожності та агресивності дітей. Враховуючи, що ступінь розумової відсталості у

респондентів дуже різний, було вирішено скористатися для діагностики методами спостереження, бесіди зі спеціалістами, які з ними працюють, опитування батьків (опікунів) та графічну методику «Кактус» (див. додаток. Б). На даному етапі достатньому рівню відповідав низький рівень тривожності та агресивності, а низькому рівню – високий рівень тривожності та/або агресивності.

Співставлення даних, отриманих у ході дослідження за третім критерієм виявило наступні результати (див. таблиця 2.7.).

Таблиця 2.7

Особливості психологічного стану як відображення адаптаційних
можливостей

Рівні/ показники	Ступінь тривожності, %	Ступінь агресивності, %	Середні значення за критерієм, %
Достатній (низький)	30,8	42,3	36,5
Середній (нижче середнього)	34,6	27,0	30,8
Нижче середнього (середній)	15,4	15,4	15,4
Низький (високий)	19,2	15,4	17,3

Як бачимо з таблиці, рівні тривожності та агресивності розподілились таким чином: достатній рівень (тобто нормально низький рівень тривожності та агресивності) спостерігався у 36,5 % дітей; середній рівень (дещо підвищений рівень тривожності та агресивності) притаманний 30,8 % респондентів; нижче середнього (підвищений рівень тривожності та агресивності, частіше прихованого характеру) – у 15,4 % та низький (тобто високий рівень тривожності та агресивності, у тому числі і аутоагресія) – у 17,3 % респондентів.

Визначивши середні значення за всіма критеріями отримали наступний розподіл за рівнями після проведення формувального експерименту (див таблиця 2.8.).

Таблиця 2.8

Рівні соціально-побутової адаптованості молоді з розумовою відсталістю

Рівні/критерії	Середні значення за I критерієм, %	Середні значення за II критерієм, %	Середні значення за III критерієм, %	Середні значення по форм. експерименту
Достатній	28,9	24,7	36,5	30,1
Середній	23,1	26,9	30,8	26,9
Нижче середнього	26,9	28,9	15,4	23,7
Низький	21,2	19,5	17,3	19,3

Отже, за результатами формувального експерименту, рівень соціально-побутової адаптованості дітей з інвалідністю в умовах відділення соціальної реабілітації територіального центру соціального обслуговування виявився таким: достатній рівень – у 30,1 % дітей, що на 5 % більше ніж на констатувальному етапі; середній рівень – у 26,9 %; нижче середнього – у 23,7 %; низький рівень – у 19,3 % респондентів.

Для наочного порівняння результати констатувального та формувального експериментів представлено на рисунку 2.1.

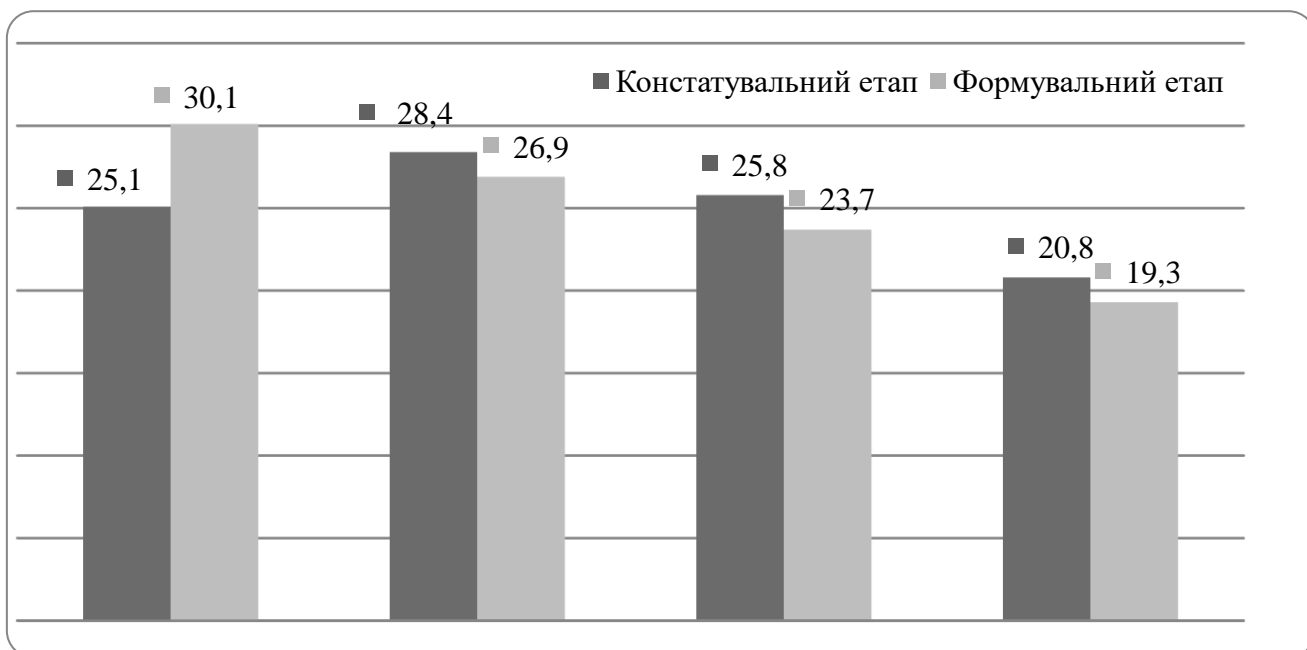


Рисунок 2.1. – Порівняння результатів констатувального та контрольного експерименту.

У відсотковому співвідношенні зміни визначаються не дуже суттєві, втім, враховуючі специфіку контингенту, вважаємо впроваджену програму ефективною. Подальшого доопрацювання, на нашу думку, потребує блок роботи з сімейним оточенням дітей з інвалідністю. Під час повторного діагностування було виявлено, що батьки залишаються достатньо песимістично настроєними щодо подальшого розвитку своїх дітей.

Таким чином, теоретично обґрунтовано та практично розроблено програму соціально-педагогічної роботи з розвитку адаптаційних можливостей дітей з інвалідністю в умовах відділення соціальної реабілітації територіального центру соціального обслуговування. Метою програми визначено підвищення рівня розвитку адаптаційних можливостей дитини. Основними завданнями були: розвиток побутових навичок – навичок особистої гігієни, самообслуговування, вміння користуватися простими побутовими приладами, дотримання техніки безпеки у побуті; розвиток соціальної поведінки – розвиток комунікативних навичок; формування потреби/бажання взаємодії з оточуючими; розвиток навичок соціальної орієнтації, підвищення

ступеню самостійності; корекція тривожності та агресивності.

Розроблену програму впроваджено у роботу територіального центру соціального обслуговування, зокрема у відділення соціальної реабілітації дітей з інвалідністю. Робота проводилась у трьох основних напрямках: робота безпосередньо з дітьми, робота з сімейним оточенням, робота з співпрацівниками відділення. Результати контрольного експерименту показали певну позитивну динаміку щодо рівнів розвитку адаптаційних можливостей дітей з інвалідністю.

ВИСНОВКИ

Таким чином, проведене теоретичне та практичне дослідження соціальної реабілітації дітей з інвалідністю у територіальному центрі соціального обслуговування дозволило зробити наступні висновки.

Доведено актуальність проблеми соціальної реабілітації дітей з інвалідністю. Чинне законодавство та гуманізація сучасного суспільства потребують удосконалення системи соціального захисту осіб з порушеннями розвитку, що орієнтується на такі загальнолюдські цінності, як повага гідності кожної людини, захист конституційних прав та свобод, толерантність та гуманізм. Забезпечення реалізації прав дитини з інвалідністю на гідне життя потребує все більш потужних зусиль фахівців соціальної сфери. У сучасних соціально-економічних умовах підтримка й допомога дітям з інвалідністю потребує швидкого реагування соціальних служб, гнучкості програм такої допомоги, розробки нових підходів щодо роботи з даною категорією.

1. Висвітлено сутність феномену «інвалідності» у науковій літературі. Визначено, що інвалідність повинна розглядатися, як результат взаємодії між особою та його оточенням. Інвалідність виникає у результаті великої кількості бар'єрів, що будує суспільство стосовно людей з інвалідністю, наприклад, таких, як стигма та дискримінація: нестача або недоступність послуг з охорони здоров'я та реабілітаційних послуг чи проблем доступності транспорту, приміщень та інформації. Історичний огляд особливостей ставлення до людей з інвалідністю у суспільстві довів існування проблеми, яку ми вважаємо провідною: процес соціальної реабілітації прямо залежить від ставлення до проблем інвалідності в суспільстві. Саме сприйняття людей з особливими потребами у суспільстві, в першу чергу, визначає успішність чи неуспішність реабілітації.

2. Охарактеризовано систему соціальної реабілітації дитини з інвалідністю в Україні. Визначено, що провідну роль у створенні та функціонуванні системи

соціальної реабілітації дітей з інвалідністю відіграє державна соціальна політика. В Україні протягом тривалого часу сформовано державну систему соціальної підтримки дітей з інвалідністю, яка організаційно розподілилася між Міністерством освіти і науки України, Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством соціальної політики України, Міністерством молоді та спорту України.

Соціальна реабілітація дитини з інвалідністю – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв'язків та відносин. Метою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певної соціальної незалежності.

У нашому дослідженні особливу увагу звертаємо на те, що соціальну реабілітацію можна розглядати як процес підвищення адаптаційних можливостей дитини. Саме розширення адаптаційних можливостей є проміжним завданням у процесі соціалізації дитини з інвалідністю під час здійснення реабілітаційних заходів у відділенні комплексної реабілітації дітей з інвалідністю у складі територіального центру соціального обслуговування.

3. Висвітлено роль соціального педагога у процесі реабілітації дітей з інвалідністю. Визначено, що соціальна реабілітація організовується з метою найбільш повного розвитку у дитини з обмеженими можливостями духовних і фізичних сил шляхом використання її збережених функцій, виникаючих потреб та інтересів, її особистісної активності та створення відповідних внутрішніх та зовнішніх умов, в яких вони можуть найбільш повно проявлятися та розкриватися. Роль соціального педагога полягає в тому, щоб створити корекційно-розвивальне середовище, яке сприятиме соціалізації дитини. Терапія середовищем займає ведуче місце в організації способу життя дітей з інвалідністю. Роль соціального педагога також полягає в співучасті, у проникненні в сутність психогенної ситуації дитини з інвалідністю й у спробі усунути або хоча б зм'якшити її вплив на психологічний стан дитини.

4. Розроблено та впроваджено у роботу відділення соціальної реабілітації

дітей з інвалідністю програму розвитку адаптаційних можливостей дітей. Проведено аналіз рівнів адаптованості дітей в умовах територіального центру соціального обслуговування. Для цього визначено критерії та показники такої адаптованості: ступінь розвитку побутових навичок; ступінь розвитку соціальної поведінки; психологічний стан як відображення адаптаційних можливостей. Згідно означених критеріїв умовно визначено чотири рівні адаптованості: достатній; середній; нижче середнього; низький.

Програма містить такі напрямки як: розвиток побутових навичок, розвиток комунікативних навичок; розвиток навичок соціальної орієнтації, корекція тривожності та агресивності. Робота проводилась безпосередньо з дітьми, з їх сімейним оточенням та персоналом відділення соціальної реабілітації дітей з інвалідністю територіального центру соціального обслуговування.

5. Аналіз результатів впровадженої програми довів її ефективність – рівні адаптованості змінились: достатній рівень збільшився на 5 %; середній, нижче середнього та низький рівні зменшились приблизно на два відсотки. З огляду на специфічність категорії, вважаємо отримані результати достатньо суттєвими. Тому, мету дослідження вважаємо досягнутою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Айшевуд М. М. Полноценная жизнь инвалида : практ. рекомендації. Москва : Педагогика, 1991. 88 с.
2. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоров'я : психологические основы. Москва : ВЛАДОС, 2003. 368 с.
3. Аксенова Л. И., Архипов Б. А., Белякова Л. И. Специальная педагогіка : учеб. пособ. для студ. высш. пед. учеб. заведений / под ред. Н. М. Назаровой. Москва : Академия, 2004. 400 с.
4. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання); А.Й. Капська, О.В. Безпалько, Р.Х.Вайнола; заг. ред. А.Й. Капської. Київ : Наука, 2002. 164 с.
5. Архипова С. П., Майборода Г. Я. Соціальна педагогіка : навч. посіб. Черкаси-Ужгород : Мистецька лінія, 2002. 268 с.
6. Бабкина Н.В. Жизненные компетенции как неотъемлемая составляющая содержания образования детей с задержкой психического развития. *Электронный журнал «Клиническая и специальная психология»* 2017. Том 6. № 1. С. 138-156. URL : <http://psyjournals.ru/files/85544/Babkina.pdf>
7. Байда Л., Красюкова-Енс О. Інвалідність та суспільство : навчальний посібник. Київ : 2011. 184 с. URL : https://edu.helsinki.org.ua/sites/default/files/userfiles/posibnik_invalidnist_ta_suspilstv.pdf
8. Балдинюк О. Зміст соціально-педагогічної роботи з дітьми з інвалідністю та їх сім'ями. *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету*. 2019. Вип. 2. С. 6-15.
9. Баранцова Т. В. Соціокультурна реабілітація молоді та дітей-інвалідів. *Соціальна політика і соціальна робота*. 2004. № 1. С. 65-72.
10. Бартків О.С., Дурманенко Є.А. Формування життєвої компетентності дітей

- з особливими потребами. *Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки*. Збірник наукових праць. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2012. Випуск 5(12). С. 20.
11. Бастун Н. А. Діти і молодь із розумовою недостатністю в Україні та в світі. *Соціальна політика і соціальна робота*. 1997. № 2-3. С. 8-16.
 12. Бастун Н. А., Журавель К.С., Куценко Т.О. Реабілітація дітей і молоді з помірною, важкою та глибокою інтелектуальною недостатністю: сьогоденні реалії та перспективи. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами* : зб. наукових праць. Київ : Університет «Україна», 2004. 448 с.
 13. Безлюдний Р. О. Виховні технології розвитку життєвої компетентності підлітків з особливими потребами в США : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 «Теорія і методика виховання». Умань, 2012. 238 с.
 14. Безпалько О. В., Братусь І. В., Лях Т. Л. Соціальна робота з людьми з особливими потребами : метод. матеріали для тренера ; під заг. ред. І. Д. Зверєвої. Київ : Наук. світ, 2002. 55 с.
 15. Бех І. Гуманізація спеціальної освіти аномальних дітей як соціально-педагогічна проблема. *Дефектологія*. 1996. №1. С. 19-23.
 16. Бігуняк Т.В. Сучасні погляди на причини та фенотипові прояви синдрому Дауна. Тернопіль : Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, 2010. URL : <http://www.twirpx.com/file/1513512/>
 17. Божович Л.И. Проблемы формирования личности. Москва : Издательство «Институт практической психологии», Воронеж : НПО «МОДЭК», 1997. 352 с.
 18. Бойко М. Д. Право соціального забезпечення України : навчальний посібник. Київ : Атіка, 2006. 134 с.
 19. Бондар В., Одинченко Л., Постовойтов Є. Благодійна діяльність як передумова розвитку суспільної допомоги дітям з психофізичними вадами. *Дефектологія*. 1996. №4. С. 48-52.

20. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 264 с.
21. Буланова Н. О. Понятіе «жизненная компетентность» для лиц с интеллектуальными нарушениями. *Молодой ученый*. 2017. №25. С. 278-280. URL <https://moluch.ru/archive/159/44824/> (дата обращения: 27.03.2019).
22. Бурлака О. До характеристики реабілітаційних заходів інвалідів з дитинства та дітей-інвалідів. *Цивільне право і процес*. 2019. №12. С. 16-21.
23. Вайнола Р. Безбар'єрне середовище закладу освіти як умова інтеграції дітей з інвалідністю. *Післядипломна освіта в Україні*. 2018. URL : http://umo.edu.ua/images/content/nashi_vydanya/pislya_dyplom_osvina.pdf
24. Возжаева Ф. С. Реализация комплексных программ для детей-инвалидов. *Социологическое исследование*. 2002. № 6. С. 116-121.
25. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. Москва : Академия, 1995. 468 с. URL : <http://www.twirpx.com/file/1191312/>
26. Гаврилов О.В. Особливі діти в закладі і соціальному середовищі : навчальний посібник. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2009. 308 с.
27. Галян І.М. Психодіагностика : навчальний посібник. Київ : Академвидав, 2011. 464 с.
28. Гордієнко Н.М. Соціальна практика як механізм засвоєння соціальних норм молоддю з інвалідністю. *Наукові праці. Соціологія*. 2014. Випуск 222. Том 234. С. 94-98. URL: file:///C:/Users/user/Downloads/Npchdusoc_2014_234_222_21.pdf.
29. Деякі питання діяльності центрів надання соціальних послуг. Постанова Кабінету Міністрів України № 177 від 3 березня 2020 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/177-2020-%D0%BF>
30. Елифанцева Т. Б. Настольная книга педагога-дефектолога. Ростов-на-Дону : Феникс, 2006. 576 с.
31. Збірник нормативно-правових актів України щодо діяльності підприємств та громадських організацій для інвалідів. Київ : Всеукраїнське громадське

- політичне об'єднання «Національна академія інвалідів України», 2005. №3. 248 с.
32. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков : монография Санкт-Петербург : Речь, 2003. 391 с.
 33. Іванова І. Б. Соціально-педагогічна робота з дітьми-інвалідами в системі соціальних служб для молоді: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.02. Київ, 1998. 174 с.
 34. Інструкція про встановлення груп інвалідності за 14 листопада 2011р. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>
 35. Капська А. Й., Безпалько О. В., Вайнола Р. Х. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи : модульний курс дистанційного навчання. Київ : Академвидав, 2002. 164 с.
 36. Капська А. Й. Соціальна робота : технологічний аспект. Київ : Центр навчальної літератури, 2004. 352 с.
 37. Клопота Є.А., Бондаренко В.Г., Клопота О.А., Бондаренко С.А. Інтеграція молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство : громадсько-правові, соціально-психологічні та інформаційно-технологічні аспекти : метод. посіб. Запоріжжя : ЗНУ, 2008. 114 с.
 38. Кобилянська Л. І. Специфіка роботи соціального гувернера з сім'ями, що мають дітей з особливими потребами : метод. реком. Чернівці : ЧНУ, 2001. 38 с.
 39. Конвенція про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) ООН. URL : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_g71
 40. Конституція України : прийнята 5 сесією Верховної Ради України 28.06.1996. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.
 41. Концепція спеціальної освіти осіб з фізичними та психічними вадами в Україні на найближчі роки та перспективу / АПН України, Інститут дефектології. Київ : ІСДО, 1996. 37 с.

42. Корольова Л. І., Маюренко Г. І. Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями у світлі реалізації цілей сталого розвитку. *Проблеми соціальної роботи*. 2013. № 1(2). С. 76-81.
43. Кравченко Р. И. Социальная реабилитация инвалидов с умственной отсталостью : обучение основным социальным навыкам. Киев : Академия, 2007. 336 с.
44. Кузьмина Т. И. Проблема исследования Я-концепции умственно отсталых младших школьников. *Коррекционная педагогика*. 2005. № 2 (8). С. 29-34.
45. Левченко И. Ю., Медведева Е. А., Комиссарова Л. Н., Добровольская Т. А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании : учебник для вузов. Москва : Академия, 2001. 248 с.
46. Лисовская Т. В. Жизненные компетенции детей с тяжелыми множественными психофизическими нарушениями : содержание и критерии сформированности. URL : <https://cyberleninka.ru/article/v/zhiznennyye-kompetentsii-detey-s-tyazhelyimi-mnozhestvennymi-psihofizicheskimi-narusheniyami-soderzhanie-i-kriterii-sformirovannosti>
47. Лукашевич М. П., Бондарчук Л. В. Особливості соціалізації молоді з особливими потребами: пошук концептуальних підходів. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2006. № 2 (14). С. 25-30.
48. Ляшенко В. Рання соціальна реабілітація дітей-інвалідів. *Соціальний захист*. 1999. №5. С. 34-41.
49. Маллер А. Р., Цикото Г. В. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. Москва : Академия, 2003. 208 с.
50. Мошняг В. Т. Технологии социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями : технологии социальной работы; под. общ. ред. Е. Холостовой. Москва : Инфра-М, 2003. 418 с.
51. Найда Р.Г. До проблеми формування життєвої компетентності дитини в дошкільному закладі. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка*. URL : <http://eprints.zu.edu.ua/21986/1/19.pdf>

52. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року/
URL : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/344/2013>
53. Панасюк Р. В. Еволюційний погляд на дефініцію «інвалідність». URL :
<http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v7/i45/24.pdf>
54. Панов А. М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями – эффективная форма социального обслуживания семьи и детей : реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. Москва : Владос, 2003. 127 с.
55. Пилипенко П.Д. Право соціального забезпечення України : монографія. Київ : Істина, 2007. 434 с.
56. Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам. Закон України від 04.07.2013р. № 410-VII. *Офіційний вісник України*. 2000. № 50. С. 1.
57. Про охорону дитинства. Закон України від 14.05.2015 № 425-VIII. *Офіційний вісник України*. 2001. № 22. С. 4.
58. Пузанов Б.П. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития : олигофренопедагогика. Москва : Издательский центр «Академия», 2001. 272 с.
59. Сафонова Л. М. Определение жизненной компетентности у подростков с умеренной и тяжелой степенью умственной отсталости. *Педагогическое образование в России*. 2011. № 5. URL :
http://journals.uspu.ru/i/inst/ped/ped16/ped_22.pdf
60. Сварник М., Ніколаєв М. Діти з особливими потребами в українському суспільстві: крок до реабілітації та інтеграції. *Кроки до компетенції та інтеграції в суспільство* : наук.-метод. зб. / ред. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. Київ : Контекст, 2000. С. 22-28.
61. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології : навч. посібник. Київ : Вища школа, 1994. 143 с.
62. Словарь по социальной педагогике : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / авт.-сост. Л. В. Мардахаев. Москва : Академия, 2002. 368 с.

63. Смеречак Л., Гук О. Особливості професійної діяльності соціальних педагогів у центрах соціально-психологічної реабілітації дітей із вадами психофізичного розвитку. *Людинознавчі студії*. 2014. Вип. 29. URL : [file:///C:/Users/user/Downloads/Lstud_2014_29\(2\)_23.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Lstud_2014_29(2)_23.pdf)
64. Соловйова Т. Г. Соціальна реабілітація молоді з особливими потребами в умовах територіального центру соціального обслуговування. *Гуманізація навчально-виховного процесу*. 2012. Вип. LX. Ч. II. С. 310-317.
65. Соловйова Т. Г. Соціально-педагогічні засади роботи з батьками дітей з особливими потребами : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 – «Соціальна педагогіка»; Київ, 2009. 22 с.
66. Соціальна робота в Україні : навч. посіб.; укл. І. Д. Зверева, О. В. Безпалько, С. Я. Харченко та ін.; за заг. ред. І. Д. Зверєвої, Г. М. Лактіонової. Київ : Центр навчальної літератури, 2004. 256 с.
67. Соціальний захист населення України : навч. посіб. / авт. кол.: І. Ф. Гнибіденко, М. В. Кравченко, О. М. Коваль, О. Ф. Новікова та ін.; за заг. ред. В. М. Вакуленка, М. К. Орлатого. Київ : НАДУ, 2010. 212 с.
68. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. URL : http://www.ebooktime.net/book_156_glava_91
69. Стадненко Н. Шляхи інтеграції дітей з особливими потребами у суспільство. *Кроки до компетенції та інтеграції в суспільство* : наук.-метод. зб. / ред. Н. Софій, І. Єрмаков та ін.]. Київ : Контекст, 2000. С. 59-60.
70. Стребелева Е. А., Венгер А. Л., Екжанова Е. А. Специальная дошкольная педагогика : учеб. пособ. Москва : Академия, 2002. 312 с.
71. Тарасенко В. С. Правове забезпечення соціального захисту дітей-інвалідів в Україні : монографія. Київ :Фенікс, 2008. 345 с.
72. Технології соціально-педагогічної роботи : навч. посіб.; за ред. А. Й. Капської. Київ : УДЦССМ, 2000. 372 с.

73. Трошин О. В., Жулина Е. В., Кудрявцев В. А. Основы социальной реабилитации и профориентации : учеб. пособ. Москва : ТЦ Сфера, 2005. 384 с.
74. Тюття Л.Т., Иванова І. Б. Соціальна робота : теорія і практика. Київ : ВМУРОЛ «Україна», 2004. 408 с.
75. Урядницкая Н.А. Синдром Дауна XXI век. Москва : Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2012. 83 с.
76. Фирсов М.Д., Студенова Е.Г. Теория социальной работы : учеб. пособие. Москва : ВЛАДОС, 2001. 443 с.
77. Фікер К. Т. Очима матері. *Кроки до компетенції та інтеграції в суспільство* : наук.-метод. зб. / ред. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. Київ : Контекст, 2000. С. 211-212.
78. Фролов М. О. Стратегічні орієнтири реабілітаційної педагогіки. Сучасні інновації в реабілітаційній педагогіці : з досвіду роботи Хортицького навчально-реабілітаційного багатoproфільного центру. м. Запоріжжя. Запоріжжя : Прем'єр, 2002. С. 4-15.
79. Чубук Р. В. Соціальна педагогіка : навчальний посібник. Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2013. 348 с.
80. Шахрай В.М. Технології соціальної роботи : навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2006. 464 с.
81. Шишкова М.И. Развитие коммуникативной функции речи умственно отсталых старшеклассников на уроках литературного чтения : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.03. «Коррекционная педагогика». Москва, 2005. 25 с.
82. Шиян В. М., Галкіна В. М. Технологія соціального супроводу людей з особливими потребами в освітньому середовищі. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. Збірник наукових праць*. 2007. № 3(5). URL : <http://ap.uu.edu.ua/article/275>.
83. Шпек О. Люди с умственной отсталостью : обучение и воспитание. Москва : Академия, 2003. 432 с.

84. Юрків Я. І. Роль соціального педагога в реабілітації дітей з обмеженими можливостями. URL : <http://xn--e1aaajfpcds8ay4h.com.ua/pages/view/279>
85. Barisnikova K., Straccia C. Social adaptive skills and psychopathology in adults with intellectual disabilities of non-specific origin and those with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*. 2019. № 87. P. 31-42.
86. Cruz M. F., Zubizarreta G. V., Castillo G. J. C. Theoretical and practical contributions, aimed at the social and labor insertion of children, adolescents and young people with disabilities from Milagro State University (UNEMI). *Dilemas Contemporaneos-Educacion Politica Y Valores*. 2018. № 5. P. 21.

ДОДАТКИ

Додаток А

Діагностика потреби у спілкуванні (за Ю.Л. Орловим)

Заповнюється батьками, або опікунами разом з дитиною з інвалідністю.

Інструкція: Відповідайте «так» або «ні» на наведені нижче твердження.

Опитувальник.

Я отримую задоволення від участі в різних урочистостях.

Я можу приглушити свої бажання, якщо вони суперечать бажанням моїх друзів.

Мені приємно виявляти прихильність до когось.

Я більше зосереджений на набутті впливу, ніж дружби.

Я відчуваю, що по відношенню до моїх друзів у мене більше прав, ніж обов'язків.

Коли я дізнаюся про успіхи свого друга, у мене чомусь погіршується настрій.

Щоб бути задоволеним собою, я повинен комусь у чомусь допомогти.

Мої турботи зникають, коли я опиняюся серед товаришів по роботі.

Мої товариші мені трохи набридли.

Коли я роблю погано роботу, присутність людей мене дратує.

Притиснутий до стіни, я кажу лише ту частину правди, яка, на мою думку, не шкодить моїм друзям чи знайомим.

У важкій ситуації я думаю не стільки про себе, скільки про близьку людину.

Неприємності у друзів викликають у мене такий стан, що я можу захворіти.

Мені приємно допомагати друзям, навіть якщо це завдасть мені значних клопотів.

Із поваги до товариша я можу погодитися з його думкою, навіть якщо він неправий.

Мені більше подобаються пригодницькі оповідання, ніж оповідання про кохання.

Сцени насилля в кіно мені огидні.

У стані самотності відчуваю тривогу і напруженість більше, ніколи я знаходжуся серед людей.

Я вважаю, що основною радістю у житті є спілкування.

Мені шкода покинутих собак та кішок.

Я віддаю перевагу мати менше друзів, але більш близьких.

Я люблю бувати серед друзів.

Я довго переживаю сварки з близькими.

У мене більше близьких людей, ніж у багатьох інших.

У мені більший потяг до досягнень, ніж до дружби.

Я більше довіряю власним інтуїції та уяві в погляді на людей, ніж судженням про них інших людей.

Я надаю більшого значення матеріальному благополуччю та престижу, ніж радості спілкування з приємними мені людьми.

Я співчуваю людям, у яких немає близьких друзів.

Стосовно мене люди часто невдячні.

Я люблю оповідання про безкорисливу дружбу та любов.

Заради друга я можу пожертвувати всім.

У дитинстві я входив до однієї "тісної" компанії.

Якби я був журналістом, мені подобалось би писати про дружбу.

Оброблення та інтерпретація результатів. За кожную відповідь, що відповідає ключеві, нараховується один бал.

Ключ:

Відповіді «так» на твердження 1, 2,7, 8, 11, 12,13, 14,17,18,19,20, 21,22,23,4,26,28, 30, 31, 32, 33.

Відповіді «ні» на твердження 3,4,5,6,9,10,15,16,25,27,29.

Визначається загальна сума балів. Чим вища оцінка, тим більша потреба у спілкуванні.

Додаток Б

Графічна методика «Кактус»

Тест використовується для дослідження емоційно-особистісної сфери дитини. При проведенні діагностики випробуваному видається аркуш паперу форматом А4 і простий олівець. Можливий варіант з використанням восьми «люшеровського» кольорів, при інтерпретації враховуються відповідні показники тесту Люшера.

Інструкція:

«На аркуші паперу намалюй кактус – таким, яким ти його собі уявляєш».

Питання і додаткові пояснення не допускаються.

Обробка даних.

При обробці результатів беруться до уваги дані, відповідні всім графічним методам, а саме:

1. просторове положення
2. розмір малюнка
3. характеристики ліній
4. сила натиску на олівець

Крім того, враховуються специфічні показники, характерні саме для даної методики:

1. характеристика «образу кактуса» (дикий, домашній, жіночний тощо);
2. характеристика манери малювання (промальовано, схематично та ін.);
3. характеристика голок (розмір, розташування, кількість).

Інтерпретація результатів:

За результатами опрацьованих даних по малюнку можна діагностувати якості особистості випробуваної дитини.

Агресивність – наявність голок, особливо їх велика кількість. Сильно стирчать, довгі, близько розташовані одна до одної голки відображають високий ступінь агресивності.

Імпульсивність – уривчасті лінії, сильний натиск.

Егоцентризм, прагнення до лідерства – великий малюнок, міститься в центрі листа.

Невпевненість в собі, залежність – маленький малюнок, розташований внизу листа.

Демонстративність, відкритість – наявність виступаючих відростків в кактусі, химерність форм.

Скритність, обережність – розташування зигзагів по контуру або всередині кактуса.

Оптимізм – зображення «радісних» кактусів, використання яскравих кольорів у варіанті з кольоровими олівцями.

Тривожність – переважання внутрішнього штрихування, переривчасті лінії, використання темних кольорів у варіанті з кольоровими олівцями.

Жіночність – наявність м'яких ліній і форм, прикрас, квітів.

Екстравертованість – наявність на малюнку інших кактусів або квітів.

Інтровертованість – на малюнку зображено тільки один кактус.

Прагнення до домашнього захисту, почуття сімейної спільності – наявність квіткового горщика на малюнку, зображення домашнього кактуса.

Відсутність прагнення до домашньої захисту, почуття самотності – зображення дикорослого, пустельного кактуса.

Додаток В

Успішність соціально-побутової та трудової адаптації людей з порушенням розумового розвитку на виробництві та у сфері обслуговування

Порушення розумового розвитку – досить складна і, одночасно, недостатньо розкрита на сьогодні особливість перебігу розвитку людини. Відомо, що однією із першопричин порушення розумового розвитку є органічне ураження головного мозку плоду у внутрішньоутробний період розвитку. Водночас, ця особливість не обмежує можливості розвиватися та жити у суспільстві і мати власні перспективи. Порушення розумового розвитку це лише особливий розвиток людини, який не вичерпує усіх її потенційних можливостей.

Розумова відсталість виникає внаслідок органічного ушкодження центральної нервової системи, яка є необхідною основою для розвитку мислення, пам'яті, уявлення, сприймання предметів та явищ навколишнього світу (тобто, основою психічного розвитку). Саме психологічний розвиток забезпечує формування умінь спілкуватися, цілеспрямованих дій, активності та інших якостей, які визначають можливості до адекватного існування дитини в оточуючому середовищі. Особливий характер перебігу психічного розвитку людини призводить і до специфічного психологічного розвитку, зокрема: особливостей в інтелектуальній, емоційній, поведінковій, ціннісній та мотиваційній сферах її особистості.

Основними показниками психічного розвитку є:

- розвиток пізнавальної сфери (сприйняття, увага, пам'ять, уява, мислення);
- формування системи особистісних відносин (емоції, потреби, мотиви, установки, ціннісні орієнтації, спрямованість та ін.);
- оволодіння системою різноманітних практичних та розумових дій, які забезпечують розвиток здібностей до продуктивної та творчої

Як впливає оточення на розвиток такої людини?

На особливості розвитку значною мірою впливає характер стосунків з оточенням, який складається упродовж усього її життя. Дорослий є тим необхідним рушієм, який власним ставленням до дитини формує її світогляд та сприйняття нею оточуючих і самої себе. Люди з порушенням розумового розвитку специфічно сприймають оточуючу дійсність та виражають емоційне ставлення до неї. Постійне активне залучення близького дорослого до розвитку сприятиме її входженню в оточуючий світ, розвитку у неї необхідних соціально значущих якостей та вольових характеристик, які забезпечать їй активну усвідомлену позицію.

Увага! Це потрібно знати!

1. Оволодіння навиками самообслуговування (уміння одягатися та роздягатися, користуватися туалетом, самостійно їсти, вмиватися та ін.) безпосередньо впливає на самооцінку людини, є важливим кроком на шляху до її незалежності.

2. Навчання навичок самообслуговування допомагає розширювати уявлення і знання людей з РВ про оточення, сприяє сенсорному вихованню, розвитку мовлення, моторики та зорово-моторної координації, а також умінь виконувати дії за наслідуванням та словесною інструкцією, орієнтуватися на зразок, дотримуватися послідовності дій.

3. Важливо, щоб за виконанням окремих дій був певний зміст, щоб її діяльність мала цінність як для самої людини, так і для її батьків.

Люди з порушеннями розумового розвитку дуже різні. Є з більшими і меншими навчальними можливостями, а відтак – і можливостями щодо засвоєння навчального матеріалу з різних предметів та опанування трудових знань і вмінь.

Як свідчить досвід роботи спеціальних шкіл, переважна більшість випускників, які успішно опанували спеціальність, можуть бути працевлаштовані. Зокрема, йдеться про працю на швейних підприємствах, на будівництві, на фабриках виготовлення та ремонту взуття, на деревообробних комбінатах, у парникових господарствах та ін. Частина з них може підвищити

професійну підготовку у відповідних навчальних закладах (ПТУ, професійні ліцеї, курси підвищення кваліфікації). Деякі випускники за станом здоров'я одержують пенсію за інвалідністю і ними продовжує опікуватися сім'я. Вони можуть відвідувати реабілітаційні центри, які останнім часом створені в Україні для таких дітей і підлітків.

Зазначимо, що успішність соціально-побутової та трудової адаптації людей з порушенням розумового розвитку на виробництві та у сфері обслуговування значною мірою залежить від постійної турботи їхніх батьків, родин, від дружньої допомоги тих, хто працює поруч з ними.

Додаток Г

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ

1. Прізвище, ім'я, по батькові: _____

2. Вік: _____ років.

3. Місце проживання: _____

Експертна діагностика.

4. Клініко-функціональний діагноз: _____

5. Соціальне середовище: _____

Експертне заключення.

6. Втрата здібності (часткова, повна, інше):

6.1. До самообслуговування _____

6.2. До пересування _____

6.3. До орієнтації _____

6.4. До спілкування _____

6.5. До контролю за своєю поведінкою _____

6.6. До трудової діяльності _____

Потреба в проведенні реабілітації.

7. Медична реабілітація.

7.1. Відновна терапія _____

8. Соціальна реабілітація.

8.1. Надання послуг Центру: _____

8.2. Розвиток рухової активності: _____

8.3. Надання послуг реабілітації на дому: _____

8.4. Корекційно-виховна реабілітація в психічному та особистісному розвитку: _____

8.5. Навчання та засвоювання побутових та соціальних навичок: _____

8.6. Консультаційна та інша допомога батькам: _____

Етапна реабілітація.

1.1. Висновок педіатра: _____

1.2. Висновок невропатолога: _____

1.3. Фізіотерапія: _____

1.4. Масаж: _____

1.5. Фітотерапія: _____

2. Лікувальна фізкультура.

2.1. Розвиток м'язів плечового поясу: _____

2.2. Розвиток м'язів спини: _____

2.3. Розвиток м'язів поперекового поясу: _____

2.4. Розвиток м'язів ніг _____:

3. Розвиток розумових здібностей.

3.1. Мовне спілкування (звуковимовлення, фонематичний слух, збагачення словника): _____

3.2.Цікава

математика: _____

3.3.Гра-заняття по сенсорному вихованню (дрібна моторика): _____

3.4.Малювання (самостійна художня діяльність): _____

4.Трудове виховання.

4.1.Художній труд (ліпка, аплікація, конструювання): _____

4.2.Господарчо-побутова праця: _____

4.3.Колективна праця: _____

5.Естетичне виховання.

5.1. У світі музики: _____

5.2. Рідна природа: _____

5.3. У світі казки: _____

6.Соціальна адаптація.

6.1.Сюжетно-рольові ігри: _____

6.2. Рухливі ігри: _____

6.3. Ігри з іграшками: _____

6.4.Ігри-драматизації: _____

Строки реалізації програми

“ ____ ” _____ 20__р.